

daarbij op het geven van individuele voedingsadviezen aan de patiënt met (veel) tandcariës. Ook wordt aandacht besteed aan de voedingsproblematiek van de oudere- en prothesedragende patiënt. Kenmerkend voor de breedvoerigheid van dit boek zijn de bladzijden gewijd aan voe-

dingsadviezen voor parodontologische patiënten, waarbij na dertig pagina's geconcludeerd wordt dat voeding alleen in een uiterst zeldzaam geval een curatief effect kan hebben.

Dit boek kan worden aanbevolen aan allen

die zich vanuit medisch-tandheelkundige hoek interesseren in voeding. Gezien de veelheid van informatie is het maken van een persoonlijke keus uit de vele hoofdstukken imperatief.

T. A. Toors

Excerpta odontologica

Correspondentie deze rubriek betreffende te richten aan:

A. C. Lamers, Rijksweg 127,
6582 AA Heumen.

Sectie III Conserverende tandheelkunde

- 1562. Cavity varnish applied over insulating bases: effect on microleakage.**
J. L. Yates, G. A. Murray, J. H. Hembree. Operative Dent 5:43, 1980.

Om microlekkage bij een amalgaamvulling te voorkomen wordt vaak een caviteitlak of vernis aangebracht op de wanden van de caviteit; een in onderzoek en praktijk beproefd middel is Copalite (zie Sectie III, nr. 1455, jan. 1979). Voor thermische isolatie zijn dergelijke caviteitlakken echter te dun, ook wanneer zij in meerdere lagen worden aangebracht (zie Ned Tijdschr Tandheelkd 86: 232, 1979). Diepe caviteiten moeten daarom van een onderlaag worden voorzien. De vraag rijst daarbij of tussen bepaalde onderlaag-materialen en bepaalde caviteitlakken interacties kunnen optreden waardoor de eigenschappen ervan nadelig zouden kunnen worden beïnvloed.

In dit onderzoek werden klasse V-caviteiten in geëxtraheerde elementen van een onderlaag voorzien waarop een caviteitlak werd geapliceerd en vervolgens gevuld met amalgaam (Tytin). De elementen werden na 48 uur in wisselbaden gedompeld van 4 en 58 °C en daarna in een oplossing gelegd met een radioactieve isotoop (⁴⁵Ca). Met behulp van autoradiogrammen kon aldus microlekkage worden aangetoond.

Verskillende soorten onderlaag-materiaal werden daarbij gebruikt: drie op calciumhydroxyde-basis (Dycal, Procal en MPC), twee zinkoxyde-eugenolcemen (Cavitec en B & T) en een fosfaatcement (Fleck's). Ze werden getest in combinatie met vier verschillende caviteitlakken (Copalite, Varnal, S.S. White Cavity Liner en Mizzy Handi-liner).

Alleen de combinatie Cavitec en Copalite bleek een ongunstig effect te hebben: Cavitec loste op in Copalite, hetgeen toename van microlekkage tot gevolg had.

Lamers - Heumen

- 1563. Articulation of posterior quadrant impressions for cast restorations.**
D. L. Koth, V. B. Haywood. J Prosthet Dent 44: 394, 1980.

Een eenvoudig uit te voeren beetregistratietechniek wordt beschreven, die het gebruik van articulatoren en volledige afdrukken overbodig maakt. Wel moet de situatie aan bepaalde criteria voldoen: de centrale occlusie moet duidelijk vastliggen en de beethoogte dient ook na de preparatie van het betrokken element gefixeerd te zijn. Voorts mag het element niet te zeer betrokken zijn bij laterale articulatiebewegingen.

Gebruik wordt gemaakt van een beetregistratie-tray, die bestaat uit een plastic frame waarin een stukje gaas is gespannen. Als bij het passen blijkt dat de tray geen verstoring van occlusie en articulatie te weegbrengt, wordt een beetregistratiepasta op het gaas aangebracht waarop de patiënt in centrale occlusie dichtbijt. Hierbij moet aan de contralaterale zijde worden gecontroleerd of de kiezen goed op elkaar komen.

Van de aldus verkregen beetregistratie wordt de antagonistenzijde in gips uitgegoten. Aan de andere zijde worden vervolgens alle ondersnijdingen en raakvlakken met zachte weefsels weggenomen, zodat het werkmodel nauwkeurig in de preparatiezijde kan worden geplaatst. Het geheel kan in een zogenaamde kwadrant-occludator worden bevestigd.

Noorda - Groningen

- 1564. Systematic distribution of N2 paste containing ¹⁴C paraformaldehyde following root canal therapy in dogs.**
R. M. Block, R. D. Lewis, J. Hirsch e.a. Oral Surg 50: 350, 1980.

- 1565. Systemic distribution of ²¹⁰PbO from root canal fillings.**
R. Chong, J. Senzer. J Endodontics 2:381, 1976.

Het door Sargenti geïntroduceerde wortelkanaalvulmateriaal N2 wordt sinds jaren door veel practici - ook in Amerika - ge-

bruikt, maar de controverse betreffende de schadelijkheid van dit preparaat duurt onverminderd voort. De samenstelling ervan is door Sargenti - blijkbaar een goed zakenman - nooit tot in details bekend gemaakt en schijnt bovendien in de loop der jaren meerdere malen gewijzigd te zijn. Zeker is, dat het middel paraform en een loodverbinding bevat en deze publikaties vermelden de resultaten van onderzoeken die tot doel hadden, na te gaan of deze twee componenten uit de wortelkanaalvulling in het lichaam terecht komen.

Bij proefdieren (honden resp. katten) werden wortelkanaalbehandelingen verricht waarbij de kanalen werden gevuld met een N2-pasta die radioactief paraform of loodoxyde bevatte.

In histologische preparaten (onder gepolariseerd licht) werden bij het eerstgenoemde onderzoek in het periapicale weefsel macrofagen met gefagocyteteerde partikels van de N2-pasta gevonden en radioactief paraform bleek aantoonbaar in het bloed, in lymfklieren, in de nieren en de lever.

Gelijklopende bevindingen levert het tweede onderzoek op wat betreft de aanwezigheid van lood in bloed, lever, nieren, milt en hersenen van de proefdieren.

De gevonden hoeveelheden zijn uiteraard niet groot. Necrose door paraform ontstaat pas wanneer plaatselijk een zeer hoge dosis wordt geapliceerd - zoals bij een devitalisatiemiddel - maar het optreden van een immunreactie is niet uitgesloten (zie Sectie III, nr. 1414, okt. 1977).

De hoeveelheid lood is te gering om loodintoxicatie te veroorzaken, maar groot genoeg om productie van en prikkeloverdracht door, acetylcholine te belemmeren. Redenen genoeg om zich tweemaal te bedenken alvorens aan N2 te denken bij het kiezen van een wortelkanaalvulmateriaal.

Lamers - Heumen

Sectie IV Prothetische tandheelkunde

- 1038. Ästhetische Langzeitwirkung von kunststoffverblendetem Zahnersatz.**
M. Hoffmann. Dtsch Zahnärztl. Z 35:894, 1980.

In dit onderzoek werd de kleurbestendigheid en de slijtvastheid beoordeeld van

ruim 500 kronen en bruggen met kunsthars (Luxene en Biodent K+B) die minstens 5 jaar waren gedragen. Ze waren vervaardigd op een tandheelkundige kliniek in Duitsland (Erlangen).

Kleurveranderingen werden beoordeeld door vergelijking met de tandkleur van de natuurlijke elementen in dezelfde mond, slijtage aan de hand van abrasie, substantieverlies en vormveranderingen.

Uit deze – betrekkelijk subjectieve – evaluatie bleek dat Luxene vrij sterk verkleurde maar weinig slijtage vertoonde. De verkleuring van Biodent daarentegen was gering maar slijtage kwam daarbij in veel sterkere mate voor. In tegenstelling tot Luxene had Biodent een irriterende invloed op de gingiva, die soms tot ontstekingsverschijnselen leidde.

Uit scan-elektronenmicroscopisch onderzoek van geabradeerde vlakken bleek dat slijtage van kunsthars in de mond een gecompliceerd proces is dat niet alleen door mechanische invloeden verklaard kan worden.

De auteur concludeert dat de fysische eigenschappen van kunststoffen nog verre van optimaal zijn, waardoor het indicatiegebied sterk beperkt is, met name in de frontstreek.

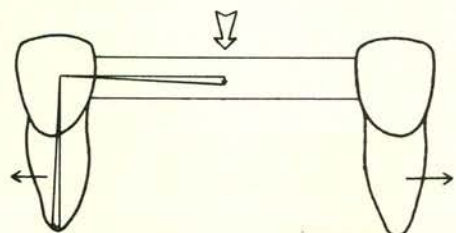
Hillemans – Middelbert

1039. Vorschläge zur Verbesserung von verblendeten Kronen und Brücken durch die mechanisch-geometrische Form.

R. Marxkors, H. Meiners, W. Verheyen. Dtsch Zahnarztl Z 35:842, 1980.

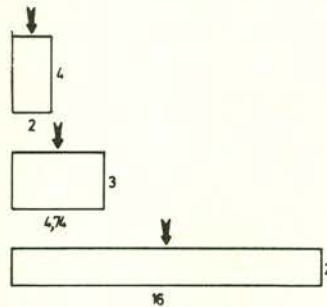
Omdat de fysische eigenschappen van kunststoffen te wensen overlaten is in het algemeen opgebakken porselein te prefereren als esthetische factoren een rol spelen. Ook daarbij echter kunnen mislukkingen optreden, maar die zijn meestal het gevolg van een verkeerde vormgeving, vooral bij een brug.

Om fractuur van het porselein te voorkomen moet een brug voldoende weerstand bieden tegen doorbuigen bij occlusale belasting. De veronderstelling dat stabilisatie van de pijlerelementen in de alveolen door



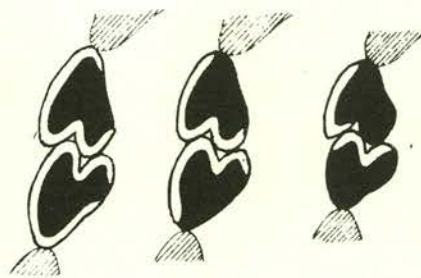
Afb. 1. Bij occlusale belasting kan het metalen frame van de pontic doorbuigen over een afstand die gelijk is aan de breedte van de parodontale spleet der pijlerelementen.

buigen tegengaat, is onjuist. De breedte van de parodontale spleet maakt doorbuigen van het metalen frame van de pontic mogelijk (zie afb. 1) over een afstand van ongeveer 0.05 mm en dit is voldoende om fractuur van het porselein te veroorzaken.



Afb. 2. Bij halvering van de hoogte moet de breedte achtmaal zo groot zijn om dezelfde weerstand te kunnen bieden tegen doorbuigen.

Doorbuigen van het frame kan worden voorkomen door bij de vormgeving voor voldoende dimensie in de hoogte of in de breedte te zorgen. Om dezelfde weerstand te verkrijgen tegen doorbuigen kan vermindering van de hoogte alleen worden gecompenseerd door een zeer sterke verbreding (zie afb. 2). Ook om hygiënische redenen echter is een brede pontic niet wenselijk, zodat bij de vormgeving alleen de hoogte kan worden benut om doorbuigen te voorkomen. Dit impliceert voor de praktijk dat wanneer in verticale richting niet voldoende ruimte beschikbaar is, minder vlakken met porselein kunnen worden bedekt (zie afb. 3).



Afb. 3. Een bepaalde minimale hoogte van het pontic-frame is nodig om doorbuigen – en fractuur van het opgebakken porselein – te voorkomen. Aan de onderzijde van de pontic en/of occlusaal kan geen porselein worden aangebracht als de verticale dimensie ter plaatse gering is.

Breuk in de metalen delen van een brug kan ter plaatse van een contactpunt optreden wanneer dit te klein is. Het modelleren van een vestibulaire ‘embrasure’ dient linguaal met voldoende materiaal te worden gecompenseerd.

Hillemans – Middelbert

1040. Clinical considerations for root-submerge procedures.

P. Delivanis, O. Day, C. Esposito e.a. J Prosthet Dent 43:487, 1980.

In deze publikatie wordt nog eens gesteld dat wortelconservering een bijzonder goede methode is om kaakresorptie tegen te gaan, doch dat het gehele verloop en de afloop nog steeds onvoorspelbaar zijn. Vooral de ervaring dat naderhand toch nog eruptie van een radix optreedt is een sein dat deze methode nog niet geheel wordt beheerst.

De behandeling van de submuceus geconserveerde radix kan drieërlei van aard zijn.

- Behoud van de vitale pulpa. De (gezonde) pulparest vergroeit met het bindweefsel, het kanaallumen vernauwt en soms treedt er beenvorming op over de radix heen.
- Endodontische behandeling van de radix. Pulpaweefsel op zich zelf speelt geen rol ten aanzien van het succes van de behandeling, mits het geen bron van infectie vormt.
- Extractie, endodontische behandeling en vervolgens replantatie (intentional replantation). Door ankylose zou eruptie worden voorkomen. Dit zou wel eens de beste methode kunnen blijken te zijn, omdat de vormgeving van het worteloppervlak optimaal kan zijn zonder het omgevende weefsel te beschadigen.

Het conserveren van submuceuze radices is vooral geïndiceerd wanneer mondhygiëne onvoldoende kan worden toegepast. Een aantal criteria zijn bepalend voor het succes van de behandeling.

- Smalle wortels. Brede wortels leveren moeilijkheden op bij de overhechting van de mucosalap.
- Geen buurelementen. Er moet bot rondom het element aanwezig zijn of kunnen worden gevormd.
- De buccale corticalisplaat moet voldoende dik zijn. Indien tijdens de operatie blijkt dat er fenestratie bestaat is extractie geïndiceerd.
- Geen ondersnijdingen.
- Bij voorkeur bilaterale symmetrie van radixbehoud terwille van de stabiliteit van de prothese.

Tempel – Hilversum

1041. An overdenture survey: second report.

P. V. Reitz, M. G. Weiner, B. Levin. J Prosthet Dent 43:457, 1980.

Deze publikatie sluit aan op een verslag van 1974 over een groep van 50 patiënten, waarbij een aantal radices werden behou-

den voor ondersteuning van een volledige prothese en ter beperking van kaakresorptie. Van deze 50 patiënten verschenen er 10 niet na oproep; van de resterende 40 gebruikte er een de prothese niet en vier waren inmiddels geheel edentat geworden.

Voor het vervolgonderzoek resteerden dus 35 personen (29 tot 82 jaar, gemiddeld 63 jaar, 14 mannen en 21 vrouwen).

Bij de behandeling waren de wortels tot de gingiva afgeslepen na endodontische behandeling en wel of niet van kappen voorzien of met amalgaam afgesloten. Uit de resultaten van de enquête kunnen een aantal conclusies worden getrokken.

- Parodontale problemen zijn groter dan cariësproblemen. Cariës kan worden tegengegaan door fluoride-behandeling en een goede mondhygiëne.
- Meerdere radices begunstigen het resultaat.
- Voorlichting en goede begeleiding van de patiënt zijn even belangrijk als de manuele vaardigheid van de tandarts.
- Het behoud van radices is een welkome aanvulling op de behandeling van patiënten met een volledige prothese.

Tempel - Hilversum

1042. Vital root retention in humans: a final report.

D. G. Garver, R. K. Fenster. J Prosthet Dent 43:366, 1980.

Dit eindrapport over het onderzoek naar de resultaten van submucosus geconserveerde wortels met behoud van een vitale pulpa is het vervolg van een interimrapport uit 1979 (zie Sectie IV, nrs. 998 en 999, dec. 1979). Bij tien patiënten waren oorspronkelijk 45 radices met vitale pulpa tot de botrand gereceerd en vervolgens met een mucosaplap overhecht. Daarna werden totale prothesen geplaatst. Na drie jaar zijn de resultaten geëvalueerd.

Overgebleven waren 36 radices die als gezond in het botweefsel werden beoordeeld. Negen van de tien patiënten reageerden zeer positief op de behandeling en hadden het gevoel tenminste niet geheel tandeloos te zijn. Een patiënt had verzocht de geconserveerde radices toch weer te verwijderen omdat na de operatieve ingreep een onbehagelijk gevoel was overgebleven.

De criteria voor het stellen van de indicatie tot behoud van wortels zijn de volgende:

- weinig horizontale mobiliteit (maximaal 1 mm);
- parodontale defecten moeten worden geëlimineerd;
- minstens een derde deel van de wortel moet door bot zijn omgeven;
- de pulpa moet absoluut gezond zijn;
- voldoende en gezond mucogingivaal weefsel moet aanwezig zijn.

Tijdens de chirurgische behandeling moe-

ten de randen van de radices, na het afslijpen van de botrand, worden afgerond om dehiscentie te voorkomen.

Tempel - Hilversum

Sectie VII Mondheelkunde en chirurgie

1179. Anatomy of mandibular third molars - A comparison between radiographic appearance and clinical observations.

P. L. Westesson, L. E. Carlsson. Oral Surg 49:90, 1980.

Bij het verwijderen van derde molaren uit de onderkaak is het veelal noodzakelijk om vooraf inzicht te hebben in de ligging ervan ten opzichte van andere structuren (zoals de canalis mandibularis) en het aantal en de vorm van de wortels. In het algemeen wordt voor deze informatie slechts één röntgenopname gemaakt, bijvoorbeeld een orthopantomogram, een laterale kaakopname of een periapicale opname. Onder andere uit het onderzoek van Van Gool (zie zijn proefschrift uit 1975 dat in Groningen werd bewerkt) is gebleken dat er een duidelijk verschil bestaat tussen deze röntgenologische informatie en het klinische beeld. Doel van het huidige artikel was een röntgenologische techniek te presenteren waarmee het latere klinische beeld nauwkeuriger kan worden voorspeld. De techniek bestond uit drie intra-orale opnamen, waarbij de horizontale instelling van het röntgenapparaat constant was (loodrecht op de tandhoogte ter plaatse) en de verticale instelling varieerde: + 10°, - 10° en - 90° (dat is loodrecht op het kauwvlak).

Door de verschuivingen van de anatomische structuren ten opzichte van elkaar op de röntgenfoto's werd informatie verkregen over hun onderlinge ligging. Het principe was daarbij hetzelfde als in een rijden-trein: de dichtst bij de waarnemer gelegen structuren verplaatsen zich sneller ten opzichte van de waarnemer dan de verder weg gelegen structuren.

De beschreven opnametechniek werd getest bij 41 patiënten die verwezen waren voor verwijdering van in totaal 44 derde ondermolaren. Na het maken van de drie opnamen per gebitselement werd een röntgenologisch verslag gemaakt, waarin aantal en vorm van de wortels van het te verwijderen element werden beschreven. Dit verslag werd later vergeleken met de werkelijke vorm van het inmiddels verwijderde gebitselement. Daarbij bleek, dat de nieuwe röntgenologische techniek in 38 van de 44 gevallen een goede voorspelling had opgeleverd. De niet steeds met de röntgenfoto's verkregen informatie betrof splitsing van wortels in een vlak evenwijdig aan de richting van de röntgenstralen en het

wel of niet gescheiden zijn van dicht bij elkaar liggende wortels. De auteurs concluderen dat de nauwkeurigheid van de röntgenologische diagnose met behulp van de gepresenteerde opnametechniek ruimschoots opweegt tegen de toegenomen stralenbelasting van de patiënt. Deze conclusie wordt door de auteurs niet nader toegelicht voor wat betreft het aspect van de stralenbelasting ten opzichte van het klinisch nut.

Duinkerke - Groningen

1180. The feasibility of palpating the lateral pterygoid muscle.

D. R. Johnstone, McCormick Templeton. J Prosthet Dent 44:318, 1980.

Voor goede diagnostiek van kaakgewrichtsafwijkingen is een grondig onderzoek noodzakelijk. Hierbij moeten ook de kauwspieren gepalpeerd worden. Eén van de daarbij betrokken spieren is de musculus pterygoideus lateralis. Deze speelt een rol bij protrusie en openingsbewegingen. Eenzijdig niet-functioneren van deze spier resulteert in een afwijking van de kaak naar de 'zieke' zijde. Dubbelzijdig niet-functioneren veroorzaakt een beperkte openingsbeweging, beperking van de protrusiebewegingen en van laterale kaakbewegingen. Hyperfunctie van de musculus pterygoideus lateralis veroorzaakt een verplaatsing van de kaak naar voren.

Voor het palperen van de musculus pterygoideus lateralis zijn diverse methoden voorgesteld. De auteurs onderzochten aan de hand van kadaver-dissecties en laterale röntgenprofielopnames het al dan niet palpabel zijn van de musculus pterygoideus lateralis. Uit de dissecties bleek dat er met de onderkaak in een laterale positie maximaal 11 mm ruimte voor palpatie was. De dikte van de wijsvinger van de tandarts was 14,5 mm. Een en ander betekende dat er zelfs met in achtneming van een zekere anatomische variatie veelal te weinig ruimte beschikbaar was om palpatie mogelijk te maken. De gemaakte laterale schedelopnames bevestigden dit beeld. Werd toch geprobeerd tot palpatie over te gaan, dan bleek het resultaat daarvan vertroebeld te worden door de druk die wordt uitgeoefend op de in dezelfde regio gelegen musculus pterygoideus medialis.

Noorda - Groningen

Sectie IX Preventieve tandheelkunde

37. Confectionery consumption levels. D. M. Scarrott. Br. Dent J 148: 165, 1980.

In dit artikel wordt aan de hand van cijfermateriaal aangetoond dat het Britse publiek ondanks aanzienlijke prijsstijgingen vast blijft houden aan zijn consumptiepatroon van zoetwaren. Een berekening van de revenuen voor de schatkist, die voortvloeien uit de verkoop van deze producten, leert dat deze aanzienlijk zijn. In de periode van 1973 tot 1978 stegen de prijzen van suikerwerk en chocolade met 30%. Toch daalde de consumptie met slechts 5%. Op grond van deze en andere gegevens kan worden aangenomen dat bij een reële prijsstijging van 3% per jaar de suikerwerkconsumptie stabiel zal blijven.

Zuigelingen, grijsaards en niet-snoepers meegerekend besteedde de Brit in 1978 £ 26.79 aan dit onderdeel van zijn voeding. De totale omzet in dat jaar bedroeg 1496 miljoen Pond Sterling (ongeveer 6½ miljard gulden). De Britten besteedden in 1978 vijf maal zo veel aan 'confectionery' als aan het gehele tandheelkundige budget van de National Health. De belasting in de vorm van VAT (BTW) op suikerwerk kon de helft van dit budget dekken.

Hierbij dient te worden opgemerkt dat met ingang van januari 1979 het BTW-tarief in Engeland van 8 op 15 procent werd gebracht. Mutatis mutandis kan worden geconcludeerd dat vanaf dat moment de BTW op zoetwaren het totale tandheelkundige budget van de National Health kan dekken.

Gezien de geringe bereidheid van het publiek om zijn bestedingspatroon op dit gebied – ondanks sterke prijsstijgingen – te veranderen, concludeert de schrijfster dat belastingverhoging op snoepwaar waarschijnlijk een niet erg effectieve manier is om een lagere consumptie te bewerkstelligen, maar dat het wel een uitstekende manier is om gelden bijeen te brengen.

Het moet mogelijk zijn om met bestaande cijfers een soortgelijke berekening te maken voor de Nederlandse situatie en het zou dan best eens kunnen blijken dat de Nederlandse overheid, na aftrek van aan tandheelkundige zorg besteedde gelden, overhoudt aan de belasting op zoetwaren.

Toors – Nieuw Vennep

38. **Sugars present in tobacco extracts.** S. C. Hsu, R. L. Pollack, A. C. Hsu, R. E. Going. *J Am Dent Assoc* 101: 915, 1980.

Het is merkwaardig dat het gebruik van kauw- en snuiftabak in de Verenigde Staten de laatste jaren steeds aan populariteit heeft gewonnen. Wellicht komt dit mede omdat men langzamerhand meer algemeen tot het besef is gekomen dat roken schadelijk is voor de algemene gezondheid en bovendien voor de zachte mondweefsels

(meer gingivitis: zie ook Sectie IX, nr. 31, jan. 1981). De betrekkingen tussen deze vormen van tabaksgebruik en tandcariës verdienen echter eveneens nader onderzoek, te meer omdat de meningen hierover nog zo verdeeld zijn. Dit verschil in beoordeling kan samenhangen met het feit dat tabak zowel suikers als fluoride bevat. In een eerdere studie hadden de auteurs daar ook al de aandacht op gevestigd: zij stelden vast dat het suikergehalte het hoogst was in kauw- en pruimtabak en dat het gehalte afnam in de reeks pijptabak, sigaretten, sigaren, snuiftabak. Ten aanzien van het fluoridegehalte lag de volgorde iets anders (zie Sectie IX, nr. 29, okt. 1980).

Het hier gerefereerde artikel bevat het verslag van voortgezet onderzoek naar de aard en de hoeveelheid van de suikers. In het bijzonder werden de in de handel zijnde kauw- en snuiftabakken bestudeerd, waarbij mag worden vermeld dat de auteurs onderscheid maken tussen kauwtobacco (pouch tobacco), bestaande uit losse, voor de consumptie bewerkte tabaksbladeren en de in Nederland meer bekende pruimtabak (pressed plug tobacco). Als controle dienden wederom vijf typen onbewerkte tabaksbladeren (Sectie IX, nr. 29, okt. 1980). Met behulp van gaschromatografie kon de aanwezigheid van suikers ook kwantitatief worden vastgesteld.

Het bleek dat in extracten van kauw- en pruimtabak vijf potentieel cariogene suikers voorkwamen, nl. saccharose, fructose, glucose, maltose en isomaltose (de laatste twee in relatief zeer geringe hoeveelheden). In de onderzochte snuiftabak werden – evenals in de controletabakken – alleen fructose en glucose aangetroffen. Het gehalte aan saccharose was in kauwtobacco tweemaal zo hoog als in pruimtabak. De grotere hoeveelheden van de genoemde cariogene suikers in kauw- en pruimtabak worden blijkbaar tijdens de fabricage op de een of andere wijze toegevoegd.

Het is duidelijk dat de aanwezigheid van geraffineerde oplosbare suikers in kauw- en pruimtabak een gevaar voor het gebit inhoudt. De auteurs vermelden in verband hiermee dat het gebruik van deze tabakken volgens *Newsweek* van 20 augustus 1977 met 11% per jaar toeneemt. De totale verkoop van tabaksartikelen steeg in de Verenigde Staten van \$ 6,9 miljard in 1960 tot \$ 16,5 miljard in 1977, een voor de tabakshandel vermoedelijk niet onwelkome ontwikkeling. De kosten van cariësbestrijding stegen in dezelfde periode van \$ 1,9 miljard tot \$ 11,7 miljard. Zonder een rechtstreeks verband tussen deze gegevens te willen suggereren achten de auteurs verder onderzoek naar de mogelijke betrekkingen tussen tabaksgebruik en cariës wel gewenst.

Visser – Brummen

39. **Supervised weekly rinsing with a 0,2% neutral NaF solution: results from a demonstration program after three school years.**

L. W. Ripa, A. Levinson, G. S. Leske. *J Am Dent Assoc* 100: 544, 1980.

Eerder is in deze kolommen al de aandacht gevestigd op het hier beschreven longitudinale onderzoek bij een groot aantal Amerikaanse schoolkinderen tussen 6 en 13 jaar, die wekelijks gedurende 60 seconden onder toezicht van hun leerkrachten spoelden met een 0,2% oplossing van natriumfluoride (Sectie IX, nr. 15, juni 1979). Het bijzondere van deze ongeveer 4000 kinderen tellende onderzoeksgroep uit Long Island (N.Y.) was, dat ondanks het lage fluoridegehalte van het drinkwater in dit gebied (minder dan 0,1 mg/l), de kinderen van 11-13 jaar bij het vooronderzoek opmerkelijk weinig cariës bleken te hebben, als gold het personen uit een optimaal gefluorideerd gebied. Desondanks was het resultaat van dit wekelijkse spoelen na twee jaar, dat gemiddeld nóg 20% minder cariës werd aangetroffen.

In dit artikel worden de resultaten na drie jaar medegedeeld. Het aantal malen dat was gespoeld bedroeg toen 77, tegen 49 een jaar tevoren. Het bleek dat het cariësprofy-lactisch effect in dat jaar nog was toegenomen: de vermindering bleek, gerekend naar de DMFT- en DMFS-scores, thans gemiddeld circa 30% te bedragen. Voor de approximale vlakken werd zelfs een reductie van ruim 48% geregistreerd.

Er wordt echter uitdrukkelijk bij vermeld dat deze gegevens niet werden gewonnen uit een vergelijkend onderzoek met een controlegroep van kinderen die niet of met een placebo spoelden. Hier ging men ervan uit dat zoveel mogelijk kinderen van het te verwachten heilzame effect moesten profiteren en daarom werd het vergelijkingsmateriaal ontleend aan een algemeen 'baseline'-onderzoek, dus voordat met het experiment werd begonnen. Deze methode lijkt minder betrouwbaar dan de gebruikelijke met een controlegroep. De auteurs (hoogleraar en stafmedewerkers van de afdeling Kindertandheelkunde van de School of Dental Medicine, State University of New York) gaan daar niet nader op in. Wel komen zij tot de conclusie dat hun bevindingen steun verlenen aan een in 1975 verschenen rapport van de Council on Dental Therapeutics van de American Dental Association, waarin wordt gesteld dat neutrale NaF-mondspoelingen zijn te beschouwen als 'effective agents for use in reducing the incidence of dental decay'.

Visser – Brummen

40. Gute Zähne dank vollwertigem Zucker?

H. R. Mühlemann, Swiss Dent 1: 51, 1980.

Bij het publiek – en hier en daar ook in medisch-tandheelkundige kringen – heersen nog misvattingen wat betreft de gebitschadelijkheid van minder geraffineerde vormen van suiker. In reformwinkels en andere verkooppunten voor alternatieve – of natuurvoeding wordt dikwijls beweerd dat deze suikers, en ook honing (zie Sectie II, nr. 908, juli/aug. 1979), onschadelijk zouden zijn voor het gebit.

In deze publikatie worden dit soort beweringen weerlegd. Directe aanleiding daartoe waren de publikaties van een zekere Dr. Béguin, die stelt dat de zogenaamde 'Vollrohrzucker', een compleet extract van het suikerriet, zelfs een cariësremmende werking zou bezitten. Reeds in 1965 bleek de statistische methode waarmee Béguin dit wilde aantonen, onhoudbaar. Dit weerhield hem er echter niet van om onlangs weer met zijn stellingen in de publiciteit te komen.

Mühlemann's onderzoek valt uiteen in twee delen: een cariësexperiment met ratten en een meting van de zuurproductie in de plaque, gemeten met behulp van de zogenaamde pH-telemetrie.

De ratten die een 'Vollzucker'-dieet kregen bleken evenveel cariës te ontwikkelen als hun soortgenoten op een dieet van witte suiker, terwijl de controlegroep nagenoeg cariësvrij bleef. In alle telemetrie-experimenten bleek de 'Vollzucker' precies dezelfde pH-daling in de plaque te veroorzaken (tot bijna 4) als de gewone witte suiker. De auteur concludeert dan ook, dat gebruik van 'Vollzucker' hetzij als vervanging, hetzij als toevoeging, geen enkel tandheelkundig voordeel oplevert.

Toors – Nieuw Vennepe

41. Ill effects of improper oral hygiene procedures.

W. B. Gillette, R. L. Van House. J Am Dent Assoc 101:476, 1980.

In dit artikel – een literatuuroverzicht aangevuld met eigen ervaringen van de auteurs – worden een aantal schadelijke effecten beschreven die kunnen ontstaan door het niet juist toepassen van mondhygiënische maatregelen.

Abrasie kan worden veroorzaakt door tanden borstelen en manifesteert zich dan in de vorm van een V-vormige inkeping die gewoonlijk eerst op de glazuur-cementgrens zichtbaar wordt en zich later apicaal-wards uitbreidt. De belangrijkste oorzaak is de horizontale poetsmethode, waarbij de tijdsduur van borstelen, de kracht waarmee wordt geborsteld, de tandpasta en de

stand van het element in de tandboog een rol spelen.

Cariës treedt op deze plaatsen nooit op; een restauratie is alleen geïndiceerd als de pulpa is geëxponeerd. Een andere borstel-methode moet de patiënt worden geadviseerd en geleerd, met een strenge controle op de effectiviteit daarvan omdat er anders alsnog cariës kan ontstaan.

Irritatie van de gingiva kan het gevolg zijn van mechanische beschadiging door te krachtig tanden borstelen met een harde borstel en gaat soms gepaard met ontstekingsverschijnselen. Deze vorm van irritatie wordt vaak gezien bij patiënten die na instructie overrijverig aan de slag gaan en bij patiënten die voor een tandartsbezoek extra hun best doen om hun mond schoon te krijgen. Deze afwijking onderscheidt zich van gingivitis door de afwezigheid van plaque.

Het terugtrekken van de gingiva kan behalve door verkeerd borstelen ook door tal van andere factoren worden veroorzaakt, zoals tandsteen, plaque (gingivitis) maar ook door iatrogene oorzaken zoals het plaatsen van cofferdamklemmen, onjuist geconstrueerde partiële prothesen en niet goed uitgevoerde parodontale chirurgie. De behandeling bestaat uit het aanleren van een niet-traumatogene borstel-methode. Indien er esthetische problemen zijn of wanneer de breedte van de vaste gingiva minder dan 1 mm bedraagt, is een parodontaal-chirurgische behandeling geïndiceerd.

Trauma door andere mondhygiënische maatregelen. Schade aan de gingiva kan worden toegebracht door verkeerd gebruik van tandfloss: diagonaal over – of door – de interdentale papil, of door gebruik van lucifers als tandstoker en het cellofaan van een sigarettapakje als tandfloss, waarvan stukjes kunnen achterblijven.

Wat betreft het reinigen met de 'Water Pik' (zie ook Sectie IX, nr. 11, sept. 1978) wordt opgemerkt dat deze methode niet zo effectief is als borstelen of flossen en dat de kans bestaat op binnendringen van lichaamsvreemde stoffen – met name bacteriën.

Allergische of toxische reacties kunnen worden veroorzaakt door tandpasta's, mondspoelvloeistoffen, kauwgums en kleurstoffen. De symptomen komen meestal niet lokaal voor maar verspreid door de hele mond en worden dan vaak aangezien voor een stomatitis. Voor de behandeling is een uitvoerige anamnese noodzakelijk om vast te kunnen stellen wat het veroorzakende agens is.

De term '*gingival abscess*' wordt gebruikt om de afwijking te beschrijven die ontstaat wanneer een corpus alienum achterblijft in de gingiva of de sulcus gingivalis. Het klinische beeld kan sterk overeenkomen met dat van een gingivitis of parodontitis, maar

de afwijking kan gemakkelijk als zodanig worden gediagnostiseerd. De behandeling bestaat uit het verwijderen van het corpus alienum.

Bacteriëmie na tanden borstelen, na het gebruik van tandfloss of stimulators voor interproximale reiniging en na gebruik van een (pulserende) waterstraal is in de literatuur beschreven. Een reeds bestaande ontsteking van de gingiva is daarbij een belangrijke etiologische factor, vooral wanneer elementen mobiel zijn en bij de mondreiniging worden bewogen. De auteurs verwijzen herhaaldelijk naar het boek 'The toothbrush: its use and abuse' van I. Hirschfeld uit 1939.

Van Loveren – Utrecht

Sectie X Röntgenologie en materia technica

951. Xeroradiography for intraoral dental radiology. A process description.

L. S. Jeromin, G. F. Geddes, S. C. White e.a. Oral Surg 49: 178, 1980.

Bij xeroradiografie wordt van hetzelfde principe gebruik gemaakt als bij de zogenaamde droge kopieerapparaten, waarin een elektrostatisch geladen plaat met behulp van licht wordt geactiveerd en met poeder bestrooid. Hierna wordt het poederbeeld op papier afgedrukt (xerografie). Bij de xeroradiografie worden voor dit proces röntgenstralen gebruikt in plaats van licht. In de geneeskunde en in de tandheelkunde, vooral ten behoeve van de kaakchirurgie en de orthodontie, wordt in toenemende mate gebruik gemaakt van de xeroradiografie (zie ook Ned Tijdschr Tandheelkd 85: 84, 1978, een overzicht van het gebruik van xeroradiografie in de tandheelkunde).

Een nadeel van deze techniek was tot nu toe de verpakking van de xeroradiografische plaat. Aangezien de beeldweergave berust op de plaatselijke aan- en afwezigheid van elektrostatische lading, moet worden gezorgd dat hierin geen veranderingen ontstaan tussen opname en ontwikkelen. Daardoor was de hiervoor benodigde cassette nogal groot en zwaar. Bij introrale xeroradiografische opnamen vormde het vochtige milieu in de mond bovendien een probleem.

In dit artikel wordt melding gemaakt van een combinatie van een ontwikkelapparaat en een cassette voor intra-orale xeroradiografische opnamen (zie ook Sectie X, nr. 935 en 936, sept. 1980). Uitgangspunt was de eis voor de weergave van kleine details en handhaving van de kenmerken van xeroradiografie: het edge-effect (accentuering van de begrenzing van structuren) en de weergave op papier.

Bij testen van een experimentele opstelling op twee afdelingen voor tandheelkundige röntgenologie in Californië bleek de apparatuur hieraan te voldoen. Het probleem van het speeksel was opgelost door een dunne polyethyleen-hoes aan te brengen om de cassette met de elektrostatisch geladen plaat. De grootte daarvan kwam overeen met die van de gebruikelijke tandfilms nr. 1 of 2.

De ontwikkeltijd bedroeg 20 seconden en daarna was de plaat weer beschikbaar voor een volgende opname. De auteurs hebben geen voorbeeld van een intra-orale xeroradiografische opname aan het artikel toegevoegd.

Duinkerke – Groningen

952. Radiologic exposure conditions and resultant skin doses in application of Xeroradiography to the orthodontic diagnosis.

A. Nakasima, S. Nakata, K. Shimizu e.a. Am J Orthodontics 78: 646, 1980.

Om de exposie van xeroradiografische opnamen voor orthodontische doeleinden te vergelijken met die van conventionele röntgenopnamen werden van een fantoomhoofd laterale en voorachterwaartse opnamen met beide technieken vervaardigd. Van de series proefopnamen werden bij de meest bruikbare opnamen de huiddoses gemeten en vergeleken. Een overeenkomstig onderzoek werd uitgevoerd bij twee proefpersonen voor kaakgewrichts-, 45 graden- en polsopnamen.

Alle opnamen werden door 13 orthodontisten beoordeeld op kwaliteit. Weliswaar bleek de detailweergave van de xero-opnamen beter te zijn dan die van de conventionele opnamen, maar daar staat tegenover het nadeel van een aanzienlijk hogere huiddosis: 2 tot 16 maal groter dan bij de conventionele techniek.

Boersma – Nijmegen

953. Bond strenght of three esthetic restorative materials to enamel and dentine.

S. E. Yedid, C. C. Kai. J Prosthet Dent 44: 573, 1980.

De nieuwe materialen met 'adhesieve' mogelijkheden leveren vooral voordelen op bij het restaureren van cervicale laesies, die met de conventionele methoden soms moeilijk zijn te behandelen. Van drie esthetisch verantwoorde restauratiematerialen werd onderzocht in hoeverre de hechting aan dentine en aan glazuur onderling verschilde en in hoeverre het conditioneren (etsen) van het tandweefsel de uitkomsten beïnvloedt.

Daartoe werden *in vitro* facetten geslepen aan diverse molaren op zulk een wijze dat alleen glazuur of alleen dentine bloot lag. De oppervlakken werden dan ongemoeid gelaten of zij werden met 50% citroenzuur of 37% fosforzuur gedurende één minuut geëtsd. Vervolgens werden cilindertjes van de composieten Concise of Cervident, of het glasionomeercement ASPA in visceuze toestand tegen het geprepareerde oppervlak gedrukt. Na vijf minuten verstijving werden de monsters in water van 37° gelegd en bewaard gedurende 24 uur. De kracht die nodig was om het cilindertje van het tandoppervlak af te drukken werd als maat voor de hechtsterkte genomen.

Het bleek dat Concise aan met fosforzuur geëtsd glazuur de grootste hechting geeft. Wordt deze op 100% gesteld dan blijkt Cervident onder dezelfde condities op 55% uit te komen en ASPA op 15%. Etsen met citroenzuur verbeterde de situatie voor de composieten niet (Concise ongeveer 40%, Cervident 10%). De hechtsterkte van ASPA ondervond baat bij etsen met citroenzuur in plaats van fosforzuur (20%), een hechtsterkte die overigens overeenkwam met de gevonden waarde van Concise aan niet-geëtsd glazuur.

Voor dentine lagen de waarden veel lager. Cervident gaf in geen der drie opties van conditioneren enige hechtsterkte, Concise wel voor geëtsd dentine, maar dan slechts 3% van die aan glazuur, welke waarde ook voor ASPA aan met citroenzuur geëtsd dentine werd geregistreerd.

Vooralsnog schijnt de enige goede hechting van een restauratiemateriaal aan tandweefsel bereikt te kunnen worden met een composiet aan met fosforzuur geëtsd glazuur.

Davidson – Amsterdam

954. Tensile bond strength of dental glazes.

F. A. de Wet, M. R. Ferreira. J Prosthet Dent 44: 413, 1980.

In dit onderzoek werd nagegaan in hoeverre de – zwakke – hechting van een 'glaze' op een composiet verantwoordelijk is voor het betrekkelijk snel verloren gaan van zulk een 'plamuurlaag' op het ruwe composietoppervlak.

De 'glazes' Adaptic Glaze, Concise Enamel Bond, Finite en Nuva Seal werden op vlak geslepen en met Sof-lex afgewerkte composietoppervlakken volgens voorschrift van de betreffende fabrikant aangebracht. De composietmonsters waren daags tevoren gemaakt en bij 37° in water bewaard.

Adaptic Glaze en Finite vertoonden een grotere adhesieve sterkte dan Concise Enamel Bond en Nuva-Seal, wat onder meer wordt toegeschreven aan verschil in

viscositeit van de nog ongepolymeriseerde kunststof.

Uit de resultaten werd de conclusie getrokken dat, aangezien de adhesieve sterkte vrijgroot is en meestal de cohesieve sterkte (breuk in de 'glaze' zelf) overtreft, de degradatie van de plamuurlaag onder klinische omstandigheden voornamelijk moet worden toegeschreven aan (te snelle) slijtage.

Davidson – Amsterdam

955. The durability of dental glazes.

F. A. de Wet, M. R. Ferreira. J Prosthet Dent 44: 300, 1980.

In dit *in vivo* onderzoek werd nagegaan of het ene merk 'glaze' betere klinische resultaten geeft dan het andere. Aan de hand van SEM-observaties van replica's werd vastgesteld dat de laag, aangebracht op Concise Enamel Bond of Nuva-Seal, ieder halfjaar vernieuwd moet worden, terwijl de lagen van Adaptic Glaze of Finite tweemaal zo lang meegaan.

Deze *in vivo* waarnemingen waren in overeenstemming met de *in vitro* experimenten. Daaruit bleek voorts dat de verschillende fabrikaten 'glaze' uitwisselbaar zijn met betrekking tot het composietsubstraat en er dus geen noodzaak is om bij deze plamuurtechniek voorkennis te hebben van de aard van het composiet dat voor de restauratie is gebruikt.

Davidson – Amsterdam

Sectie XI Sociale tandheelkunde en gedragswetenschappen

121. Effectiveness of two procedures for reducing dental fear: group administered desensitization and group education and discussion.

R. J. Gatchel. J Am Dent Assoc 101: 634, 1980.

Veel mensen zijn bang voor de tandarts. In Nederland geldt dat voor een kwart van de bevolking, blijkens het Rapport Lagendijk (NT 35: 1330, 1980). In een aantal gevallen leidt die angst er toe dat mensen in het geheel niet naar de tandarts gaan.

Gedragswetenschappers houden zich sinds een aantal jaren met min of meer succes bezig met het ontwikkelen van therapieën om deze angst te verminderen. Over het algemeen kosten dergelijke therapieën nogal wat tijd, zeker 6 tot 10 uur per patiënt en daarom werd onderzocht of het mogelijk is, bij patiënten groepsgewijs een effectieve therapie toe te passen zodat de tijd per patiënt gereduceerd zou kunnen worden.

Daarbij werden twee therapieën vergele-

ken. In een groep werd de systematische desensitizatie (SD) toegepast en in de andere een therapie door middel van een discussiegroep. Een derde groep functioneerde als controle.

De desensitizatie-therapie houdt in:

- het op een rij zetten van de momenten of zaken waarvoor men bij de tandarts angst heeft en de volgorde bepalen naar de mate waarin deze momenten angst opwekken, m.a.w. het bepalen van de angsthiërarchie;
- het aanleren en oefenen van spierontspanning;
- het zich inbeelden van een weinig angstwekkende situatie, waarbij volledige spierontspanning nog kan worden bereikt;
- het zich inbeelden van steeds angstwekkender situaties bij de tandarts, volgens de opgestelde hiërarchie, waarbij telkens volledige spierontspanning wordt bereikt.

De discussiegroep wisselde ervaringen uit zonder duidelijke structuur van de gesprekken, over ontstaan en verloop van de angst. Ook besprak men de mogelijkheden om het angstprobleem met de tandarts te bespreken. In de controlegroep werd geen behandeling ingesteld.

De patiënten van de therapiegroepen kwamen zes keer bij elkaar onder leiding van een voor de patiënten onbekende tandarts, die tevoren geïnstrueerd was in de toepassing van de therapie. Bij alle groepen werd voor en na het experiment de angst gemeten op een aantal manieren, waarbij bleek dat met beide therapieën de angst afnam. Vrijwel alle patiënten maakten vervolgens een afspraak bij hun tandarts, terwijl dit bij de controlegroep niet het geval was.

Omdat er bij dit experiment in totaal maar 19 patiënten betrokken waren doet men er goed aan de uitkomsten niet meteen te generaliseren. Verder onderzoek lijkt zeer gewenst.

Het is interessant te weten van de patiënten in de discussiegroep, wat hun angst voor de tandarts in stand hield. Volgens hen betrof het in de eerste plaats een communicatieprobleem: de tandarts luisterde niet echt, gaf geen effectieve reactie op hun uitingen van angst, gaf geen uitleg, en men durfde niet goed over zijn angst te praten. Als tweede oorzaak werd aangevoerd dat men geen controle had over het gebeuren bij de tandarts; men zou graag een mogelijkheid hebben om door middel van een signaal de behandeling te stoppen. Tandartsen zouden bij het behandelen van angstige patiënten met deze aspecten rekening moeten houden.

Akveld - Utrecht

122. Reduction of tension in fearful dental patients.

S. G. Carlsson, A. Linde, A. Öhman. *J Am Dent Assoc* 101: 638, 1980.

Hoewel veel mensen bang zijn voor de tandarts (zie vorig excerpt) zullen de meeste tandartsen in hun praktijk angst van patiënten niet als een groot probleem ervaren. Een van de redenen daarvan is, dat een deel van die patiënten niet naar de tandarts gaat of zich slechts onder narcose laat behandelen.

Het hier te bespreken onderzoek werd uitgevoerd bij een groep van deze 'narcosepatiënten', die zich voor behandeling onder narcose op de universiteitskliniek in Göteborg hadden aangemeld. Hun werd gevraagd om aan het experiment mee te doen alvorens een narcosebehandeling te ondergaan.

Bij het onderzoek werd gebruik gemaakt van individuele systematische desensitizatie (SD) en er werd instructie gegeven in spierontspanning met oefeningen. De patiënten konden de spierspanning zien op een spanningsmeter die verbonden was met een elektrode, bevestigd op hun voorhoofd. Na het leren van spierontspanning werd hun een videobandje getoond met een eenvoudige behandeling door een tandarts, beginnend met beelden van een patiënt die een afspraak komt maken. De proefpersonen konden de band op elk moment stopzetten of terugdraaien.

Het doel was, te bereiken dat de proefpersoon de gehele band kon zien zonder zichtbare toeneming van de spierspanning. Dit lukte de (tien) proefpersonen in 4 tot 11 zittingen van een uur. Het succes van deze therapie bleek uit het feit dat alle patiënten van narcose afzagen en zich 'gewoon' lieten behandelen. Uit metingen van hun angst voor en na deze SD-methode met 'bio-feedback', zoals de auteurs het noemen, bleek een enorme afname van de angst bij deze patiënten. Jammer genoeg is er geen controlegroep bij dit onderzoek betrokken, waardoor ook hier enige voorzichtigheid bij de interpretatie geboden is.

De uitkomst van dit onderzoek is in overeenstemming met eerdere experimenten waarbij werd aangetoond dat SD een gunstig effect heeft op de angst van de patiënt. Aangetoond is overigens, dat alleen spierontspanning de angst al kan verminderen. Wellicht draagt het 'voorbeeld-effect' dat het demonstreren van een patiëntenbehandeling op de videoband kan hebben, eveneens bij tot het succes van deze methode. Ook het nut van een dergelijke 'modeling' is in de literatuur eerder beschreven. Het is goed mogelijk dat met de didactisch sterke bio-feedback een optimale combinatie is gevonden. Een bezwaar van de methode is dat ze veel tijd vergt: ongeveer zeven uur.

Akveld - Utrecht

123. Validity of health history data collected from dental patients and patient perception of health status.

W. F. Brady, J. T. Martinoff. *J Am Dent Assoc* 101:642, 1980.

De gezondheidstoestand van de patiënt die om tandheelkundige behandeling vraagt wordt tegenwoordig altijd betrokken in de overwegingen welk type behandeling het meest geschikt is en of daarbij nog voorzorgsmaatregelen moeten worden genomen. Voor het verkrijgen van de benodigde gegevens wordt de mondelinge anamnese veelal als betrouwbaar, maar veel tijd vergend, beschouwd. Een aantal onderzoekers heeft echter aangetoond dat de mondelinge gezondheidsanamnese vaak onvolledige gegevens oplevert, in tegenstelling tot een gezondheidsvragenlijst.

Om de betrouwbaarheid van de verzamelde gegevens over de gezondheid te beoordelen werd een onderzoek uitgevoerd bij 2107 niet-geselecteerde patiënten die zich aanmeldden voor tandheelkundige behandeling. De opvattingen van de patiënt over zijn gezondheid werden vastgesteld op basis van de vraag: 'bent U goed gezond?'. Vervolgens werd aan de patiënt een gezondheidsvragenlijst ter invulling gegeven en de bedoeling ervan werd daarbij uitgelegd. Na het invullen thuis of in de wachtkamer werden de antwoorden mondeling door de tandarts met de patiënt geverifieerd.

Uit de resultaten bleek dat 675 patiënten een zodanige gezondheidstoestand hadden dat deze de tandheelkundige behandeling beïnvloedde of bemoeilijkte. Van deze 675 patiënten hadden er 72 (10,7%) aanvankelijk gezegd goed gezond te zijn. Ook het omgekeerde kwam voor: 30 patiënten zeiden zichzelf ongezond te vinden, maar hun gezondheidstoestand bleek tandheelkundige behandeling niet te beïnvloeden of te bemoeilijken.

Er bleken bepaalde ziekten te zijn die door de patiënt onvolledig of niet in de vragenlijst werden gerapporteerd, te weten: bloedafwijkingen, hart- en vaatafwijkingen en diabetes. In totaal bleek 32% van de vragenlijsten onvolledige of onjuiste informatie te verschaffen en 30% van de patiënten gaf onvolledig antwoord op de vraag of zij goed gezond waren.

De auteurs concluderen daarom dat alleen een vraag naar de gezondheid, of het alleen maar laten invullen van een gezondheidsvragenlijst door de patiënt, onvoldoende informatie oplevert. Zij adviseren om de ingevulde vragenlijst altijd mondeling met de patiënt door te nemen, waardoor de betrouwbaarheid van de gegevens aanzienlijk wordt vergroot.

Duinkerke - Groningen