



## Sociale tandheelkunde

### Stress in de beroepsuitoefening van tandartsen

Tandheelkundige beroepsuitoefening kan flinke stress veroorzaken. In 1987 is al eens een onderzoek uitgevoerd onder Britse tandartsen, waaruit bleek dat de meeste stress voortkwam uit medische calamiteiten in de stoel, tegenwerkende patiënten en achterlopen op het tijdschema van afspraken. Onlangs is een vergelijkbaar onderzoek gepubliceerd.

Hieruit komt naar voren dat het 'achterlopen op het schema' bovenaan de lijst van stressoren staat, gevolgd door 'het omgaan met moeilijke, tegenwerkende patiënten', en 'de beperkingen die het ziekenfonds (NHS) de tandartsen oplegt'. Tandartsen met een ziekenfonds- of gemengde praktijk lijden meer onder stress dan andere tandartsen. Tandartsen die zich in het midden van hun loopbaan bevinden staan het meest onder tijdsdruk. Dit houdt vermoedelijk verband met hun grotere sociale- en gezinsverplichtingen. Mannelijke tandartsen lijken meer spanning te ervaren in de omgang met collega's en personeel dan vrouwelij-

ke, vooral in de eerste jaren van de praktijkvoering. Dit verschil kan worden verklaard door de grote persoonlijke verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke tandartsen van de oudere generatie. Bovendien werken nogal wat vrouwelijke tandartsen parttime, hetgeen een stressverlagende invloed heeft.

Vergeleken met 1987 is het stressniveau van tandartsen niet veel veranderd. De scores aan de top van de lijst zijn wel iets hoger dan toen. De huidige Britse tandarts lijkt nog meer dan vroeger onder tijdsdruk te staan. Spanningsvelden in de beroepsuitoefening worden kleiner met de jaren. Nieuwe stressoren worden gevormd door systeemveranderingen, zoals verandering in de organisatie van de zorg in de collectieve sector.

#### Bron

WILSON RF, COWARD PY, CAPEWELL J, LAIDLER TL, RIGBY AC, SHAW TJ. Perceived sources of occupational stress in general dental practitioners. *Br Dent J* 1998; 184: 499-502.

J. den Dekker, Amsterdam



## Gerodontologie

### Hoofd-halstumoren bij ouderen

Hogere leeftijd is een belangrijke risicofactor voor het krijgen van kanker. Door de veroudering van de bevolking is chirurgische behandeling van hoofd-halstumoren ook bij zeer oude mensen geen uitzondering meer. Het eerste lustrum van de afdeling Maxillofaciale Chirurgie van een Grieks ziekenhuis vormde de aanleiding om een overzicht van deze behandelingen op te stellen.

Van alle voor een hoofd-halstumor behandelde patiënten was 49% 65 jaar of ouder; er waren 110 mannen en 80 vrouwen behandeld; 148 patiënten (78%) hadden een maligne en 42 (22%) een benigne tumor. De maligne tumoren waren in 70% van de gevallen plaveiselcelcarcinomen en de benigne tumoren in meerderheid (29%) speekselkliertumoren. Alle benigne tumoren waren chirurgisch behandeld. Van de patiënten met een maligne tumor waren 116 chirurgisch behandeld, maar sommigen hadden ook nog radio- en/of chemotherapie ondergaan. Bij de

overige 32 had alleen radiotherapie plaatsgevonden. Door hun slechte algemene medische conditie overleden 5 patiënten nog tijdens hun verblijf in het ziekenhuis. De periode van nazorg varieerde per patiënt van 0,5 tot 5,5 jaar. In deze periode deden zich 55 (37%) recidieven voor die alleen met radio- of chemotherapie waren behandeld. Het totaal aantal sterfgevallen bedroeg 39 (28%).

Het aantal recidieven was in vergelijking met andere gerapporteerde cijfers laag. De oorzaak hiervan is dat voor een groot aantal patiënten de periode van nazorg nog maar betrekkelijk kort was. Patiënten die uitsluitend chirurgisch waren behandeld, hadden relatief het minste aantal recidieven gekregen.

#### Bron

RAPIDIS AD, KERAMIDAS T, PANAGIOTOPOULOS H, ANDRESSAKIS D, ANGELOPOULOS AP. Tumours of the head and neck in the elderly: analysis of 190 patients. *J Cranio-maxillofac Surg* 1998; 26: 153-158.

C. de Baat, Ridderkerk



## Implantologie

### Epidemiologie van implantaatverlies

In dit artikel wordt een uitgebreid overzicht gegeven van de klinische parameters die kunnen worden gebruikt bij de evaluatie van de conditie van implantaten. De auteurs baseren zich daarbij op 73 publicaties. Het testen van de mobiliteit en het beoordelen van het röntgenbeeld lijken het meest betrouwbaar. Aan de hand van een meta-analyse van deze 73 publicaties (2.812 implantaten) worden de vroege en de late verliezen van Brånemark-implantaten geanalyseerd, met onderscheid naar locatie. Als implantaten geplaatst in een bottransplantaat buiten beschouwing worden gelaten bedroeg het verliespercentage na 5

jaar 7,7%. Het verliespercentage in de edentate bovenkaak was 3 keer zo hoog als in de edentate onderkaak. De resultaten voor de partieel betande kaak daarentegen waren veel beter dan bij edentate patiënten. Het verliespercentage bedroeg de helft van dat in onbetande patiënten.

De algemene trend in de literatuur is dat ongunstige anatomische omstandigheden en toegebracht chirurgisch trauma als voornaamste oorzaak van implantaatverlies (3,6%) worden beschouwd. Beperkt botvolume en overbelasting worden verantwoordelijk gehouden voor verliezen die later optreden. Peri-implantitis als etiologische factor van laat implantaatverlies speelt bij Brånemark-implantaten geen belangrijke rol. De