

De Redactie selecteerde ten behoeve van het onderhavige themanummer uit het *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift* vier recente bijdragen over verschillende aspecten van de gerodontologie. De beknopte Nederlandse bewerkingen ervan zullen opeenvolgend worden afgedrukt.

HET STREVEN NAAR BEHOUD VAN GEBITSELEMENTEN BIJ OUDEREN*)

J. H. van Os, tandarts
C. de Baat, tandarts

SAMENVATTING

Ouder worden is een fysiologisch proces. Dit geldt ook voor de veroudering van de gebitselementen en de omringende weefsels. Ook zijn er duidelijke verschillen aan te wijzen tussen het optreden van tandheelkundige ziekten bij ouderen en jongeren. Dit zijn factoren die in overweging moeten worden genomen bij het streven naar behoud van de gebitselementen.

VAN OS JH, DE BAAT C. Het streven naar behoud van gebitselementen bij ouderen. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1989; 96: 346-7.

Trefwoorden: Gerodontologie – Conserverende tandheelkunde

Datum van acceptatie: 2 juni 1989.

Adres: Dr. J. H. van Os, Schoolstraat 3, 6581 BG Malden.

1. INLEIDING

Ouder worden is in principe een fysiologisch proces. Ook de gebitselementen en hun ophangapparaat ondergaan in de loop van het leven enkele fysiologische veranderingen. De opvatting dat ouder worden automatisch gepaard gaat met het verlies van gebitselementen is achterhaald. Voor de behandeling van cariës, endodontische en parodontale problemen geldt dat er geen aan de leeftijd gebonden grenzen zijn.

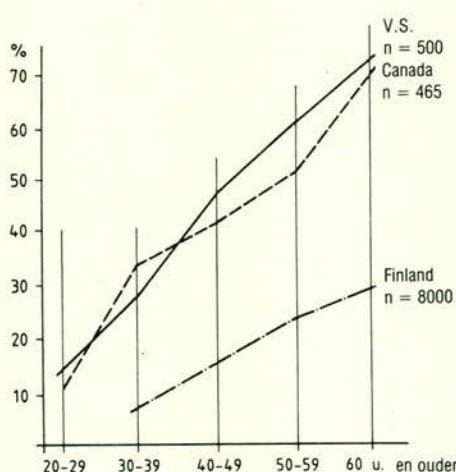
2. VERANDERINGEN IN DE WEEFSELS

De veroudering van gebitselementen uit zich in veranderingen in vorm en kleur. Vormveranderingen treden vooral op in het glazuur, voornamelijk als gevolg van de functie van de gebitselementen. Het glazuur kan zover slijten door attritie, abrasie, of erosie dat het dentine aan de oppervlakte komt. Een andere verandering in vorm die nogal eens wordt waargenomen, is een afronding of verkorting van de radix.

Kleurveranderingen zijn het gevolg van veranderingen in de structuur van het glazuur. Deze veroorzaken een afnemen van het vochtigheidsgehalte, het organische bestanddeel, de permeabiliteit en de oplosbaarheid in zuur. Brosheid, hardheid en daardoor het gevaar van het afbreken van splinters, nemen toe.

Naast structuurveranderingen in het glazuur treden ook veranderingen op in de structuur van het dentine. Er vindt sclerotisering plaats, afname van de hoeveelheid dentinevloeiendstof, reductie van de stofwisseling, vermindering van het organische bestanddeel en toename van interne fracturen.

Structurele veranderingen in de pulpa hebben ook een aantal gevolgen: de pulpa-



Afb. 1. De relatie tussen het voorkomen van wortelcariës en leeftijd.

kamer wordt kleiner door afzetting van secundair dentine; er komen veranderingen in de vascularisatie; het aantal fibroblasten en odontoblasten reduceert en er treedt algemene degeneratie van het pulpaweefsel op.

Bij de veroudering van het parodontium is het erg moeilijk onderscheid te maken tussen fysiologische verouderingsverschijnselen en pathologische processen. Strikt fysiologisch kan men twee zaken waarnemen, namelijk versmalling van de parodontalspleet door appositie van wortelcement en vermindering van de celactiviteit, die afname van de afweerkracht tot gevolg heeft.

Al deze veranderingen zorgen op macroscopisch niveau voor:

- het ontstaan van interdentaal contactvlakken (door interdentaal abrasie en mesiaalwaartse opschuiving van de gebitselementen);
- afslijting van de occlusale vlakken;
- het in omvang afnemen van de interdentaal papillen.

3. TANDHEELKUNDIGE ZIEKTEN

Er zijn duidelijke verschillen aan te wijzen in het optreden van tandheelkundige

ziekten bij ouderen en jongeren. Bij ouderen is veel meer secundaire dan primaire cariës aanwezig. De belangrijkste vorm van cariës is de wortelcariës (afb. 1). In plaats van acute purulente pulpitis bij jongeren treft men bij ouderen veel vaker chronische pulpitis clausa aan. Op hogere leeftijd is het parodontaal verval de belangrijkste oorzaak van het verlies van gebitselementen. De exacte oorzaak van het optreden van parodontitis bij ouderen is niet bekend. De cyclus: gingivitis, parodontitis, mobiliteit en, tot slot, verlies van gebitselementen, komt bij ouderen veel minder voor.

4. DE BEHANDELING

De behandeling van gebitselementen bij ouderen dient te zijn afgestemd op het streven naar behoud. Rekening houdend met het in de vorige paragrafen beschrevene, kunnen enkele aanbevelingen worden gedaan.

4.1. Behandeling van cariës

Bij het behandelen van carieuze laesies zijn van belang:

- het hanteren van preparatiemethoden die patiënten in staat stellen op eenvoudige wijze een goede mondhygië te bewerkstelligen;
- het toepassen van vulmaterialen die een lange houdbaarheid hebben;
- het gebruik maken van glasionomeerementen in combinatie met composieten in het cerviale gebied van de gebitselementen.

4.2. Endodontische behandelingen

Endodontische therapieën kunnen een belangrijke bijdrage leveren. Door de gewijzigde interne en externe anatomische verhoudingen is de kans op slagen van de behandeling groter. Ook gecombineerde endodontische-chirurgische behandelingen, zoals hemisectie en wortelamputatie, kunnen succes opleveren.

*) Een Nederlandse bewerking van het artikel: KETTERL W. Möglichkeiten der Zahnerhaltung beim älteren Patienten. *Dtsch Zahnärztl Z* 1989; 44: 13-6.

4.3. Preventieve maatregelen

Preventieve maatregelen, tandsteen verwijderen, curettage en 'deep scaling' zijn zinnige maatregelen. Het opvoeren van de mondhygiëne bij ouderen dient veel meer aandacht te krijgen. De laatste jaren zijn er veel hulpmiddelen op de markt verschenen, die het ook ouderen mogelijk maken een goede mondhygiëne te bewerkstelligen.

5. SLOTBESCHOUWING

Dat gebitselementen bij ouderen ondanks

geabradeerd glazuur, sclerotisch dentine, veranderingen in de pulpa en parodontale problemen toch prima kunnen functione-

ren, kan gelden als een bewijs voor de stelling dat ook bij ouderen het streven naar behoud van de dentitie zinvol is.

SUMMARY

PRESERVATION OF TEETH IN ELDERLY PEOPLE

Key words: Geriatric dentistry – Conservative dentistry

This article is a Dutch abridged version of KETTERL W. Möglichkeiten der Zahnerhaltung beim älteren Patienten. Dtsch Zahnärztl Z 1989; 44: 13-6.

DE PROTHETISCHE BEHANDELING VAN OUDEREN*)

Enkele bijzonderheden

J. H. van Os, tandarts
C. de Baat, tandarts

SAMENVATTING

Een bijzonder probleem bij de tandheelkundige behandeling van ouderen is hun verminderde aanpassingsvermogen. Bij een prothetische behandeling is het daarom verstandiger veranderingen stap voor stap door te voeren.

Op esthetisch gebied neemt men bij ouderen veranderingen waar in het orofaciale gebied, die karakteristiek zijn voor ouderen en die moeten worden gehandhaafd bij een prothetische behandeling. Bovendien dient men bij het opstellen van een prothetisch behandelingsplan expliciet rekening te houden met de algemene gezondheidstoestand van een oudere.

VAN OS JH, DE BAAT C. De prothetische behandeling van ouderen. Enkele bijzonderheden. Ned Tijdschr Tandheelkd 1989; 96: 347-8.

*) Een Nederlandse bewerking van het artikel: MARXKORS R. Besonderheiten bei der prothetischen Versorgung alter Menschen. Dtsch Zahnärztl Z 1989; 44: 17-9.

Trefwoorden: Gerodontologie – Prothetische tandheelkunde

Datum van acceptatie: 2 juni 1989.

Adres: Dr. J. H. van Os, Schoolstraat 3, 6581 BG Malden.

1. INLEIDING

Karakteristieke kenmerken van de biologische verouderende mens zijn het afnemen van het leer- en aanpassingsvermogen. Ook treedt bij ouderen een achteruitgang op in de functie van de vijf zintuigen. Op esthetisch gebied neemt men in het orofaciale gebied enkele veranderingen waar, die de harmonische verhoudingen verbeteren en die karakteristiek zijn voor ouderen. Bovendien lijden veel ouderen tegelijkertijd aan meerdere ziekten. Al deze kenmerken hebben zekere consequenties waarmee men bij een prothetische behandeling rekening dient te houden.

2. VERMINDERD AANPASSINGSVERMOGEN EN PRAKTISCHE GEVOLGEN

Het minder worden van het leer- en aanpassingsvermogen heeft tot gevolg dat een oudere patiënt veelal niet in staat is een

nieuwe gebitsprothese te accepteren. In zijn onderbewustzijn heeft hij met behulp van de musculatuur de oude gebitsprothese weten te accepteren en stabiliseren. De in de loop der jaren verloren gegane pasvorm van de prothese heeft de patiënt als het ware gecompenseerd door hierin sturend op te treden met behulp van de mond-musculatuur. Dit sturingsmechanisme is op een gevoelige wijze afgestemd op de vorm en de contour van de prothese. Men noemt dit fenomeen 'stereognosie' (ruimtelijke waarneming). Verandert men de vorm van de prothese, dan wordt de motorische coördinatie verstoord. Omdat als gevolg hiervan de patiënt niet met de nieuwe prothese overweg kan, kan bij de patiënt het idee ontstaan dat de tandarts slecht werk heeft geleverd. Immers, de patiënt heeft voor zichzelf bewezen gedurende langere tijd met een prothese overweg te kunnen. De tandarts die niet op de hoogte is van dit fenomeen, verwijt de patiënt gebrekkige coöperatie, omdat hij ervan uitgaat dat de patiënt met een goed passende, nieuwe

prothese beter moet kunnen omgaan dan met een slecht passende, oude prothese. Niet zelden ontstaan dan irritaties tussen tandarts en patiënt.

Rekening houdend met het verminderde aanpassingsvermogen van ouderen verdient het stapsgewijs wijzigen van de oude prothese de voorkeur boven de vervaardiging van een nieuwe prothese. Gedurende de eerste fase moet de pasvorm van de prothesebasis worden hersteld. Dit leidt tot stabilisering van de prothese en de musculatuur. Wanneer deze fase (variërend van twee weken tot twee maanden) achter de rug is, kan men in de tweede fase de relatie tussen boven- en onderprothese aanpassen. Meestal moet een beetverhoging worden uitgevoerd en het herstellen van de centrale relatie is ook vaak nodig. Ook daarna moet men de patiënt gedurende een bepaalde periode laten wennen aan de nieuwe situatie. Vervolgens kan men dan de prothesebasis aanpassen door het functioneel afvormen van de protheseranden. Is de patiënt ook aan deze verandering