

zijn. Nemen we aan dat de L.V.R. alle ziekenhuisgeboorten registreert, dan luidt de conclusie dat het hier gevonden aantal kinderen met schisis dat in het ziekenhuis geboren werd, een goede weergave is van het aantal dat door de L.V.R. werd geregistreerd.

De gevonden minimale kans op het krijgen van een kind met schisis, 1.42 is vergeleken met internationale gegevens klein.¹²⁻¹⁴

De berekende maximale kans op het krijgen van een kind met schisis ten hoogte van 2.03 is waarschijnlijk te hoog geschat. Niettemin lijkt de kans stijgende.¹⁵⁻¹⁶ Daarom zou het aanbeveling verdienen met regelmatige tijdsintervallen een vergelijkende registratie uit te voeren.

The incidence of cleft lip and/or palate (CLP) cases in The Netherlands was studied during the period April the first 1985 to April the first 1986.

Questionnaires were administered to the complete Dutch population of general physicians, gynaecologists, pediatricians, pathologists and midwives. The potential respondents (n=8511) were asked at intervals to register the birth of a child with CLP by completing the questionnaire.

The response rate was 70 per cent; 267 children were registered, 27 did not live. The estimated incidence ranged from 1.42 to 2.03.

LITERATUUR

- VANDEN AKKER AMEA, HOEKSM A JB, PRAHL-ANDERSEN B. Interne rapportage voor het Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur. Schisis in Nederland. Deel I. Zorgaanbod aan patiënten met schisis. Deel II. Zorgvraag van patiënten met schisis. Amsterdam 1986.
- PRAHL-ANDERSEN B. Behandeling van de schisispatiënt. Het Tandheelkundig Jaar 1985. Bohn Scheltema & Holkema, Utrecht/Antwerpen. 1985: 133-35.
- DE VOS AF, BIKKER JA. Een structuurmodel voor de klinische gezondheidszorg. VU-uitgeverij Amsterdam 1984.
- GEZONDHEIDSRaad. Advies inzake teratogeniteit van chemische stoffen. Den Haag 1985.
- HUFFSTADT AJC. Begeleiding en behandeling van patiënten met cheilo-gnatho-palato schisis. Ned Tijdschr Geneesk 1980; 124: 2204-12.
- HUISJES HJ. Teratogeniteit van chemische stoffen: een advies van de Gezondheidsraad. Ned Tijdschr Geneesk 1985; 129: 1620.
- TEN KATE LP. Registration of Congenital Anomalies in Groningen-Drenthe (The Netherlands). Registration of Congenital Anomalies in EUROCAT-centres 1979-1983; EEG Louvain-La Neuve; Cabay; 1985.
- CBS. Maandbericht Gezondheid. 1982; 4.
- INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES; 9th Revision; Clinical Modification; 1978.
- RINTALA A, STEGARST. Increasing incidence of clefts in Finland: reliability of hospital records and central register of congenital malformations. Scand J Plast Reconstr Surg 1982; 16: 32-40.
- CBS. Maandbericht Gezondheid. 1985; 1.
- AABYHOLM FE. Cleft lip and palate in a Norwegian population. Scand. J Plast Reconstr Surg 1978; 12: 35-43.
- BEAR JCA. Genetic study of facial clefting in Northern England. Clin Genet 1976; 9: 277-84.
- FOGH-ANDERSEN P. Incidence of cleft lip and palate: constant or increasing. Acta Chir Scand 1961; 122: 106-11.
- VANDUYNE WMJ. Enquête aangeboren afwijkingen 1963. GHI-bulletin Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Juni 1965.
- FELIX-SCHOLLAART B, PRAHL-ANDERSEN B, PUYENBROEK JI, BOOMSMA DI. De incidentie van cheilo-gnatho-palatoschisis in Nederland. Tijdschr Kindergeneesk 1986; 54: 3, 90-5.

TAKEN VAN MONDHYGIËNISTEN IN DE ALGEMENE PRAKTIJK

OMVANG EN UITVOERING

SAMENVATTING

In een begin 1983 gehouden onderzoek onder 535 mondhygiënist en 180 tandartsen (respons voor beide groepen: 68%) is aandacht besteed aan de omvang en inhoud van het takenpakket van mondhygiënist en de frequentie waarmee de diverse taken worden uitgevoerd. Hierbij is gelet op veranderingen die op dit terrein van de beroepsuitoefening in de loop van de tijd zijn opgetreden. Ook is nagegaan hoe tandartsen oordelen over de diverse taken die door mondhygiënist worden uitgevoerd.

Uit de resultaten komt naar voren dat het takenpakket van de mondhygiënist is verruimd in vergelijking met de situatie van een vijftal jaren geleden. Over de wijze waarop deze taken worden uitgevoerd oordelen de tandartsen meestal positief. In de discussie worden factoren ingebracht die nauw in verband staan met de uitoefening van het beroep van mondhygiënist.

GRUYTHUYSEN RJM. Taken van mondhygiënist in de algemene praktijk: omvang en uitvoering. Ned Tijdschr Tandheelkd 1987; 1987: 525-9.

R. J. M. Gruythuysen, tandarts

Uit de vakgroep Tandheelkundige klinische vakken (afdeling Pedodontologie) van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA).

Trefwoorden: **Preventieve tandheelkunde – Praktijkvoering – Medewerkenden – Mondhygiënist**

Datum acceptatie: 17 juni 1987.

Adres: Dr. R. J. M. Gruythuysen, De Boelelaan 1115, 1081 HV Amsterdam.

I. INLEIDING

Om redenen van structurele en functionele aard wordt in Nederland de voorkeur gegeven aan één paramedisch beroep binnen de

tandheelkundige gezondheidszorg,¹ namelijk het beroep van mondhygiënist zoals dat inmiddels zo'n twintig jaar geleden in dit land werd geïntroduceerd.

De functie van mondhygiënist is vooral

gericht op het 'activeren en ondersteunen van zelfzorg en op de preventie van mond-ongezondheid'.²

Al eerder werden in Nederland gegevens gepubliceerd die inzicht geven in de

omvang en inhoud van het takenpakket^{3,4} en de frequentie waarmee deze taken worden uitgevoerd.⁴ In dit artikel worden de meest recente gegevens hieromtrent gepresenteerd. Bovendien wordt nagegaan welke veranderingen in het takenpakket zijn opgetreden. Ten slotte wordt aandacht besteed aan het oordeel van de tandarts over de wijze, waarop de verschillende taken worden uitgevoerd.

Het artikel is een bewerking van delen uit een proefschrift⁵ waarin de positie van de mondhygiënist in de tandheelkundige gezondheidszorg aan de orde wordt gesteld. Daarom zal onder het hoofd 'materiaal en methode' alleen aandacht worden besteed aan voor dit artikel relevante gegevens. Voor een meer gedetailleerde verslaggeving wordt verwezen naar de oorspronkelijke bron. In de discussieparagraaf zullen onder andere de weergegeven resultaten worden beschouwd in relatie tot andere resultaten uit het proefschrift.

2. MATERIAAL EN METHODE

Het materiaal werd begin 1983 verzameld aan de hand van vragenlijsten die zijn ingevuld door tandartsen en mondhygiënisten (zie aanhangsel van de oorspronkelijke bron).⁵

De adressen van de tandartsen waren afkomstig van de voormalige S.B.M. (Stichting Beroepsuitoefening Mondhygiënisten). Derhalve was de steekproef niet representatief. Echter, er zijn geen aanwijzingen gevonden dat de samenstelling van de steekproef leidt tot een relevante vertekening van de verkregen resultaten.

In totaal werden 180 tandartsen benaderd. Dit resulteerde in een respons van 68% (N=122). Het bleek dat 92 respondenten tenminste met één mondhygiënist samenwerkten. In zes gevallen was de mondhygiënist tevens levenspartner van de tandarts.

De adressen van de mondhygiënisten werden door de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten (NVM) ter beschikking gesteld (N=535). De NVM vertegenwoordigt ongeveer driekwart van de mondhygiënisten die in Nederland wonen. Van de teruggestuurde vragenlijsten kwamen er 366 in aanmerking voor verwerking (68%). Ongeveer de helft daarvan (N=182) was afkomstig van mondhygiënisten die in een algemene praktijk waren aangesteld. Van deze groep bleken 36 mondhygiënisten in de praktijk van hun levenspartner te werken.

3. RESULTATEN

In tabel I, II en III worden de resultaten weergegeven van het onderzoek naar het aandeel van mondhygiënisten in respectievelijk patiëntenonderzoek, patiëntenbehandeling en patiëntenvoorlichting. Hierbij worden de resultaten van eerder verricht onderzoek onder mondhygiënisten (MH '78³ en MH '82⁴) vergeleken met de resultaten van dit onderzoek, dat behalve onder mondhygiënisten (MH '83) ook heeft plaatsgevonden onder tandartsen (TA '83). De eerste

Tabel I. Het aandeel van mondhygiënisten (MH) in het patiëntenonderzoek in de algemene praktijk (1978-1983). TA = tandarts; Md = mediaan.

	MH '78 (N=178) %	MH '82 (N=30) %	MH '83 (N=182) %	TA '83 (N=92) %	MH '82 (N=30) Md	MH '83 (N=182) Md
- anamnese afnemen	43*)	77	69	48	3.2	2.0
- status praesens vastleggen	48	63	51	53	2.0	1.5
- pocketstatus maken	63	97	89	88	2.4	2.3
- plaquekleuring	10**)	100	97	97	4.3	3.7
- bloedingsscore vastleggen	43	60	58	71	2.3	1.9
- X-foto's maken	50	83	86	72	3.0	3.7
- X-foto's interpreteren	-	-	86	66	-	3.4
- afdrukken nemen	50	40	62	64	1.3	1.8

*) medische anamnese.

**) plaque-index.

Tabel II. Het aandeel van mondhygiënisten (MH) in de patiëntenbehandeling in de algemene praktijk (1978-1983). TA = tandarts; Md = mediaan.

	MH '78 (N=178) %	MH '82 (N=30) %	MH '83 (N=182) %	TA '83 (N=92) %	MH '82 (N=30) Md	MH '83 (N=182) Md
- gebitsreiniging	100	100	99	99	4.9	4.9
- vullingen corrigeren	60	63	88	75	1.9	2.4
- curettage	-	87	92	91	3.7	3.7
- anesthesie geven	-	-	12	17	-	1.1
- papillectomie	-	-	14	18	-	1.1
- noodrestauraties	42	60	62	42	1.7	1.7
- excaveren	-	06	12	20	1.0	1.1
- wondverband aanleggen	-	-	13	16	-	1.1
- wondverband verwijderen	-	-	35	34	-	1.3
- hechtingen verwijderen	-	-	36	32	-	1.3
- tandoppervlak polijsten	100	100	99	99	4.8	4.8
- vullingen polijsten	68/85	100	95	93	3.1	4.0
- sealen	-	-	46	48	-	1.4
- fluoride-applicaties	98	97	98	97	4.3	4.3



Mondhygiënisten die in de praktijk van hun partner werken doen minder aan tandartsassistentenwerk dan hun 'ongebonden' collega's.⁵ (Tekening: Birgit Paniry.)

vier kolommen met getallen geven het percentage praktijken van de respondenten weer, waarin bepaalde verrichtingen plaatsvinden. In kolom vijf en zes wordt met de mediane score weergegeven hoe vaak een bepaalde verrichting volgens de respondenten wordt uitgevoerd. De mediane score wordt bepaald op basis van een 5-puntschaal met als uitersten nooit (1) en altijd (5). De mediaan (Md) is de waarde die overeenkomt met de middelste waarneming. Deze centrale tendentiemaat is toegepast, omdat de resultaten van de eerdere onderzoeken hier eveneens voor een deel op zijn gebaseerd.

Uit tabel I, II en III kan worden afgeleid ten aanzien van:

3.1. Patiëntenonderzoeken

a. MH (1983) in vergelijking met recent afgestudeerde MH (1982):

- maken vaker X-foto's en nemen vaker afdrucken; het maken van afdrucken wordt ook in meer praktijken uitgevoerd;
- nemen minder vaak een anamnese af, maken minder vaak een status praesens van het gebit en voeren minder vaak een plaquekeuring uit.

b. MH (1983) in vergelijking met MH (1978):

- er tekent zich een duidelijke tendens af in de richting van taakverruiming.

c. MH (1983) in vergelijking met tandartsen (1983):

- het afnemen van een anamnese en X-foto's maken respectievelijk interpreteren komt in meer praktijken voor en het vastleggen van een bloedingscore in minder.

d. MH (1983) in vergelijking met tandartsen (1983):

- het afnemen van een anamnese en X-foto's maken respectievelijk interpreteren komt in meer praktijken voor en het vastleggen van een bloedingscore in minder.

3.2. Patiëntenbehandeling

a. MH (1983) in vergelijking met recent afgestudeerde MH (1982):

- corrigeren en polijsten vaker restauraties; het corrigeren komt bij deze groep ook in meer praktijken voor.

b. MH (1983) in vergelijking met MH (1978):

- er tekent zich een duidelijke tendens af in de richting van taakverruiming.

c. MH (1983) in vergelijking met tandartsen (1983):

- vullingen corrigeren komt in meer praktijken voor evenals het aanbrengen van noodrestauraties.

3.3. Voorlichting en instructie

a. MH (1983) in vergelijking met recent afgestudeerde MH (1982):

- met betrekking tot mondhygiëne-instructie en het afnemen van een voedingsanamnese zijn er nauwelijks verschillen aantoonbaar.

b. MH (1983) in vergelijking met MH (1978):

- het afnemen van een voedingsanamnese gebeurt in meer praktijken.

c. MH (1983) in vergelijking met tandartsen (1983):

- voedingsanamnese afnemen komt in minder praktijken voor (wellicht stellen tandartsen deze verrichting gelijk aan het geven van een voedingsadvies), maar het geven van voorlichting

Tabel III. Het aandeel van mondhygiënisten (MH) in patiëntenvoorlichting en instructie in de algemene praktijk (1978-1983). TA = tandarts; Md = mediaan.

	MH '78 (N=178) %	MH '82 (N=30) %	MH '83 (N=182) %	TA '82 (N=92) %	MH '82 (N=30) Md	MH '83 (N=182) Md
- mondhygiëne-instructies	100	100	99	99	4.9	4.9
- voedingsanamnese	20	70	73	94	2.2	2.1
- voedingsadvies	-	-	98	96	-	2.9
- voorlichting over behandeling door de tandarts	-	-	95	81	-	3.3

Tabel IV. Het oordeel van de tandartsen* (N=86) over de kwaliteit van de door mondhygiënisten uitgevoerde taken.

	niet van toepassing (0)	zeer goed (5)	goed (4)	goed noch slecht (3)	slecht (2)	zeer slecht (1)	niet ingevuld
1. Patiëntenonderzoek							
a. anamnese afnemen	52.7	9.8	39.0	34.1	17.1	—	(1)
b. status praesens van het gebit maken	47.3	28.9	44.4	20.0	6.7	—	(1)
c. pocketstatus maken	10.9	25.0	55.3	15.8	2.6	1.3	(0)
d. plaquekeuring	3.3	45.8	47.0	6.0	1.2	—	(0)
e. bloedingscore vastleggen	29.7	26.7	41.7	25.0	6.7	—	(1)
f. X-foto's maken	26.1	30.6	33.9	24.2	11.3	—	(0)
g. X-foto's interpreteren	33.7	7.3	34.5	38.2	16.4	3.6	(0)
h. afdrucken t.b.v. studie- of werkmodellen maken	35.9	12.7	38.2	30.9	18.2	—	(0)
2. Patiëntenbehandeling							
a. gebitsreiniging	—	1.1	40.0	51.8	8.2	—	(0)
b. corrigeren overhangende vullingen	24.2	9.4	26.6	35.9	25.0	3.1	(1)
c. curettage van pockets	8.9	18.4	50.0	21.1	6.6	3.9	(2)
d. anesthesie geven	83.3	—	25.0	16.7	8.3	50.0	(2)
e. papillectomie	82.4	—	7.7	30.8	15.4	46.2	(1)
f. tijdelijke voorzieningen aanbrengen	58.2	8.6	31.4	42.9	11.4	5.7	(1)
g. excaveren cariës (b.v. onder losgeraakte vullingen)	80.0	6.3	18.8	31.3	18.8	25.0	(2)
h. wondverband aanbrengen	83.5	—	25.0	16.7	33.3	25.0	(1)
i. wondverband verwijderen	65.9	25.9	44.4	22.2	3.7	3.7	(1)
j. hechtingen verwijderen	68.1	34.6	34.6	15.4	11.5	3.8	(1)
k. polijsten tandoppervlakken	—	37.2	52.3	7.0	2.3	1.2	(0)
l. polijsten vullingen	6.5	20.0	61.2	10.0	6.3	2.5	(0)
m. sealen	52.2	29.3	51.2	12.2	4.9	2.4	(2)
n. fluoride-applicatie	3.3	50.6	44.6	4.8	—	—	(0)
3. Voorlichting en instructie							
a. mondhygiëne-instructie	—	51.2	40.7	8.1	—	—	(0)
b. voedingsanamnese	6.6	23.7	46.2	25.0	5.0	—	(1)
c. voedingsadvies	4.3	23.2	45.1	24.4	7.3	—	(0)
d. voorlichting over behandeling door tandarts	18.7	25.0	38.2	32.4	4.4	—	(1)

*) Exclusief tandartsen met mondhygiënist die tevens levenspartner is.

over de behandeling van de tandarts komt in meer praktijken voor.

Uit tabel IV kan worden opgemaakt, dat het interpreteren van X-foto's en het corrigeren van overhangende vullingen als minder goed werden beoordeeld. Ook het afnemen van een anamnese alsmede het maken van afdrucken voor studie- of werkmodellen werd door slechts de helft van de tandartsen als (zeer) goed beoordeeld. Alle overige werkzaamheden, die traditioneel tot het werkterrein van de mondhygiënist behoren, werden in doorsnee als goed beoordeeld.

De taken die volgens de tandartsen in kwalitatief opzicht onder de maat werden uitgevoerd, vallen in principe buiten het takenpakket van de mondhygiënist. Het betreft hier verrichtingen als anesthesie geven, papillectomie, tijdelijke voorzieningen aanbrengen, het excaveren van open cariës en wondverband aanbrengen. De meeste van deze taken blijken in 80% of meer van de praktijken niet door een mondhygiënist te worden uitgevoerd met uitzondering van het aanbrengen van tijdelijke voorzieningen, hetgeen in meer dan 40% van de praktijken schijnt voor te komen.

4. CONCLUSIES

- Er tekent zich een duidelijke tendens af in de richting van taakverruiming voor de mondhygiënist vergeleken bij de situatie in 1978.
- In ongeveer één op de vijf praktijken worden aan mondhygiënist taken opgedragen, waartoe deze officieel niet bevoegd zijn.
- De tandartsen oordelen positief over de kwaliteit van de meeste door mondhygiënist uitgevoerde taken.

5. DISCUSSIE*)

In dit onderzoek is 62% van de respondenten het eens met de uitspraak 'de mondhygiënist was snel ingewerkt'. Dat is een betrekkelijk laag percentage. Daarom is nader onderzoek op dit punt gewenst, te meer omdat slechts 42% van de respondenten het eens was met de opvatting: 'je kunt merken dat de mondhygiënist een goede opleiding heeft gehad'. De mondhygiënist (76%) van hun kant gaven aan niet meer dan drie maanden nodig te hebben gehad om zich in te werken. Desondanks vond een derde deel van de mondhygiënist de opleiding te licht, althans in praktisch opzicht en de helft van hen vond de opleiding te kort.

Het bleek dat de hele groep van mondhygiënist in de algemene praktijk vaker afdrucken neemt, restauraties corrigeert en restauraties polijst dan recent afgestu-

deerden. Het gaat hier om taken die bij de meeste onderwijsinstellingen slechts oppervlakkig worden geleerd⁴ en die daarom wellicht na een paar jaar praktijkervaring pas echt worden beheerst. Uit een Amerikaans onderzoek bleek dat het polijsten van restauraties door 81% van de mondhygiënist hoog uit één keer per maand wordt gedaan.⁶ Hetzelfde geldt voor het nemen van afdrucken bij 73% van de mondhygiënist. In het totaal bleken negen van de 21 taken door de helft of meer van de mondhygiënist hoog uit eenmaal per maand te worden verricht. Uit het eigen onderzoek kwam naar voren, dat 15 van de 26 taken hoog uit incidenteel worden uitgevoerd. Hierbij moet overigens worden bedacht, dat onder deze 15 taken er vier voorkomen, waartoe de mondhygiënist officieel niet bevoegd is. Dat zijn: anesthesie geven, papillectomie, het maken van noodrestauraties en het excaveren van open cariës. Ongeveer een derde deel van de mondhygiënist gaf trouwens aan, dat zij wel eens taken krijgen opgedragen die hun wettelijke bevoegdheden 'te boven gaan'.

De nevenwerkzaamheden die betrekking hebben op de beroepsuitoefening van de mondhygiënist kunnen in principe door een tandartsassistent worden uitgevoerd. Het bleek dat de mondhygiënist weinig assistentie krijgen van een tandartsassistent. De tandartsassistenten gaven ook aan, dat assistentie aan de stoel tijdens de patiëntenbehandeling in slechts 5,6% van de praktijken 'altijd' plaatsvindt en in 18% van de praktijken 'soms'. Sommige taken lijken door beiden regelmatig te worden uitgevoerd, zoals het maken van af-

spraken, het bijhouden van de patiëntenadministratie en het steriliseren van instrumenten. Overigens bleek dat het schoonmaken van de behandelruimte en het verrichten van tandtechnische werkzaamheden door geen van beiden vaak wordt gedaan.

Toch was slechts 10% van de mondhygiënist de mening toegedaan, dat zij te veel tandartsassistentenwerk moesten doen. Omgekeerd vond 90% van de tandartsassistenten, dat zij niet te veel werk voor de mondhygiënist moesten verzetten.

Indien wordt uitgegaan van praktijken waarin tandarts en mondhygiënist geen partners van elkaar zijn dan blijkt, dat in die praktijken 5,6% van de mondhygiënist 'altijd' de beschikking heeft over een stoelassistent en 18% 'soms'. Bezieet men uitsluitend die praktijken waarin tandarts en mondhygiënist partners van elkaar zijn, dan blijkt in twee van de zes praktijken de mondhygiënist 'altijd' over een stoelassistent te beschikken en in drie van de zes praktijken 'soms'.

Hoewel er zeker sprake is van taakverruiming, vindt 31% van de mondhygiënist nog steeds, dat zij 'in de praktijk onvoldoende gelegenheid krijgen om hun beroep in volle omvang uit te oefenen'. Een even grote groep vond het werk 'eentoniger dan het werk van vergelijkbare beroepen'. Toch zijn er aanwijzingen dat de onderzochten mate van afwisseling niet op zich zelf staat, maar positief samenhangt met het niveau van de begeleiding door de tandarts. Mondhygiënist die minder gunstig over de begeleiding oordelen, vonden ook dat zij te weinig afwisseling in hun werk hebben.

SUMMARY

TASKS OF THE DENTAL HYGIENIST IN GENERAL PRACTICE

Keywords: Preventive dentistry - Auxiliaries - Dental hygienists

In a survey investigation held in the beginning of 1983 among 535 dental hygienists and 180 dentists (of both groups 68% responded) attention was given to the amount of tasks of the dental hygienist and the frequency with which the various tasks are performed. Changes which took place in this field of the profession in the course of time have been taken into consideration.

Also the way in which dentists evaluate the various tasks performed by the dental hygienist has been looked at. From the results it appears that the amount of tasks of the dental hygienist has increased compared to the situation five years ago.

The dentists are positive about the way in which most tasks are performed. In the discussion factors are mentioned which are closely connected to the performance of the profession of dental hygienist.

LITERATUUR

¹ ADVIESCOMMISSIE OPLEIDING TANDARTS. Eindrapport. 1985.

² NEDERLANDSE VERENIGING VAN MONDHYGIËNISTEN. Het beroepsbeeld van de mondhygiënist. NVM Tijdschrift 1985; 9: februari.

³ VAN DER SANDEN-STOELINGA MGA. Mondhygiënist in Nederland. NVM Tijdschrift 1980; 4: augustus.

*) Tenzij anders is aangegeven, wordt in deze paragraaf gerefereerd aan het proefschrift 'Kiezen voor mondhygiënist'.⁵

Verder onderzoek naar factoren die samenhangen met de ondervonden mate van afwisseling is gewenst, te meer omdat de ondervonden afwisseling een positieve samenhang vertoont met de 'inzetbereidheid' van mondhygiënist.

- ⁴ GRUYTHUYSEN RJM. Van aankomende mondhygiënist tot volwaardige beroepskracht. Vrije Universiteit Amsterdam, vakgroep Conserverende Tandheelkunde, april 1984.
⁵ GRUYTHUYSEN RJM. Kiezen voor mondhygiënist. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1986. Academisch proefschrift.
⁶ FARRUGIA NS. Traditional functions and job and career satisfaction. Dent Hyg 1984; 300-4.

OVERGEVOELIGHEID VOOR MATERIALEN IN KUNSTHARS GEBITSPROTHESEN ALS EEN OORZAAK VOOR HET BURNING MOUTH SYNDROOM

SAMENVATTING

Het Burning Mouth Syndroom (BMS) is een multigeconditioneerde aandoening, waarbij overgevoeligheid voor bepaalde stoffen in de mondholte een etiologische rol kan spelen. De resultaten van epicutaan allergologisch (ECA-) onderzoek door middel van in kunsthars gebitsprothesen voorkomende stoffen worden samengevat en besproken bij 15 patiënten met het BMS. Bij acht van deze 15 patiënten kon sensibilisatie voor in kunsthars gebitsprothesen voorkomende stoffen worden vastgesteld. Slechts bij drie van deze acht patiënten kon een relatie tussen de in de gebitsprothesen voorkomende allergene stoffen en de klinische verschijnselen en/of klachten van het BMS worden vastgesteld. Geconcludeerd wordt dat ontwikkeling van een standaardtestreeks, met daarin in gebitsmateriaal voorkomende allergenen, van belang kan zijn bij de diagnostiek van allergische contactstomatitis in het algemeen en het BMS in het bijzonder.

VAN ULSEN J, VAN LOON LAJ, VAN JOOST Th. Overgevoeligheid voor materialen in kunsthars gebitsprothesen als een oorzaak voor het Burning Mouth Syndroom. Ned Tijdschr Tandheelkd 1987; 94: 529-33.

J. van Ulsen, dermatoloog*)
 L. A. J. van Loon, tandarts**)
 Th. van Joost, dermatoloog*)

Uit de *) afdeling Dermatologie en Venereologie van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam/ Dijkzigt van de Erasmus Universiteit te Rotterdam en de **) vakgroep Tandheelkundige Materiaalwetenschappen van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA).

Trefwoorden: Pathologie – Allergische stomatitis – Burning Mouth Syndroom

Datum acceptatie: 28 september 1987.

Adres: Prof. Dr. Th. van Joost, Dr. Molewaterplein 40, 3015 GD Rotterdam.

I. INLEIDING

Het Burning Mouth Syndroom (BMS) is een multigeconditioneerde aandoening (tabel I), vooral voorkomend bij volwassen vrouwen, waarbij subjectieve symptomatologie bestaande uit een matig tot ernstig brandend gevoel in de mond en/of de tong, soms uitgebreid tot de lippen, op de voorgrond staat.¹⁻³ Het klachtenpatroon passend bij het Burning Mouth Syndroom wordt, indien er een verband gelegd kan worden met het dragen van een gebitsprothese, ook wel Denture Sore Mouth of stomatitis prothetica genoemd.

Bij inspectie van de mond ziet men vaak alleen een gering erytheem van het mond-slijmvlies, soms echter een duidelijke stomatitis met infiltratie, erytheem en eventueel vesikels. Ook vertoont het mond-slijmvlies soms geheel geen objectief waarneembare afwijkingen.^{3,4} Vooral in dit laatste geval is de ernst van de subjectieve klachten niet in overeenstemming met het klinische beeld.

Ook bij histopathologisch onderzoek

kunnen bij het BMS, afhankelijk van de etiologie, al of niet duidelijke veranderingen worden gezien.^{5,8} In tabel I worden op basis van gegevens in de literatuur,^{1-4,9-11} de oorzaken van het BMS samengevat in vier hoofdgroepen: I. lokale factoren, II. contactallergische factoren, III. systemische factoren en IV. psychische factoren. Het vaststellen van de direct oorzakelijke factor voor het BMS is om de volgende redenen niet gemakkelijk. Bij een deel der patiënten, waarbij aan de hand van het klachtenpatroon aan de mogelijkheid van BMS wordt gedacht, wordt ook na zorgvuldig uitgebreid onderzoek geen enkele aantoonbare oorzaak voor de klachten gevonden. Anderzijds moet er rekening mee gehouden worden dat bij een deel der patiënten meer factoren tegelijkertijd verantwoordelijk voor de klachten kunnen zijn.¹⁻⁴ BMS op basis van een (aangetoonde) contactallergische stomatitis is beschreven voor bepaalde voedselbestanddelen en tandpasta's, doch in het bijzonder ook voor producten samenhangend met prothesemateriaal (bestanddelen en hulp-

stoffen (tabel I)).^{4,9}

In dit artikel zal worden ingegaan op de betekenis voor het BMS van bepaalde contactallergische factoren voorkomend in gebitsprothesen, zoals die recentelijk in onze kliniek voor dermatologie bij een aantal patiënten met het BMS gediagnostiseerd werden.

2. MATERIAAL EN METHODEN

2.1. De patiënten

Gedurende een jaar, in de periode juli 1985 tot en met juni 1986 werden 15 patiënten met klachten wijzend op het bestaan van het BMS verwezen naar de afdeling allergie, om middels een epicutaan allergologisch (ECA-)onderzoek een mogelijke contactallergologische oorzaak aan te tonen, c.q. uit te sluiten. Deze 15 patiënten droegen allen een volledige prothese in boven- en onderkaak met uitzondering van patiënt nr. 2 en nr. 3 uit tabel II, die alleen een bovenprothese droegen tegenover een eigen dentitie in de onderkaak. De resultaten van het klinisch onderzoek bij deze 15 patiënten zijn samengevat in