

delenbeleid in de tandheelkunde. Tandartsen kunnen trachten zich aan te sluiten bij bestaande farmacotherapie-overleggroepen. (De ingang daartoe is vaak te vinden bij de apothekers.) Verder zou een beter gebruik kunnen worden gemaakt van bestaande objectieve informatiebronnen (Kompas, tijdschriften). Bij- en nascholing kan worden gestimuleerd door bij voorbeeld in de vakbladen meer aandacht aan geneesmiddelen te schenken.

LITERATUUR

- ¹ RANG JA, PAES AHP. Het voorschrijven van geneesmiddelen door tandartsen en overleg met apothekers. Ned Tijdschr Tandheelkd 1987; 94: 123-7.
- ² PAES AHP, BLOM AThG. Het gebruik van farmacotherapeutische informatiebronnen door tandartsen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1987; 94: 171-4.
- ³ Centrale Medisch Pharmaceutische Commissie van de Ziekenfondsraad. Farmacotherapeutisch Kompas 1988. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1988.
- ⁴ VAN HUMMEL R. Bruikbaarheid van het Farmacotherapeutisch Kompas bij medisch-farmaceutische overlegsituaties. Onderzoeksrapport Ziekenfondsraad 1988.
- ⁵ Nederlandse Hartstichting. Preventie van bacteriële endocarditis. Hart Bulletin 1987; 18: 75-7.
- ⁶ MEYBOOM RHB. Anafylaxie na gebruik van glafenine. Ned Tijdschr Geneesk 1976; 120: 926-7.
- ⁷ Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Problemen met glafenine. Geneesmiddelenbulletin 1979; 13: 23-4.

TANDHEELKUNDIGE BEHANDELING VAN ZWANGEREN

SAMENVATTING

Er wordt een overzicht gegeven van de consequenties, de mogelijkheden en de onmogelijkheden die zwangerschap van een patiënte voor de tandheelkundige zorg met zich mee brengt.

TRIP JAJ. Tandheelkundige behandeling van zwangeren. Ned Tijdschr Tandheelkd 1988; 95: 162-4.

J. A. J. Trip, internist

Uit de kliniek voor Mondheelkunde, Academisch Ziekenhuis te Groningen.

Trefwoorden: Tandheelkundige zorg - Zwangerschap

Datum van acceptatie: 17 februari 1988.

Adres: Prof. Dr. J. A. J. Trip, AZ Groningen, Oostersingel 59, 9713 EZ Groningen.

1. INLEIDING

Hoewel zwangerschap een normaal biologisch en veel voorkomend fenomeen is en dus eigenlijk een fysiologisch gebeuren genoemd kan worden, wordt een zwangere vrouw door haar omgeving toch vaak met een mystiek waas omhangen, zich enerzijds uitend in een onbestemd onbehaaglijk gevoel en anderzijds in een overdreven omringen met zorg en attenties. Beide reacties zijn begrijpelijk doch onjuist. Tegenover een fysiologisch gebeuren moet men zich zo normaal mogelijk opstellen; dat geldt ook voor de tandarts. Dit neemt niet weg, dat een graviditeit wel degelijk bepaalde eisen stelt aan lichaam en geest van de aanstaande moeder en de reden kan zijn van het tijdelijk optreden van bepaalde klachten. Bij de tandarts moet hierover voldoende kennis aanwezig zijn om daar adequaat op te kunnen inspelen.

In een recent artikel wijzen Schwartz et al¹ er terecht op, dat de relatie tussen het tandheelkundig handelen en zwangerschap drie aspecten vertoont: maatregelen ten aanzien van de vrouw, ten aanzien van de vrucht en maatregelen gericht op gevolgen van de zwangerschap zelf. Deze gedachtegang zal in dit overzicht ook worden gevolgd, hoewel ook andere indelingen denkbaar zijn.

2. DE ZWANGERE VROUW

Veel vrouwen zijn gedurende de zwangerschap emotioneel wat labiel; zij neigen tot prikkelbaarheid, moeheid en in het laatste trimester tot depressiviteit. De tandarts kan hieraan tegemoet komen door de patiënte extra op haar gemak te stellen en stress te vermijden.¹⁻³

In het eerste trimester hebben veel vrouwen last van misselijkheid, vooral 's ochtends, soms gepaard gaande met braken. In ernstige gevallen spreekt men van hyperemesis gravidarum. De braakreflex kan worden opgewekt door bepaalde luchtjes of manipulaties in de mondholte. Bij voorkeur behandelt men de gravida dus niet 's ochtends.¹

Een graviditeit eist van de moeder ongeveer 700 mg ijzer ten behoeve van het kind; dit is een aanzienlijk deel van het totale lichaamsijzer (± 5 g) en bij onvoldoende aanvulling kan bloedarmoede ontstaan. Dit verklaart mede de neiging tot collaberen en de moeheid bij zwangeren.⁴

Als gevolg van vochtretentie kan het circulerend bloedvolume met 30-50% toenemen. Naast vasodilatatie wordt dit door het lichaam opgevangen met een stijging van de cardiac output tot 20%; de hiervoor nodige tachycardie kan, samen met de vasodilatatie, gemakkelijk een verhoogde

neiging tot collaberen als gevolg hebben. Dit zal zich vooral manifesteren bij snel opstaan na liggen of zitten: orthostatische collaps. Aan het eind van de behandeling moet de patiënte dus de gelegenheid krijgen zich rustig uit de stoel te begeven.¹

Als de baarmoeder sterk in omvang toeneemt, dus met name in de laatste drie maanden, kunnen er mechanische bezwaren optreden, vooral in liggende houding. Zo zal de grote uterus de bewegingen van het diafragma kunnen hinderen waardoor de patiënte kortademig kan worden. Ook kan de baarmoeder compressie van de vena cava inferior en de aorta geven, die deels voor en naast de wervelkolom zijn gelegen. Het gevolg zal zijn, dat bij patiënte een bloeddrukdaling optreedt, waardoor zij bleek, klam en duizelig kan worden; de polsslag wordt sneller en in enkele gevallen verliest de patiënte het bewustzijn. Bij het optreden van deze symptomen kan men de patiënte het beste in linker zijligging plaatsen; de druk van de uterus op de vaten wordt dan opgeheven.¹⁻³ Behalve dat de tandarts van deze complicatie op de hoogte moet zijn kan hij/zij uit preventieve overwegingen de zwangere vrouw een dienst bewijzen door haar in een minder uitgesproken supinatiehouding te behandelen, bij voorkeur iets op haar linker zijde gedraaid³ (zie afbeelding 1). Een aantal zwangeren krijgt tijdens de

graviditeit zwangerschapsintoxicatie of toxemie; deze complicatie uit zich in oedemen, eiwitverlies met de urine en hypertensie en behoeft een zeer nauwkeurige begeleiding door de huisarts of de gynaecoloog. In extreme gevallen treedt een sterke verergering op, de pre-eclampsie, die rond de bevalling kan overgaan in eclampsie. Dit is een bedreigende toestand voor zowel moeder als kind met krampen, bloedingen en orgaanstoornissen. Meestal zal dit een indicatie zijn voor een voortijdig opwekken van de partus. Bij patiënten met zwangerschapsintoxicatie verdient het aanbeveling in voorkomende gevallen anaesthesie zonder vasoconstrictoire middelen te geven dan wel eerst overleg te plegen met de behandelende arts.^{1 3}

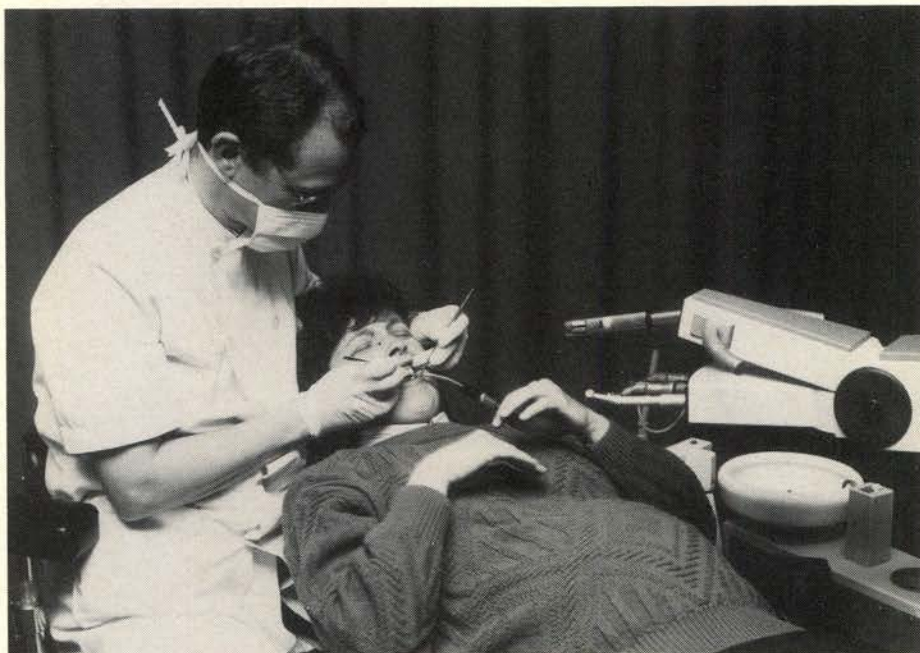
3. HET KIND

Ofschoon de vrucht in utero de gehele zwangerschap kwetsbaar blijft voor invloeden van buitenaf, is dit het sterkst aanwezig in het eerste trimester, als de mitotische activiteit het grootst is. Schadelijke effecten kunnen zich uiten als misvormingen of abortus.^{1 5}

Vanuit de positie van de tandarts zijn een aantal aspecten van bijzonder belang. Allereerst het gebruik van medicijnen. De meeste farmaca passeren de placenta gemakkelijk, waardoor foetale serumconcentraties kunnen voorkomen, die vergelijkbaar zijn met die van de moeder.² Over het toepassen van antibiotica zijn de opvattingen vrij unaniem: penicillines, ampicillines, cefalosporines en erythromycine kunnen veilig aan de zwangere vrouw worden voorgeschreven; streptomycine (dat in Nederland overigens niet meer in de handel is) en kanamycine zijn gecontraïndiceerd wegens hun toxiciteit voor binnenoor en gehoorzenuw. Tetracycline moet niet worden toegediend vanwege de verkleuring van de gebitselementen van het kind en ook de aminogluociden zijn teratogeen gebleken. Ook sulfapreparaten worden ontraden gedurende de zwangerschap.^{1-3 6}

Van anaesthetica als lidocaïne en mepivacaïne zijn geen vruchtbeschadigende effecten bekend; wel wordt geadviseerd niet meer dan 2 à 3 ampullen per etmaal te geven.³ Barbituraten zijn gecontraïndiceerd.^{2 5 6} Over diazepam (Valium®) zijn de meningen verdeeld: Little² wijst dit middel tijdens de graviditeit af doch Boering et al⁶ achten diazepam een veilig sedativum. Salicylaten kunnen, met name in het laatste trimester, aanleiding tot foetale bloedingen zijn. Ook glafenine (Glifanan®) moet niet worden voorgeschreven.⁶ In het algemeen wordt paracetamol/coffeïne als de beste pijnstillers bij zwangeren aangeraaden.^{1 2 6}

Algemene anesthesie zal voor kortdu-



Afb. 1. De (getoonde) liggende houding kan voor een zwangere patiënt in de laatste maanden zeer hinderlijk zijn. Het is beter de patiënte iets op de linkerzijde te draaien.

rende ingrepen voor moeder en kind zelden nadelige gevolgen hebben; langdurige toediening kan leiden tot ademdepressie en abortus.⁷

Aparte vermelding behoeft de vasoconstrictoire component van het lokale anaestheticum. In een ongecompliceerde zwangerschap kan de moeder op de gebruikelijke wijze worden verdoofd met preparaten, die adrenaline in concentraties variërend van 1:50.000 tot 1:20.000 bevatten;^{3 6} dat geldt ook voor Citanest-Octapressine.⁶ Alleen bij zwangeren met hypertensie dient terughoudendheid met vasoconstrictoren te worden betracht; in ieder geval zal dan eerst overleg met de behandelende arts vereist zijn.¹

Een ander aspect, dat hier aan de orde moet komen, is het gebruik van röntgenstralen, hetgeen in de praktijk vrijwel steeds het maken van foto's zal betreffen. De beschadigende invloed van röntgenstralen op eicellen en embryo's is evident aangetoond. Toch wil dit niet zeggen, dat na nauwkeurige afweging van de noodzaak en met optimale zorg, bij een zwangere vrouw geen röntgenologische diagnostiek kan worden verricht. Waar mogelijk moet in het eerste trimester onderzoek met röntgenstralen totaal worden vermeden.⁸ Maar in het tweede en derde trimester is dit op indicatie wel mogelijk.^{1 3} Met het gebruik van hooggevoelig filmmateriaal waardoor een korte belichtingstijd mogelijk wordt en met toepassing van goede collimatie en afscherming van de buik van de vrouw met een loodschort, is de stralingsbelasting voor de vrucht bij één periapicale foto minder dan 0,1 millirad.¹

4. GEVOLGEN VAN DE ZWANGERSCHAP

Overbekend is het frequente voorkomen van gingivitis bij zwangeren; in de volksmond heeft dit geleid tot gezegden in de geest van: 'voor ieder kind een tand'.^{3 5} Het betreft meestal een hypertrofische gingivitis, soms treft men tevens pyogene granulomen aan.⁹ Er is veel geschreven over de oorzaak van deze vorm van gingivitis en om voor de hand liggende redenen werd een verband gezocht met de veranderde hormoonspiegels tijdens de zwangerschap. Toch is er geen duidelijke causale samenhang met oestrogenen gevonden en men kan niet verder gaan dan te zeggen, dat de gingiva gedurende de graviditeit meer ontvankelijk is voor infecties.^{2 5 9 10} Veel meer waarde wordt toegeschreven aan een reeds aanwezige matige mondhygiëne, die gedurende de zwangerschap nog minder aandacht krijgt.^{2 3 5 6} De gingivaafwijkingen beginnen meestal in de tweede maand.

Gedurende de zwangerschap wordt, in tegenstelling tot het botweefsel, aan het gebit geen kalk onttrokken; hier ligt dus ook geen indicatie voor calciumsuppletie.² Het geven van fluoride tijdens de graviditeit wordt derhalve ook ontraden; bovendien is de passage door de placenta zeer beperkt, zodat hiervan op de toekomstige dentitie van het kind geen invloed mag worden verwacht.^{2 6}

Resultaat voor de behandeling van gingivitis moet vooral worden verkregen door goede mondhygiënische voorlichting en begeleiding, plaqueverwijdering en behandeling van aanwezige cariës.

5. CONCLUSIES

De tandarts moet terdege rekening houden met een eventuele zwangerschap van een patiënt; globaal genomen is er zeker geen contra-indicatie voor behandeling. Spoedeisende therapieën daargelaten kan men zeggen, dat met enig overleg een zwangere vrouw de normale routine-tandheelkundige hulp kan ontvangen. Electieve behandelingen moeten zo mogelijk tot na de bevalling worden uitgesteld.

De beste periode voor behandeling is het tweede trimester. Röntgenonderzoek moet niet plaats vinden in het eerste trimester en daarna alleen indien onvermijdelijk en dan nog met optimale voorzorgen.

Medicamenteus blijven voldoende mogelijkheden over om tot een normale behandeling te kunnen komen; men dient echter selectief te werk te gaan.

Van direct belang voor de patiënt is ook, dat men stress voorkomt en het haar comfortabel maakt. Bij twijfel zal overleg met de behandelende arts de patiënte altijd ten goede komen.

SUMMARY

THE PREGNANT PATIENT IN THE DENTAL PRACTICE

Keywords: Dental care – Pregnancy

This paper is a review of the consequences, the possibilities, and the impossibilities for dental care in case of pregnancy of a patient.

LITERATUUR

- ¹ SCHWARTZ M, HOLMES HI, SCHWARZ SS. Care of the pregnant patient. *Can Dent Assoc J* 1987; 4: 299-301.
- ² LITTLE JW, FALACE DA. Dental management of the medically compromised patient. St Louis: The C V Mosby Comp, 1980: 127-31.
- ³ STELDINGER R. Erkrankungen und Behandlung der Mundhöhle in der Schwangerschaft. *ZWR* 1987; 96: 1156-8.
- ⁴ ABRAHAM-INPIJN L. Inwendige geneeskunde voor de tandheekunde. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1986: 176-7.
- ⁵ VAN GINDERACHTER J, BROSENS I. Handboek voor de tandheekundige praktijk. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1982: B.8.11.1-7.
- ⁶ BOERING G. Het geneesmiddel in de tandheekunde. Alphen aan den Rijn: Samsom Stafleu, 1984: 250-300.
- ⁷ LEE P. Anti-inflammatory therapy during pregnancy and lactation. *Clin Invest Med* 1985; 8: 328-32.
- ⁸ BEELEY L. Adverse effects of drugs in the first trimester of pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 1981; 8: 261-74.
- ⁹ FERGUSON MM, SILVERMAN JR. S. Oral manifestations of systemic disease. London: Saunders WB, 1980: 297-317.
- ¹⁰ DAVIES RM. Oral manifestations of systemic disease. London: Saunders WB, 1980: 514-29.

Bladvulling

NAZORG OVERKAPPINGSPROTHESE

Vraagt de volledige prothese, geplaatst bij een edentate patiënt, om regelmatige controle (onder meer op pasvorm), des te meer is dit noodzakelijk indien er sprake is van een overkappingsprothese. Wanneer in die gevallen regelmatige controle achterwege blijft, kan een situatie ontstaan zoals in afbeelding 1 wordt weergegeven. Het betreft een volledige prothese, geplaatst op een onbetande bovenkaak en een overkap-

pingsprothese op de onderkaak. Op afbeelding 2 is duidelijk te zien dat de endodontisch voorbehandelde wortels van 33 en 43 het resorptieproces ter plaatse zo niet hebben voorkomen, dan toch vertraagd.

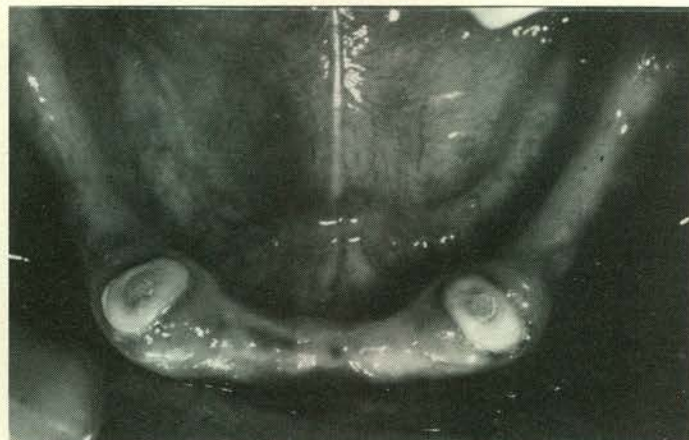
De resorptie in de zijdelingse delen is echter voortgeschreden, waardoor de prothese 'dieper' over de processus zakt. De beide wortels voorkómen echter dat de prothese ook in het front 'wegzakt', met

als resultaat een open beet in de molaarstreek. Dit laatste nu is een symptoom dat bij de nazorg voor de dragers van een overkappingsprothese bijzondere aandacht verdient.

Dr. G. van Groeningen,
Ant. Deusinglaan 1,
9713 AV Groningen.



Afb. 1. Open beet in de molaarstreek.



Afb. 2. Endodontisch behandelde wortels van 33 en 43.