

Tandheelkundige zorg voor kinderen met een handicap

Het lustrumsymposium in september 1995, ter gelegenheid van 25 jaar Nederlandse Vereniging voor Kindertandheelkunde en de Vereniging tot Bevordering der Tandheelkundige Gezondheidszorg voor Gehandicapten, fungeerde als ideaal moment om het boek 'Tandheelkundige zorg voor kinderen met een handicap' te introduceren.

De ontwikkeling van de tandheelkundige zorg voor gehandicapten in Nederland is onverbreekelijk verbonden met die van de kindertandheelkunde; Marcel van Grunsven vervult daarin een belangrijke rol. Hij geniet immers ruime bekendheid als docent en auteur in beide deelgebieden. Het is dan ook een goede gedachte geweest om de bijdragen van zijn hand in de losbladige uitgave van 'Kindertandheelkunde' (onder redactie van J.G.A. Advokaat et al.) vrijwel integraal over te nemen en te bundelen tot een op zichzelf staande uitgave.

Niet alleen de inhoud dwingt respect af; de illustraties en het fotomateriaal zijn van hoge kwaliteit. De hoofdprijs gaat echter onverbiddelijk naar de zeer kleurrijke en krachtige tekeningen van de verstandelijk gehandicapte bewoners van 'Hendrik van Boeienoord'!

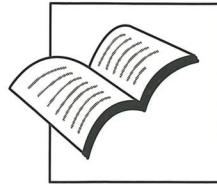
De systematische opbouw maken het boek zowel tot een leerboek als een naslagwerk: stapsgewijs wordt het proces van zorg gevolgd. Er is veel aandacht voor de attitude van het tandheelkundig team, de communicatie met het kind en zijn omgeving en de mogelijkheden tot gedragsbeïnvloeding. De strategieën voor kinderen met zeer ernstige beperkingen in dit leerproces worden minder uitvoerig belicht. 'Tandheelkundige zorg voor kinderen met een handicap' bevat een schat aan informatie voor de tandarts en de mondhygiënist in de algemene praktijk. De aanwijzingen en tips in het hoofdstuk 'Aangepaste preventie' kunnen in elke praktijksetting worden opgevolgd. De hoofdstukken over tand-

heelkundige symptomen en de diagnostiek van handicaps, en over medisch gecompromitteerde kinderen laten zich zeer goed lezen. Het boek bevat daarmee voor de werkers in (AWBZ) instellingen en Centra Bijzondere Tandheelkunde relevante informatie, die weliswaar veelal her en der al was gepubliceerd, maar nu in boekvorm gemakkelijker toegankelijk is.

De behoefte aan scholing op dit deelgebied van de tandheelkunde is inmiddels genoegzaam bekend. Dit boek kan daartoe een belangrijke bijdrage leveren.

Het boek 'Tandheelkundige zorg voor kinderen met een handicap' van M.F. van Grunsven kost f 85,- en wordt onder ISBN-nummer 90-313-1988-0 uitgegeven door Bohn Stafleu Van Loghum.

Mw. E.C.M. Bouvy-Berends
Bergschenhoek



Prevalentie van parodontale bacteriën op slijmvliezen

Donderdag 13 juni 1996 werd het proefschrift 'The prevalence of periodontal bacteria colonizing the oral mucous membranes' door Monique Danser verdedigd. Zeven jaren heeft zij gewerkt aan haar onderzoek. Als kamergenoten zijn wij trots op haar en we willen daarom kort verslag doen van de meest belangrijke bevindingen.

Het doel van het onderzoek was te bekijken in hoeverre de prevalentie van paropathogenen op de slijmvliezen wordt beïnvloed door parodontale behandeling.

Als eerste vorm van parodontale behandeling werd gekozen voor totaal-extractie. Een rigoureuze, maar te-

vens goed voorspelbare vorm van behandeling om parodontitis te elimineren. Het ongunstige effect van een inadequate subgingivale gebitsreiniging op de onderzoeksresultaten is hiermee namelijk uitgesloten. Het bleek dat totaal-extractie resulteerde in het verdwijnen van *Actinobacillus actinomycetemcomitans* en *Porphyromonas gingivalis* bij patiënten met ernstige parodontitis. *Prevotella intermedia* bleef wel aanwezig bij een aantal patiënten. Deze resultaten laten zien dat, in elk geval tot drie maanden na de extractie, geen paropathogene restflora aanwezig is die een mogelijk bron van infectie zou kunnen vormen. De aanwezigheid van gebitselementen is kennelijk van

belang voor de kolonisatie van bepaalde micro-organismen.

In een volgende studie werd gekeken naar de flora van volledige prothesedragers die langere tijd edentat waren en in hun dentate verleden parodontitis hadden. Bij deze groep werd geen *A. actinomycetemcomitans* gevonden, bij een enkeling *P. gingivalis* en bij een wat grotere groep *P. intermedia*. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de mondholte (en VP) van edentate patiënten niet als habitat (woonplaats) van *A. actinomycetemcomitans* en *P. gingivalis* kan worden gezien.

Kennis over de aanwezigheid van paropathogenen op de slijmvliezen bij edentate patiënten zou van belang

kunnen zijn voor de implantaatpatiënt. Spelen implantaten eenzelfde rol bij de kolonisatie van paropathogene als natuurlijke gebitselementen?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden, werd een groep edentate patiënten met implantaten onderzocht die net als in de voorgaande studie een parodontitisverleden hadden. In hun monden werden *P. gingivalis* en *A. actinomycetemcomitans* niet aangetroffen op de slijmvliezen of rond de implantaten. Ook in dit onderzoek werd *P. intermedia* nog wel aangetroffen. Deze studie bevestigt dat verdwijning van *A. actinomycetemcomitans* en *P. gingivalis* na totaal-extractie waarschijnlijk niet een tijdelijk fenomeen is. Totaal-extractie zou verantwoordelijk kunnen zijn voor het permanent verdwijnen van deze twee micro-organismen uit de mondholte, in elk geval na plaatsing van de implantaten werden ook deze twee micro-organismen niet teruggevonden.

In een volgend onderzoek werd gekeken naar het effect van conventionele behandeling op de microflora van de mondholte. Zowel na initiële parodontale behandeling als na chirurgische behandeling kwamen *A. actinomycetemcomitans*, *P. gingivalis* en *P. intermedia* significant minder vaak voor in de pocket. Echter, er werd geen verschil in aantallen gevonden

op de slijmvliezen vóór en na behandeling. Geconcludeerd kan worden dat mechanische parodontale behandeling een groot effect heeft op de drie bekeken micro-organismen in de pocket. Ofschon een gelijktijdige verdwijning van deze micro-organismen op de slijmvliezen geenszins aan de orde is. In tegendeel, de aantallen blijven min of meer gelijk.

Conclusies

De resultaten uit het onderzoek beschreven in het proefschrift leiden tot de volgende conclusies:

- totaal-extractie lijkt te resulteren in een permanente eliminatie van *P. gingivalis* en *A. actinomycetemcomitans* uit de mondholte
- bij parodontitispatiënten waarbij implantaten gepland staan, kan wellicht beter tot extractie van de laatste gebitselementen worden overgegaan voordat de fixtures worden geplaatst
- de slijmvliezen zouden als mogelijke bron kunnen fungeren voor herinfectie van het behandelde gezonde parodontium.

Het proefschrift 'The prevalence of pe-

THE PREVALENCE OF PERIODONTAL BACTERIA COLONIZING THE ORAL MUCOUS MEMBRANES

MONIQUE DANSER

PERIODONTOLOGY

riodontal bacteria colonizing the oral mucous membranes' kan worden opgevraagd bij Monique Danser, telefoon 020-5188548. ■

Fridus van der Weijden
Mark Timmerman

Vakgroep Parodontologie, ACTA

LEZERSPOST/LEZERSPOST/LEZERSPOST/LEZERSPOST/

Waar zetten we de laser op?

De laser bevindt zich weer eens in het brandpunt van de tandheelkundige branche. Velen hebben er de mond van vol. Tja, ik weet niet of het aan mij ligt, maar wat kun je er feitelijk mee? Althans, als ik zo de lijst van indicaties zie, moet het de Haarlemmerolie onder de tandheelkundige therapieën zijn en dat zal toch wel niet het geval zijn. Het vak van een wetenschapper gaat over doornen mag ik wel concluderen uit het stuk over de lasertechniek in de tandheelkundige praktijk (NT 11 van 7 juni 1996). Een zeer goed doortimmerd en objectief verslag onder redactie van Oudhof, Van der Kuij en Habets.

Na- en herlezing heeft bij mij de

idee postgevat om er voorlopig niet aan te beginnen. Het werkingsmechanisme is energetisch moeilijk in te tomen, een 'subtiele' manier van smelten begrijp ik, de werking en indicatie nog niet begrepen. Citaat: 'het fysisch chemisch interactiemoment tussen laserstraal en het weefsel is tot op heden niet volkomen begrepen'.

Men is zich vaak ook niet bewust van de stralingsrisico's. Enige reserves ten aanzien van het gebruik ervan kan dan ook geen kwaad.

De laser is al enige jaren een erkend therapeutisch in de oogheelkunde, gynaecologie en dermatologie. Nu is de tandheelkunde aan de beurt, met name de preparatie van de harde

weefsels. Het heeft namelijk de werking van een thermische lans (geschikt om kaarsrechte snedes te maken in dikke metalen platen, ook bij brandkasten handig). De hardlaser veroorzaakt dampvorming (lijkt me logisch) die schadelijke stoffen bevat van oude composietvullingen en andere plastische vulmaterialen, maar het verwijderen van amalgamvullingen moet nog met de conventionele boor geschieden. Dus ...?

Ik vraag me ook af hoe een interproximale caviteit wordt benaderd met een laser; over buccaaltjes die ook met fluoridevernis konden worden geattaqueerd, kan ik mij dit wel voorstellen.

Bij de behandeling van laesies

van de weke delen kan ik mij ook nog iets voorstellen, zonder al te veel rook- en dampvorming. Waarom zou je dat met een laser doen als bijvoorbeeld H_2O_2 bij pericoronitis toch ook werkt om de acute fase te overbruggen, of een abcesincisie met een scalpel. Waarom een elektronische golf met de werking van een thermische lans – waarvan de werking je niet geheel duidelijk is – op de patiënt loslaten voor klachten die anderszins ook zijn te behandelen?

Waar hebben we de revival van de laser aan te danken? De enigszins met redelijk geheugen toegeruste collega zal zich de tijd herinneren (circa 15 jaar geleden) toen dit energetisch kanon voor alle kwalen in de