

# Toekomst voor tachtigers met tanden

D. Bittermann,  
voorzitter NVT

## Voorwoord

Het voorjaarscongres van de Nederlandse Vereniging van Tandartsen dat op 26 maart 1999 te Utrecht werd gehouden, stond in het teken van de tandheelkunde voor de oudere mens. Het thema "Toekomst voor tachtigers met tanden, reageren of anticiperen?" werd nader uitgewerkt in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Gerodontologie.

De moderatoren van het congres, dr. C. de Baat en drs. J.G. Meijling, hadden een programma samengesteld waarin een overzicht werd gegeven van de specifieke problemen van het toenemend aantal ouderen met nog een volledig of gedeeltelijk eigen dentitie.

Vragen naar oorzaken van veranderingen in de mondgezondheid bij de oudere patiënt kunnen niet meer beantwoord worden met de vaststelling dat de patiënt oud is. Samenwerken met een geriatrisch team kan de kwaliteit van leven voor de oudere patiënt verhogen. Door de toegenomen levensverwachting moet de tandarts al in de jonge jaren van zijn patiënt anticiperen op de toekomst. Preventie van cariës en paradontale afwijkingen, terughoudendheid in restaureren, kunnen bijdragen aan het succesvol ouder worden van onze patiënten.

Tijdens dit congres werd vanuit de geriatrie belicht welke aspecten van het ouder worden betekenis hebben voor de gezondheid en wat tot 'succesvoller

Trefwoorden:

- Geriatrie
- Gerodontologie
- NVT-congres

ouder worden' kan bijdragen. Onderwerpen als de pathologie van het paradontium, de preventie van cariës, de prothetische behandeling van extractierijpe dentities en de implantologie kwamen tijdens dit congres eveneens voor het voetlicht. De invloed van geneesmiddelen op het mondmilieu bij ouderen wordt elders in dit tijdschrift nog apart behandeld (Vissink, 1999).

Tandheelkundige zorg voor ouderen werd in het oktobernummer 1998 van het *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde* als minithema behandeld. De artikelen vormen een goed naslagwerk naast de samenvattingen van de lezingen zoals die nu voor u liggen. In dit door de World Health Organisation uitgeroepen 'Jaar van de ouderen' hoopt de NVT dat al deze aandacht tot meer begrip voor de tandheelkunde bij de ouder wordende mens leidt.

## Literatuur

- THEMNUMMER GERIATRISCHE TANDHEELKUNDE. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1998; 105: 350-364.
- VISSINK A, NIEUW AMERONGEN A VAN, OREMUS ETHHGJ. De invloed van geneesmiddelen op het orofaciale gebied. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1999; 106: 254-263.

**NVT VOORJAARSCONGRES**

**'TOEKOMST VOOR TACHTIGERS MET TANDEN'**

REAGEREN OF ANTICIPEREN?

**NVT**

**Jaarbeurs Utrecht  
vrijdag 26 maart 1999**



A.M. Lagaay

# Veroudering en gezondheid

Trefwoorden:

- Geriatrie
- Kwaliteit van leven

## Inleiding

Eeuwenlang was de gemiddelde levensverwachting van de mens rond de veertig jaar. Sinds de industriële revolutie eind vorige eeuw neemt de levensverwachting bij de geboorte bij voortduring toe door verbeterde hygiëne en toenemende welvaart. De gemiddelde levensverwachting bij de geboorte is momenteel voor vrouwen 80 jaar en voor mannen 74 jaar. Echter, vanaf ongeveer het vijftigste levensjaar neemt de kans toe om ouder te worden dan de gemiddelde levensverwachting.

Helaas blijkt dat, gekoppeld aan de toegenomen levensverwachting, veel mensen aan het eind van hun leven veel ongezonde jaren tegemoet gaan. Dit heeft consequenties voor de gezondheidszorg.

## Gezondheid en kwaliteit van leven

Met de schaarste in de gezondheidszorg is het fenomeen leeftijdsdiscriminatie op grond van de kalenderleeftijd actueel geworden. Kalenderleeftijd is echter een nietszeggend criterium. Een van de typische kenmerken van het ouder worden is dat mensen onderling meer van elkaar gaan verschillen. Hierdoor ontstaat een verschil tussen kalender- en biologische leeftijd. Voor de dagelijkse praktijk brengt dit bijvoorbeeld de moeilijkheid met zich mee dat van patiënt tot patiënt de dosering van medicijnen enorm kan verschillen. Het verouderingsproces wordt behalve door biologische en fysiologische veranderingen sterk beïnvloed door zaken die op het terrein van de sociale (zelf)redzaamheid en de psychologie liggen. Vooral deze factoren bepalen wat iemand nog kan en niet meer kan en dus de kwaliteit van leven.

De geriatrie patiënt wordt gekenmerkt door multipathologie, multifarmacie en atypische presentatie van ziekten. Door de verminderde reservefunctie van orgaan-systemen bestaat een wankel evenwicht en een

grote kans op complicaties. Het herstel van ziekten kan hierdoor moeilijker verlopen.

In de geriatrie kent men de zogenaamde 'geriatrie reuzen'. Dit zijn ziekten die niet direct levensbedreigend zijn maar frequent voorkomen. Het zijn onder meer problemen als incontinentie voor urine en faeces, psychische aandoeningen door dementie en depressie en communicatieproblemen door optredende doofheid en slechthoortendheid. Deze ziekten hebben veel invloed op de mogelijkheden tot zelfstandig functioneren van de patiënt. Voor de oudere patiënt zou niet ieder gezondheidsprobleem tot op de bodem uitgezocht moeten worden. Voor de oudere mens zijn zaken als zelfredzaamheid, het omgaan met sociaal en psychisch isolement belangrijk voor de kwaliteit van leven (Lagaay *et al*, 1998).

## Tot slot

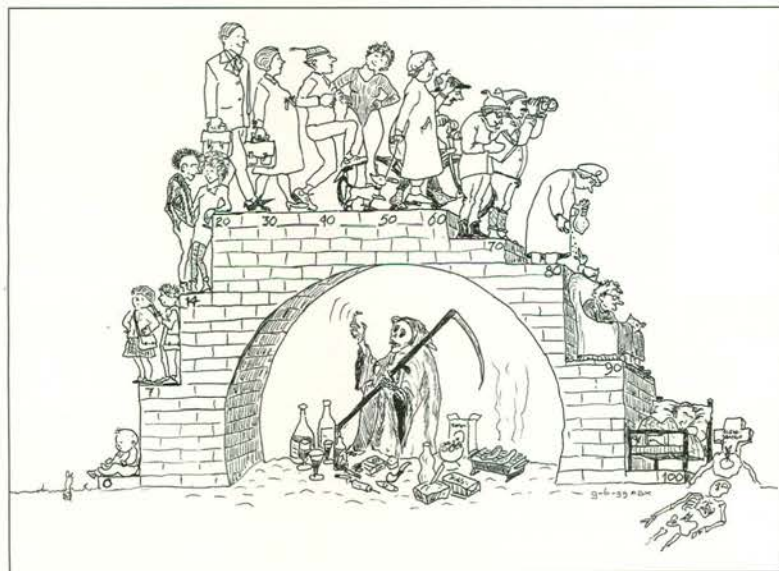
Het is belangrijk om de fysiologische veranderingen die horen bij het ouder worden te onderscheiden van ziekten en effecten van levensstijl. Enerzijds wordt onder normaal verouderen het verouderen zonder enige vorm van pathologie verstaan. Anderzijds kunnen normale ouderen omschreven worden als alle oude mensen, zonder uitzondering of beperkende criteria, dus inclusief alle kwalen.

Succesvol oud worden is een concept dat uit de Verenigde Staten is komen overwaaien (Rowe *et al*, 1987). Het is de vraag of dit een utopie, een ideaal, een doel of een ijkpunt is. In dit concept is ruimte voor beïnvloeding van buitenaf omdat succesvol oud worden niet alleen met afwezigheid van ziekten te maken heeft, maar vooral ook met met welbevinden. Is het voor de oudere mens mogelijk te genieten van een welverdiende rust, kan er worden teruggekeken op een mooi leven, wordt er geaccepteerd dat niet alles meer zo functioneert als vroeger?

Er zijn testen ontwikkeld die artsen ook bij ouderen gehinderd door symptomen van 'geriatrie reuzen' enig inzicht kunnen geven in het welbevinden. De gerontologen en geriateren zetten zich in om een moderne levenstrap gekenmerkt door welbevinden voor de oudere mens tot het einde te verwezenlijken (afb.). Teamwork is hierbij het sleutelwoord, omdat de problemen bij de oudere mens vaak zo gecompliceerd zijn dat overleg nodig is om tot een goede diagnostische en therapeutische strategie te komen. Hierin kan ook de tandarts een zinvolle plaats bekleden.

A.M. Lagaay

*De moderne levenstrap; sterven op het hoogtepunt van het bestaan. (Naar een afbeelding van G. Kvarnström, Stockholm).*



## Literatuur

- LAGAAY AM, WEVERLING-RIJNSBURGER AWE. De tand des tijds, veroudering en gezondheid. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1998; 105: 354-356.
- ROWE JW, KAHN RL. Human aging: usual and succesful. *Science* 1987; 237: 143-149.



# Geneesmiddelengebruik en het mondmilieu

A. Vissink

## Leeftijd en dosering

Algemeen wordt aangenomen dat oudere personen een grotere gevoeligheid hebben voor geneesmiddelen dan jongeren waardoor bij ouderen vaak met een lagere dosis van een bepaald geneesmiddel kan worden volstaan (Wesseling *et al.*, 1990). Op latere leeftijd zijn bepaalde organen of regulatiemechanismen intrinsiek gevoeliger voor geneesmiddelen, omdat het aantal receptoren is afgenomen door de veranderde lichaamsamenstelling. Bepaalde psychofarmaca en cardiovasculair werkende agentia moeten om deze reden bij ouderen lager gedoseerd worden. Voorts kunnen er veranderingen optreden in de absorptie van het geneesmiddel uit het maag-darmkanaal, de verdeling van het geneesmiddel over de verschillende lichaamscompartimenten, de uitscheiding van medicamenten en hun metabolieten door de nier en de biotransformatie van geneesmiddelen door de lever. Op oudere leeftijd neemt de glomerulaire filtratie af en daarmee de snelheid waarmee geneesmiddelen in de urine worden uitgescheiden. De snelheid van biotransformatie van geneesmiddelen in de lever is onder meer afhankelijk van de enzymactiviteit in en de doorbloeding van de lever, die beide afnemen op oudere leeftijd.

## Geneesmiddelen en mondmilieu

Alle geneesmiddelen hebben bijwerkingen of interfereren met andere geneesmiddelen. Deze bijwerkingen en interacties kunnen ook het orofaciale gebied treffen en variëren van gering tot invaliderend (afb.) (Scully *et al.*, 1998). Als een oudere patiënt met klachten als beschreven in tabel 1 zijn tandarts of huisarts bezoekt, moet zeker aan een mogelijke relatie met zijn medicamentgebruik worden gedacht. Naast de bijwerkingen van voorgeschreven medicatie dient ook rekening te worden gehouden met de interactie tussen het voorgeschreven medicament en de overige medicamenten die de patiënt gebruikt. Voorbeelden van interacties worden beschreven in tabel 2.

## Conclusie

Een grote mate van voorzichtigheid is geboden bij het voorschrijven van medicamenten bij ouderen. Men moet beginnen met een relatief lage, maar niet te lage dosis. Bij evaluatie van het therapeutisch effect kan vervolgens de dosis individueel worden aangepast.

De tandarts kan met een patiënt worden geconfronteerd met in eerste instantie onbegrepen klachten in het maxillofaciale gebied. Altijd moet men hierbij de moge-

lijkheid overwegen dat deze klachten een gevolg zijn van bijwerkingen en interacties van geneesmiddelen (Vissink *et al.*, 1999).

Trefwoorden:

- Gerodontologie
- Geneesmiddelengebruik
- Orale pathologie



*Goudpreparaten, zoals worden toegepast bij bepaalde vormen van reumatoïde arthritis, kunnen leiden tot ulceraties van de orale mucosa en/of tong (met dank aan dr. G.M. Raghoebar).*

**Tabel 1. Bijwerkingen van geneesmiddelen bij ouderen waarmee de tandarts te maken kan krijgen.**

- Angio-oedeem bij ACE-remmers en acetylsalicylzuur
- Erythema multiforme bij barbituraten en sulfonamiden
- Onwillekeurige bewegingen van het gelaat bij fenothiazinen
- Paresthesie in het verzorgingsgebied van de n. trigeminus bij acetazolamide en labetalol
- Lichenoid reacties bij methyldopa, metronidazol en 'non steroid anti-inflammatory drugs'
- Orale candidiasis bij breed spectrum antibiotica, corticosteroiden en immunosuppressiva
- Ulceraties van de orale mucosa bij gebruik van cytostatica
- Ontstekingen, pigmentaties en hyperplasie van de gingiva bij hydroxychloroquine, cyclosporine en fenytoïne
- Ontstekingen en verkleuringen van de tong bij antibiotica
- Smaakstoornissen bij chemotherapeutica
- Bloedingen, ontstekingen en pigmentaties van de orale mucosa bij coumarine derivaten en mondspoelingen
- Hypersialie bij gebruik van carbacholine, distigminbromide en pilocarpine
- Hyposialie bij gebruik van parasymphaticolytica, psychofarmaca, antihistaminica en antihypertensiva
- Pijn en zwelling van de speekselklieren bij clonidine en guanethidine

**Tabel 2. Interacties van geneesmiddelen bij ouderen.**

- Antibiotica en orale anticoagulantia: geeft versterking van het effect van de anticoagulantia
- Acetylsalicylzuur en orale anticoagulantia: geeft verhoogde bloedingsneiging
- Carbamazepine en orale anticoagulantia: geeft vermindering van het effect van de anticoagulantia
- Cefalosporines en diuretica: geeft toename van de nefrotoxiciteit
- Diazepam en antihistaminica: geeft toename van het sederend effect

## Literatuur

- SCULLY C, CAWSON R A. Medical problems in dentistry. Oxford, Wright: 1998.
- VISSINK A, NIEUW AMERONGEN A VAN, OREMUS ETHHGJ. De invloed van geneesmiddelen op het orofaciale gebied. Ned Tijdschr Tandheelkd 1999; 106: 254-263.
- WESSELING H, NEEF C, RED. Algemene Farmacotherapie. Het geneesmiddel in theorie en praktijk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 1990.



J.A. De Boever

# Parodontale pathologie bij de oudere patiënt

Trefwoorden:

- Gerodontologie
- Parodontologie

## Etiologie en progressie

Het verloop van de parodontale pathologie kent op oudere leeftijd andere karakteristieken dan op jongere leeftijd. De ernst en progressie van parodontale afbraak zijn gecorreleerd met de samenstelling van de subgingivale flora. Ouderdomsveranderingen van het bot en het parodontale steunweefsel spelen daarbij geen essentiële rol.

Bij oudere individuen is de kans op bacteriële retentie veel groter dan bij jongere, bij wie in principe alleen het glazuur als mogelijk retentieoppervlak beschikbaar is. Bij oudere patiënten is er een groot aantal bijkomende retentieplaatsen, met vaak andere oppervlaktekarakteristieken voor bacteriële adhesie zoals dentine, kunststof, overhangende vullingsranden en composieten.

De exacte mechanismen van progressie van parodontitis zijn niet helemaal duidelijk, maar zijn gecorreleerd met variërende ecologie, toe- of afnemende virulentie van de aanwezige bacteriën, superinfectie met exogene bacteriën en met gastheervariabelen. De verhoogde susceptibiliteit ligt bij ouderen vooral in de significante reductie van defensiemechanismen, vooral die mechanismen die afhangen van de functie van de T-cellen. Het immuunantwoord op vreemde antigenen neemt duidelijk af, om plaats te maken voor een stijgende reactie op eigen antigenen (Page, 1984). In het parodontium treden ook veranderingen op die de reactie op de bacteriële toxines niet in de hand werken, bijvoorbeeld minder mitotische activiteit, minder en tragere omzetting van het collageen, vervanging van rood merg door vettig merg in het alveolaire bot. Ook het aantal bloedvaten in het parodontaal ligament daalt; het aantal arteriosclerotische capillairen neemt sterk toe. Een mogelijk belangrijke factor voor de vrouwen is de toename van het risico op osteoporose. De relatie tussen parodontitis en de osteoporotische kenmerken in andere botstructuren van het lichaam is controversieel; een direct verband werd nog niet aangetoond.

Zeer weinig aandacht is tot nu toe besteed aan de algemene voedingstoestand van oudere patiënten. Onderzoek toont aan dat velen ondervoed zijn en bepaalde voedingsdeficiënties vertonen. Vooral avitaminosen en gebrek aan sporenelementen zijn frequent. Slechte voeding of ondervoeding veroorzaakt geen parodontitis, maar beïnvloedt sterk de vatbaarheid voor en weerstand tegen bacteriële infecties. Zo werd onder meer de invloed op parodontale weefsels bestudeerd van ascorbinezuur, foliumzuur en van zinktekort (Alvares *et al.*, 1981).

Bepaalde geneesmiddelen die frequent door ouderen worden ingenomen, hebben een directe invloed op de parodontale weefsels (bijv. bètablokkers) of veroorzaken xerostomie (bijv. tranquillizers, antidepressiva, diuretica), wat een verhoogde plaqueretentie en vertraagde clearancemeebrengt.

**Gingivahyperplasie ten gevolge van medicatie.**



## Behandeling

De parodontale begeleiding van de ouder wordende patiënt kent specifieke accenten. Bij de eerste evaluatie zal de nadruk vooral liggen op een diepgaande, systematische anamnese, waarbij de algemeen medische gegevens, het beoordelen van de handvaardigheid, leefgewoonten en de 'zelfredzaamheid' aandacht moeten krijgen.

Hoewel de wondheling van de huid en gingiva bij oudere patiënten trager is dan bij jongere individuen, toont onderzoek in een experimenteel gingivitismodel aan dat de gingiva zich even snel én volledig herstelt als bij jonge patiënten na wegnahme van de microbiële plaque en met het hervatten van de mondhygiëne. Verminderde gastheerweerstand en verminderde wondheling bij oudere patiënten kunnen dus goed gecompenseerd worden door de 'bacteriële massa' klein te houden (Ellen, 1998; Wennström, 1998).

In het eerste behandlungsstadium zal de mechanische plaquecontrole de sleutelrol vervullen. Hierbij kan plaquecontrole met bijvoorbeeld chloorhexidinespoelingen ondersteuning bieden. Een elektrische tandenborstel is geïndiceerd in gevallen van verminderde manuele vaardigheid, visuele handicap of partiële paralyse.

Conservatieve parodontale behandeling, scaling en root-planing, zijn ook bij de oudere patiënt altijd geïndiceerd en zelfs vaak de enige vorm van behandeling bij oudere patiënten met algemeen medische complicaties. Parodontale chirurgie is bij de gezonde oudere patiënt niet gecontra-indiceerd.

## Tot besluit

De tandheelkunde en de parodontologie hebben een rol te vervullen binnen de geriatrische geneeskunde om de levenskwaliteit te verbeteren en de orale functie in stand te houden. De parodontale afbraak neemt toe met de leeftijd als gevolg van de progressie van onbehandelde parodontitis en als gevolg van algemeen medische, leeftijdsgebonden, complicerende factoren. Bij de behandeling van parodontitis zal rekening gehouden moeten worden enerzijds met de specifieke algemene problemen van de oudere patiënt (algemene ziekten, medicatie) en anderzijds met de lokale, orale problemen (handvaardigheid, xerostomie, verhoogde plaqueretentieve factoren)(afb.).

## Literatuur

- ALVARES O, ALTMAN LC ET AL. The effect of subclinical ascorbate deficiency on periodontal health in non-human primates. *J Periodontol Res* 1981; 16: 628.
- ELLEN RP. Periodontal disease among older adults. *Periodontology* 2000; vol 16, 106-112. Munksgard, Copenhagen, 1998.
- PAGE RC. Periodontal disease in elderly: a critical evaluation of current information. *Gerodontology* 1984; 3: 63-73.
- WENNSTRÖM JL. Treatment of periodontal disease in older adults. *Periodontology* 2000; vol 16, 106-112. Munksgard, Copenhagen, 1998.



# Volop tachtigers met tanden: anticiperen!

Dr. C. van Loveren

## Cariës en preventie

Door toegenomen tandheelkundige zorg worden bij ouderen steeds minder tanden en kiezen geëxtraheerd. Het gemiddelde DMF-getal is echter niet veranderd. Dit houdt in dat vele niet-geëxtraheerde elementen gevuld of carieus zijn. Bovendien houdt het langer behouden van elementen in dat er nieuwe risicoplakten ontstaan als de gingiva zich, al of niet fysiologisch, terugtrekt. Op oudere leeftijd neemt de kans op tandhals cariës toe. Door verschillen in samenstelling is dentine kwetsbaarder dan glazuur. Preventieve maatregelen zullen stringenter uitgevoerd moeten worden om bescherming te geven. Door een goede reiniging met fluoridentandpasta is ook tandhals cariës tot stilstand te brengen en kan een laesie remineraliseren (Nyvad *et al.*, 1986).

Ouderen kunnen om allerlei redenen hun handigheid om het gebit zorgvuldig te reinigen verliezen. Aanpassingen aan de tandenborstel (afb. 1) of het gebruik van een elektrische tandenborstel kunnen dan uitkomst bieden. Een goede instructie is echter noodzakelijk, anders wordt met de elektrische borstel niet beter gereinigd dan met de handborstel. Bij een verdere afname van de handigheid is het nodig dat de mondreiniging door anderen wordt uitgevoerd (mantelzorg). Ook wordt het vaak moeilijk om de tandarts te bezoeken. Drie acties kunnen dan ondernomen worden: het opheffen van tandheelkundige risico's, het stimuleren van de mantelzorg en het voorzien in een 'continue bescherming'.

Het tandheelkundig risico kan worden opgeheven door extractie van elementen met een twijfelachtige prognose. Ook het contoureren van elementen en restauraties om reiniging te vergemakkelijken behoort hiertoe. Voorlichting gericht op het vroegtijdig herkennen van problemen door patiënt en mantelzorg verdient ook de aandacht.

De mantelzorg moet geleerd worden het gebit van anderen adequaat te reinigen. Het kan gebeuren dat de mantelzorg alleen maar tijd heeft om een wattenstaafje door de mond te halen; in dat geval moet het staafje zijn gedompeld in een 0,2%-chlorhexidine/0,1%-fluoridenoplossing, die op recept verkrijgbaar is.

Een 'continue bescherming' kan gegeven worden door dagelijks een beschermende gel, bijvoorbeeld een fluoridenchlorhexidine-gel, te appliceren in een individuele lepel (Ostela *et al.*, 1990). De applicatietijd van deze gel is circa 5 minuten. Langduriger applicatie kan op bezwaren stuiten vanwege de bekende bijwerkingen van chlorhexidine. Daarom moet na de applicatie de mond gespoeld of schoongemaakt worden.

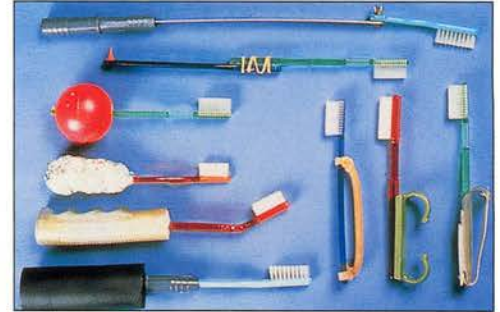
## Anticiperen

Gedurende het gehele leven kan cariës ontstaan. Ingewikkelde cariëstesten zullen zelden nodig zijn, omdat de oorzaak meestal door een zorgvuldige diagnostiek kan worden vastgesteld (afb. 2). De preventieve maatregelen kunnen dan toegesneden worden op de bestaande problemen. Naast fluoridentandpasta wordt hiervoor een keur van middelen aangeboden. Geen van deze middelen gaat echter veroudering tegen. Ondersteuning met professionele preventieve maatregelen kan wenselijk zijn. Lokale fluoridenapplicatie is dan nog altijd de meest 'evidence-based' keuze.

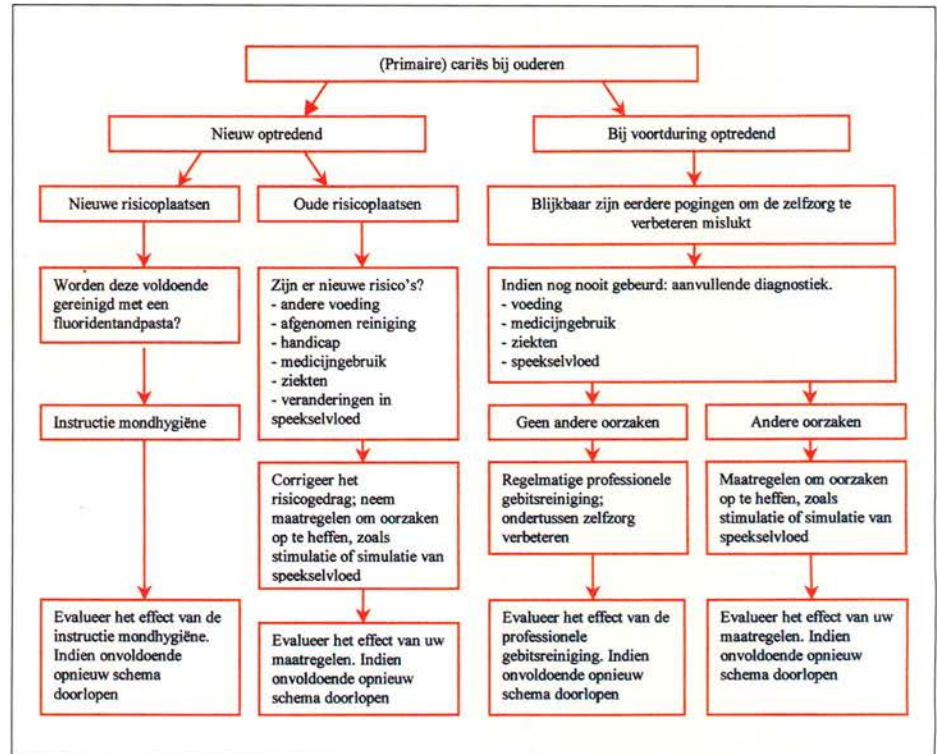
Het is een uitdaging voor de preventieve tandheelkunde ervoor te zorgen dat volgende generaties tachtigers wel een goed gebit hebben. Dit vergt een levenslange preventie, die in de eerste plaats gebaseerd moet zijn op een adequate zelfzorg.

Trefwoorden:

- Gerodontologie
- Preventie



Afb. 1. Voorbeelden van aanpassingen aan de handtandenborstel.



## Literatuur

- NYVAD B, FEJERSKOV O. Active root surface caries converted into inactive caries as a response to oral hygiene. *Scand J Dent Res* 1986; 94: 281-284.
- OSTELA I, TENOVUO J, SÖDERLING E, LAMMI E, LAMMI M. Effect of chlorhexidine-sodium fluoride gel applied by tray or toothbrush on salivary mutans streptococci. *Proc Finn Dent Soc* 1990; 86: 9-14.



C. de Baat

# Ouderdom en tandheelkunde, een monsterverbond?

Trefwoorden:

- Gerodontologie
- Behandelstrategie

## Inleiding

Veel mensen ondergaan in de loop van hun leven talloze tandheelkundig-restauratieve behandelingen. Bij sommigen worden reeds op betrekkelijk jonge leeftijd kostbare totaalrehabilitaties met gegoten restauraties uitgevoerd. Later zijn vaak aanpassingen noodzakelijk bij het optreden van (wortel)cariës, parodontale aandoeningen, endodontologische problemen en slijtage. De omvang van de noodzakelijke aanpassingen kan zo groot worden, dat er op een gegeven moment alleen nog maar gekozen kan worden voor 'pappen en nat houden' of een directe, geleidelijke afbouw van (een deel van) de dentitie. Bij het kiezen van een behandelingsstrategie is het devies: wees realistisch en niet idealistisch! Echter: hoe bepaalt men wat in een individueel geval realistisch is en wie neemt de beslissing over wat realistisch is?

## Realistische behandelingsstrategie

Allereerst moet men in een oudere gerehabiliteerde dentitie (afb.) alle realistisch geachte preventieve en curatieve behandelingen in kaart brengen. Er moet onderscheid worden gemaakt tussen laesies die slechts onder controle gehouden hoeven te worden, laesies die preventieve maatregelen vereisen, laesies die een esthetische ingreep vereisen en laesies die curatief ingrijpen noodzakelijk maken. Bij deze aanpak bestaat het gevaar dat louter op niveau van gebitselementen of van onder- of bovenkaak wordt gedacht. Om echter een totaalbeeld te krijgen moet duidelijk zijn wat de waarde van elke aparte behandeling is, hoe groot het risico is dat er tijdens of na de behandeling iets misgaat en welke invloed dit heeft op het eindresultaat.

Het aldus verkregen totaalbeeld dient te worden getoetst aan alle in de tandheelkundige, medische, psychische, biografische en sociale anamnese verzamelde informatie. Deze toets leidt tot een voorlopige behandelingsstrategie en kan aanleiding zijn af te

wijken van sommige, per gebitselement of kaakhelft, als realistisch beoordeelde behandelingen.

## Wie beslist?

Of de voorlopige behandelingsstrategie ook de definitieve wordt, hangt af van het oordeel van de patiënt. Vooral het gewenste orale comfort, dat medebepalend is voor de kwaliteit van het leven, is moeilijk door iemand anders dan de patiënt zelf te bepalen. Wat de tandarts een realistisch en acceptabel resultaat acht, is daarmee niet automatisch ook in de beleving van de patiënt realistisch en acceptabel. Het is dus van belang de patiënt duidelijk te informeren over de kans van slagen van een voorgestelde behandelingsstrategie en over alternatieven.

Als de patiënt cognitief niet in staat is deze informatie te verwerken, wordt overleg gepleegd met familieleden of professionele zorgverleners. Wanneer de patiënt zelf een weloverwogen realistische beslissing kan nemen, komt dit de relatie tussen tandarts en patiënt ten goede en neemt de kans op een voor de patiënt acceptabel en bevredigend resultaat aanzienlijk toe.

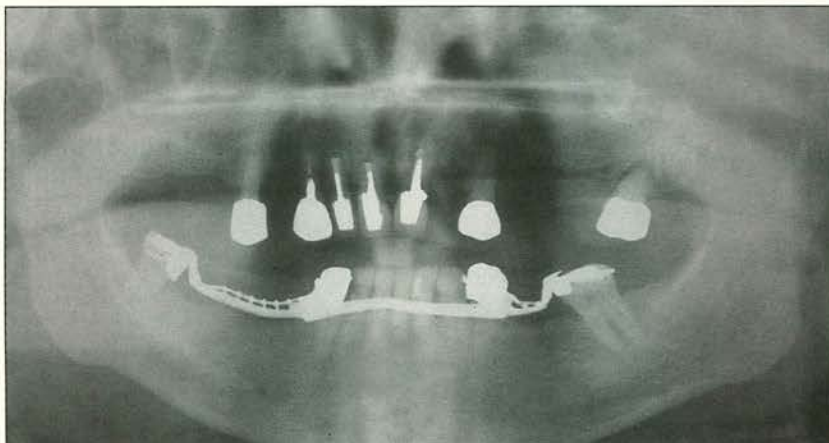
## Tot slot

De keuze tussen 'pappen en nat houden' of directe, geleidelijke afbouw van (een deel van) een oudere, gerehabiliteerde dentitie, vereist onderzoek, realistische diagnostiek en overleg. Een realistische behandelingsstrategie wordt gekenmerkt door zo weinig mogelijk risico's en moet leiden tot een (voor de langere termijn) voor de patiënt bevredigend resultaat. Bovendien moet de patiënt de diverse behandelingen aankunnen. Leidraad bij dit alles is het streven naar een mondsituatie die de patiënt zowel esthetisch als functioneel voldoende oraal comfort biedt (De Baat *et al.*, 1997). Als dit doel kan worden bereikt, is de relatie tussen ouderdom en tandheelkunde het tegenovergestelde van een monsterverbond.

## Literatuur

- BAAT C DE, VAN ELSWIJK JFA, KALK W. Ernstige parodontale afbraak bij ouderen. Intensieve behandeling of een overkappingsprothese? *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1997; 104; 467-469.

*Orthopantomogram van een oudere, in de bovenkaak thans deplorabele dentitie die op jongere leeftijd gerehabiliteerd werd.*





# Herfsttij der implantaten?

C. de Putter

## Inleiding

In de orale implantologie wordt leeftijd als een variabele in het behandelingsresultaat beschouwd, naast andere patiëntgebonden factoren zoals geslacht, medische status, edentate leeftijd, kaakhoogte, oorzaak van tandverlies en het niveau van mondhygiëne.

De titel van deze bijdrage geeft wellicht een negatief beeld: implantaten als vallende bladeren, na hun bloeitijd alleen nog maar zorgend voor overlast. Hoewel er bij ouderen met implantaten natuurlijk diverse complicaties kunnen optreden met als uiteindelijk resultaat implantaatverlies, blijkt dit in ieder geval voor de voornaamste indicatie voor een implantaat (de edentate geresorbeerde onderkaak) niet het geval. Dit wordt duidelijk uit een groot landelijk prospectief onderzoek naar behandelingen met implantaten, dat in de periode 1989-1996 werd uitgevoerd bij 5.410 ziekenfondsverzekerden (Cune et al, 1997).

## De succesbepalende factoren

In dit landelijk onderzoek werd nagegaan welke factoren succes- of complicatiebepalend waren, zodat toekomstige behandelingen met implantaten met een grotere mate van controleerbaarheid kunnen worden uitgevoerd.

De implantaatoverleving bleek na 5 jaar zeer hoog (93,1%). Naast het verlies van implantaten werd ook het optreden van complicaties bij functionerende implantaten onderzocht. Het ging hierbij in de eerste plaats om de gezondheid van de peri-implantaire weefsels, maar ook om het functioneren van de suprastructuur en om complicaties met en schade aan de implantaten zelf.

De belangrijkste oorzaken van complicaties waren gerelateerd aan plaatsing van implantaten in edentate bovenkaken en aan het verlies van de natuurlijke dentitie door parodontaal verval, maar niet door cariës. De leeftijd waarop het implantaat werd geplaatst blijkt op zichzelf geen significante invloed te hebben op het succes. Wanneer echter bij de oudere patiënt onvoldoende professionele zorg (onvolkomenheden betreffende de prothetische voorziening) geboden wordt of wanneer de zelfzorg tekortschiet, neemt de kans op complicaties toe en zal uiteindelijk ook de kans op verlies groter worden.

Bij de variabelen verband houdende met de behandeling viel op dat een samenwerkingsverband tussen kaakchirurg en algemeen-practicus tot minder goede resultaten leidde dan een samenwerkingsverband tussen kaakchirurg en centrum voor bijzondere tandheelkunde of behandeling door een algemeen-practicus alleen. Ook het toegepaste

implantaatsysteem was van invloed op het behandelingsresultaat. Het permandibulaire implantaat leidde tot meer complicaties dan de andere toegepaste systemen.

Bij de keuze van het type suprastructuur en de plaatsing van implantaten bij oudere patiënten zal er zoveel mogelijk rekening mee gehouden moeten worden dat goede reiniging door patiënt of door anderen (familie, verzorging) mogelijk is (afb. 1). Wat dit betreft bieden drukknoppen en magneetkappen de gunstigste uitgangspositie (afb. 2) en is een staafhulsconstructie over twee implantaten eenvoudiger reinigbaar dan een over vier implantaten. Niet-uitneembare constructies zijn veelal het lastigst te reinigen.



Afb. 1. Staafconstructie over vier implantaten, zeer ongezond klinisch beeld. Reiniging was (te) lastig uitvoerbaar.

## Tot slot

Op basis van literatuuronderzoek beschrijft Nakata (1998) onder meer de relatie tussen enerzijds de kauwfunctie en anderzijds algemene gezondheid en kwaliteit van leven. Een goede conditie blijkt te correleren met de wens om goed te kunnen kauwen, van lekker eten te houden, het appreciëren van 'hard' voedsel en de geur van voedsel en ten slotte ook met het tandenpoetsen. De conclusie van dit artikel is dat mondgezondheid moet worden gezien in relatie met de algemene gezondheid van een individu en onderschrijft het belang van een goede kauwfunctie van ouderen.

Wanneer derhalve beperkingen op het gebied van kauwen en slikken zich voordoen, implantaties mogelijk en gewenst zijn, voldoende zelfzorg en/of verzorging te bieden is voor onderhoud, professionele zorg indien nodig beschikbaar is en implantaties kunnen leiden tot een betere kauw- en slikfunctie, moet het advies zijn: Herfsttij? Implanteren!



Afb. 2. Drukknoppen op twee implantaten, gezond klinisch beeld. Makkelijk reinigbaar voor patiënt en/of verzorging

## Literatuur

- CUNE MS, PUTTER C DE, HOOGSTRATEN J. A nationwide evaluative study on implant-retained overdentures. *J Dent* 1997; 25: 513-519.
- NAKATA M. Masticatory function and its effects on general health. *Int Dent J* 1998; 48: 540-548.