

**Excerpta odontologica**

Correspondentie deze rubriek betreffende te richten aan:

A. C. Lamers, Rijksweg 217, Heumen (Gld.).

**Sectie II Cariësonderzoek****893. At-will breast feeding and dental caries: four case reports.**

D. E. Gardner, J. R. Norwood, J. E. Eisensohn. *J Dent Child* 44:186, 1977.

**894. Breast feeding: a cause of dental caries in children.**

L. A. Kotlow. *J Dent Child* 44:192, 1977.

Zoals de titels al aanduiden, houden de auteurs van beide bovengenoemde artikelen zich bezig met een naar hun zeggen vroeger niet herkend verschijnsel: floride cariës in het melkgebit van zeer jonge kinderen door onder bepaalde omstandigheden lang volgehouden borstvoeding, speciaal bij kinderen die een fles meekrijgen in de wieg en die blijven zuigen, ook als ze inmiddels in slaap zijn gevallen. Dan ontstaat dikwijls de zgn. 'nursing bottle caries', waarvan de multipale aantastingen vooral aan de bovenfrontanden worden gevonden. Verscheidene onderzoeken hebben uitgewezen dat deze wijze van voedselconsumptie, ook als het slechts koemelk zonder toevoeging van koolhydraat bevattende stoffen betreft, oorzaak kan zijn van dit cariësbeeld (Michal, 1969; Vianna, 1971). Voorwaarde is echter dat de melk in langdurig contact blijft met de elementen.

Nu is lactose het enige koolhydraat dat in melk voorkomt. Gebleken is zelfs dat het gehalte ervan in moedermelk nog hoger is dan in koemelk resp. melkbevattend babyvoedsel. Hoewel verschillende auteurs vermelden dat lactose minder cariogeen is dan b.v. saccharose en fructose, geven onderzoeken als de bovengenoemde van Vianna toch wel sterke aanwijzingen dat dit koolhydraat bij langdurig contact met de tandoppervlakken evenzeer betrokken kan zijn in het ontstaan van ontkalking. Dat zou voor moedermelk met haar hogere lactosegehalte zelfs a fortiori gelden.

Toch is de beschreven vorm van floride cariës bij kinderen tussen circa 1½ tot 4 jaar in de literatuur eigenlijk nooit met borstvoeding in verband gebracht. Het is alsof men die mogelijkheid bij een zo natuurlijke wijze van voeding al bij voorbaat afwijst. Maar er zijn ook wel bijzondere omstandigheden voor nodig. De auteurs van beide artikelen publiceren hun bevindingen aan de hand van in toto 8 gevallen.

Steeds betrof het kinderen tussen 1 en 4

jaar, waarvan bij de anamnese kon worden vastgesteld dat de moeders ze langer dan normaal (soms meer dan twee jaar) aan de borst hadden gehouden. Bovendien was de frequentie van deze borstvoeding – naar aanleiding van bijzondere opvattingen of van abnormale gezinsomstandigheden – soms heel willekeurig. Zo is in één van de vermelde gevallen sprake van een moeder, die zich terecht ernstige zorgen maakte over het lot van haar aan het front in Vietnam verblijvende echtgenoot en die zich bijgevolg in haar eenzaamheid helemaal op haar kind concentreerde. Ze liet het ook 's nachts bij zich slapen, zodat het naar believen kon drinken om dan weer een poos in slaap te vallen. Het ontving – evenals trouwens de meeste andere beschreven kinderen – in de zoogperiode geen bijvoeding. Het is duidelijk dat onder zulke omstandigheden de melk abnormaal lang in contact blijft met de glazuuroppervlakken, vooral wanneer gedurende de nacht de speekselafscheiding relatief gering is.

Opmerkelijk is in beide artikelen de constatering dat de betrokken moeders of eventueel ouders niet toegankelijk bleken voor instructie op dit gebied. Zij weigerden soms te geloven in een correlatie tussen deze ernstige carieuze aantasting van de melktanden en borstvoeding. Het is nl. juist de toenemende afkeer van kunstmatig bereide producten, die veel moeders doet besluiten, weer op borstvoeding over te gaan. Als het vertrouwen in dit natuurlijke proces dan weer wordt geschokt door argumenten als de bovenbeschrevene, dan raken zij het spoor bijster. Zij aanvaardden die argumenten dan ook niet. Practici die onder zulke omstandigheden voorlichting aan moeders moeten geven, zullen er volgens de auteurs goed aan doen met deze weerstanden rekening te houden. Wél zullen zij moeten wijzen op de gevaren die aan een onverstandige borstvoeding kleven, doch dit dient zo te geschieden dat de moeder er niet door wordt ontmoedigd. Overigens is nog te bedenken dat beide publikaties de vruchten zijn van klinische indrukken en niet van een groot opgezet wetenschappelijk onderzoek.

Visser – Brummen

**Sectie III Conserverende tandheekkunde****1416. The clinical development of the glass-ionomer cements. I. Formulations and properties.**

J. W. McLean, A. D. Wilson. *Aust Dent J* 22:31, 1977.

**1417. The clinical development of the glass-ionomer cements. II. Some clinical applications.**

J. W. McLean, A. D. Wilson. *Aust Dent J* 22:120, 1977.

Bij de samenstelling van glas-ionomeercementen heeft de auteurs (een clinicus en een chemicus) voor ogen gestaan, een vulmateriaal te creëren dat de goede eigenschappen van composieten, silicaat- en carboxylaatecemenen in zich verenigt. Over de speciale fysisch-chemische eigenschappen ervan, zomede over de toepassingsgebieden publiceerden zij al enige jaren geleden (zie Sectie III, nr. 1319, febr. 1975). In het eerste artikel bespreken zij o.a. de jongste ontwikkelingen en vestigen in het bijzonder de aandacht op het fysisch-chemische karakter van de adhesieve eigenschappen van deze cementen, in tegenstelling tot de hechting van kunststoffen, die alleen van mechanische aard is.

De tot nu toe beproefde glas-ionomeercementen bestaan uit het reactieproduct van een calcium-aluminium silicaat glaspoe-der en een vloeistof op basis van polyacrylzuur (ASPAs). De oorspronkelijke samenstelling leverde een product op, dat in principe kon dienen als restauratiemateriaal, onderlaag en kitsubstantie (ASPAs I). Het verhardde echter in voor klinische toepassing te traag tempo. Daarop werd ASPAs II tot ontwikkeling gebracht, waarbij aan de vloeistof een zeer geringe hoeveelheid wijnsteenzuur was toegevoegd. Hierdoor werd de hardingstijd aanmerkelijk bekort zonder dat de verwerkbaarheid eronder leed. Werd in het vorige excerpt (Sectie III, nr. 1319, febr. 1975) nog gerept over het bezwaar van de geringe houdbaarheid van de vloeistof, thans heeft men een nieuwe samenstelling gevonden waardoor zij ten minste twee jaar stabiel is, zelfs wanneer zij onder ongunstige omstandigheden wordt bewaard.

In deze nieuwe combinatie (ASPAs IV) is de viscositeit van de vloeistof opvallend gering, wat ook de mengbaarheid ten goede komt. Een fijnkorrelige versie van ASPAs IV is speciaal ontwikkeld als bevestigingscement.

Hoewel de microstructuur van glas-ionomeercementen overeenkomst vertoont met die van composieten, zijn er zekere verschillen, die klinisch tot uiting komen in een grotere slijtvastheid. Daarentegen kunnen zij, wat doorschijnendheid betreft, niet wedijveren met composieten, en ook al tonen de ASPAs-cementen een veel grotere bestendigheid tegen inwerking van in de mond voorkomende zuren dan silicaatecemenen, toch komen ze nog niet in aanmerking voor het restaureren van grotere tandoppervlakken op zichtbare plaatsen.

Glas-ionomeercementen hechten o.a. aan glazuur, dentine, roestvrij staal, platina- en goudlegeringen, echter niet aan porselein en platina of goud in zuivere vorm.



865. **Dens in dente: An unusual sequela.**  
J. B. Murphy, H. C. Duke. Oral Surg 43 : 530, 1977

De uit vroeger tijd stammende naam van de onderhavige afwijking: 'dens in dente', in dit korte artikel nog gehanteerd, geeft de werkelijkheid niet goed weer. Er is nl. geen sprake van de vorming van een tand binnen een tand, maar veel meer van een in de kiem al ontstane, diepe instulping in het glazuuroppervlak, vergelijkbaar met een abnormaal diep foramen coecum. Daarom gebruikt men tegenwoordig bij deze ontwikkelingsstoornis - die vooral bij de in morfologisch opzicht toch al grillige I<sub>2</sub> superior wordt aangetroffen - liever de term 'dens invaginatús'. Dat het pulpaweefsel bij deze afwijking steeds wordt verdrongen, spreekt vanzelf. Het kan daardoor spontaan in verval raken, met alle mogelijke consequenties van dien. Zulk een consequentie wordt door de auteurs besproken. Bij een 22-jarige man, die zich in de afdeling Mondheelkunde van Tufts University School of Dental Medicine onder behandeling stelde, vonden zij bij röntgenonderzoek in de rechter bovenkaakhelft een grote kyste, die de rechter sinus maxillaris volkomen afslot. De fronttanden ter rechter zijde, alsmede de linker centrale incisief, reageerden niet op elektrische prikkels. Het röntgenbeeld onthulde verder dat I<sub>2</sub> s.d. het verschijnsel dens invaginatús toonde, maar verder werd geen enkele afwijking gevonden, die de kyste zou hebben kunnen verklaren. Ook de anamnese leverde geen aanknopingspunten op. Aangezien histopathologisch onderzoek uitwees dat men hier naar alle waarschijnlijkheid met een wortelpuntkyste had te doen, namen de auteurs aan dat de ontwikkelingsanomalie van I<sub>2</sub> s.d. hier de oorzaak van was. Dit was natuurlijk nooit met volledige zekerheid te zeggen: ook een vroeger doorgemaakt trauma zou etiologische betekenis kunnen hebben gehad, maar dat kwam er in de anamnese niet uit. De kyste werd operatief verwijderd en bij de genoemde vier fronttanden vond endodontische behandeling plaats. De auteurs zijn, mede op grond van deze ervaring, overtuigd dat profylactische toepassing van endodontische behandeling bij aanwezigheid van dens invaginatús aanbeveling verdient.

Visser - Brummen

#### Sectie VII Mondheelkunde en chirurgie

1142. **How critical is the interval between extractions and irradiation in patients with head and neck malignancy?**  
E. N. Starcke, I. L. Shannon. Oral Surg 43: 333, 1977.

In de literatuur bestaat weinig overeenstemming over de tijd die moet verlopen tussen extracties van elementen en bestraling van het hoofd-halsgebied wegens de aanwezigheid van maligne tumoren. Alvorens te bestralen moeten alle bronnen voor ontstekingen uit de mond worden verwijderd om de kans op osteoradionecrose te verminderen. Uit een onderzoek van de auteurs bij 62 mannen van 42 tot 76 jaar oud, bij wie 905 elementen werden geëxtraheerd, waarvan 515 in het te bestralen gebied, alvorens hen 5 tot 72 dagen later te bestralen met Co<sup>60</sup> met een dosis van 4050 tot 7000 rad, bleek dat er geen osteoradionecrose ontstond wanneer een aantal regels in acht werden genomen. De tijdsduur tussen de extracties bedroeg, indien enigszins mogelijk, 10 tot 14 dagen om de alveolen de gelegenheid te geven om voor een deel te genezen. Er werd steeds een alveolectomie uitgevoerd om primaire sluiting van de extractie-wonden mogelijk te maken en losse botdeeltjes en scherpe botranden werden eveneens verwijderd. Wanneer de radiotherapeut een zo spoedig mogelijk begin van de bestraling noodzakelijk achtte, werd het risico op het ontstaan van osteoradionecrose bij de genezing van de extractie-alveoles niet als onacceptabel beschouwd.

Duinkerke - Groningen

1143. **Radiographic changes of the mandible related to oral contraceptives.**  
N. C. Darzenta, J. L. Giunta. Oral Surg 43: 478, 1977.

Bij 204 willekeurige patiënten (112 vrouwen en 92 mannen) werd op de volledige röntgenstatus, bestaande uit periapicale opnamen, gezocht naar onverklaarbare radio-opake gebieden in het kaakbot. Deze konden op de foto's van de onderkaak van 59 patiënten (45 vrouwen en 14 mannen) worden gevonden. Bij toepassing van de chi-kwadraat toets bleek, dat het verschijnsel significant vaker ( $p < 0.001$ ) bij vrouwen voorkwam dan bij mannen. Vervolgens werd aan alle vrouwen gevraagd of zij orale contraceptiva ('de pil') gebruikten of gebruikt hadden. Bij statistische analyse van deze gegevens bleek, dat de radio-opake gebieden significant vaker ( $p < 0.001$ ) werden aangetroffen bij vrouwen die 'de pil' gebruikten dan bij andere vrouwen. Dit leidde tot de hypothese dat er verband bestaat tussen het gebruik van 'de pil' en het ontstaan van radio-opake gebieden in het kaakbot van de onderkaak. Het verschijnsel zou kunnen ontstaan door een verdikking van het endosteum (het vezelig bindweefselvlies van de beenmergholte) door de oestrogene werking van 'de pil'. Oestrogenen

beïnvloeden via het parathormoon de calciumhuishouding en daardoor de botvorming.

Duinkerke - Groningen

#### Sectie X Diverse onderwerpen

493. **Kwikpraat.**  
H. Koeman. Tijdschr Soc Geneeskde 54: 78, 1976.

In dit praatje worden de toxicologische risico's van kwik in het verleden, het heden en de toekomst besproken. In de afgelopen eeuwen werden kwikvergiftigingen hoofdzakelijk veroorzaakt door exposie aan kwikdampen bij bepaalde beroepsgroepen in de industrie (verguldiers, spiegelmakers, barometermakers, arbeiders in kwikmijnen) en door het gebruik van anorganische kwikzouten (vooral sublimaat) in de medische praktijk (antisepticum bij de wondbehandeling). Tegenwoordig wordt de vergiftiging hoofdzakelijk veroorzaakt door het gebruik van organische verbindingen in de industrie (katalysatoren bij de synthese van vinylchloride en acetaldehyde) en de landbouw (misbruik van het methylkwik bij de ontsmetting van zaaigoed). Uit een Zweeds onderzoek bleek dat de door hout- en cellulose-industrie geloosde fenykwikverbindingen niet altijd als zodanig in het milieu worden teruggevonden. Aangetoond werd dat bepaalde micro-organismen in aquatisch milieu in staat zijn uit deze geloosde producten methylkwik te produceren en dat dit bijvoorbeeld in vis wordt teruggevonden. Op deze manier werd de aandacht gericht op de toxicologische risico's van de modernere technologie voor grote bevolkingsgroepen en werd een blaam geworpen op een populair voedingsmiddel, de vis. Aan de hand van enige door de WHO gehanteerde berekeningen maakt de auteur, gesteund door recente onderzoekresultaten, duidelijk dat voor Nederland de visconsumptie een zeer gering risico inhoudt. Voor de toekomst wordt onderzoek over de werking van kwik op moleculair niveau verwacht, waarbij aan de gelijktijdige aanwezigheid van selenium in het milieu en in het voedsel waarschijnlijk een grote waarde moet worden toegekend omdat is aangetoond, dat de toxiciteit van kwik door dit element en zijn verbindingen (seleniet en selenhoudende aminozuren) aanmerkelijk kan worden gereduceerd.

Rotgans - Tübingen

**494. Mercury: its relation to the dentist's health and dental practice characteristics.**

G. C. Battistone, J. J. Hefferren, R. A. Miller *e.a.* J Am Dent Assoc 92: 1182, 1976

**495. Mercury toxicity in the dental office: a neglected problem.**

D. G. Mantyla, O. D. Wright. J Am Dent Assoc 92: 1189, 1976

**496. Recommendations in mercury hygiene.**

Council on Dental Materials and Devices. J Am Dent Assoc 92: 1217, 1976.

In het eerste artikel wordt een onderzoek beschreven naar de bloedkwikspiegels bij 1555 praktizerende tandartsen en tandarts-specialisten in Amerika. Daaruit bleek dat bij 77% van alle tandartsen het bloedkwikgehalte beneden de toelaatbare grens ligt (10 ng Hg/ml bloed). Voor de gehele Amerikaanse bevolking bedraagt dit percentage 85%, waaruit wordt geconcludeerd dat de tandartsen een iets groter risico lopen. Bij algemeen-practici ligt het gemiddelde bloedkwikgehalte hoger dan bij de tandarts-specialisten, en er was een positieve correlatie aantoonbaar tussen het aantal werkuren per week en de bloedkwikconcentratie. De algemeen-practicus die minder dan 5 jaar prakticeerde had een bloedkwikgehalte dat boven het toelaatbare uitkwam. Daarna trad een verlaging op bij deze groep, maar na 10 tot 20 jaar nam de kwikconcentratie weer toe. Deze gegevens doen vermoeden dat de jonge, pas afgestudeerde tandarts minder zorgvuldig is in de omgang met kwik. Met het toenemen van zijn vaardigheid daalt de kwikverspilling en daarmee de kwikopname in het bloed. Maar doordat de zorg voor een goede hygiëne afneemt, loopt later het gemiddelde weer op.

De aard der vloerbedekking bleek duidelijk in verband te staan met de bloedkwikconcentratie. Linoleum met opstaande randen veroorzaakte duidelijk een geringere concentratie dan hoogpolige tapijten. De auteurs komen tot de conclusie dat de tandartsen in Amerika in het algemeen een goede kwikhygiëne bedrijven. Een andere mening zijn de auteurs van het tweede artikel toegedaan, die bepalingen van de kwikdampconcentratie van de lucht in behandelkamers uitvoerden, en vonden dat deze in 10% van de praktijken in Amerika hoger is dan wettelijk toelaatbaar (0.05 mg/m<sup>3</sup>). De wettelijke verplichtingen en de morele verantwoordelijkheid voor het personeel en de patiënten maken het gewenst dat regelmatige luchtmonsters worden genomen en het personeel jaarlijks medisch wordt onderzocht.

De juni-aflevering van de Journal of the American Dental Association bevat behalve deze twee artikelen nog een aantal over hetzelfde onderwerp: symptomen van kwikvergiftiging, overgevoeligheid voor kwik, de bepaling van kwikcontaminatie door uitstrijkjes van het mondslijmvlies en chemische analyse van het hoofdhaar. Tenslotte een aantal aanbevelingen voor een goede kwikhygiëne van de 'Council of Dental Materials and Devices'.

- bewaar kwik in een onbreekbare, goed afgesloten container;
- hanteer kwik alleen boven naadloze vloeren en werkbladen met opstaande randen;
- neem gemorst kwik onmiddellijk op, eventueel met behulp van een wegwerpspuut waarmee het kwik geaspireerd kan worden;
- gebruik goed afgesloten meng-capsules bij het aanmaken van amalgaam;
- manipuleer met amalgaam zonder de huid te beroeren;
- bewaar amalgaamresten onder water;
- werk in goed geventileerde ruimten;
- laat geen vaste tapijten aanbrengen in de behandelkamer: kwik is hieruit moeilijk te verwijderen;
- vermijd het gebruik van kwikhoudende stoffen überhaupt;
- voorkom het verhitten van amalgaam en kwik;
- gebruik waterspray en afzuiging bij het bewerken van amalgaam met de boor;
- gebruik de conventionele methoden om amalgaam te condenseren (manueel of mechanisch), nimmer ultrasoon;
- laat het praktijkpersoneel jaarlijks medisch onderzoeken;
- laat regelmatig luchtmonsters uit de praktijkruimte nemen;
- instrueer en train het personeel in de omgang met kwik en amalgaam, bespreek de symptomen en de gevaren van een kwikvergiftiging en wijs op de mogelijkheden om deze gevaren te beheersen en vergiftiging te voorkomen.

Rotgans - Tübingen

**497. A 2 year retrospective study of demand for dental care from Scottish school leavers.**

P. Sutcliffe, B. Hunter. Community Dent Oral Epidemiol 4:171, 1976.

In Groot-Brittannië is de tandheelkundige zorg voor kinderen op vier verschillende manieren beschikbaar. Binnen de National Health Service kunnen de kinderen zowel worden behandeld door algemeen-practici die een contract hebben met de N.H.S., als worden verzorgd binnen de diensten van de hospitaalzorg en de schooltandheelkundige diensten. Een

vierde mogelijkheid is dat de kinderen worden behandeld door tandartsen die geen contract hebben met de N.H.S.

Ouders zijn vrij in hun keuze. Nadat de kinderen de school hebben verlaten kunnen ze niet meer worden verzorgd door de schooltandheelkundige dienst en zullen ze dus ergens anders zorg moeten zoeken. Het doel van dit onderzoek was na te gaan hoe deze kinderen op de verandering reageerden. Aan het onderzoek deden 912 kinderen mee. De onderzoekers vergeleken de behandelkaarten van het laatste jaar op school met die van het jaar daarop. Het bleek dat 48% van de kinderen in hun laatste schooljaar de tandarts hadden bezocht; 30% werd behandeld door een algemeen-practicus en 19% door de schooltandheelkundige dienst. In het volgende jaar bezochten 60% van de kinderen die in het jaar daarvoor nog door de algemeen-practicus waren behandeld hun tandarts; van de schooltandheelkundige dienst was dit 40%. Deze cijfers moeten worden gezien tegen de achtergrond van de gegevens dat slechts 33% van de Schotse volwassenen de tandarts regelmatig bezoeken.

Een verklaring voor het verschil in tandartsbezoek na het verlaten van de school tussen zij die de algemeen-practicus bezochten en zij die werden behandeld binnen de schooltandheelkundige dienst zou kunnen zijn dat kinderen die de S.T.V. bezoeken uit gezinnen komen met een lage gebitsbewustheid. Kinderen die door algemeen-practici werden behandeld blijven bij de gewoonte in het gezin om tandartsen regelmatig te bezoeken. Hoewel dit onderzoek wel aangeeft hoe de behoefte aan zorg na de school procentueel is gelegen, is het jammer dat de onderzoekers niet hebben onderzocht waarom de kinderen, zowel op school als daarna, geen gebruik maakten van tandheelkundige zorg. Overigens zou een dergelijk onderzoek in Nederland ook gewenst zijn, zeker nu het nut van de S.T.V. door een aantal 'geldgevers' wordt betwijfeld.

Eijkman - Wassenaar

**498. Utilization of dental services in the adult Danish population 1975.**

E. Schwarz, E. Rander Hansen. Community Dent Oral Epidemiol 4:221, 1976.

Ook in Denemarken is erg weinig informatie bekend over de gebitsgezondheid en het tandheelkundig gedrag van volwassenen; dit in tegenstelling met de Deense schoolkinderen waarover men, door een landelijk informatiesysteem, juist wel veel weet. Dit gebrek aan informatie is een landelijk probleem in de 'planning' van de nationale tandheelkundige gezondheidszorg. Het doel van dit onderzoek

was, te komen tot een vaststelling van het gebruik van de tandheelkundige diensten van alle Denen van 15 jaar en ouder. Een groep van 1600 mensen, die als representatief voor de gehele Deense bevolking kon worden beschouwd, werden thuis door getrainde interviewers ondervraagd. De vragen over het tandheelkundige gedrag betroffen de eerste tandheelkundige ervaringen, bezoeken aan tandartsen gedurende de laatste 5 jaar, het laatste bezoek en welke behandelingen toen werden verricht, economische aspecten in relatie tot tandheelkundige visites, etc. Ook werden er vragen gesteld over het aantal gebitselementen en de aanwezigheid van protheses. Als andere variabelen werden gebruikt ouderdom, sekse, woonplaats en het beroep van het hoofd van de huishouding. Van de geïnterviewden had 58% de afgelopen 5 jaar jaarlijks een bezoek aan de tandarts gebracht, 32% ging nooit of alleen bij pijnklachten en

10% ging onregelmatig. Vrouwen gingen geregelder voor controle dan mannen, mensen uit een hoge sociaal-economische klasse gingen meer naar de tandarts dan mensen met een lage. Ook het beroep en de genoten verzorging op school speelden een rol bij het benutten van de tandheelkundige diensten. Van hen die nooit de tandarts bezochten verklaarde 63% dat zij een slecht gebit hadden of tandeloos waren, met of zonder prothese, 10% verklaarde dat ze angst voor behandelingen hadden, 9% bezat een goed gebit en 5% had financiële problemen ten aanzien van de tandheelkundige hulp. De meest voorkomende behandelingen bij hen die regelmatig gingen waren tandsteenverwijdering en vullingen. Extracties en het plaatsen van protheses werden het meest uitgevoerd bij hen die niet regelmatig gingen.

Uit een nadere analyse bleek dat het aantal gebitselementen de sterkste aan-

wijzing geeft over het benutten van tandheelkundige diensten. Daarna komen, in aflopende volgorde, ouderdom, beroep, woonplaats, financiële mogelijkheden, sekse en de zorg die men op school heeft genoten. Uit de gegevens van dit onderzoek kunnen bepaalde doelgroepen worden gekozen, zoals groepen bejaarden, de jeugd na het verlaten van de school, etc. waarop de zorg in de komende jaren extra zou moeten worden gericht. Dit interessante onderzoek zou als voorbeeld kunnen dienen voor een dergelijke studie hier in Nederland. Ook bij ons is immers een 'chronisch' gebrek aan gegevens, zeker op het gebied van de volwassenzorg. Ook bij ons hebben zij die het tandheelkundig beleid bepalen meer harde gegevens nodig om beter inzicht te krijgen in de behoefte aan tandheelkundige zorg zodat de financiën voor deze zorg beter benut kunnen worden.

Eijkman - Wassenaar

**BLADVULLING**

*Röntgenraadsels*

**PLAATSBEPALING VAN EEN GEÏMPACTEERD ELEMENT**

A. S. H. DUINKERKE

Bij het maken van een volledige long-cone röntgenstatus werd een geïmpacteerd overtallig element aangetroffen in de premolaarstreek van de bovenkaak links (zie afb. 1. en 2). Bij klinisch onderzoek van de patiënt kon dit element niet buccaal of palatinaal worden gepalpeerd. Omdat werd besloten het element chirurgisch te verwijderen, moest worden bepaald of het beter vanuit buccaal of vanuit palatinaal kon worden benaderd. De positie van het geïmpacteerd element in bucco-palatinale richting kon zonder extra röntgenopname (bijvoorbeeld een occlusale opname) worden bepaald met behulp van de zogenaamde Clark's rule. Deze kan worden vergeleken met het rijden over een weg, waarbij de bomen langs de weg, vanuit de weggebruiker gezien, sneller mee bewegen dan de verder weg gelegen huizen. Op dezelfde manier zullen structuren die het dichtst bij het 'bewegend' röntgenapparaat liggen relatief het snelst van plaats veranderen op de film. De toepassing hiervan wordt geïllustreerd met de tekeningen in afb. 3 en 4. De projectie van het geïmpacteerd element over de wortels van de cuspidaat

en de beide premolaren bij beide posities van de film is in afb. 3 in overeenstemming met het röntgenbeeld in afb. 1 en 2. Bij de projecties die zijn weergegeven in afb. 4 is dit niet het geval. Hieruit kan worden geconcludeerd dat het geïmpacteerd element palatinaal van de wortels van de premolaren gelegen is.

April 1977.

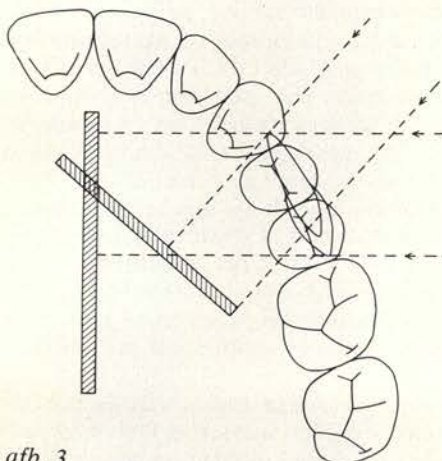
Adres: Dr. A. S. H. Duinkerke  
Philips van Leydenlaan 25  
Nijmegen



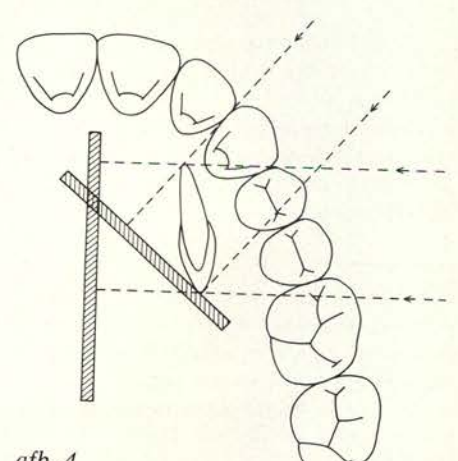
afb. 1



afb. 2



afb. 3



afb. 4