



Gerodontologie

Diagnose en behandeling van cervicale slijtage

Slijtage ter hoogte van de glazuur-cementgrens komt veel voor. Effectieve behandeling is afhankelijk van de diagnose. In het onderhavige onderzoek is getest hoe algemeen-practici dit soort laesies diagnosticeren en behandelen.

Alle 343 tandartsen in een provincie van Canada kregen een foto toegestuurd van een gebitselement met een wigvormige cervicale laesie. Deze was mesiobuccaal gelokaliseerd en distoocclusaal was een duidelijk slijtagefacet waarneembaar. De vrijwel zekere diagnose luidt dus abfractie, hoewel er ook een abrasieve component kan zijn. Aan de tandartsen werd gevraagd een vragenlijst na invulling te retourneren. De lijst bevatte vragen met meerdere antwoordmogelijkheden betreffende de diagnose, de mogelijke oorzaken en de voorgestelde behandeling. Tevens werd gevraagd hoe frequent ze een dergelijke laesie in hun praktijk zagen.

De respons bedroeg 63%. De meest aangekruiste diagnose was abrasie (94%) en daarna erosie (55%), wortelcariës (23%), abfractie

(19%) en attritie (13%). Als waarschijnlijke oorzaak noemde 81% tandenpoetsen en 36% occlusale belasting. Voorgestelde behandelingen waren instructie tandenpoetsen (88%), fluoride-applicatie (54%), dentine sealen (50%), afwachten (48%), restaureren (45%) en occlusie inslijpen (26%). Composiet en glasionomeerement werden de aangewezen restauratiematerialen geacht. Veel tandartsen (38%) zagen deze laesies meer dan 15 en een grote meerderheid (85%) minimaal 6 keer per maand.

De ondervraagde tandartsen stelden over het algemeen juiste behandelingen voor van een laesie die niet vaak volledig correct werd gediagnosticeerd. Abfractie werd weinig genoemd, maar deze vorm van slijtage komt veel voor in combinatie met abrasie en/of erosie.

Bron

LYTLE HA, SIDHU N, SMYTH B. A study of the classification and treatment of noncariou cervical lesions by general practitioners. *J Prosthet Dent* 1998; 79: 342-346.

C. de Baat, Ridderkerk



Implantologie

Implantaten bij patiënten met diabetes mellitus

In een prospectief onderzoek bij 35 edentate patiënten met een vastgestelde diabetes mellitus werden in totaal 129 ITI-implantaten geplaatst en gedurende 5 jaar klinisch en röntgenologisch gevolgd. Als controlegroep diende een groep van 158 endocrinologisch gezond geachte patiënten die in dezelfde periode en binnen hetzelfde indicatiegebied een behandeling in combinatie met implantaten ondergingen.

Met uitzondering van 1 implantaat, dat voor belasting verloren ging, groeiden alle implantaten goed vast en werden ten behoeve van een overkappingsprothese op staaf gebruikt. Tijdens de inhelingsfase werden bij de diabetes-patiënten wel ongeveer 2 keer zo vaak ongunstige mucosale condities waargenomen (bijv. hypertrofie). De auteurs wijzen op mogelijk bestaande vasculaire veranderingen als gevolg van het ziektebeeld. Na 5 jaar was de kans op implantaatoverleving, waarbij klinische en röntgenologische criteria voor implantaatoverleving werden gehanteerd, niet statistisch significant verschillend (94,9% versus 91,6%) voor respectievelijk diabetes-patiënten en controlegroep. De plaque- en bloedingsindex waren iets ongun-

stiger voor de groep diabetespatiënten in vergelijking tot de controlegroep. Het röntgenologisch bepaalde botverlies na 5 jaar bedroeg respectievelijk 1,3 mm en 1,0 mm. Interessant is dat bij patiënten, die voor hun diabetes orale medicatie kregen, tijdens de inhelingsfase een versterkte resorptie viel waar te nemen in vergelijking tot patiënten die hun medicatie percutaan toedien. Ook wanneer de diabetes mellitus reeds langer aanwezig was (> 20 jaar), was de hoeveelheid resorptie groter dan wanneer de diabetes recenter was gediagnosticeerd. Wat betreft de overige klinische parameters bestonden er geen verschillen tussen diabetespatiënten en patiënten uit de controlegroep.

De auteurs concluderen dan ook dat binnen het geschetste indicatiegebied diabetes mellitus niet als risicofactor beschouwd hoeft te worden.

Bron

BEHNEKE A, BEHNEKE N, D'HOEDT B, WAGNER W. Diabetes mellitus. Ein Risikofaktor für enossale Implantate im Zahnlosen Unterkiefer? *Dtsch Zahnärztl Z* 1998; 53: 322-329.

M.S. Cune, Houten