

De klinische tekenen en symptomen verminderden gedurende de follow-up. De discus articularis bleef naar anterior verplaatst, hetgeen werd geconcludeerd aan de hand van de klinische gegevens en het MRI-beeld. De vorm van de discus articularis was afwijkend ten opzichte van de normale biconcave configuratie: de biconvexe vorm met kenmerken van verdikking in de posterieure band, opvouwen ervan bij geopende mond waren typische bevindingen. De auteurs concluderen dat de klinische tekenen en symptomen bij een permanente discusluxatie kunnen verminderen (grotere bewegingsuitslagen en minder pijn), terwijl de positie van de discus niet wezenlijk verandert. De klinische implicatie ervan is duidelijk: met een beleid waarbij de patiënt de aard en de prognose van het probleem wordt uitge-

legd kan worden gestart. Op geleide van de ontwikkelingen kan dit beleid worden aangepast. Anderzijds mag niet worden geconcludeerd dat het verminderen van de klinische symptomen te maken heeft met een wezenlijke verandering van de discuspositie; de toegenomen bewegingsmogelijkheid dient eerder te worden verklaard uit een vormverandering die een grotere translatie van de processus condylaris toestaat.

Bron

SATO S, SAKAMOTO M, KAWAMURA H, MOTEGI K. Long-term changes in clinical signs and symptoms and disc positions and morphology in patients with nonreducing disc displacement in the temporomandibular joint. *J Oral Maxillofac Surg* 1999; 57: 23-29.

M.H. Steenks, Groenekan



Kindertandheelkunde

Invloed van reflux op tandweefselverlies

Het idee bestaat dat bij de huidige generatie kinderen en volwassenen meer tandweefselverlies optreedt ten gevolge van attritie, abrasie en erosie. Er zijn alleen nog onvoldoende longitudinale data beschikbaar om hierover uitsluitel te krijgen. De afzonderlijke bijdrage van de 3 voornoemde factoren lijkt per patiënt te verschillen. Vooral erosie wordt bij kinderen gezien als de boosdoener. Een aparte groep vormen kinderen met verlammingen. Bij deze kinderen wordt de slijtage veelal geweten aan parafunctionaliteiten die veelvuldig optreden. Kinderen met een cerebrale verlamming hebben echter ook vaak last van refluxproblemen. Dit komt door een onvoldedige sluiting van de gastro-oesofageale spincter.

In dit onderzoek is bij 51 kinderen die een ziekenhuiskliniek bezochten, de mate van tandweefselverlies geregistreerd. Aan de hand van het weefselverlies werden de kinderen in 3 groepen ingedeeld: 1. geen of milde vorm; 2. gemiddelde vorm; en 3. ernstige vorm van erosie. Van de 51 onderzochte kinderen waren 21 kinderen bekend met verlammingen. Van deze kinderen is tevens gedurende 24 uur de reflux gemeten. Uiteindelijk werden de kinderen op grond van hun medische geschiedenis en de aan of afwezigheid van reflux ingedeeld in 4 groepen: groep A. cere-

brale verlamming met reflux; groep B. cerebrale verlamming zonder reflux; groep C. andere ziekten met reflux; en groep D. andere ziekten zonder reflux.

Van de 51 kinderen hadden 25 kinderen een gemiddelde tot ernstige vorm van erosie. Het betrof voornamelijk kinderen uit groep A en C. Tussen de kinderen uit de 4 groepen werden geen verschillen gevonden tussen aantal zure eet- of drinkmomenten en poetsgewoonten. De erosie die bij de onderzochte kinderen werd aangetroffen lijkt dan ook meer gerelateerd te zijn aan het optreden van reflux dan aan de cerebrale verlamming. De auteurs trekken hieruit de conclusie dat de invloed van de reflux op tandlijtage bij kinderen met cerebrale verlamming belangrijker is dan die van de parafunctionaliteiten of het dieet. Vertaald naar de praktijk betekent dit dat bij kinderen of jong volwassenen met onbegrepen kenmerken van erosie refluxproblemen bij de diagnose betrokken dienen te worden.

Bron

SHAW L, WEATHERILL S, SMITH A. Tooth wear in children: An investigation of etiological factors in children with cerebral palsy and gastroesophageal reflux. *J Dent Child* 1998; 65: 484-486.

K.L. Weerheijm, Amsterdam



Orthodontie

Diagnostiek en behandelingsplanning

Een orthodontische afwijking kan op verschillende manieren worden gediagnosticeerd en behandeld. Bij het diagnosticeren kunnen er verschillen zijn in het onderzoek van de patiënt en het gebruik van orthodontische documentatie. Bovendien kan een orthodontische afwijking op verschillende manieren worden geclassificeerd. Bij het opstellen van een behandelplan wordt vaak rekening gehouden met factoren als de wens van patiënt en ouders, risicofactoren en de te verwachten medewerking van de patiënt. In dit onderzoek werden door 39 ervaren Amerikaanse orthodontisten diagnoses gesteld van 6 orthodontische patiënten. Tevens werd er een behandelplan gemaakt. De orthodontisten konden naar believen beschikken over gebitsmodellen, foto's, röntgenfoto's en de onderzoeksgegevens van anamnese en het klinisch onderzoek.

De orthodontische afwijkingen werden door de orthodontisten doorgaans geclassificeerd overeenkomstig het classificatiesysteem van Ackerman en Proffit, dat tegenwoordig door vrijwel alle Amerikaanse specialistenopleidingen wordt onderwezen. Er was echter een grote variatie in de interpretatie van de onderzoeksgegevens. Bovendien werden de diagnoses door sommige orthodontisten aanmerkelijk uitgebreider beschreven dan door andere. In het algemeen bestond er bij de orthodontisten een redelijke consensus over de beslissing om al of niet te behandelen. De behandelplannen vertoonden echter opvallend weinig overeenkomsten met elkaar. Ook bestond er een groot verschil van mening over de noodzaak tot en de keuzes van extracties en de wenselijkheid om gebruik te maken van headgear, functionele apparatuur of een osteotomie.

Op grond van de onderzoeksresultaten bevelen de auteurs aan om eenduidige richtlijnen op te stellen voor het diagnosticeren