

# Samenwerking op het terrein van de faciale prothetiek

R.P. van Oort, MFP-tandarts<sup>1</sup>  
G. van Dijk, MFP-technicus<sup>2</sup>  
H. Reintsema, MFP-tandarts<sup>1</sup>  
R. Popma, MFP-technicus<sup>2</sup>

Uit de <sup>1</sup>afdeling Mondziekten, Kaakchirurgie en Bijzondere Tandheelkunde van het Academisch Ziekenhuis te Groningen, en het <sup>2</sup>Tandtechnisch/Maxillofaciaal Laboratorium Van Dijk en Popma te Groningen.

Trefwoorden: **Mondziekten en kaakchirurgie** – Maxillofaciale prothetiek – Tandtechnisch laboratorium

Datum van acceptatie: 5 februari 1991.

Adres: Dr. R.P. van Oort, postbus 30.001, 9700 RB Groningen.

*Samenvatting.* In de maxillofaciale prothetische zorgverlening wordt ernaar gestreefd de patiënt in multidisciplinair teamverband te behandelen. Bij de behandeling van mensen met een gelaatshandicap wordt de zorg verleend in een nauw samenwerkingsverband tussen MFP-tandarts en MFP-technicus. Van beiden wordt de specifieke rol in het rehabilitatieproces beschreven.

VAN OORT RP, VAN DIJK G, REINTSEMA H, POPMA R. Samenwerking op het terrein van de faciale prothetiek. Ned Tijdschr Tandheelkd 1991; 98: 186-9.

## 1 Inleiding

Een gelaatshandicap vormt voor de mens een zeer directe inbreuk op zijn zelfbeeld ('body image'). De sociale gevolgen kunnen groot zijn; door het vermijden van contacten kan het soms zelfs leiden tot het ontstaan van een volkomen sociaal isolement.

Binnen de tandheelkundige en tandtechnische professie zijn de kennis, de materialen en de technologie aanwezig om de patiënt met een gelaatsdefect hulp te bieden. De behandeling moet erop gericht zijn de patiënt een zo volwaardig mogelijke plaats te laten behouden in de maatschappij. Door de vervaardiging van een gelaatsprothese kan herstel van vorm en functie worden nagestreefd.

De rol van de maxillofaciale prothetist (MFP-tandarts) en de in de maxillofaciale prothetiek werkzame tandtechnicus (MFP-technicus) – en de samenwerking tussen beiden in het bijzonder – zal worden geschetst als onderdeel van het behandelingsprotocol.

### 1.1 De MFP-zorg voor de gelaatsgehandicapte

De specifieke hulpverlening binnen de maxillofaciale prothetiek is een interactie tussen de directe (poli)klinische patiëntenzorg en de technologie van de toegepaste materialen. In Engeland zijn in diverse ziekenhuizen deze beide vaardigheden verenigd in één persoon ('maxillo-facial technician'). In die situatie werkt een maxillofacial technician nauw samen met de (kaak-)chirurg. De gehele extra-orale prothetische behandeling met al zijn facetten wordt hier dus door één en dezelfde persoon uitgevoerd. De benodigde vaardighe-

den worden verworven in een goed gestructureerde opleiding die verbonden is aan een tandtechnische opleiding. In Amerika zijn beide vaardigheden gescheiden ondergebracht bij een specialist tandarts-maxillofaciale prothetiek en een MFP-technicus. Beide beroepen worden ondersteund door een gestructureerde opleiding. In Nederland wordt de MFP-zorg geboden in Centra voor Bijzondere Tandheelkunde, waarbij in het ene type centrum de gelaatsgehandicapte volgens het Engelse model wordt behandeld en in het andere type centrum volgens het Amerikaanse model. Voor beide specialismen bestaat in Nederland echter geen gestructureerde opleiding. De expertise moet worden verworven via directe overdracht van kennis of door stages in, voornamelijk, het buitenland. In het Academisch Ziekenhuis Groningen gaat de voorkeur uit naar de Amerikaanse opzet, omdat in Nederland de tandarts getraind is in het biologisch/fysiologisch functioneren in het hoofd-halsgebied, het herkennen van afwijkingen en psychosociale gevolgen daarvan en deze te begeleiden of te behandelen. De tandtechnische opleiding benadrukt de medisch- biologische achtergronden minder en is meer gericht op technologische aspecten. Door bundeling van deze specifieke aspecten in een gestructureerd samenwerkingsverband tussen MFP-tandarts en -technicus kan een optimale bijdrage geleverd worden aan het revalidatieproces van een patiënt met een gelaatsdefect.

## 2 Het behandelingsprotocol

Gelaatsdefecten worden voor 80% veroorzaakt door kwaadaardige tumoren in het hoofd-halsgebied. De beoordeling en primaire behandeling van patiënten uit de doelgroep vinden bij voorkeur plaats bin-

nen multidisciplinair samengestelde teams, die verbonden zijn aan grote categorale of universitaire ziekenhuizen. Voor het prothetische reconstructieplan is de MFP-tandarts de coördinator. Hij voert overleg met de oncologisch chirurg en de plastisch chirurg tijdens de operatiefase en met de maatschappelijk werker en de MFP-technicus tijdens de rehabilitatiefase (afb. 1).

Voor het welslagen van de behandeling is het van belang dat de patiënt reeds voor de behandeling wordt geïnformeerd over het karakter, het verloop van de behandeling en het te verwachten eindresultaat. In woord en beeld wordt de patiënt voorbereid op de komende confrontatie met het veranderde, gemutileerde gelaat. Tevens wordt contact gelegd met de maatschappelijk werker voor een eventueel noodzakelijke begeleiding voor en na de operatie en in de rehabilitatiefase. Met de MFP-technicus wordt de prothetische reconstructie en de voorlopige behandelingsplanning besproken.

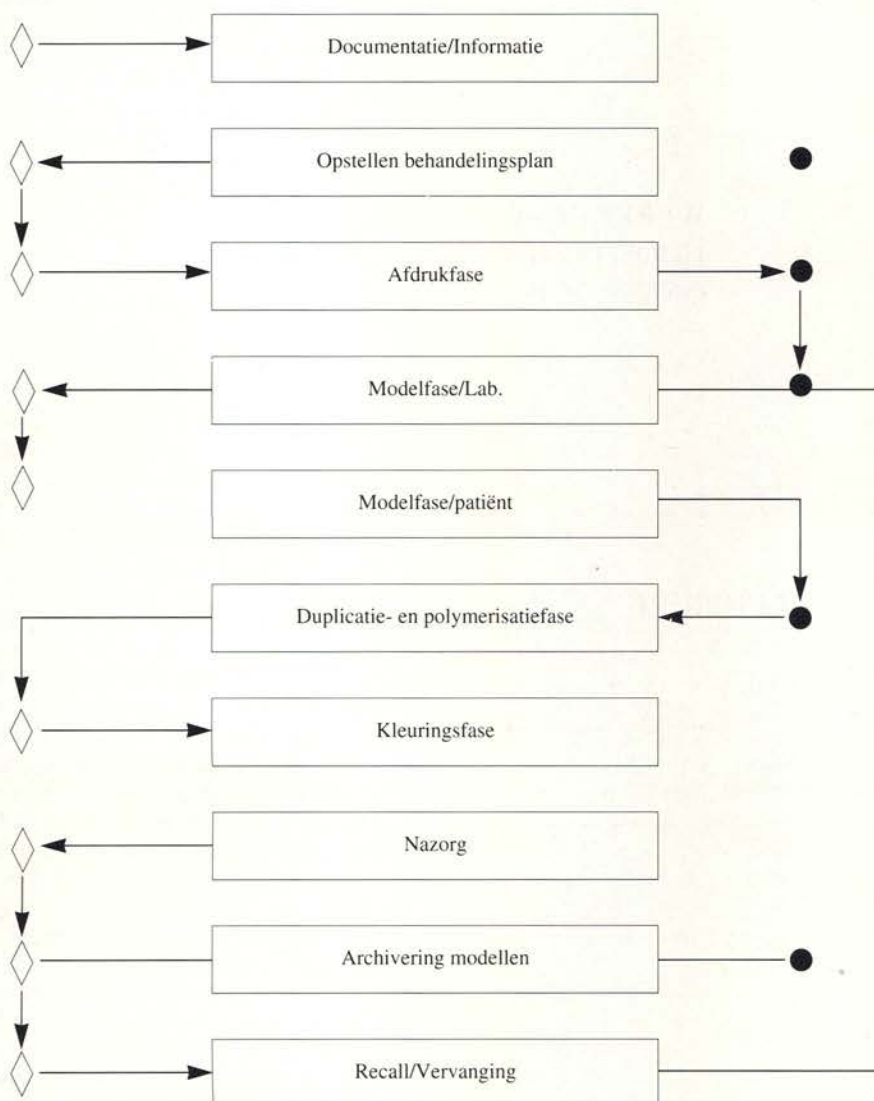
Het rehabilitatieplan wordt pas definitief vastgesteld na de operatie in een overleg tussen chirurg, plastisch chirurg en MFP-tandarts. Indien herstel met lichaamseigen weefsel niet of tijdelijk niet mogelijk is, wordt een prothetische reconstructie gepland. Het te volgen werkschema wordt in overleg met de MFP-technicus opgesteld. Vooral in deze fase is er een belangrijke taak weggelegd voor het maatschappelijk werk, om de acceptatie van de prothetische reconstructie te bevorderen en eventuele problemen op dit gebied tijdig te onderkennen.

Na het gereedkomen van de gelaatsprothese zijn geregelde revisies gewenst om het acceptatieproces te kunnen vervolgen en te begeleiden. Daarnaast zijn ten gevolge van de relatief beperkte duurzaamheid van het materiaal frequent aanpassingen en



MFP-tandarts ◇

MFP-technicus ●



Afb. 1. Het behandelingsproces bij de rehabilitatie van een gezichtshandicap in de werkgroep Hoofd-Halsoncologie, Academisch Ziekenhuis Groningen.

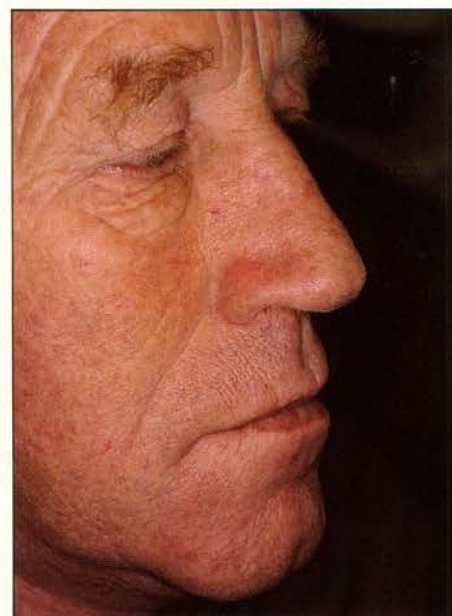
vernieuwing van de gelaatsprothese noodzakelijk.

### 2.1 Het uitwerken van het faciaal prothetisch behandelingsplan

Het concretiseren van het behandelingsplan is een intensief samenwerkingsproces tussen MFP-tandarts en MFP-technicus. In de diverse stadia van het proces wordt de patiëntenbehandeling gevolgd door een laboratoriumfase volgens een gezamenlijk vastgesteld schema (afb. 2). De basis van het schema wordt gevormd door consensus over het te gebruiken basismateriaal en reproduceerbare kleursystemen van de iris, de sclera en de huid. Op technologisch gebied is de MFP-tandarts cognitief volledig ingevoerd in het proces en de toepas-

singsmogelijkheden en contra-indicaties van de toepassing van materialen en hulpmiddelen, zoals magneten, attachments en pin-lock verbindingen. De MFP-tandarts toetst zijn rehabilitatieplan aan de mogelijkheden van de MFP-technicus.

De verschillende stappen van het behandelingsplan worden afwisselend uitgevoerd in de behandelkamer en in het laboratorium. Indien deze lokaties zich niet in hetzelfde gebouw bevinden, vereist de communicatie tussen beide extra aandacht. Voorwaarde voor een succesvolle behandeling wordt gevormd door een goede wederzijdse verstandhouding en interactie op een gelijkwaardig niveau met wederzijds respect.



Afb. 3. Preoperatieve documentatie van patiënt met neoplasma van het vestibulum nasi.

### 3 De documentatiefase

Een behandeling met een gelaatsmutilerend karakter vereist het preoperatief vervaardigen van documentatie-afdrukken van lichtfoto's van het gelaat. De zo specifieke persoonsgebonden vormen van het middengezicht kunnen na de operatieve behandeling aan de hand van de preoperatieve modellen direct worden hersteld, mits de tumor geen al te grote misvorming heeft veroorzaakt. Historische lichtfoto's zijn bij het scheppen van vormherstel een welkome aanvulling. Vormherstel, na resectie van een volledige oorschelp, kan worden verkregen door het andere oor af te drukken en dit als spiegelbeeld te gebruiken bij het modelleren.

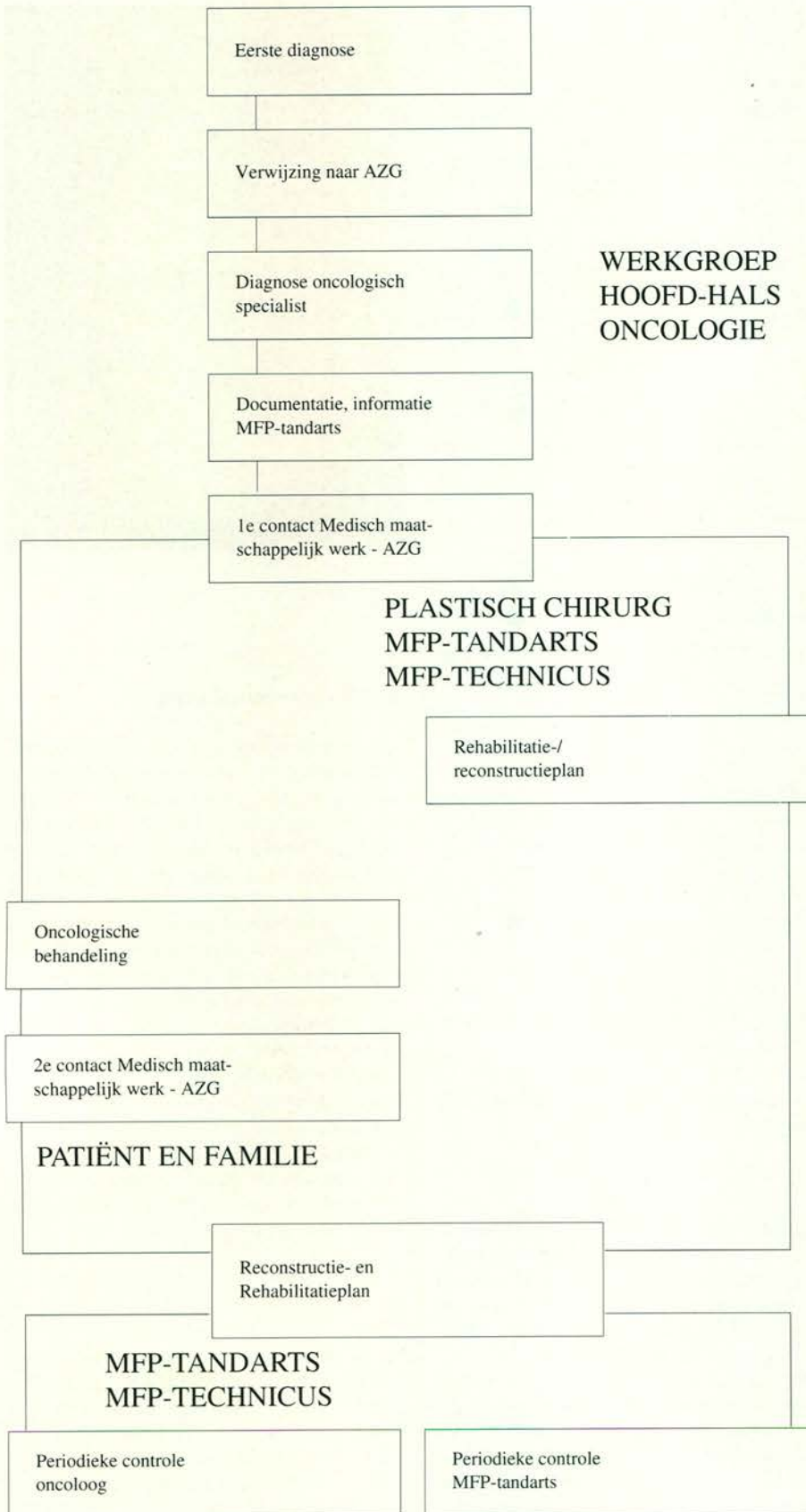
Vooraf de informatie over kleur, uitwendige vormen en weefselconsistentie is in dezen een primaire vereiste voor optimale zorgverlening (afb. 3).

#### 3.1 De afdrukfase

Na de wondgenezing wordt een begin gemaakt met het rehabilitatieplan. In een gesprek wordt gepolst of de patiënt, dan wel de naasten, nog hulp nodig hebben bij het verwerken van de emotionele ervaringen die voortkomen uit een gelaatsmutilerende ingreep. Indien dit het geval blijkt te zijn, wordt in eerste instantie contact gelegd met de maatschappelijk werker.

Allereerst wordt een gelaatsafdruk gemaakt. De grenzen van het af te drukken gebied worden bepaald aan de hand van het rehabilitatieplan. Om in functioneel en esthetisch opzicht een optimaal resultaat te verkrijgen, wordt met een dun vloeibaar





Afb. 2. Het behandelingsschema bij het reconstructieproces van de behandeling van een gelaatshandicap.

alginaat een statische afdruk gemaakt.

De afdruk wordt samen met het documentatiemodel naar het laboratorium gezonden. De outline wordt vanuit de praktijkkamer aangegeven op de afdruk, dan wel naderhand besproken aan de hand van het model. Hierbij spelen de bewegingsamplitudes van het huidoppervlak onder invloed van de mimische musculatuur en natuurlijke huidplooiën een beslissende rol (afb. 4).

### 3.2 De fase van de vormbepaling

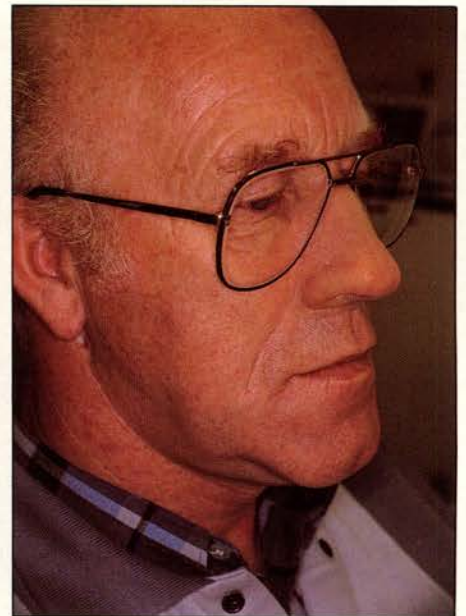
Bij het reconstrueren van de 'eigen' neuscontour wordt gebruik gemaakt van de preoperatief vervaardigde afdruk van het gelaat. Vooral de neus en de ogen vervullen een prominente rol in de esthetiek en beleving van het aangezicht, zowel bij de patiënt (body image) als bij de medemens. De MFP-technicus zal er alles aan doen om deze vorm weer terug te krijgen. Hem staan daarbij reproductie- en wasmodelleertechnieken ten dienste. De in was gemodelleerde

Het is van belang dat de kleur van het prothesesysteem reproduceerbaar is. Dit wordt bepaald door de specifiek voor het materiaal samengestelde kleurenring. Een kleur, die in de praktijkkamer bij daglicht en kunstlicht wordt bepaald, moet in het laboratorium worden gereproduceerd. Bij mengkleuren is de MFP-tandarts tijdens het proces van inkleuren op het laboratorievorm wordt in een volgende zitting bij de patiënt gepast. De vorm wordt aangepast dan wel gewijzigd door de MFP-tandarts. Hij levert het wasmodel zodanig af dat het gereed is voor reproductie. De behandeling vindt plaats in dezelfde behandelkamer als waarin de patiënt de eerste keer werd ontvangen. Deze vertrouwde omgeving en de aanwezigheid van naaste familieleden vormen een onderdeel van het gewinningsproces.

### 3.3 De laboratoriumfase

De laboratoriumfase wordt bepaald door het omzetten van het wasmodel in het gewenste basismateriaal. Het basismateriaal moet op kleur worden gebracht door toevoeging van pigmenten en nylonvezels. Als basismateriaal wordt polydimethylsiloxane gebruikt, bijvoorbeeld P.D.M. silastic, Cosmesil, MDX-4-4210, Silskin. Het betreft hier materialen die de ideale eisen benaderen, maar er niet volledig aan kunnen voldoen. Alle genoemde materialen staan onder invloed van omgevingsfactoren en hebben daardoor een beperkte levensduur van één tot twee jaar. Aan de hand van de fysische en technologische eigenschappen en de verkrijgbaarheid van de materialen wordt gezamenlijk een keuze gemaakt.





Afb. 4. Afdrukprocedure (Biotes®, craniotaciaat), waarbij de richting van de opschroefbare afdrukposten een individuele verlenging vereist van één van de fixatieschroeven voor en tijdens de afdruk. Bij uitzondering moet Impregum® (ESPE) worden gebruikt.

Afb. 5. De patiënt van afbeelding 3, twee maanden later, aan het einde van de prothetische rehabilitatiefase.

rium aanwezig. Soms is de aanwezigheid van de patiënt hierbij gewenst.

De relatief beperkte duurzaamheid van het basismateriaal en de kostenfactor vereist een efficiënte duplicatieprocedure. Daartoe wordt het wasmodel van de te vervaardigen prothese met een Wacker® silicone gedupliceerd of worden de cuvetmodellen geconserveerd en in het archief bewaard bij de overige modellen van de patiënt. In deze fase ligt het accent van de werkzaamheden bij de MFP-technicus. Het systeem wordt gekenmerkt door onderlinge afspraken en korte communicatielijnen. De wederzijdse inbreng van ideeën uit de materiaaldeskundige en technologische hoek heeft in de loop der jaren geleid tot het opbouwen van een efficiënt behandelingsstelsel.

#### 3.4 De fase van het plaatsen

Door een zo nauwkeurig mogelijke weergave van de grondtoon van de huidkleur voor een belangrijk deel al verwerkt worden in het basismateriaal voor de prothese. De extrinsieke kleuring wordt in de behandelkamer aangebracht door de MFP-tandarts. Deze zal de patiënt vervolgens voorbereiden op de incorporatiefase van de prothese. In deze fase komt weer de primair verstrekte informatie, maar nu in concrete zin, naar voren. Het uiteindelijke resultaat wordt getoetst aan het verwachtingspatroon en, indien mogelijk, besproken. Zo nodig volgt hierna een evaluatiegesprek met de maatschappelijk werker.

#### 4 Nabeschatting

De intensieve samenwerking tussen MFP-tandarts en MFP-technicus bij de behandeling van patiënten met een gelaatshandicap vereist een procesmatige benadering. De handicap in het gelaat heeft, naast fysiologische en morfologische consequenties, ingrijpende psychosociale gevolgen voor de patiënt. In het algemeen is de MFP-tandarts in de Nederlandse situatie voldoende toegerust in het begeleiden en behandelen van de gevolgen van een gelaatshandicap, daarbij ondersteund door de technologische vaardigheden van de MFP-technicus.

De procesmatige benadering vereist kennis van elkaars vakgebied, en de gezamenlijke wil om steeds weer tot een optimaal resultaat te komen met gebruikmaking van van alle kunstmiddelen, kunde en kennis die aanwezig zijn. De patiënt is immers alleen gebaat bij een gelaatsprothese die door een, hem op geringe afstand passerende, vreemde niet wordt opgemerkt. Eerst dan kunnen minder prettige reacties vanuit de omgeving, met mogelijke psychosociale implicaties, worden voorkomen.

De behandeling van de patiënt en het

vervaardigen van de prothese door één en dezelfde persoon kunnen voordelen bieden. In communicatief opzicht kan er minder fout gaan. Aan de andere kant kunnen de psychosociale problematiek en de technologische problematiek voor één persoon eenvoudig een te grote belasting vormen. Met name dit argument en de coördinerende rol van de MFP-tandarts in de Hoofd-Halsoncologie Werkgroep hebben geleid tot een behandelingsproces, waarbij de patiënt een optimale behandeling en begeleiding kan ontvangen.

De samenwerking tussen MFP-tandarts en MFP-technicus moet van hoge kwaliteit zijn. De kennis, kunde en vaardigheden moeten bij beiden aanwezig zijn. De communicatie moet eenvoudig en ongestoord kunnen verlopen om een goed overlegniveau te bereiken. In deze procesmatige benadering zijn de taken op zichzelf duidelijk gescheiden. De MFP-tandarts en MFP-technicus dragen echter wel ieder hun eigen verantwoordelijkheid. De MFP-tandarts draagt verantwoording voor de totale behandeling. De MFP-technicus is verantwoordelijk voor het laboratoriumgedeelte van de technologie.

#### Summary

##### MULTIDISCIPLINARY PATIENT CARE IN FACIAL PROSTHETICS

Key words: Oral Surgery – Maxillofacial prosthetics – Laboratory, dental

The aim of maxillofacial prosthetics is the treatment of patients with head and neck diseases in a multidisciplinary way. The treatment of patients with a facial defect should be based on a close cooperation between maxillofacial prosthodontist and MFP technician. The rehabilitation process and the specific role of each is described.



R. TAYLOR, G. BERGMAN. Laboratory techniques for the Brånemark system. 79 pag., 228 afb. Quintessence Publishing Co., Inc., Chicago, Berlin, London, São Paulo, Tokyo, Hong Kong 1990, Prijs £ 33,30. ISBN 0 86715 173 0.

In dit boek worden op heldere en beknopte wijze de verschillende laboratoriumtechnieken van het Brånemark-implantaatsysteem, aan de hand van vele fraaie afbeeldingen, besproken. Benadrukt wordt dat een grote mate van nauwkeurigheid in alle fasen van de laboratoriumprocedure een vereiste is om tot een langdurig succesvol resultaat te komen.

Naar verhouding is de behandeling van de overkappingsprothese enigszins onderbelicht, terwijl deze – althans in Nederland – het meest wordt toegepast. Het is een boek dat aan te bevelen is voor iedere tandtechnicus die te maken heeft met het Brånemark-implantaatsysteem.

Th. J. Brouwer, Groningen

ONDER REDACTIE VAN J. K. M. GEVERS, J. H. HUBBEN. Grenzen aan de zorg; zorgen aan de grens. 281 pag. Samsom H. D. Tjeenk Willink bv, Alphen aan den Rijn 1990. Prijs 58,50. ISBN 90 6092 4584.

Dit is de handelseditie van het *Liber Amicorum* voor Prof. Dr. H. J. J. Leenen dat hem werd aangeboden bij zijn afscheid als hoogleraar in de sociale Geneeskunde (met als leeropdracht 'Sociale achtergronden van gezondheid en gezondheidszorg') aan de Universiteit van Amsterdam, het ambt dat hij sedert 1970 heeft uitgeoefend.

Aan deze, uit drie delen bestaande, bundel werd door 20 auteurs een bijdrage geleverd. Het eerste deel, 'Grenzen van de zorg', bestrijkt de problemen rond de beschikbaarheid, verdeling en toegankelijkheid van de zorg, naast vraagstukken als de rol van de overheid en de beoordeling van medische technologieën. Deel 2 betreft situaties – begin en einde van het leven – waar de hulpverlening zelf moet functioneren in grensgebieden. In dit deel toont het hoofdstuk 'Kind, hoe gaat het met je?' – een fictief gesprek tussen Professor Leenen en de schrijfster, Dr. I. D. de Beaufort, universitair docent Medische ethiek te Rotterdam aan, op welke originele en eminente wijze een bijdrage een *Liber Amicorum* extra kan sieren. Alleen al deze discussie tussen 'recht' en 'ethiek' maakt het de moeite waard dit boek aan te schaffen.

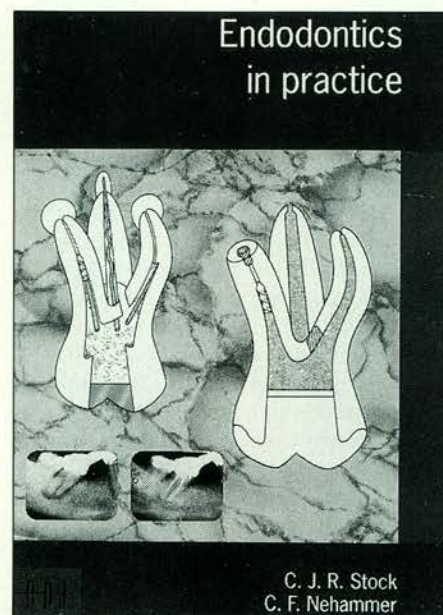
Het laatste deel behandelt de mogelijkheden en grenzen van het recht als instrument voor het bewerkstelligen van een

rechtvaardige ordening en verhoudingen in de gezondheidszorg. Achterin de bundel vormen 14 pagina's de bibliografie van het wetenschappelijk werk van de jurist Leenen (hij publiceerde in het Nederlands Juristenblad in 1972 ook over 'Fluoridering van het drinkwater'), die de periode van 1962 tot en met 1990 omvat.

Het boek kenschetst Leenen als een persoon die zich in hoge mate betrokken voelde bij de kwetsbare en afhankelijke positie van de patiënt, of anders gezegd, bij de 'rechten van mensen in de gezondheidszorg'. Het mag dan ook geen verbazing wekken dat dit tevens de titel is van het boek, dat – wellicht het meest van al zijn boeken – als standaardwerk kan gelden.

B. Z. Deenik, Heemstede

C. J. R. STOCK, C. F. NEHAMMER. Endodontics in practice. 2e druk, 98 pag. British Dental Association, London 1990. Prijs £ 19,–. ISBN 0 904588 29 7.



In minder dan 100 bladzijden de wetenschappelijke achtergronden van de endodontie weergeven is een onmogelijkheid, maar de titel van deze uitgave geeft dan ook al aan dat beide auteurs hebben gestreefd naar een handleiding voor de algemeen-practicus. En een indicatie voor de op de praktijk gerichte toon van het boek, is de lengte van het eerste hoofdstuk ('The modern concept of endodontics'), namelijk ruim één bladzijde! Onderzoekgegevens en jarenlange klinische ervaring zijn samengevoegd tot een schat aan endodontische tips. De lezer zal tevergeefs zoeken naar hoofdstukken over, bijvoorbeeld, pulpabiologie of microbiologie.

De overige tien hoofdstukken behandelen de verschillende stappen van de wortelkanaalbehandeling: diagnose, openen van de pulpaholte, reinigen, vorm geven en vullen. In de loop van het boek wordt ook antwoord gegeven op vragen als: 'Hoe breng ik doeltreffend rubberdam aan?' en 'Hoe verwijder ik een pastavulling?'

Het boek is rijkelijk voorzien van goede illustraties en er is een (zeer handige) lijst met te gebruiken instrumenten en materialen toegevoegd. Deze uitgave is door de vele praktische wenken buitengewoon geschikt voor de algemeen-practicus. Wie meer diepgang zoekt zal een uitgebreider studieboek (bijvoorbeeld het Nederlandse 'Endodontologie') moeten raadplegen. Niettemin kan het boek worden aanbevolen.

M. J. H. de Cleen, Amsterdam

G. W. J. HELING. Tandheelkundig zelfzorggedrag in Nederland: een bijdrage aan de tandheelkundige gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. 235 pag. Academisch proefschrift Katholieke Universiteit te Nijmegen, 1990.

Dit proefschrift handelt over mondhygiënegedrag, voedingsgedrag en tandartsbezoek, hetgeen wordt samengevat als tandheelkundig zelfzorggedrag, alsmede de determinanten daarvan. De gekozen optiek is die van de TGVO via (massa)media. De onderzoeksgegevens zijn afkomstig van het Landelijk Epidemiologisch Onderzoek Tandheelkunde (LEOT), dat in 1986 door de Katholieke Universiteit te Nijmegen, in samenwerking met het NIPG/TNO te Leiden, is uitgevoerd.

Allereerst wordt ingegaan op de relatie tussen mondgezondheid en gedrag, waarbij wordt vastgesteld dat gedragsverandering, met het oogmerk de eigen gebitsgezondheid te verbeteren, de doelstelling van TGVO is. Vervolgens wordt de opzet van het LEOT-onderzoek beschreven. Bij dit promotie-onderzoek waren alleen personen betrokken met natuurlijke gebitselementen, al dan niet in combinatie met een partiële prothese.

Het niveau van de zelfzorg kan in ons land redelijk worden genoemd, zo blijkt uit hoofdstuk 3 en vervolgens wordt het zelfzorggedrag, alsmede enige determinanten, van verschillende groepen van onze bevolking besproken. Verschillen blijken er nauwelijks te bestaan. Mannen tonen een minder goed beeld dan vrouwen en de leeftijdsgroep tussen 15 en 19 jaar springt er in negatieve zin sterk uit.

In hoofdstuk 5 staat de, voor de TGVO belangrijkste, doelgroep centraal van 289



personen met een deficiënt zelfzorggedrag. Hoewel er geen verschillen bestaan tussen optimale en deficiënte zelfzorgers, met betrekking tot het aantal gerapporteerde gebitsklachten, zijn er wel grote verschillen te zien in kennis over en het gemotiveerd zijn voor mondhygiëne en het belang van gebitsbehoud. Ook wordt gewezen op het nut van de halfjaarlijkse controle in ziekenfondsvverband. Daarbij wordt een poging ondernomen de oorzaken van curatief tandartsbezoek (naar aanleiding van een klacht) en van preventief bezoek (voor controle) in kaart te brengen. Preventief tandartsbezoek is sterk gewoonte gebonden en het wordt het meest bepaald door het belang dat men aan gebitsbehoud hecht, de relatie die men met de tandarts heeft, het gevoel vatbaar te zijn voor gebitsaandoeningen en door angst. Tot slot wordt voor het geven van TGVO via (massa)media een aantal aanbevelingen geformuleerd met als doelstelling het beïnvloeden van gebitsbewustgedrag, die het Ivoren Kruis en de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie zeker ter harte kunnen nemen.

De vraag is echter of men met TGVO alleen gedragsverandering kan bewerkstelligen, een veronderstelling waar de auteur van uit lijkt te gaan. Want voor de verandering van gedrag komt meer kijken: de verandering van de sociale omgeving, de bedreiging door ziekten, de inschatting van het effect van het eigen handelen, angst, wetgeving enz. Voorlichting kan echter wel een bijdrage leveren aan het wegnemen van de oorzaken van ongezond gedrag. En voorlichting is met name effectief wanneer het erom gaat patiënten te helpen bij het maken van moeilijke keuzen of het nemen van beslissingen. Dit is een aspect dat in dit proefschrift in het geheel niet ter sprake komt. Voorts is het de vraag of het verklaringmodel voor de totstandkoming van tandartsbezoek wel voldoende inzicht verschaft. Wordt de werkelijkheid wel weergegeven door de gevonden, zwakke verbanden tussen de verschillende factoren? En is tandartsbezoek alleen onder te verdelen in curatief en preventief bezoek? Patiënten komen toch ook vaak voor het inwinnen van een advies? En waarom wordt er alleen een specificatie gemaakt naar verzekeringsvorm en niet – bij voorbeeld – naar sekse? Zo werpt ieder proefschrift nu eenmaal vragen op, die wellicht in volgende dissertaties kunnen worden beantwoord, zodat de professie meer inzicht kan krijgen in de complexiteit van de TGVO.

M. A. J. Eijkman, Wassenaar

P. A. FUGAZZOTTO. Preparation of the periodontium for restorative dentistry. 114 pag., 291 afb. Ishiyaku EuroAmerica, Inc., St. Louis, Tokyo 1989. Prijs \$ 75, —. ISBN 0 912791 56 X.

Dit werk moet worden beschouwd als een geïllustreerde handleiding voor de algemeen-practicus bij de behandeling van parodontale problemen.

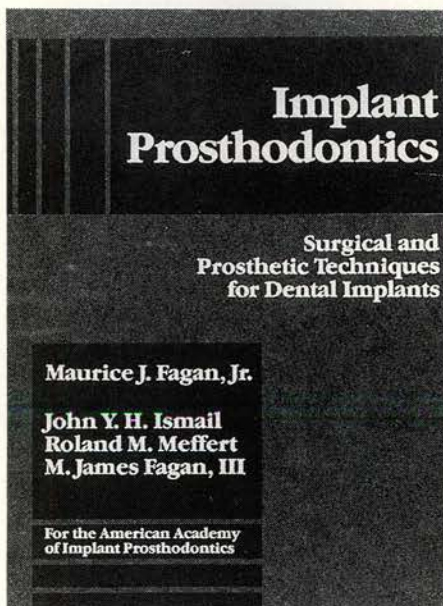
In het eerste hoofdstuk, dat als inleiding fungeert, worden de voorwaarden voor een gezond parodontium en de eisen die aan een restauratie moeten worden gesteld, aangegeven. In de volgende hoofdstukken komen aan de hand van over het algemeen duidelijke kleurenfoto's en schematische tekeningen, de verschillende parodontale problemen en hun behandeling, aan de orde. In veel gevallen wordt ook het eindresultaat getoond.

Aandacht krijgen vooral: het optimaliseren van de verhouding tussen de alveolaire bothoogte en de lengte van het gebitselement, de selectieve extractie, de onvolledige, passieve eruptie en de zone van aangehechte giviga.

Al lezend wordt duidelijk dat de auteur een volgeling is van de Amerikaanse 'paraschool' van Prichard, die de chirurgische benadering (met lapoperaties en en botcorrecties) voorstaat. Aan de meer conservatieve benadering door de Zweedse school wordt in het geheel geen aandacht besteed. Niettemin kan dit boekwerk voor de collega met weinig ervaring in de parodontale chirurgie nuttig zijn.

A. Grevers, Amsterdam

M. J. FAGAN, Jr, J. Y. H. ISMAIL, R. M. MEFFERT, M. JAMES FAGAN III. Implant prosthodontics. Surgical and prosthetic techniques for dental implants. 336 pag. Year Book Medical Publishers, Inc., Chicago, London, Boca Raton, Littleton 1990. Prijs \$ 64,95. ISBN 0 8151 3206 9.



Dit boek is uitgebracht naar aanleiding van het in 1988 door de Academy of Oral Im-

plants gehouden jaarlijkse symposium. Het sluit aan op de bekende Amerikaanse uitgave *The dental implant clinical and biological response of oral tissues*. Ook de discussies, die in aansluiting op de voordrachten plaatsvonden, zijn gedeeltelijk aan het eind van de desbetreffende hoofdstukken opgenomen.

Het boek begint met een kort overzicht van de geschiedenis van de tandheelkundige implantologie. Vervolgens gaat C. Misch (een bekend implantoloog) uitvoerig in op de behandelingsplanning en op het uitgebreid medisch onderzoek van patiënten die eventueel in aanmerking komen voor het aanbrengen van een implantaat. Vooral het laatste acht hij van groot belang voor patiënten van boven de 50 jaar, ten einde op lange termijn de prognose te verbeteren.

Het is jammer dat een groot deel van het boek in beslag wordt genomen door de beschrijving van implantaten die in Nederland minder gangbaar zijn, zoals het Fagan-implantaat en het subperiostale implantaat. Daarentegen zijn de meer algemene hoofdstukken over prothetische procedures en over occlusie zeker lezenswaard. Ook komen de materiaaleigenschappen van verschillende implantaten aan de orde.

Elk hoofdstuk wordt gecompleteerd met een literatuuroverzicht. En het boek wordt afgesloten met een hoofdstuk getiteld: 'How to handle problem implant cases'. Hoewel deze titel veel verwachtingen wekt, beperkt dit hoofdstuk zich tot een beschrijving van nervus-letsel.

Samenvattend: dit boek is door zijn karakter – een beschrijving van een symposium aangevuld met gedetailleerde informatie – niet altijd even toegankelijk. Deze indruk wordt nog versterkt door de matige kwaliteit van röntgenfoto's en illustraties.

J. P. A. van den Bergh, Amsterdam

D. H. ROBERTS, J. H. SOWRAY. Local analgesia in dentistry. 3e druk, 176 pag. Wright, Bristol 1987. Prijs £ 11,95. ISBN 0 7236 0954 3.

Met pijnbeheersing tijdens het behandelen heeft de tandarts zeer veelvuldig te maken; lokale anesthesie is daarbij niet meer weg te denken. Een praktisch handboek, waarin de lokale anaesthetica die in de tandheelkunde worden gebruikt aan een nauwkeurige beoordeling worden onderworpen en nieuwe ontwikkelingen worden besproken, verdient dan ook alle aandacht. Deze derde druk, waarin in het bijzonder de farmacologie en de anatomie aan de orde komen, is uitvoeriger dan het oorspronkelijk uit 1970 daterende handboek voor studenten en algemeen-practici.

Het boek is helder geschreven en de illustraties zijn van goede kwaliteit. Er wor-



den echter een aantal technieken besproken die in de Nederlandse praktijk situatie beslist niet uitvoerbaar zijn en ook de vanzelfsprekendheid (men heeft immers in Engeland een geheel andere instelling ten opzicht van de toepassing van anesthesie) waarmee de algehele anesthesie als gangbare behandelingsmethode voor pijnbestrijding wordt gepropageerd, maakt dit boek minder toegankelijk voor de tandarts in Nederland.

Hier en daar worden andere stofnamen gebruikt en men noemt merknamen die in Nederland nauwelijks bekend zijn, maar een bespreking van het inmiddels in ons land veelvuldig toegepaste articaïne (Ultracain®) ontbreekt geheel. Ook het hoofdstuk over steriliseren en steriliteit beantwoordt niet aan onze huidige normen.

Hoewel op verscheidene plaatsen de aspiratietechniek dwingend wordt voorgeschreven, prijkt toch op de kaft van het boek een ouderwetse carpulespuit zonder aspiratiemogelijkheid. Maar afgezien daarvan, ook de inhoud – die, voor zover het de casuïstiek betreft, is afgestemd op een volstrekt andere praktijkvoering dan bij ons – kan de Nederlandse student en algemeenpracticus niet van harte worden aanbevolen, tenzij zij een afkeer hebben van de veelal Duitstalige literatuur over dit onderwerp.

E. C. M. Bouvy-Berends, Bergschenhoek

D. B. TUINZING, R. B. GREEBE, J. DORENBOS, W. A. M. VAN DER KWAST. Chirurgische orthodontie. Diagnostiek en behandeling, 107 pag. VU Uitgeverij, Amsterdam 1990. Prijs f 44,50. ISBN 90 6256 906 4.

Dentofaciale afwijkingen worden in toenemende mate binnen alle afdelingen Mondziekten en Kaakchirurgie in Nederland behandeld. Door vorming van diagnose teams, met onder anderen orthodontisten, prothetisten, logopedisten en psychologen, is er voor de groep patiënten met dentofaciale afwijkingen een optimale mogelijkheid voor onderzoek en behandeling ontstaan.

Deze monografie geeft de huidige stand van zaken weer met betrekking tot de chirurgische orthodontie. De auteurs hebben hun ervaringen en resultaten, verkregen uit onderzoek en behandeling van een groot aantal patiënten, geïnventariseerd.

In dit boek worden vijf categorieën dentofaciale afwijkingen gedefinieerd en standaardprocedures voor hun behandeling beschreven. De auteurs benadrukken dat operatieve correcties van onder- en/of bovenkaak zo eenvoudig mogelijk moeten worden gehouden en bij voorkeur volgens een standaardprocedure worden uitgevoerd. Standaardisatie leidt tot verhoging van de kwaliteit van operaties en van de

uiteindelijke resultaten. Echter, van geval tot geval zal de dentofaciale afwijking kritisch moeten worden bekeken. Terecht wijst men in het laatste hoofdstuk op eventuele complicaties bij osteotomieën.

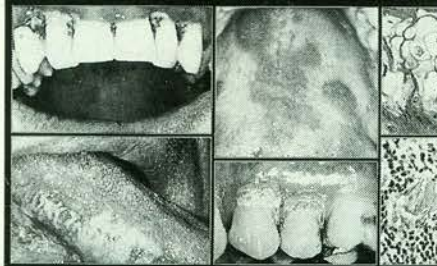
De tekst is goed leesbaar en voorzien van vele 'tracings' en klinische afbeeldingen in zwart-wit. Voor diegenen die betrokken zijn bij de behandelingen van deze groep patiënten is dit boek aan te bevelen: in kort bestek wordt een totaal overzicht gegeven van diagnostiek en behandeling van dysgnathieën. De tandarts kan zich door het lezen van deze monografie op de hoogte stellen van wat er in multidisciplinair verband mogelijk is voor zijn patiënt met een dysgnathie.

J. J. Wirlds, Enschede

D. GREENSPAN, M. SCHIØDT, J. S. GREENSPAN, J. J. PINDBORG. AIDS and the mouth. 204 pag. Munksgaard, Copenhagen 1990. Prijs DKK 450,00. ISBN 87 16 10321 1.

Deborah Greenspan Morten Schiødt  
John S. Greenspan Jens J. Pindborg

## AIDS and the Mouth



Munksgaard

Door de snelle ontwikkelingen op het gebied van AIDS kon een vervolg op het in 1986 verschenen boekje *AIDS and the dental team* niet lang uitblijven. Met dit tweede, fraai uitgevoerde en 18 hoofdstukken tellende, boek zijn de auteurs erin geslaagd een duidelijk overzicht te schetsen van de orale en non-orale aspecten van AIDS.

Zoals de titel reeds suggereert, ligt de nadruk op de diagnostiek en de behandeling van de met AIDS samenhangende mondslijmvliesafwijkingen. In tegenstelling tot de uitgave van 1986 worden in dit boek de non-orale aspecten van de AIDS-problematiek, zoals de epidemiologie, virologie en immunopathogenese, uitvoeriger behandeld. De tekst is uitermate goed leesbaar en de afbeeldingen en tabellen maken het boek tot één geheel. De kleu-

renafbeeldingen bij de besproken mondafwijkingen zijn van een uitstekende kwaliteit en geven de lezer een goed klinisch en (histo)pathologisch beeld. Aan het eind van ieder hoofdstuk zijn referenties opgenomen die de geïnteresseerde lezer voldoende toegang verschaffen tot de meer gespecialiseerde literatuur.

In een apart hoofdstuk worden uitvoerig de voorzorgsmaatregelen ter voorkoming van besmetting met het AIDS-virus in de tandheelkundige c.q. kaakchirurgische praktijk besproken. In dit kader worden richtlijnen geformuleerd die een verantwoorde praktijkvoering mogelijk maken.

Concluderend kan men stellen dat het boek een fraai overzicht geeft van de huidige kennis van de orale en non-orale aspecten van de AIDS-problematiek. Omdat mondafwijkingen een belangrijke rol kunnen spelen bij de (vroegtijdige) diagnose van HIV-infecties en omdat deze veelal professionele behandeling behoeven, is dit boek niet alleen zeer geschikt voor de tandarts-algemeen-practicus en de kaakchirurg, maar ook voor de huisarts en andere medische specialisten die beroepsmatig met HIV-seropositieve patiënten worden geconfronteerd.

E. A. J. M. Schulten, Amsterdam

F. HERKSTRÖTER. Methods for the evaluation of caries preventing agents. 104 pag. Academisch proefschrift rijksuniversiteit te Groningen, 1990.

Onderzoek naar het effect van cariëspreventieve middelen (zoals fluoridetandpasta's) kan in theorie het best worden uitgevoerd bij proefpersonen die deze middelen langdurig gebruiken. Dergelijk onderzoek is echter zeer kostbaar. Een ander nadeel is dat het vormen van een controlegroep vaak op ethische problemen stuit. Onderzoek in het laboratorium, waarbij men schijfjes tandmateriaal met het preventieve middel in contact brengt, levert daarentegen veel sneller resultaten op. De vraag is echter of de uitkomsten van dergelijk *in vitro* onderzoek voorspellend zijn voor het effect van het middel *in vivo*. Diverse pogingen zijn reeds ondernomen om de kloof tussen *in vitro* en *in vivo* onderzoek te overbruggen. Een voorbeeld is het onderzoek van schijfjes tandglazuur die, aangebracht in een prothese, gedurende enige tijd bij proefpersonen in de mond (*in situ*) verblijven.

In dit proefschrift worden diverse onderzoeken beschreven waarbij de validiteit van *in vitro* en *in situ* onderzoek centraal staat. Tot nu toe werd, zoals gezegd, bij dergelijk onderzoek steeds uitgegaan van dunne schijfjes tandmateriaal. Dit hing samen met het feit dat kleine veranderingen in het mineraalgehalte van glazuur en dentine niet goed konden worden gemeten indien



volledige gebitselementen werden gebruikt. Met gehulp van een in Groningen ontwikkelde microradiografische methode, kan dit nu wel. De gebitselementen worden daarbij niet beschadigd, zodat men tijdens een experiment meerdere metingen kan doen. De nieuwe methode wordt in het proefschrift beschreven en vergeleken met een eerder gebruikte methode.

Om goed vergelijkbare resultaten te verkrijgen bij *in vitro* en *in situ* experimenten, wordt de buitenste laag van het glazuur meestal verwijderd. De auteur vond dat de snelheid waarmee glazuur of dentine demineraliseert, door dit afslipen verdubbelt. Dit gegeven is van groot praktisch belang. Als men in de praktijk noodgedwongen glazuur of blootliggend dentine moet beslijpen, zal men fluoride moeten appliceren om de verhoogde kans op carieuze aantasting weer te verminderen.

Een mooi voorbeeld van het validiteitsprobleem bij *in vitro* onderzoek leverde een experiment waarbij de effecten van vijf tandpasta's (vier met en één zonder fluoride) onderling werden vergeleken. *In vitro* bleek er een sterk verband te bestaan tussen het fluoridegehalte van de tandpasta en de mate van demineralisatie. Bij het *in situ* experiment was dit verband veel zwakker. *In vitro* scoorden drie van de vier fluoride-tandpasta's gunstiger dan de pasta die geen fluoride bevatten, *in situ* was dit er maar één.

Het proefschrift omvat beschrijvingen van vijf afgesloten experimenten en van één nog lopend onderzoek. Samen vormen deze een goede illustratie van het ook internationaal zeer gewaardeerde wetenschappelijk werk binnen het laboratorium voor materia technica van de rijksuniversiteit te Groningen.

H. Kalsbeek, Leiden

J. BARDACH, H. L. MORRIS. Multidisciplinary management of cleft lip and palate. 861 pag. W. B. Saunders Company, Philadelphia 1990. Prijs £ 196,00. ISBN 0 7216 2951 2.

Dit boek, waaraan 157 auteurs (waaronder drie Nederlanders) meewerkten, behandelt in bijna 900 bladzijden, onderverdeeld in 14 secties, alle facetten van de schisisbehandeling. Het is opgedragen aan de kinderen die zijn geboren met een gespleten lip, kaak en gehemelte en wil bijdragen aan de verbetering van hun verzorging.

In het voorwoord houden de redacteurs een pleidooi voor een multidisciplinaire behandeling en voor het publiceren van lange-termijnresultaten gebaseerd op één behandelingsstrategie vanuit de diverse centra. Goede wetenschappelijke beoordeling van de resultaten en op grond daarvan kiezen voor de beste behandelingsstrate-

gie, kan de deur openen naar betere eindresultaten, aldus de redacteurs.

In de eerste sectie wordt in 12 hoofdstukken de multidisciplinaire behandeling in verschillende landen (waaronder ook de Oostbloklanden met hun lange 'schisisstrategie') beschreven. De genetische aspecten en de nomenclatuur worden uitvoerig behandeld. In de volgende vier secties komen de primaire en secundaire chirurgische behandeling van lip/neus en palatum aan de orde. Bekende plastische chirurgen en kaakchirurgen geven hun visie en de verschillen tussen de diverse opvattingen zullen de geïnteresseerde lezer zeker boeien.

Craniofaciale groei en beïnvloeding daarvan door orthodontische therapie, zowel pre- als postoperatief, komen daarna uitvoerig en diepgaand aan bod. Bottransplantatie en orthodontie worden in detail besproken. Aan de keuze van het bottransplantaat (schedelbot, rib en heup; autoloog of homoloog) wordt eveneens veel aandacht geschonken.

De K.N.O.-arts/foniater kan in de secties X en XI de voor- en nadelen van de verschillende technieken en de tijdstippen waarop het palatum molle/durum wordt geopereerd op zich laten inwerken. In de daarop volgende twee secties worden de psychosociale aspecten van een schisisbehandeling besproken, alsmede de verpleegkundige zorg die deze met zich meebrengt. Sectie XIV, ten slotte, geeft richting en ruggeleuning aan verder onderzoek op de terreinen: embryologie, etiologie, preventie en het effect van chirurgische ingrepen op groei en ontwikkeling.

Het boek is een uitvoerige beschrijving van de huidige stand van zaken en constateert een enorme verbetering over de afgelopen 25 jaar. De eindresultaten van de verschillende centra kunnen nogal eens uiteenlopen. Lange-termijnonderzoeken, gebaseerd op vaste protocollen, zijn nodig en Morris en Bardach (zelf nauw betrokken bij het Iowa-Hamburg-project) breken een lans voor 'multicentre'-vergelijking.

Dit boek is vlot te lezen, rijk geïllustreerd met zwart-wit foto's, röntgenfoto's, operatietekeningen, tabellen en schema's. De kwaliteit van de bijdragen wisselt uiteraard binnen 157 auteurs, maar het boek is een 'must' voor elk schisisteam. En – gelet op de prijs – hoeven ook de individuele leden van het team, na bestudering van de verschillende theorieën, geen spijt te hebben van de aanschaf.

R. Koole, Utrecht

## Recensie-exemplaren

Het merendeel van de hier aangekondigde uitgaven zal nog nader op deze plaats worden besproken

1. F.P.G.M. VAN DER LINDEN. Problems and procedures in dentofacial orthopedics. 382 pag. Quintessence Publishing Co., Ltd., Chicago, London, Berlin, Tokyo, São Paulo, Hong Kong 1990. Prijs DM \$ 68,—. ISBN 0 86715 212 5.
2. E. PALACIOS, G.E. VALVASSORI, M. SHANNON, C.F. REED. Magnetic resonance of the temporomandibular joint. Clinical considerations - Radiography - Management. 132 pag. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York 1990. Prijs DM 98,—.
3. Onder Redactie van V. G. H. VERRIPS, T. L. FILEDTKOK-WEIMAR, J. E. FRENC-KEN, H. KALSBECK. Mondgezondheid van Amsterdammertjes. 125 pag. Leiden: Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO, 1990. Prijs f 35,—. ISBN 90 6743 180 X.
4. THE AMERICAN ACADEMY OF CRANIOMANDIBULAR DISORDERS. Craniomandibular Disorders. Guidelines for Evaluation, Diagnosis, and Management. 54 pag. Quintessence Publishing Co., Inc., Chicago, Illinois 1990. Prijs \$ 18,—. ISBN 0 86715 227 3.
5. C. SCULLY, R. A. CAWSON, M. GRIF-FITHS. Occupational hazards to dental staff. 338 pag. British Dental Journal, London 1990. Prijs UK £ 14.95. ISBN 0 904588 27 0.
6. Onder Redactie van M. SEWARD. Into dental practice. A working guide. 156 pag. British Dental Journal, London 1990. Prijs UK £ 17.95. ISBN 0 904588 28 9.
7. G. L. HOWE, F. I. H. WHITEHEAD. Local anaesthesia in dentistry. 129 pag. Wright, London, Boston, Singapore, Sydney, Toronto, Wellington 1990. Prijs UK £ 11.95. ISBN 0 723 61247 0.
8. G. J. MOUNT. An atlas of Glass-Ionomer Cements. A clinician's guide. 126 pag., geïll. Martin Dunitz publishers Londen, 1989. Prijs £ 29.95. ISBN 1 85317 006 2.
9. H. FRICK, H. LEONHARDT, D. STARCK. Vol. I. General anatomy, Special anatomy: Limbs, Trunk wall, head and neck. 852 pag., 417 afb. ISBN 3 13 732401 7. Vol. II. Special Anatomy: Viscera and Nervous System. 664 pag., 229 afb. ISBN 3 13 738801 5. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York 1991.
10. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1990, Vol. 11, No. 3. An International Journal of Health Development. Geneva: World Health Organization, 1990. ISSN 0251 2432.