

PREVENTIEVE PROTHETIEK

DE BETEKENIS VAN VOORLICHTING EN NAZORG BIJ HET BEHANDELEN VAN EDENTATE PATIËNTEN

W. KALK

Uit de afdeling Volledige en Immediaat Prothese van de vakgroep Prothetische Tandheelkunde van de Vrije Universiteit te Amsterdam.

Trefwoorden: Prothetische tandheelkunde – Edentate patiënt – Voorlichting – Nazorg

1. Inleiding

De 'sanering' van de restdentitie door middel van extractie van alle nog resterende elementen is nog altijd geen uitzondering. Veel patiënten zijn dan ook aangewezen op een volledige gebitsprothese, hetgeen uit enkele epidemiologische gegevens moge blijken. De helft van de Nederlandse bevolking boven de 45 jaar is tandeloos. Van alle Nederlanders ouder dan 65 jaar is zelfs meer dan driekwart edentat.¹ Hoewel exacte gegevens over het aantal volledige gebitsprothesedragers in Nederland ontbreken, lijkt een aantal van ruim drie miljoen aannemelijk.^{2,3}

Met het toenemen van de gemiddelde leeftijd van de mens valt tevens een toename te constateren van het aantal jaren waarin gebitsprothesen worden gedragen. Er zijn dan ook veel patiënten die reeds 20, 30 of nog meer jaren tandeloos zijn.

Uit onderzoek bij bejaarden in verpleeghuizen kan een beeld worden verkregen van de mondgezondheid van zeer langdurig edentate patiënten.⁴ Het betreft veelal patiënten met oude, kwalitatief slechte gebitsprothesen, bij wie de processus alveolares sterk zijn geresorbeerd. Er worden daarnaast veel mucosale afwijkingen waargenomen zoals drukulcera, hyperplasieën en fibromateuze aandoeningen.⁵

Het voorkómen van tandheelkundige afwijkingen beperkt zich tot op heden veelal tot de preventie van cariës en parodontale aandoeningen; de preventie is vooral gericht op het behoud van het natuurlijke gebit. Het behoud van de eigen dentitie zal helaas voor het grootste deel van onze bevolking niet lukken en het uiteindelijke functieherstel zal veelal plaatsvinden met behulp van een volledige gebitsprothese.⁶ Voor de edentate patiënt is daarom het behoud van de processus alveolaris essentieel teneinde ook op latere leeftijd nog met een gebitsprothese te kunnen blijven functioneren.^{7,8} Bij functieherstel met behulp van een gebitsprothese zal het voorkómen van afwijkingen aan de slijmvliezen van de dragende weefsels en het voorkómen van resorptie van de processus alveolaris centraal dienen te staan (zie afb. 1).^{6,8}

In dit artikel zal worden aangegeven welke maatregelen door de tandarts kunnen worden genomen, teneinde de onderliggende weefsels in een zo gezond mogelijke condi-

tie te houden. De aanpak van de patiënt bij wie overwogen wordt over te gaan tot totale extractie en bij wie een blijvende aanpassing aan een volledige gebitsprothese wordt nagestreefd zal worden beschreven.

2. Het tijdstip van extractie en de aanpassing aan de immediate gebitsprothese

Wanneer de beslissing om alle resterende gebitselementen te extraheren is gevallen, moet de immediate gebitsprothese (zoveel mogelijk) de functies van het kauwstelsel herstellen en deze als het ware voor lange tijd 'vasthouden'.⁹

Om dit te bereiken moet er:

- een gunstige situatie in de mond zijn om de gebitsprothese te laten functioneren (gezonde mucosa, goede processus alveolaris);
- een zodanig vervolg op de behandeling zijn, dat een goede orale conditie gehandhaafd blijft.

De tijd en omstandigheden waarin een patiënt edentat wordt, kan op de lange duur een belangrijke rol spelen bij het uiteindelijke succes van een behandeling. Vooral bij jonge patiënten treden er immers nog in hoge mate fysiologische veranderingen op in het kaakbot.¹⁰ Binnen enkele jaren kan de processus alveolaris ernstig resorberen hetgeen vaak ingrijpende chirurgische correcties noodzakelijk maakt. Daarom dient

Samenvatting:

Het voorkómen van tandheelkundige afwijkingen is tot op heden vooral gericht geweest op de preventie van cariës en parodontale aandoeningen teneinde het natuurlijk gebit zolang mogelijk te behouden. Bij de (toekomstig) tandeloze patiënt dient het behoud van de processus alveolaris centraal te staan zodat de patiënt ook op oudere leeftijd nog met een gebitsprothese kan functioneren. In dit artikel wordt aangegeven welke maatregelen de tandarts dient te nemen, teneinde de weefsels onder de gebitsprothese in een zo gezond mogelijke conditie te houden.

Er wordt nader ingegaan op het tijdstip van extractie en de aanpassing aan de immediate gebitsprothese. Het belang van nazorg na plaatsing van een gebitsprothese wordt benadrukt.

Tenslotte wordt een schema beschreven voor een systematische opzet van de nazorg bij edentate patiënten.

bij jonge patiënten gewacht te worden met het extraheren van de (nog resterende) elementen, totdat de groei en ontwikkeling is gestopt zodat van een redelijk stabiele processus alveolaris kan worden uitgegaan. Nog niet doorgebroken bovenmolaren (met name M₂ en M₃) mogen niet worden verwijderd aangezien ze een belangrijke rol spelen bij de ontwikkeling van het tuber maxillare.

Parodontologische aandoeningen kunnen eveneens tot botverlies leiden en resulteren in een edentate processus alveolaris van fibreus weefsel. Het bot kan in zo'n geval chronisch ontstoken zijn, hetgeen een versnelde resorptie tot gevolg kan heb-



Afb. 1. De doelstelling van de 'preventieve prothetiek'.

ben.^{10 11} Indien een gebitsprothese wordt geïndiceerd, dient deze bij voorkeur te worden vervaardigd op een gezonde processus alveolaris. Een situatie die parodontologisch gezien slecht is, kan bij functietherstel met prothetische voorzieningen veel problemen opleveren.¹¹

Aangezien uit onderzoek is gebleken dat ook het voedingspatroon in relatie staat tot het resorptiepatroon is een goede voorlichting over de juiste voeding een essentieel onderdeel van een 'preventief prothetische' behandeling.^{11 12}

Wanneer een totale extractie een dwingend karakter heeft (cariës, ernstig parodontaal verval) zal dit vooral veel problemen geven als de patiënt zich bewust wordt dat dit had kunnen worden voorkomen. Een patiënt kan in zo'n geval van volledig tandverlies problemen van psychische aard krijgen. Het succes van een prothetische behandeling zal dan in grote mate afhangen van de houding van de tandarts ten opzichte van de te maken gebitsprothese. Immers voor deze groep patiënten is de uitneembare gebitsprothese een noodzakelijk kwaad.¹³ Het is van belang de patiënt op de juiste wijze te begeleiden teneinde de acceptatie van de gebitsprothese (met zijn beperkingen) te bewerkstelligen.¹⁴

Wanneer de totale extractie daarentegen een niet-dwingend karakter heeft, zal het veelal de tandarts zijn die problemen met de behandeling heeft. Het gebrek aan interesse van de patiënt of de onmogelijkheid datgene te behouden wat nog best geconserveerd zou kunnen worden, veroorzaakt bij veel tandartsen vaak een gevoel van machteloosheid of verzet. Dit beïnvloedt dan weer zijn houding ten aanzien van de gebitsprothese.¹³

De rol van de tandarts is van groot belang zeker wanneer het erom gaat vroegtijdig de zogenaamde 'probleem-patiënt' op te sporen.¹⁴ Ondanks het bespreken van de te verwachten moeilijkheden en een zeer zorgvuldige behandeling, kunnen zich met name bij het plaatsen van de immediate gebitsprothese onaangename bijverschijnselen voordoen zoals kokhalzen, overmatige speekselproductie en smaakvermindering. Veelal zijn deze verschijnselen van psychische aard. Immers, deze categorie patiënten maakt, indien niet eerder een partiële plaatprothese is gedragen, voor het eerst kennis met een volledige bedekking van het palatum. De oplossing hiervoor kan soms worden gevonden door met behulp van zogenaamde 'oefenplaatjes' (kunstharplaatjes zonder elementen) de patiënt in huiselijke kring te laten wennen aan het gevoel twee kunstharplaten in de mond te hebben. Tegen de tijd dat de immediate gebitsprothese wordt geplaatst, zijn de genoemde problemen vaak opgelost.¹⁵

Een immediate gebitsprothese biedt een aantal voordelen in vergelijking met een gebitsprothese die pas een paar maanden na extractie wordt geplaatst:^{9 16}

1. de patiënt is niet tandeloos gedurende de periode dat de extractiewonden moeten genezen en kan zonder al te veel problemen aan het sociale verkeer blijven deelnemen;
2. minder pijnklachten en minder zwelling; de immediate gebitsprothese fungeert immers als wondverband; de kans op nabloedingen wordt gereduceerd;
3. de tandarts heeft veel houvast aan de nog resterende elementen; de stand van de frontelementen kan, indien gewenst, exact worden nagebootst in de immediate gebitsprothese;
4. de plaats van de incisale lijn en de verticale dimensie zijn beter vast te leggen in vergelijking met een gebitsprothese die gemaakt moet worden bij een patiënt die reeds edentaat is;
5. de adaptatie aan de immediate gebitsprothese is in het algemeen beter dan wanneer de gebitsprothese geplaatst wordt na een periode van enkele maanden;
6. spraak en esthetiek zijn niet aan grote veranderingen onderhevig; de tonus van de mimische musculatuur verandert niet noemenswaardig.

3. De nazorg

Zodra de volledige gebitsprothese is geplaatst, moeten al die maatregelen worden genomen die er uiteindelijk toe zullen leiden dat de onderliggende weefsels in een zo gezond mogelijke conditie blijven. De begeleiding en nazorg is daarom essentieel.

3.1. Nazorg op korte termijn na plaatsing van de volledige immediate gebitsprothese

Alvorens over te gaan tot de extractie hoort de tandarts zijn patiënt te informeren over de te volgen procedure.^{17 18} Bij voorkeur dient dit schriftelijk te gebeuren, eventueel mondeling toegelicht. De instructie moet de volgende punten omvatten:

1. *de eerste 24 uur:* de immediate gebitsprothese dient tot ongeveer 24 uur na plaatsing in situ te blijven en mag in verband met het postoperatief oedeem door de patiënt niet worden uitgenomen. Na 24 uur wordt de gebitsprothese door de tandarts uitgenomen en schoongemaakt; eventuele drukplaatsen worden verwijderd en occlusie en articulatie worden gecontroleerd;
2. *te verwachten reacties:* uitleg van eventueel te verwachten normale reacties op de ingreep (napijn, zwelling, temperatuurverhoging) en wat de patiënt hieraan zelf kan doen;
3. *voedselgebruik:* tot enige dagen na ex-

tractie vloeibare kost teneinde het coagulum niet te beschadigen;

4. *slaaphouding:* hoofd iets hoger dan de rest van het lichaam ter voorkoming van stuwings;
5. *werkherhating:* hiervoor is geen algemene regel te geven maar meestal kan de patiënt na één tot drie dagen weer normaal aan het werk;
6. *wondgenezing:* het spoelen van de mond beïnvloedt de wondgenezing in het algemeen in ongunstige zin. Is er behoefte om te spoelen dan kan men de patiënt adviseren dit te doen met lauwe kamillethee of lauw gekookt water waaraan iets zout of OdoI® is toegevoegd;
7. *pijnbestrijding:* in het algemeen is paracetamol-coffeïne of glafenine (respectievelijk Finimal® of Idalon®) voldoende om de pijn te bestrijden;
8. *bereikbaarheid:* van de tandarts in geval van nood;
9. *afpraak voor controle:* na 24 uur en verwijderen van eventuele hechtingen en/of tampon na vijf dagen.

Omdat de resorptie van de processus alveolaris voor iedere patiënt weer anders verloopt, is het moeilijk over de mate van nazorg een duidelijke uitspraak te doen. Met name uit de publikaties van Tallgren¹⁹⁻²¹ is duidelijk geworden dat gedurende het eerste jaar na een totale extractie de processus alveolaris het snelst in hoogte afneemt. Belangrijk is dat deze initiële resorptie vooral gedurende de eerste drie maanden na extractie plaatsvindt. De patiënt dient te weten dat dit voor hem betekent dat hij regelmatig terug moet komen voor:

1. drukplaatscontrole, totdat hij klachtenvrij is;
2. voeren van de prothese en/of aanpassing van de occlusie en articulatie ongeveer 2-6 maanden na plaatsing;
3. controle ongeveer één jaar na plaatsing;
4. (afhankelijk van de situatie) uiteindelijk vervaardigen van een nieuwe gebitsprothese.

Als nadelen van de immediate gebitsprothese moeten daarom worden vermeld:⁹

- patiënt moet zijn gebitsprothese in verband met de rebasing en/of aanpassing van occlusie en articulatie enkele dagen missen; indien dit onoverkomelijke problemen oplevert is een directe aanpassing aan de stoel te overwegen;
- extra behandelingsduur voor tandarts en patiënt vanwege de relatief lange nazorg.

Indien de nazorg op korte termijn wordt verwaarloosd, kan dit uiteindelijk resulteren in:^{5 8 22}

1. slechte toestand van de processus alveolaris,
2. malocclusie,
3. ontstoken en/of geïrriteerde mucosa,
4. verlies van verticale dimensie,

5. eventueel ontstaan van irritatiefibromen en/of 'flabby ridges'.

3.2. Nazorg op korte termijn na plaatsing van de volledige gebitsprothese

De nazorg op korte termijn bij een nieuw vervaardigde volledige gebitsprothese begint reeds op het moment dat deze wordt geplaatst. Tijdens het plaatsen van de gebitsprothese dient te worden gecontroleerd of deze geen scherpe of te lange randen vertoont, of de retentie, stabiliteit en verticale dimensie juist zijn en of de occlusie en articulatie aan de gestelde eisen voldoen. Verder dient de tandarts na te gaan (met behulp van een Pressure Indicating Paste (PIP)) of er nu al plaatsen aanwezig zijn die door irritatie ten gevolge van de uitgeoefende druk tot een ulcus kunnen leiden.² Verder verdient het ook hier aanbeveling de patiënt een schriftelijke instructie mee naar huis te geven omtrent de problemen die na plaatsing van een volledige gebitsprothese kunnen optreden.²³ De patiënt wordt een paar dagen na het plaatsen terug verwacht voor controle en wordt niet eerder behandeld

voordat hij geheel klachtenvrij is. Zeker bij oudere patiënten, waar de aanpassingsmoeilijkheden groter zijn, verdient deze nazorg alle aandacht.²⁴

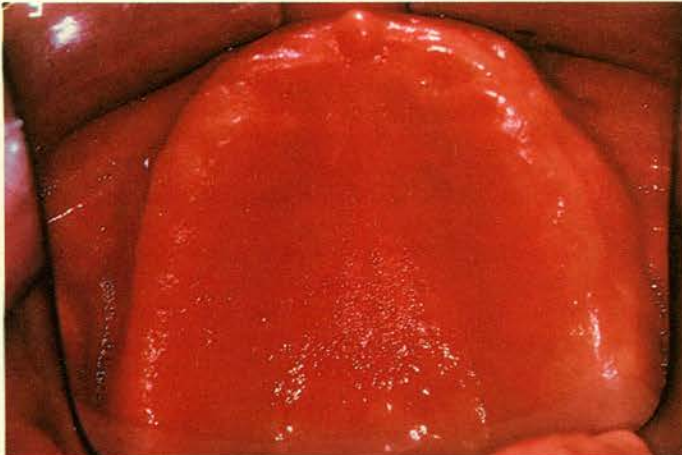
De instructie voor wat betreft het dragen van de volledige gebitsprothese is eveneens van belang. De tandarts dient zijn patiënt in het kader van de nazorg duidelijk te maken dat het verzorgen van mondholte en gebitsprothese van belang is aangezien dit nauw samenhangt met het optreden van mucosale aandoeningen en/of resorptie.²⁴²⁵

Instructie bestaat daarom uit het volgende:

- 's nachts dient de prothese niet gedragen te worden, zodat het mondslijmvlies tot rust kan komen,²⁶
- het slijmvlies van de boven- en onderkaak dient tweemaal per dag met een zachte tandenborstel te worden gemasseerd en gereinigd.²²⁷

Bij patiënten die hun eigen gebitsdelen nog hebben is een goede mondhygiëne hét middel ter bestrijding van de tandplaque, waardoor cariës en parodontale aan-

doeningen voorkómen kunnen worden. Bij edentaten is een goede mondhygiëne niet alleen van belang voor de plaquebestrijding maar ook voor het beperken van bacterie- en schimmelgroei op of onder de gebitsprothese en voor het gezond houden van het mondslijmvlies. Bij een natuurlijke dentitie wordt de mucosa van de mond door de bewegingen van tong, lippen, wangen en spijsbrokken voortdurend gemasseerd. Bij het dragen van een gebitsprothese is dit echter niet mogelijk, omdat de mucosa voor een groot deel wordt bedekt door de protheseplaat. Hierdoor kunnen zich anaërobe bacteriën onder de protheseplaat ophopen, waardoor afwijkingen aan de mucosa kunnen optreden.⁵²⁸ Deze afwijkingen kunnen zich zowel acuut als chronisch manifesteren als hyperemieën, ontstekingen en/of hyperplasieën (zie afb. 2 en 3). Een goede mondhygiëne van de prothesedragers moet daarom bestaan uit het masseren van het mondslijmvlies teneinde een goede doorbloeding van de mucosa te bevorderen. Dit kan worden bereikt door de gebitsprothese 's nachts uit te laten alsmede door een goede reiniging van de mucosa met behulp van een borstel.



Afb. 2. Een patiënt met een chronisch ontstoken palatum en een papillaire hyperplasie. Patiënt was in het bezit van een matig passende gebitsprothese en had een slechte prothese- en mondhygiëne.



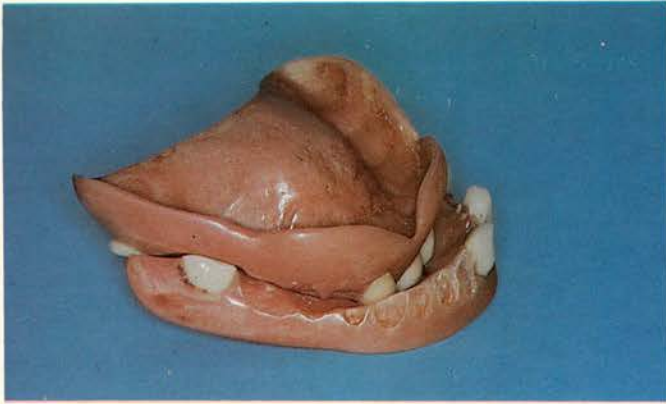
Afb. 3. Agar-afdruk van het palatum van een patiënt. De plaats van de schimmelskolonies correspondeert met het ontstoken gebied.



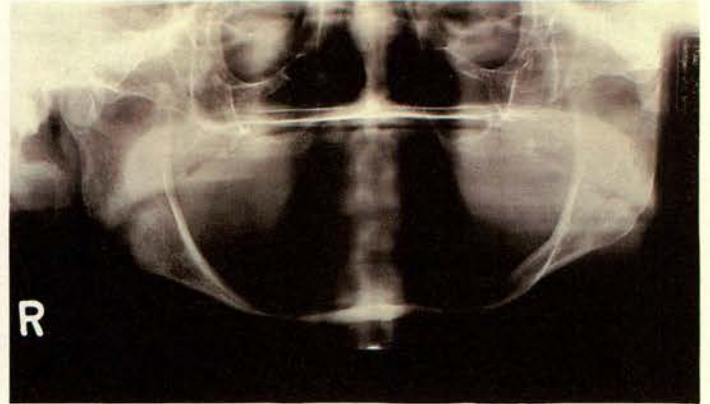
Afb. 4. Een bovenprothese voorzien van een 'voering' van leukoplast.



Afb. 5. Het effect van de gebitsprothese van afbeelding 4 op de onderliggende weefsels: stomatitis, flabby ridge en sterke resorptie.



Afb. 6. De gevolgen van het mislukken van de 'preventieve prothetiek'.



Afb. 7. Het röntgenbeeld van een sterk geresorbeerde onderkaak bij een zeer langdurig edentate patiënt.

3.3. Nazorg op lange termijn

Zowel de gebitsprothese als ook de edentate mond moeten regelmatig door de tandarts worden gecontroleerd, omdat patiënten zich nauwelijks bewust zijn van eventuele veranderingen in hun mond. Ten gevolge van de steeds voortschrijdende resorptie zullen er vroeg of laat klachten kunnen ontstaan over het loszitten en slecht functioneren van de gebitsprothese. Aangezien de patiënt veelal niet graag door de tandarts wordt gecontroleerd zullen velen, mede uit onwetendheid, hun toevlucht gaan nemen tot kleefpasta's, voeringen enzovoort om op deze manier het kunstgebit weer draagbaar te maken. De gebruikers van deze 'eigen voeringen' hebben echter geen kennis van occlusie, articulatie, balanscontacten enzovoort, waardoor de irritaties van de mucosa en het resorptieproces zullen worden versterkt (zie afb. 4 en 5).²⁹ De patiënt vervoegt zich veelal pas weer bij de tandarts als het helemaal niet meer gaat. De vicieuze cirkel is dan rond; de tandarts is misschien nog wel in staat om in deze zeer gecompliceerde mondsituatie een nieuwe gebitsprothese te maken; de vraag is echter of de patiënt hier ooit mee overweg zal kunnen. Zijn verwachting is immers dat met een nieuw kunstgebit alle problemen opgelost zullen zijn. De werkelijkheid is echter anders! Hij zal zich opnieuw moeten aanpassen aan een totaal veranderde gebitsprothese die rust op een niet-gezonde mucosa en op sterk geresorbeerde kaken. Wanneer we verder bedenken dat deze patiënt soms twintig of nog meer jaren dag en nacht hetzelfde kunstgebit heeft gedragen, dan zal gewinning aan een nieuwe gebitsprothese niet eerder lukken voordat de ontwenning aan de oude gebitsprothese een feit is geworden.³⁰ Wanneer de aanpassing aan de gebitsprothese moeilijkheden oplevert, zal de patiënt al gauw geneigd zijn dit terug te voeren op de slechte kwaliteit van de gebitsprothese. Hij heeft immers jarenlang zonder enig probleem met een kunstgebit gefunctioneerd en zal zich afvragen waarom

dit nu niet meer kan; het 'oude gebit' was versleten en de tandarts hoeft alleen maar een 'goeie nieuwe' te maken. De tandarts krijgt de schuld, want 'het gebit' is niet goed gemaakt.²⁴

Meestal is de oorzaak echter niet dat de tandarts een kwalitatief slechte gebitsprothese heeft gemaakt, maar dat hij heeft gefaald in de juiste begeleiding van en voorlichting aan de patiënt.^{20 24 31-33} Ook had de tandarts de patiënt wellicht een betere dienst bewezen als hij de oude gebitsprothese slechts had aangepast, waardoor de gewinning waarschijnlijk minder problemen had opgeleverd. Dit neemt echter niet weg, dat voorlichting vooraf en een goede nazorg achteraf de patiënt een hoop problemen hadden kunnen besparen (zie afb. 6 en 7).³⁰

Concluderend mag worden gesteld dat de nazorg in het kader van de 'preventieve prothetiek' dan ook een essentieel onderdeel is voor het bewerkstelligen van een blijvende aanpassing van een gebitsprothese.

Een schema voor een systematische opzet van de nazorg in het kader van de 'preventieve prothetiek'.

1. Advies over initiële (aanpassings)moeilijkheden:
 - problemen met eten,
 - pijnplaatsen,
 - spraakmoeilijkheden,
 - smaak,
 - onwennig gevoel.
2. Advies over reinigen van de gebitsprothese:
 - na elke maaltijd,
 - speciale protheseborstel,
 - eventueel aangevuld met prothesereinigingsmiddel.
3. Advies over schoonhouden en massage van de onderliggende weefsels:
 - tweemaal per dag met een zachte tandenborstel.
4. Advies over het dragen van de gebitsprothese:

– (onder)gebtsprothese 's nachts niet dragen.

5. Belang van regelmatige controles:

- bij immediate gebitsprothesen zeer intensief,
- bij volledige gebitsprothese na afbehandeling minimaal eens per vier jaar,
- bij klachten direct retour naar de tandarts.

Summary:

Title: Preventive prosthetics. The meaning of patient instruction and after-care for edentulous patients.

Keywords: Prosthetic dentistry – Edentulous patient – Patient instruction – After-care

Until now the prevention of dental anomalies has especially been directed at preventing caries and periodontal diseases in order to preserve natural dentition as long as possible. Preservation of alveolar bone in the edentulous patient is of primary importance to enable the patient to function adequately with dentures even at an advanced age.

In this article the preventive measures necessary to keep the tissues under the dentures in a healthy condition are indicated. The time of extraction and the period of adaptation to the immediate dentures is discussed. Also the importance of adequate after-care is stressed. Finally a scheme is described for a systematic set-up of the after-care for edentulous patients.

Literatuur:

1. Schaub RMH. De mondgezondheid van de oudere mens. Ned Tijdschr Tandheelkd 1982; 89: 506-13.
2. Kalk W. Het kunstgebit een blij bezit? Academisch proefschrift, Vrije Universiteit te Amsterdam. Tandheelkundige Monografieën XXVII. Alphen aan den Rijn: Stafleu & Tholen, 1979.
3. Van den Berg J. Gebitsprothesen bij de Nederlandse bevolking. Mndber gezondheid 1982; 82/10: 5-14.
4. De Baat C, Snijder M. Gedachten over en ervaringen met tandheelkundige behandelingen van jaarde verpleeghuisbewoners. Ned Tijdschr Tandheelkd 1982; 89: 537-42.
5. Sheppard IM, Schwartz LR, Sheppard SM. Oral status of edentulous and complete denture-wear-

- ing patient. *J Am Dent Assoc* 1971; 83: 614-20.
6. Kalk W. De indicatie en behandelingsmogelijkheden bij de volwassen patiënt in de pre-edentate fase. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1982; 89: 136-43.
 7. Atwood DA. Reduction of residual ridges: a major oral disease entity. *J Prosthet Dent* 1971; 26: 266-79.
 8. Kalk W. Waarom een overkappingsprothese? Syllabus 'Overkappingsprothese'. *Ned Ver van Tandartsen* 1984; 5-23.
 9. LaVere AM, Krol AJ. Immediate denture service. *J Prosthet Dent* 1973; 29: 10-5.
 10. Stephens AP. Preventive complete denture prosthetics. *J Prosthet Dent* 1972; 28: 469-77.
 11. Page ME. Systemic and prosthodontic treatment to prevent bone resorption in edentulous patients. *J Prosthet Dent* 1975; 33: 483-8.
 12. Wical KE, Swoope CC. Studies of residual ridge resorption. Part I: Use of panoramic radiographs for evaluation and classification of mandibular resorption. Part II: The relationship of dietary calcium and phosphorus to residual ridge resorption. *J Prosthet Dent* 1974; 32: 7-22.
 13. Kalk W. De volledige prothese: het stiefkind in de tandheelkunde? *Ned Tandartsenbl* 1976; 31/03: 115-8.
 14. Swoope ChC. Identification and management of emotional patients. *J Prosthet Dent* 1972; 27: 434-40.
 15. Harris WT, Mack JF. Conditioning dentures for problem patients. *J Prosthet Dent* 1975; 34: 141-4.
 16. Flögel GE, Von Jessen JOFC, Sillevius Smitt PAE, Tempel FJ. De immediaat prothese. *Ned Tandartsenbl* 1976; 31/18: 781-5.
 17. Steen WHA, Kalk W. Een toelichting bij de voorlichtingsbrochure 'Van eigen tanden naar een nieuw gebit'. *Ned Tandartsenbl* 1981; 36 (9): 366.
 18. Boering G. Gebitsextractie. *Alphen aan den Rijn: Stafleu & Tholen*, 1976.
 19. Tallgren A. Changes in adult face height. *Acta Odontol Scand* 1957; 15: suppl 24.
 20. Tallgren A. The effect of denture wearing on facial morphology. A 7-year longitudinal study. *Acta Odontol Scand* 1967; 25: 563-92.
 21. Tallgren A. The continuing reduction of the residual alveolar ridge in complete denture wearers: A mixed longitudinal study covering 25 years. *J Prosthet Dent* 1972; 27: 120-32.
 22. Kalk W. Klachten over de volledige prothese. *Handboek Tandheelkundige Praktijk*. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1982: B61.1-25.
 23. Kalk W, Veldhuis AAH. De ontwikkeling van een voorlichtingsbrochure voor de Nederlandse gebitsprothesedragers. *Ned Tandartsenbl* 1980; 33/21: 918-20.
 24. Woods V. Management of postinsertion problems. *Dent Clin North Am* 1964; 8: 735-48.
 25. Jozefowicz W. The influence of wearing dentures on residual ridges, a comparative study. *J Prosthet Dent* 1979; 24: 137-44.
 26. Tautin FS. Should dentures be worn continuously? *J Prosthet Dent* 1978; 39: 372-4.
 27. Flaschentreher MH. Ist es zweckmässig, dem Patienten die Wahl der Prothesenpflege zu überlassen? *ZWR* 1961; 62: 706-7.
 28. Markov NJ. Cytologic study of keratinization under complete dentures. *J Prosthet Dent* 1968; 20: 8-13.
 29. Woelfel JB, Curry RL. Additives sold over the counter dangerously prolong wearing period of ill-fitting dentures. *J Am Dent Assoc* 1965; 71: 603-13.
 30. Kalk W. Voorzorg en nazorg als essentiële factoren voor een blijvende aanpassing aan de gebitsprothese. De toekomst van het kunstgebit. De Nederlandse bibliotheek der Tandheelkunde deel II. *Alphen aan den Rijn: Stafleu & Tholen*, 1981.
 31. Swoope ChC. The try-in-a-time for communication. *Dent Clin North Am* 1970; 14: 479-91.
 32. Bell DH. Prosthodontic failures related to improper patient education and lack of patient acceptance. *Dent Clin North Am* 1972; 16: 109-18.
 33. Eijkman MAJ. Tandarts en patiëntenvoorlichting. Een terreinverkenning in de (T.)G.V.O. Academisch proefschrift, Vrije Universiteit te Amsterdam. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1979.

Januari 1985. Adres: Dr. W. Kalk,
postbus 7161,
1007 MC Amsterdam.

DE ROL VAN HET EERSTE - EN TWEEDE NEDERLANDSCH TANDHEELKUNDIG CONGRES BIJ HET ONTSTAAN VAN DE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER TANDHEELKUNDE

DEEL I

G. J. VAN WIGGEN

Trefwoorden: Geschiedenis - Verenigingen - Beroepsbelangen

De voorgeschiedenis

De laatste decaden van de vorige eeuw en de eerste van deze eeuw waren voor de Nederlandse tandheelkunde een overgangperiode. In 1876 was bij wet de bevoegdheid tot uitoefening der tandheelkunde geregeld,¹ en daaraan voorafgaande was in de Wet tot regeling van het hooger Onderwijs bepaald dat er onderwijs in de tandheelkunde zou worden gegeven.² Nu kon een begin worden gemaakt met het verbeteren van de tandheelkundige verzorging van de Nederlandse bevolking en met de ontwikkeling van het tandheelkundig beroep. In het buitenland had het werk van onder andere John Mankey Riggs (parodontologie), Edward Hartley Angle (orthodontie), Willoughby Dayton Miller (cariologie), Carl Partsch (chirurgie), Alfred Gysi (prothetodontie) en Greene Vardiman Black (conserverende tandheelkunde) het aanzien van de tandheelkunde ingrijpend veranderd.³

Het probleem in Nederland was om aansluiting te krijgen bij deze internationale ontwikkelingen.

Uit de afdeling Geschiedenis der Tandheelkunde van het Tandheelkundig Instituut der rijksuniversiteit te Utrecht.

De nog jonge opleiding die onder leiding van de lector Dr. Th. Dentz in 1877 van start was gegaan, kon op wetenschappelijk- en onderwijstechnisch gebied nog niet concurreren met het buitenland. Dit werd mede veroorzaakt door de wetgeving op het gebied van onderwijs en beroepsuitoefening. Voor een belangrijk deel was Nederland op vaktechnisch gebied nog afhankelijk van hetgeen uit het buitenland kwam.

Terzelfder tijd liet ook de appreciatie van de tandheelkunde als beroep en als onderdeel van de medische verzorging te wensen over. De Rotterdamse tandmeester C. H. Witthaus, een van eerste propagandisten van de sociale tandheelkunde in Nederland schetste de situatie rond de eeuwwisseling als volgt: De samenleving gaf blijk van algemene onkunde, vooral waar het de mogelijkheden van preventie en herstel betrof. De overheid toonde zich naar zijn mening onverschillig ten opzichte van de gevaren der tandziekten voor de volksgezondheid; de medici misten het inzicht in het belang van een methodische carrièrebestrijding en het gros van de bevol-

Samenvatting:

Aan het eind van de vorige eeuw en in het begin van deze eeuw was de tandheelkundige situatie in Nederland weinig bevredigend. De in 1877 gestarte opleiding vertoonde nog een aantal tekortkomingen, mede veroorzaakt door een gebrekkige wetgeving en voor de beroepsuitoefening gold hetzelfde. De tandheelkundige organisaties konden of wilden niet voldoende invloed op de regering uitoefenen om het wettelijk kader in een voor de tandheelkunde gunstige zin te veranderen. Binnen en buiten deze tandheelkundige organisaties gingen er stemmen op om te komen tot een bundeling van krachten en een verhoging van de organisatiegraad binnen de beroepsgroep teneinde de sociale problemen beter aan te pakken. Deze beweging resulteerde uiteindelijk in het ontstaan van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde. Aan de hand van de notulen en verslagen van de vergaderingen van de tandheelkundige organisaties, de discussies in het Tijdschrift voor Tandheelkunde en de Handelingen van het 1e en 2e Nederlandsch Tandheelkundig Congres wordt het ontstaan van de N.M.T. geschetst.

king was afkerig van tandheelkundige hulp vanwege de narigheid en pijn bij de behandeling. Daar kwam volgens Witthaus nog