

tijdovend en omslachtig is, niet meer aanwezig zijn, omdat volgens de beschreven methode voldoende reproduceerbare resultaten op eenvoudige manier kunnen worden verkregen.

Arnold - Groningen

1065. **Repair of conventional and micro-filled composite resins.**
Kai CC, Boyer DB. J Prosthet Dent 1983; 50: 345-50.

Indien oude composietrestauraties zich goed zouden lenen voor reparatie met vers aangemaakt composiet, zou een belangrijk deel van de bezwaren tegen deze materialengroep zijn weggenomen. Immers het zijn juist de te snel optredende randverkleuring of breuk, dan wel slijtage, die de

composietrestauratie bestempelen tot semi-permanente tandweefselvervanging.

In het onderhavige onderzoek is nagegaan of diverse merken composiet aan reeds zeven dagen uitgepolymeriseerde composiet-monsters hechten. Dit is gedaan door diverse merken, typen (conventioneel of microfijn) en initiatiewijzen (chemisch of lichthardend) kruislings aan elkaar te hechten en vervolgens los te trekken. Bovendien is gemeten hoe snel de hechtsterkte toeneemt. Het substraat-oppervlak werd steeds met een fissuurboor op hoge snelheid afgeslepen alvorens het vers aangemaakte composiet eraan werd geplakt.

In het algemeen kan worden gesteld, dat de hechtsterkte van gerepareerd conventioneel composiet ca. 65% bedraagt van de oorspronkelijke treksterkte van dit soort composieten, terwijl dit voor de microfijne

tot ca. 75% kan oplopen. Zelfpolymeriserende composieten hechten slecht aan lichtgeïnitieerde substraten. Zodra men twee soorten matrix kunsthars in combinatie gebruikt (b.v. Bis-GMA en poly-urethaan) is de hechting minder succesvol. De snelheid waarmee de hechting toeneemt, bleek evenredig met de snelheid van verstijving der composieten. Het gebruik van 'enamel bond' bevorderde de hechtsterkte maar vertraagde het moment waarop de hechting op volle sterkte kwam.

Davidson - Amsterdam

ONDERZOEK

DE FOLLICULAIRE CYSTE. EPITHEELDIFFERENTIATIES EN LEEFTIJD

J. BRAS
R. FRANSMAN
R. MONFROOIJ

*Uit de vakgroep Pathologie
en de vakgroep Mondziekten, Kaakchirurgie en Röntgendiagnostiek
van de Universiteit van Amsterdam.*

Trefwoorden: Mondziekten en kaakchirurgie - Pathologie - Folliculaire cyste - Epitheel

De folliculaire cyste vormt te zamen met de eruptiecyste, de laterale parodontale cyste, de primordiale cyste en de gingivacyste de reeks odontogene ontwikkelingscysten (afb. 1). In deze reeks is de naamgeving gebaseerd op lokalisatie en/of ontstaanswijze. Derhalve ontbreekt in deze reeks de naam keratocyste, aangezien dit een histologische diagnose betreft die in principe bij iedere van voornoemde odontogene ontwikkelingscysten gesteld zou kunnen worden. De onderlinge verhouding van de odontogene ontwikkelingscysten, alsmede het percentage daarop voorkomende keratocysten is weergegeven in tabel I. De folliculaire cyste en de eruptiecyste ontstaan beide door cysteuze veranderingen in de follikel van een zich ontwikkelend gebitselement. De eruptiecyste kan derhalve als een folliculaire cyste worden beschouwd.¹

Een bij folliculaire cysten gevreesde complicatie betreft ameloblasteuze veranderingen in het cyste-epitheel. Deze zouden in 1 procent² tot 6 procent³ van alle folliculaire cysten kunnen worden aangenomen. Volgens een literatuuroverzicht zouden gemiddeld 9,7 procent (81/835) van alle ameloblastomen in een folliculaire cyste ontstaan.⁴ Deze waarde varieerde van 1,3 tot 33 procent. Stanley c.s. menen dat ameloblasteuze overgangen in het epitheel van tandfollikels leeftijdsgebonden zijn.⁵ Een plaveiselcellige metaplasie van het gereduceerde glazuur-epitheel, die voor wat betreft de derde molaar compleet zou zijn na het 26ste jaar, zou de sterke daling in het voorkomen van het ameloblastoom na het 30ste jaar verklaren.^{5,6}

In deze studie worden voornoemde literatuurbevindingen met betrekking tot de ameloblasteuze potentie van het

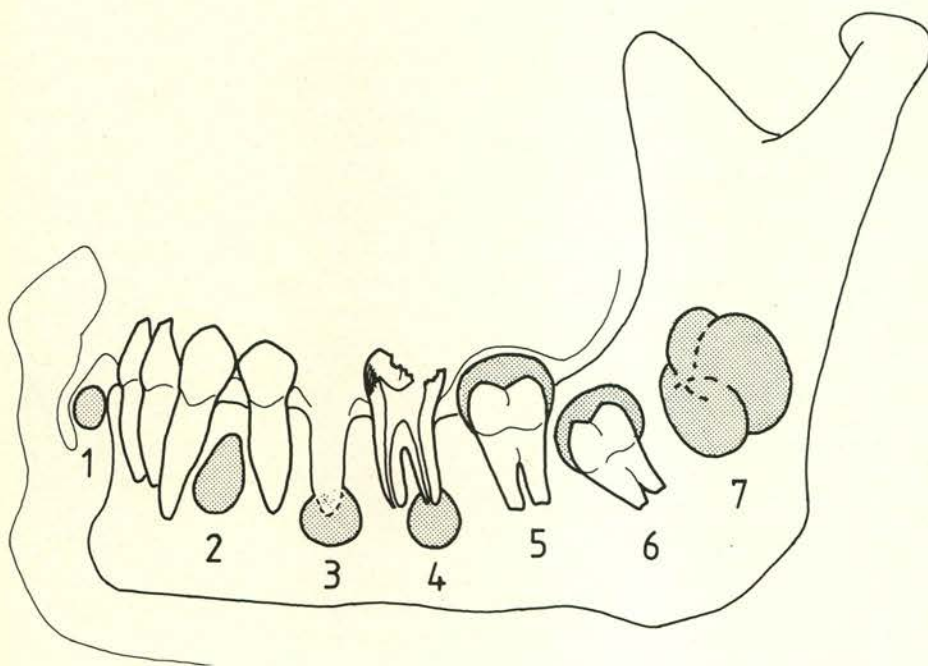
Samenvatting:

Bij histologisch onderzoek van 45 folliculaire cysten, uitgaande van een derde molaar in de onderkaak, ontbrak een door de literatuur gesuggereerde relatie tussen epitheeldifferentiatie en leeftijd van de patiënt. De epitheliale bekleding van een folliculaire cyste bestaat in principe uit gereduceerd glazuur-epitheel. Een overgang naar meerlagig plaveisel-epitheel is niet leeftijdsgebonden, maar berust op een reactieve, door ontsteking geïnduceerde metaplasie. Eén folliculaire cyste werd histologisch geclassificeerd als een keratocyste; in zeven cysten werden slijmproducerende cellen aangetroffen; ameloblasteuze differentiaties werden niet waargenomen. De mogelijke potenties van het gereduceerde glazuur-epitheel worden besproken.

epitheel van tandfollikels, met name de door Stanley en Diehl beschreven leeftijdsgebonden veranderingen in het follikelepitheel,⁶ vergeleken met de eigen bevindingen omtrent de samenstelling van het epitheel van 45 folliculaire cysten, uitgaand van een derde molaar in de onderkaak.

Materiaal en methoden

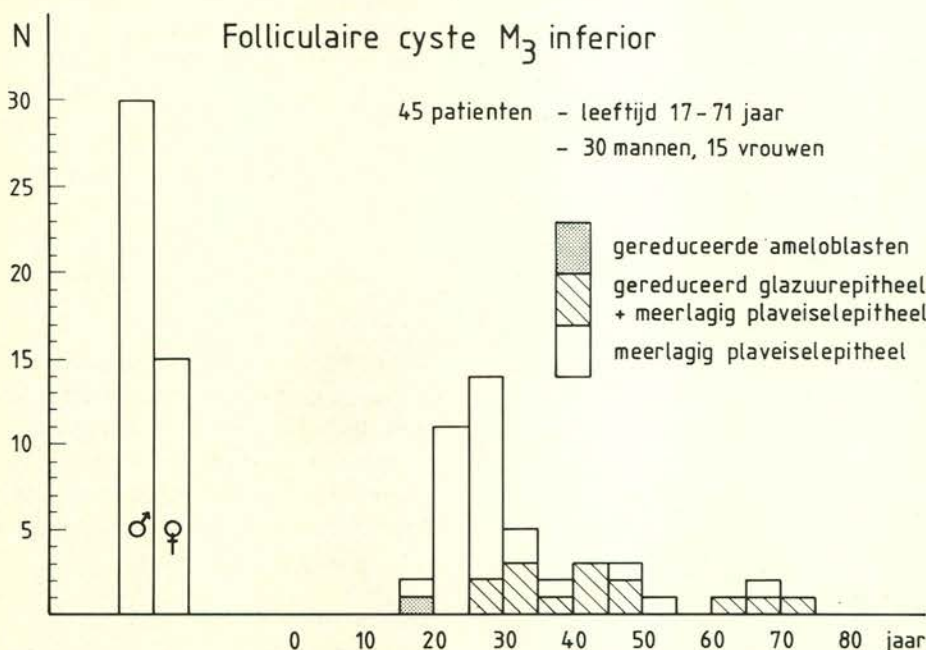
Van alle, in de periode van januari 1977 tot september 1981 op het Pathologisch Labo-



Afb. 1. Odontogene cysten: 1. gingivacyste; 2. laterale parodontale cyste; 3. residuale cyste; 4. radiculaire cyste; 5. eruptiecyste; 6. folliculaire cyste; 7. primordiale cyste.

Tabel I. Odontogene ontwikkelingscysten. Onderlinge verhouding en voorkomen van keratocysten.

Odontogene ontwikkelingscyste	Payne		Brannon	
	totaal	keratocyste	totaal	keratocyste
folliculaire cyste	378	32 (8,5%)	1850	157 (8,5%)
eruptiecyste			25	0 (0,0%)
laterale parodontale cyste	9	7 (77,7%)	82	20 (24,4%)
primordiale cyste	4	3 (75,0%)	135	60 (44,4%)
gingivacyste	12	2 (16,6%)		
	403	44 (10,9%)	2092	237 (11,3%)



Afb. 2. Relatie leeftijd en type cystebekleding bij 45 patiënten met folliculaire cyste van de derde molaar in de onderkaak.

ratorium van het Wilhelmina Gasthuis ge-registreerde patiënten met een klinisch ge-diagnostiseerde folliculaire cyste, uitgaan-de van een derde molaar in de onderkaak, werden de klinische, röntgenologische en histologische aspecten nagegaan. Een on-der-scheid tussen folliculaire cyste en eruptie-cyste werd niet gemaakt. Voor de dia-gnose folliculaire cyste werden in dit on-derzoek de volgende criteria gehanteerd:

- röntgenologisch diende de grootste breedte van de radiolucente zone, die de kroon van het betreffende gebitsele-ment omgaf, tenminste 3 mm te zijn;
- histologisch diende de epitheliale be-klleding te bestaan uit gereduceerd gla-zuurepitheel, meerlagig plaveiselepi-theel, of een combinatie hiervan.⁷

Totaal werden, op basis van beschikbare klinische, röntgenologische en histologi-sche gegevens 45 folliculaire cysten, uit-gaande van een derde molaar in de onder-kaak, geaccepteerd. Het betrof 30 mannen en 15 vrouwen. De leeftijd varieerde van 17 tot 71 jaar en bedroeg gemiddeld 32,9 jaar. De leeftijdsverdeling toont een sterke piek (56 procent) tussen het 20ste en 29ste jaar (afb. 2). In de leeftijdsverdeling ontbreken man-vrouw-verschillen.

Van de geaccepteerde folliculaire cysten werd de epitheliale cystebekleding beoor-deeld op de aanwezigheid van:

- meerlagig plaveiselepitheel (afb. 3);
- gereduceerd glazuurepitheel; één tot drie cellagen, opgebouwd uit vlakke tot kubische cellen (afb. 4);¹
- gereduceerd glazuurepitheel, voorzien van een gereduceerde ameloblasten-zoom. De gereduceerde ameloblast is een cilindrische tot kubische cel met polarisatie van de kern en eosinofiel cytoplasma (afb. 5);^{8,9}
- ameloblasteuze veranderingen, geka-rakteriseerd door palissadering, polari-sate en hyperchromasie van de kernen in de basale laag, intracytoplasmatische vacuolisatie en een verwijding van de intercellulaire ruimten (afb. 6);¹⁰
- andere epitheliale celdifferentiaties.

Resultaten

Bij 30 van de 45 patiënten (67 procent) werd als cystebekleding alleen plaveiselepitheel waargenomen; de leeftijd varieerde van 17 tot 65 jaar en bedroeg gemiddeld 28,7 jaar. Bij 14 van de 45 patiënten (31 procent) werd als cystebekleding een combinatie van meerlagig plaveiselepitheel en gereduceerd glazuurepitheel waargenomen. Bin-nen deze combinatie varieerde de omvang van de gereduceerde glazuurepitheelcom-ponent van 25 tot 75 procent en bedroeg in 6 cysten 50 procent of meer van de totale epitheliale cystebekleding. In deze patiën-tengroep varieerde de leeftijd van 25 tot 71 jaar en bedroeg gemiddeld 43 jaar. Bij één patiënte werd een gereduceerde amelo-

blastenzoom aangetroffen; haar leeftijd bedroeg 19 jaar.

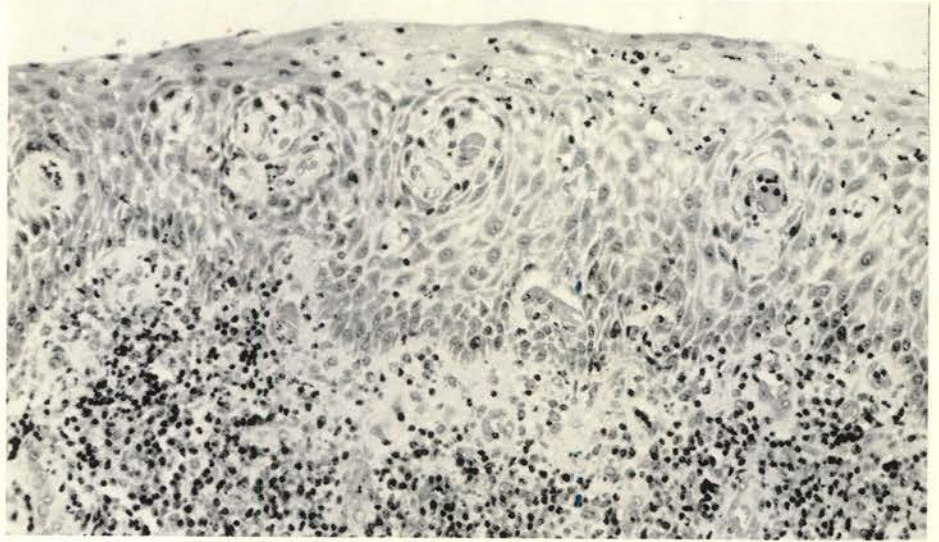
Van deze subgroepen is de leeftijdsverdeling weergegeven in afbeelding 2. In geen van de onderzochte folliculaire cysten werden ameloblasteuze veranderingen waargenomen.

In de subgroep van 30 folliculaire cysten, bekleed met meerlagig plaveiselepitheel, werden in het epitheel van drie cysten slijmproducerende cellen aangetroffen. In 28 van de 30 met meerlagig plaveiselepitheel beklede cysten werd subepitheliaal een matig tot sterk, in dichtheid en samenstelling (granulocytair, lymfocytair) wisselend ontstekingsinfiltraat aangetroffen (afb. 3). Het overliggende epitheel toonde reactieve veranderingen, zoals acanthosis, een verlenging van de retelijsten en intercellulair oedeem. In de resterende twee met meerlagig plaveiselepitheel beklede cysten ontbrak een ontstekingsinfiltraat nagenoeg. De epitheliale bekleding was vier tot acht cellen dik; de epitheelbindweefselbegrenzing had een afgevlakt aspect. Specifieke kenmerken ontbraken. Van één met meerlagig plaveiselepitheel beklede folliculaire cyste, uitgaande van de 48 bij een 21-jarige vrouw, was het histologisch aspect van de epitheliale bekleding overeenkomstig dat van een keratocyste (afb. 7). Daar, waar bij deze cyste subepitheliaal een ontstekingsinfiltraat werd aangetroffen, vervaagden voornoemde kenmerken.

In de subgroep van 14 folliculaire cysten, bekleed met zowel gereduceerd glazuurepitheel als plaveiselepitheel, werden in het epitheel van vier cysten slijmproducerende cellen aangetroffen (afb. 8). In al deze 14 cysten ontbrak, in ieder ter hoogte van de gereduceerde glazuurepitheelbekleding, een subepitheliaal ontstekingsinfiltraat (afb. 4). Een ontstekingsinfiltraat ontbrak eveneens in de met gereduceerde ameloblasten beklede folliculaire cyste (afb. 5).

Discussie

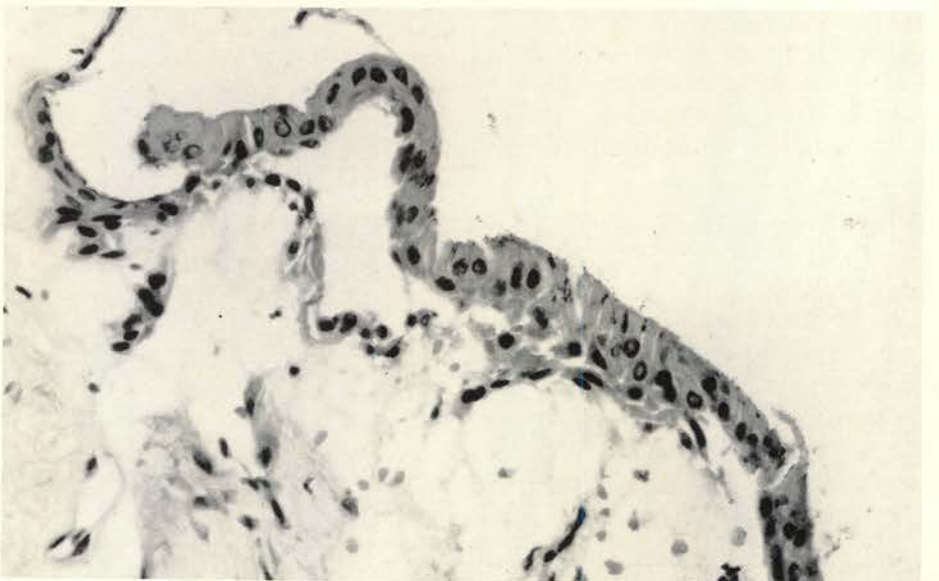
Voor een juiste interpretatie van de waargenomen epitheelvariëaties in de onderzochte folliculaire cysten is een korte weergave noodzakelijk van de veranderingen, die optreden in het glazuurorgaan vanaf het amelogenesisstadium, met name wat betreft veranderingen in de morfologie van de ameloblasten. De overgang van glazuurmatrix synthetiserende ameloblast naar een niet meer synthetiserende ameloblast gaat gepaard met een sterke reductie in cellengte en een eosinofiele verandering van het cytoplasma.



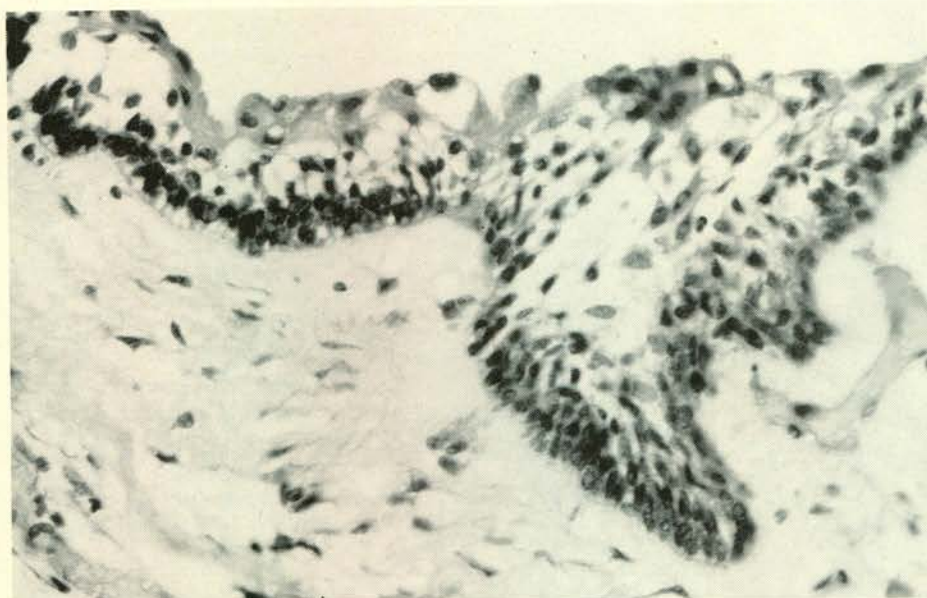
Afb. 3. Deel van een folliculaire cyste, bekleed met een meerlagig plaveiselepitheel. Subepitheliaal wordt een gemengd lymfocytair-granulocytair ontstekingsinfiltraat aangetroffen met intra-epitheliale infiltratie van granulocyten (WG 6469-78, oorspronkelijke vergroting 20×5).



Afb. 4. Deel van een folliculaire cyste, bekleed met gereduceerd glazuurepitheel. Het gereduceerde glazuurepitheel bestaat uit één tot drie lagen vlakke tot kubische cellen (WG 1033-79, oorspronkelijke vergroting 40×5).



Afb. 5. Deel van een folliculaire cyste, voorzien van gereduceerde ameloblasten. De gereduceerde ameloblast is een kubische tot cilindrische cel, gekenmerkt door polarisatie van de kern en een eosinofiel cytoplasma (WG 4527-81, oorspronkelijke vergroting 40×5).



Afb. 6. Ameloblastoom. De basale cellen tonen intra-cytoplasmatische vacuolisatie, de kernen zijn van de basaalmembranen afgekeerd. De suprabasale cellen worden gekenmerkt door intra- en intercellulaire vacuolisatie (WG 1465-76, oorspronkelijke vergroting 40×5).

Deze, in lengte afgenomen, eosinofiele ameloblast wordt gereduceerde ameloblast genoemd. Door verdere dedifferentiatie verandert het glazuurorgaan tenslotte in enkele aaneengesloten, uit vlakke tot kubische cellen bestaande lagen.

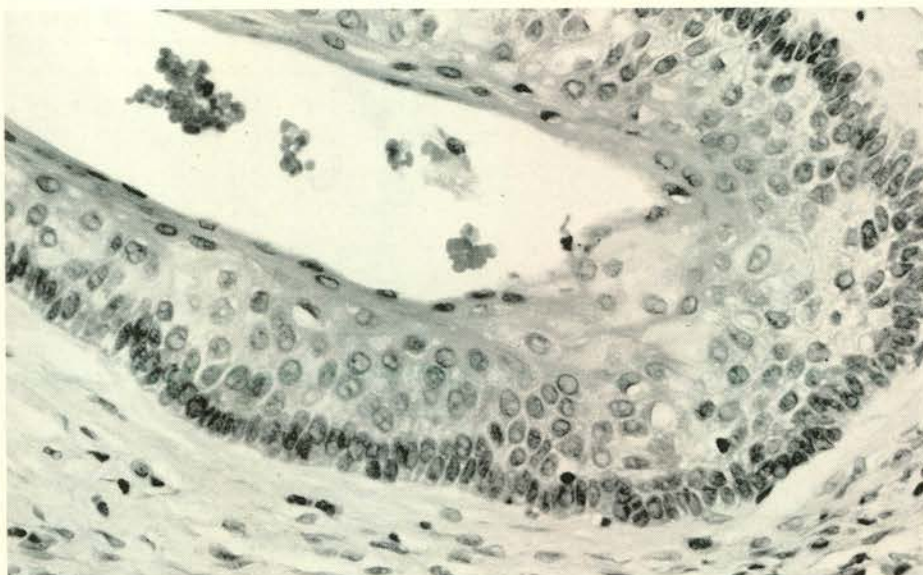
Het epitheel van een dergelijk gedifferentieerd glazuurorgaan wordt omschreven als gereduceerd glazuurepitheel.

Aangezien een folliculaire cyste per definitie ontstaat in een glazuurorgaan, waarin amelogenesis tenminste voor een deel heeft plaatsgevonden, kunnen op theoretische gronden in de epitheliale bekleding van een dergelijke cyste de volgende epitheeldifferentiaties worden aangetroffen:

- ameloblasten, indien tijdens de amelogenesis cystevorming optreedt en deze cysteuze veranderingen geen voortijdige reductie van de ameloblasten inluiden;
- gereduceerde ameloblasten en gereduceerd glazuurepitheel, indien cystevorming na voltooiing van de amelogenesis optreedt, of indien eerder optredende cysteuze veranderingen leiden tot een premature reductie van de ameloblasten en het overige glazuurepitheel.

Cysteuze veranderingen in een tandkiem en het effect daarvan op de glazuurmatrix producerende ameloblas-

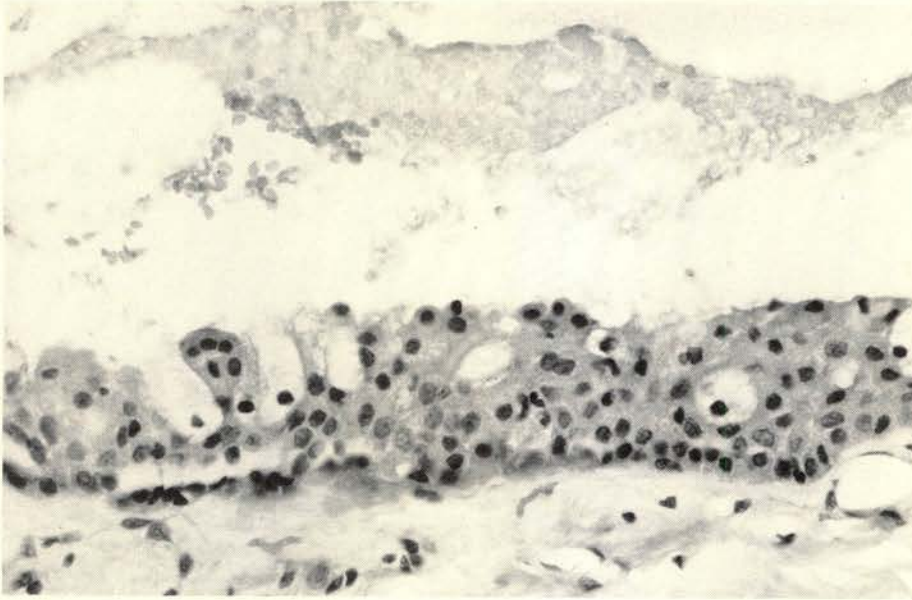
ten zijn beschreven bij transplantaten van zich in het amelogenesis-stadium bevindende tandkiemen van muizen¹¹ en hamsters.¹² Bartlett c.s. vonden dat bij geringe cysteuze veranderingen in de glazuurpulpa de tegen het glazuur gelegen ameloblasten hun specifieke morfologische kenmerken bleven behouden.¹¹ Volgens Al-Talabani en Smith daarentegen leidt cystevorming tijdens het amelogenesis-stadium tot degeneratie van de nabijgelegen ameloblasten.¹²



Afb. 7. Folliculaire cyste met het aspect van een keratocyste. Het epitheel is 5 tot 8 cellagen breed en toont pallissadering in de basale cellaag. De suprabasale cellen (stratum spinosum) vlakken niet af, maar gaan abrupt over in een afgeplatte oppervlakkige cellaag (WG 1935-81, oorspronkelijke vergroting 40×5).

In de door Stanley c.s. onderzochte tandfollikels werd glazuurorgaan-epitheel en meerlagig plaveiselepitheel alleen of in combinatie aangetroffen.⁵ Deze follikels waren afkomstig van in doorbraak gestoorde derde molaren van patiënten, in leeftijd variërend van 13 tot 69 jaar. Opvallend hierbij bleek dat glazuurorgaan-epitheel alleen werd aangetroffen in follikels van patiënten jonger dan 26 jaar. Hierbij ontbrak in tegenstelling tot de follikels met meerlagig plaveiselepitheel, een ontstekingsinfiltraat. Stanley c.s. hanteren het begrip glazuurorgaan-epitheel.⁵ In hun groep tandfollikels, waarin glazuurorgaan-epitheel werd aangetroffen, varieerde de leeftijd van de betreffende patiënten van 13 tot 26 jaar. Aangezien in deze leeftijdscategorie de amelogenesis is voltooid, kan worden aangenomen dat het door Stanley c.s.⁵ gebruikte begrip glazuurorgaan-epitheel de in deze studie gebruikte begrippen gereduceerd glazuurepitheel en gereduceerde ameloblasten omvat. Hun foto's bevestigen dit.

De eigen bevindingen zijn, wat betreft het al of niet aanwezig zijn van een ontstekingsinfiltraat in relatie tot een plaveiselcellige metaplasie van het gereduceerde glazuurepitheel, in overeenstemming met die van Stanley c.s.⁵



Afb. 8. Deel van een folliculaire cyste, voorzien van slijmproducerende cellen (WG 2571-78, oorspronkelijke vergroting 40×5).

Echter, de door Stanley c.s. waargenomen leeftijdsimitering met betrekking tot het aanwezig zijn van glazuurorgaan-epitheel,⁵ wordt niet bevestigd (afb. 2). Het is aannemelijk dat een overgang van gereduceerd glazuurepitheel naar meerlagig plaveiselepitheel niet leeftijdsafhankelijk is, doch berust op een door ontstekingsprikkels veroorzaakte reactieve verandering. De met een ontsteking geassocieerde folliculaire cysten betroffen in de eigen studie veelal een in de laatste fase van het eruptieproces verkerende derde molaar (eruptiecyste).

In de eigen serie werd bij één folliculaire cyste de diagnose keratocyste gesteld. De diagnose keratocyste is een histologische diagnose, die door Payne¹³ en Brannon¹⁴ bij ruim acht procent van de door hun onderzochte folliculaire cysten werd gesteld (tabel I). Bij zeven cysten van de eigen serie werden in de epitheliale cystebekleding slijmproducerende cellen aangetroffen. Dit is voor het eerst beschreven door Gorlin, die naast slijmbekercellen eveneens respiratoir epitheel en talgklierweefsel in het epitheel van mandibulaire folliculaire cysten aantrof.¹⁵ Voornoemde differentiaties (keratocyste, slijmbekercellen, respiratoir epitheel, talgklierweefsel), alsmede de in de literatuur beschreven doch in deze studie niet waargenomen ameloblasteuze veranderingen zou-

den als volgt verklaard kunnen worden. Het gereduceerde glazuurepitheel toont een sterke morfologische overeenkomst met vroeg embryonaal epitheel en zou dit, wat betreft differentiatiemogelijkheden misschien kunnen evenaren. Differentiaties van vroeg embryonaal epitheel uit het voorste deel van de kieuwdarm zijn onder meer respiratoir epitheel, odontogeen epitheel en meerlagig plaveiselepitheel.

Samenvattend kan worden gesteld dat de epitheliale bekleding van de folliculaire cyste in principe bestaat uit gereduceerd glazuurepitheel. Daarnaast kunnen eveneens andere epitheeldifferentiaties worden waargenomen. Deze betreffen meestal meerlagig plaveiselepitheel en soms trilhaarepitheel, talgklierepitheel en slijmproducerende cellen. Eveneens kunnen in folliculaire cysten ameloblastomen en keratocysten ontstaan. De plaveiscellige metaplasie is niet, zoals Stanley c.s. stellen,⁵ leeftijdsgebonden, doch betreft een door een ontstekingsprikkel geïnduceerde reactieve verandering van het gereduceerde glazuurepitheel. Dit zou betekenen dat, indien voor het ontstaan van ameloblastomen in folliculaire cysten de aanwezigheid van gereduceerd glazuurepitheel essentieel is, dit, in tegenstelling tot de opvatting van Stanley en Diehl,⁶ eveneens geen leeftijdsgebonden proces is.

Bij deze danken wij de heer A. Dons voor zijn fotografische hulp en mevrouw L. E. Bras-Veen voor het uittypen van het manuscript.

Summary:

Title: The dentigerous cyst. Differentiations of the epithelial lining and age.

Keywords: Oral surgery - Pathology - Dentigerous cysts - Epithelium

Histological examination of 45 dentigerous cysts, deriving of a third inferior molar, didn't confirm the in the literature suggested relation between type of cyst-epithelium and the age of the patient. The epithelial lining of a dentigerous cyst primarily consists of reduced enamel-epithelium.

A transformation to squamous epithelium is not age-related, but is due to a reactive, by inflammation induced metaplasia. One dentigerous cyst was histologically classified as a keratocyst; in the epithelial lining of 7 cysts mucous cells were found; ameloblastoma-like differentiations were not observed.

The possible potentials of the reduced enamel-epithelium are discussed.

Literatuur:

1. Shear M. Cysts of the oral regions. Bristol: John Wright and Sons Ltd., 1976: 4-25; 42-55.
2. Meyer I. Comment on an article by L. Getter. J Oral Surg 1965; 23: 253.
3. Bhaskar SN. Synopsis of oral pathology. 6th edition. Saint Louis: The C. V. Mosby Company, 1981.
4. Shteyer A, Lustmann J, Lewin-Epstein J. The mural ameloblastoma: a review of the literature. J Oral Surg 1978; 866-872.
5. Stanley HR, Krogh H, Pannuk E. Age changes in the epithelial components of follicles (dental sacs) associated with impacted third molars. Oral Surg 1965; 19: 128-139.
6. Stanley HR, Diehl DL. Ameloblastoma potential of follicular cysts. Oral Surg 1965; 20: 260-268.
7. Pindborg JJ, Kramer IRH. Histological typing of odontogenic tumours, jaw cysts and allied lesions. Genève: World Health Organization, 1971.
8. Reith EJ. The stages of amelogenesis as observed in molar teeth of young rats. J Ultrastruct Res 1970; 30: 111-151.
9. Sicher H, Bhaskar SN. Orban's oral histology and embryology. 7th edition. Saint Louis: The C. V. Mosby Company, 1972.
10. Vickers RA, Gorlin RJ. Ameloblastoma: Delineation of early histopathologic features of neoplasma. Cancer 1970; 26: 699-710.
11. Bartlett PF, Radden BG, Reade PC. The experimental production of odontogenic keratocysts. J Oral Pathol 1973; 2: 58-76.
12. Al-Tatabani NG, Smith CJ. Experimental dentigerous cysts and enamel hypoplasia: their possible significance in explaining the

pathogenesis of human dentigerous cysts. *J Oral Pathol* 1980; 9: 82-91.

13. *Payne TF*. An analysis of the clinical and histopathologic parameters of the odontogenic keratocyst. *Oral Surg* 1972; 33: 538-546.
 14. *Brannon RB*. The odontogenic keratocyst.

A clinicopathologic study of 312 cases. Part I. Clinical features. *Oral Surg* 1976; 42: 54-72.

15. *Gorlin RJ*. Potentialities of oral epithelium manifest by mandibular dentigerous cysts. *Oral Surg* 1957; 10: 271-284.

Oktober 1982.

Adres: Dr. J. Bras,
 Meibergdreef 9,
 1105 AZ Amsterdam.

GEBITSPROTHESEN BIJ DE NEDERLANDSE BEVOLKING*

J. VAN DEN BERG**)

Trefwoorden: Sociale tandheelkunde – Gezondheidszorg – Prothese – Consumentensatisfactie

1. Inleiding

Statistische gegevens betreffende gebitsprothesen bij de Nederlandse bevolking zijn slechts in beperkte mate beschikbaar¹⁾. Van particulier verzekeren is op dit terrein vrijwel niets bekend, van ziekenfondsverzekeren alleen het aantal geplaatste prothesen per jaar²⁾ en de daarmee verband houdende kosten³⁾.

Op eenvoudige vragen als:

- hoeveel procent van de Nederlandse bevolking heeft een gebitsprothese?
- hoe is de verdeling van dit percentage naar leeftijd en geslacht?
- zijn mannen gemiddeld vroeger of later dan vrouwen toe aan een kunstgebit?

– zijn er met betrekking tot het hebben van een gebitsprothese verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden?

zoekt men in de beschikbare statistieken vergeefs een antwoord. Daarom is in de continue Gezondheidsenquête⁴⁾ onder andere de vraag opgenomen: 'Heeft u een kunstgebit, een plaatje, een frameprothese of een brug? Als dat zo is, wilt u dan ook aangeven of het boven of onder is?'

In dit artikel worden de antwoorden op deze vraag gepresenteerd.

Eerst volgen in paragraaf 2 enige algemene gegevens betreffende de gezondheidsenquête. Dan wordt in paragraaf 3 het resultaat van de beantwoording van bovengenoemde vraag weer gegeven. In paragraaf 4 komt de verdeling naar leeftijd en geslacht aan de orde. Vervolgens wordt in paragraaf 5 tevens de verzekeringsvorm in de analyse betrokken.

De gezondheidsenquête tracht niet alleen het vóórkomen van gebitsprothesen in kaart te brengen. Er wordt tevens naar gestreefd om te achterhalen in hoeverre deze prothesen problemen opleveren voor functies als bijten en kauwen. Als eerste aanzet daartoe is opgenomen de vraag: 'Zou u een stuk van een harde appel kunnen afbijten?'⁵⁾. De resultaten hiervan worden besproken in paragraaf 6.

2. De gezondheidsenquête

De enquête vindt plaats bij een aselecte steekproef van woonadressen (be-

Samenvatting:

De helft van de bevolking in Nederland van 16 jaar en ouder heeft een gebitsprothese. Bijna een derde deel heeft een volledig kunstgebit, terwijl 8% van de bevolking alleen boven of alleen onder een kunstgebit heeft, en 9% alleen andere prothesen (plaatje, frameprothese, brug). In de leeftijdsgroepen van 30 tot 55 jaar hebben aanzienlijk meer vrouwen dan mannen een kunstgebit.

Er zijn opvallende verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Rond de 50-jarige leeftijd, bijvoorbeeld, heeft circa 50% van de ziekenfondsverzekeren een volledig kunstgebit in vergelijking met circa 30% van de particulier verzekerden.

Problemen met de gebitsprothese, gemeten met de vraag: 'Zou u een stuk van een harde appel kunnen afbijten?' komen voor bij circa 45% van degenen met een volledig kunstgebit, bij 30% met een 'half' kunstgebit en bij 15% met alleen andere prothesen.

Opgemerkt zij, dat bovenstaande gegevens alleen betrekking hebben op de 'thuiswonende' bevolking. Bewoners van inrichtingen en tehuizen zijn niet in het onderzoek betrokken, dus met name bejaarden zijn enigszins ondervertegenwoordigd.

halve inrichtingen en tehuizen). Op elk steekproefadres worden alle bewoners ondervraagd, behoudens weigering e.d. De non-respons bedroeg in 1981 circa 32%⁶⁾. Als gevolg hiervan kunnen de uitkomsten vertekend zijn; in welke mate is niet te bepalen. De responsgroep vertoont overigens vrijwel dezelfde verdeling naar leeftijd en geslacht als de totale Nederlandse bevolking⁷⁾. Voor de geringe verschillen tussen de samenstelling van de steekproef en de totale bevolking is niet gecorrigeerd. De in dit artikel gepresenteerde gegevens zijn voorlopig.

* Overgenomen uit Maandbericht Gezondheidsstatistiek (C.B.S.), jaargang 1, nummer 10, 1982.

** Chef afdeling Onderzoek Gezondheid en Gebruik Voorzieningen, van de hoofdafdeling Gezondheidsstatistiek.

¹⁾ Zie Kalk, W. 1979, Het kunstgebit, een blij bezit? Proefschrift, Vrije Universiteit te Amsterdam.

²⁾ Compendium Gezondheidsstatistiek Nederland, 1979, tabel 8.4.

³⁾ Idem, tabel 13.4.

⁴⁾ Voor algemene informatie betreffende deze enquête wordt verwezen naar Maandbericht Gezondheidsstatistiek, mei 1982, blz. 5 e.v.

⁵⁾ Deze vraag is ontleend aan een 'item-lijst' van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling. Zie: Van Sonsbeek, J. L. A., 1981, Applications aux Pays Bas des questions de l'OCDE relatives à l'incapacité. *Revue d'Epidemiologie et de Santé Publique*, 29, 461-468.