

Het gevolg is dat de ontstekingsverschijnselen in de pulpa geleidelijk afnemen. Het betrokken element kan dan echter nog wel gevoelig blijven voor koudeprikkels: dit verschijnsel verdwijnt pas als de pulpa vrij is van ontsteking en daardoor weer in staat is een laag onregelmatig tertiair tandbeen over de proximale einden van de tubuli af te zetten.

J. B. Visser

- ² REDACTIE. Over goede en minder goede eigenschappen van zinkoxyde-eugenolmengsels. Ned Tijdschr Tandheelkd 1987; 94:312-4.
- ³ NORDENVALL KJ, BRÄNNSTRÖM M. In vivo resin impregnation of dentinal tubules. Exc odontol Sectie III, nr. 1581, nov. 1981.
- ⁴ BRÄNNSTRÖM M, GLANTZ PO, NORDENVALL KJ. The effect of some cleaning solutions on the morphology of dentin prepared in different ways. An in vitro study. Exc. odontol Sectie III, nr. 1506, mrt. 1980.
- ⁵ DUKE ES, PHILLIPS RW, BLUMERSHINE R. Effects of various agents in cleaning cut dentin. Exc. odontol Sectie III, nr. 1803, apr. 1986.
- ⁶ PASHLEY DH. Dentin permeability, dentin sensitivity and treatment through tubule occlusion. J Endodontol 1986; 12: 465-74.
- ⁷ KIM S. Hypersensitive teeth: Desensitization of pulpal sensory nerves. J Endodontol 1986; 12: 482-5.

Ingezonden

ALOPECIA AREATA

Naar aanleiding van het artikel 'Over het belang van het natuurlijke gebit voor de algemene gezondheid' (Ned Tijdschr Tandheelkd 1987; 94: 267-70) van de hand van collega Boering, een enkele aanvulling op het overzicht van oorzaken (pag. 268) waarbij het gebit een rol speelt of kan spelen en waar sprake is van focale in-

fectie.

Bij de huidafwijkingen noemt de auteur niet alopecia areata, uitval van hoofd- en/of baardhaar, waardoor ronde, kale plekken ontstaan. De oorzaak hiervan moet meestal worden gezocht bij één of meer periapicale ontstekingen. Deze kale plekken herstellen zich spoedig na extractie en

genezing van de extractiewond(en). Lokale behandeling van de kale plekken biedt geen soelaas. Daarom is het van belang te wijzen op de relatie alopecia areata-gebit.

E. Terwiel,
Haagweg 358,
4813 XE Breda.

ANTWOORD VAN DE AUTEUR

Voor zover mij bekend is de oorzaak van alopecia areata nog niet gevonden. Sommigen veronderstellen een relatie tot een auto-immuunziekte of tot een atopische constitutie. Spontane genezing is mogelijk. Een relatie tot focale infectie is mij niet bekend, maar is niet uitgesloten.

Dat de oorzaak meestal moet worden gezocht bij één of meer periapicale ontstekingen en dat de kale plekken spoedig ver-

dwijnen na genezing van de extractiewonden is mij onbekend. Ook in een recente publikatie in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (1987; 131: 1856-7) staat niets vermeld over een eventuele dentogene oorzaak van alopecia areata.

Het elimineren van wortelpuntontstekingen in het gebit op zich is altijd een goede zaak, maar er bestaan hiervoor ook andere methoden dan extractie. Alopecia

areata is een ontsierende afwijking die zeker een poging tot behandeling waard is, waarbij in overleg met de patiënt moet worden gestreefd naar sanering van ontstekingshaarden, echter met behoud van het gebit.

Prof. Dr. G. Boering,
Ant. Deusinglaan 1,
9713 AV Groningen.

MAAGRESECTIE

In het artikel van Forsthöfel, Duinkerke en Trip (Ned Tijdschr Tandheelkd 1987; 94: 359-68) 'Een gezondheidsvragenlijst bij het maken van een volledige gebitsprothese', ontbreekt mijns inziens bij punt C (van de Bijlage) 'Spijverteringstelsel en nieren', een gerichte vraag naar een maagresectie.

In het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (1977; 121: nr. 12) beschrijft Kuijer in een klinische les drie patiënten met een sinaasappel-ileus (S.I.). Ik citeer uit zijn klinische les:

'S.I. is een volstrekt onnodige, vaak zeer late en levensgevaarlijke complicatie

na maagresectie. Men zou het ziektebeeld kunnen voegen in het meer algemene ziektebeeld: voedsel-ileus. Dit ziektebeeld kan door talrijke, maar bijna altijd plantaardige, etenswaren worden veroorzaakt.

Waarom staat een patiënt die een maagresectie heeft ondergaan in het bijzonder bloot aan het risico van een S.I.? De passage door de maag is versneld en de samenstelling der verteringssappen is veranderd, zodat de vezelstructuren niet voldoende worden afgebroken. Het gebit is vaak slecht, niet alleen bij maagpatiënten, en niet zelden wordt het kunstgebit voor het eten uitgenomen (sic). Het verbod voor de

patiënt geldt citrusvruchten. Tegen het uitgeperste sap is natuurlijk geen enkel bezwaar.

Wij weten niet hoe vaak S.I. na maagresectie voorkomt. De frequentie is ook al moeilijk aan te geven, omdat de ileus vele jaren na de operatie nog kan optreden; bij onze drie patiënten na respectievelijk 13, 23 en 24 jaar. Het risico blijft een leven lang bestaan. Het is des te groter omdat zeer vele patiënten na hun maagresectie geen enkele last meer hebben, alles eten en gewoon vergeten aan de maag te zijn geopereerd. Wij horen dit verhaal herhaaldelijk en men kan deze mensen met de beste wil

van de wereld geen postgastrectomiesyndromen aanpraten. Geen wonder dat zij ook citrusvruchten eten.

Wij weten wel hoe vaak maagresectie voorkomt; in Nederland worden tussen de 4000 en 5000 partiële maagresecties per jaar verricht (1977). Het aantal mensen dat dus het risico van een S.I. loopt is groot. Het is noodzakelijk een patiënt bij wie men een maagresectie heeft uitgevoerd uitdruk-

kelijk op dit gevaar te wijzen en iedere keer dat men een maagresectie-patiënt ziet aan het verbod te herinneren.⁷

De conclusie voor mij als tandarts uit deze klinische les is:

– dat bij het opnemen van een gezondheidsanamnese gericht moet worden gevraagd naar een partiële maagresectie;

– dat een dergelijke patiënt eraan moet worden herinnerd dat er een verbod is voor

het eten van citrusvruchten;

– dat bij een klacht over het slecht of niet functioneren van de prothese bij een dergelijke patiënt direct moet worden gedacht aan permucosale implantaten.

F. B. H. Fleissig,
de Lairessestraat 90,
1071 PJ Amsterdam.

WEERWOORD

Wij danken collega Fleissig voor zijn interessante opmerking naar aanleiding van ons artikel over de gezondheidsvragenlijst bij het maken van een volledige prothese. Wij zouden daarop als volgt willen reageren:

1. In vraag A4 van de vragenlijst (zie Bijlage bij het artikel op bladzijde 367) wordt geïnformeerd naar ondergane operaties. Daar valt dus ook een eventuele maagresectie onder. Het is niet doenlijk naar elke mogelijke operatie afzonderlijk te vragen.
2. Het geven van informatie over eventuele gevolgen van een operatie aan een pa-

tiënt is een taak van de huisarts en de behandelende specialist. De tandarts dient deze rol uitsluitend te krijgen als het tandheelkundige operaties betreft.

3. De sinaasappel-ileus komt niet alleen voor na een maagresectie, maar kan ook optreden bij gezonde mensen die een abnormaal grote hoeveelheid vezels in bulkvorm krijgen aangeboden. De kans op een sinaasappel-ileus is na een maagresectie evenwel groter, met name na een resectie volgens Billroth modificatie II. Vrijwel geen enkele geopereerde patiënt weet van zich zelf of bij hem/haar een Billroth I of II

is verricht. Een algemeen advies zou dus ten onrechte aan een aantal geopereerde mensen het genot van citrusvruchten onthouden.

4. Er dient bij alle edentate patiënten te worden gestreefd naar een zo goed mogelijke kauwfunctie, maar dat (voor)recht is naar onze mening niet gekoppeld aan het inleveren van een stuk van de maag.

Dr. A. S. H. Duinkerke,
Prof. Dr. J. A. J. Trip,
Ant. Deusinglaan 1,
9713 AV Groningen.