



Najaarscursus Bovenkaak/onderkaak: de juiste relatie door Prof. Palla



Een nieuw initiatief....

Dit is het eerste nummer van een nieuwe reeks nieuwsbrieven. Na enkele jaren afwezigheid willen we dit initiatief terug opnemen.

Langs een elektronische weg, welke ondertussen in (bijna) elke praktijk is doorgedrongen, is de kostprijs hiervan daardoor bijna tot nihil herleid. Drukwerk, postzegels, verpakken, dit alles was een zware kostprijs voor de vereniging. Het enige wat nu nodig is, is tijd en inspiratie.

Naast de aankondigingen van alle activiteiten (cursussen, symposia, ICT en waarom niet extra activiteiten), trachten we samenvattingen van voorbije evenementen opgefrist met foto's en ook een opiniestukje te plaatsen.

Wat betreft dit laatste: wie hoort nog iets over de titel "algemeen tandarts"? Mijn aandacht werd hierop getrokken bij het doornemen van de nieuwe reglementen van de accreditering welke iedereen nu toegestuurd kreeg.

Wat mijn aandacht trok en dus ook mijn nieuwsgierigheid prikkelde was artikel 7: "De tandheekkundige moet aan de algemene voorwaarden inzake de uitoefening van de tandheekkunde in België (art.9 van het KB nr.78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen) voldoen (inlichtingen die de FOD Volksgezondheid aan het RIZIV geleverd worden). Tussen haakjes, Nederlands is ook hun sterkste punt niet, deze zinnsnede is letterlijk overgenomen.

1967? Ik dacht dat er veel veranderd was met de invoering van de nieuwe titel, extra verplichtingen, geruchten van ettelijke collega's die niet aan de normen voldeden...

Wat blijkt, er bestaat een lijst met tandartsen welke een toelating hebben het beroep uit te oefenen met hun verworven titel (algemeen tandarts, specialisatie) van datum 4/12/2009, recenter is bijna onmogelijk. Dus indien in twijfel: https://portal.health.fgov.be/portal/page_pageid=56,13174478&dad=portal&schema=PORTAL, dan even doorklikken want er zijn 67 items... Niemand wordt hiervan verwittigd.

Zo, de kop is eraf.

Eric Vandenoostende



2010 NR 1

Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Tandheelkunde vzw.
contact: publi@vwvt.be
zetel: Izegemstraat 2/4
8770 Ingelmunster
telefoon: 051304017



**Tandheelkundige urgenties: praktisch, organisatorisch en ethisch belicht.
Zaterdag 28 november 2009
Spreker Prof. Dr. R. De Moor**

Zaterdag 28 november had het najaarssymposium van de Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Tandheelkunde grote bijval met dit actueel thema. Professor Dr. R. De Moor van de Universiteit Gent werd hiervoor aangezocht. Zijn onderzoekswerk omtrent dit thema en zeer gefundeerde en ook soms controversiële stellingen brachten een evenwichtige en leerrijke voormiddag.

Wachtdiensten

Sinds het invoeren van de titel “Algemeen Tandarts” is elke tandarts verondersteld ingeschreven te zijn in een wachtdienst. Deze organisatie is sinds zijn omschrijving in het koninklijk besluit van 10 november 1967 quasi volledig in handen van de beroepsvereniging (voor het Vlaamse landsgedeelte is dit het Verbond Vlaamse Tandartsen aangezien zij toen het monopolie hadden), alhoewel een ieder zulk een organisatie zou kunnen oprichten. In dit koninklijk besluit wordt ook omschreven dat eenieder die hierbij toetreedt het huishoudelijk reglement en de deontologische regels onderschrijven. En hier wringt het schoentje. Er blijken namelijk weinig officiële regels voorhanden. Als er gesproken wordt van “continuïteit van zorgen”, wat wordt hier uiteindelijk bedoeld? Dringende hulp: wie bepaalt de hoogdringendheid, de patiënt of de practicus? Is elk middel van communicatie om vraag naar hulp toegelaten: telefoon, fax, e-mail? Al deze vragen werden belicht en op velen is het blijkbaar in het duister tasten en hopen dat de patiënt het vertrouwen heeft behouden in de medische wereld en niet onnodig vlug advocaten aanspreekt.

Continuïteit van zorgen en urgentietandheelkunde

Onder een *regelmatige en normale toediening van de gezondheidszorgen* verstaat de wetgever als de *continuïteit van zorgen*: *wetens en zonder wettige redenen, een in uitvoering zijnde behandeling niet onderbreken zonder vooraf alle maatregelen te hebben getroffen om de continuïteit van de zorgen te verzekeren door een ander beoefenaar die dezelfde wettelijke kwalificatie heeft.*

In urgenties heeft men meestal met nieuwe situaties te maken, zeker als men bedenkt dat volgens de gezondheidsenquête van 2004 ongeveer de helft van de Belgische bevolking in het laatste jaar geen tandheelkundige zorgen had gezocht. Een tweede dilemma stelt zich als het handelt om een aan gang zijnde behandeling, door het gebrek aan een centraal dentaal medisch dossier kan men enkel oordelen over de noodzaak tot behandelen en tevens de noodzakelijke daden op de aanwijzingen van de patiënt.

Dit gebrek aan dossier staat ook een interpretatie en oordeel over het werk van een collega toe. Professor De Moor wijst hier met aandrang op om dit oordeel ten alle tijden voor zich te houden, zowel uit deontologisch als ook menselijk oogpunt. Zelfs indien de bezochte practicus fouten zou vaststellen, is overleg met de eerder behandelende collega aangewezen en niet op dat moment met de patiënt. Omstandigheden, ook soms onder de verantwoordelijkheid van de patiënt, kunnen hier aan de basis liggen. Oppassen en terughoudendheid is hier de boodschap.

Een pleidooi voor zo een centraal dossier met aangepast nomenclatuurnummer zoals bij de huisartsen, was hier terecht gebracht.

Kan men weigeren zorgen toe te dienen?

Deze vraag kan op volgende wijze beantwoord worden: indien de algemene gezondheidstoestand van de patiënt niet in gevaar is, zou men dit kunnen weigeren. Een afgebroken stukje kan vervelend zijn doch hoeft niet een ogenblikkelijke restauratie te vereisen. Een loszittende brug zonder pijn is storend doch niet dringend.

Een handig instrument tot triëren werd door de Scottish Executive / Health Department / Directorate of Service Policy and Planning uitgewerkt.

Zij onderscheiden drie categoriën: tandheelkundige urgenties, urgente tandheelkundige omstandigheden en routine tandheelkundige problemen.

Tandheelkundige urgenties zouden normaal kunnen beperkt worden tot:

- ▶trauma inclusief orale en faciale wonden en/of dento-alveolaire schade
- ▶significante en toegenomen oro-faciale zwelling
- ▶zwelling rond de ogen en zwellingen die resulteren in ademhalings- en slikproblemen
- ▶tandheelkundige bloedingen die niet door de patiënt met normale maatregelen onder controle te houden zijn
- ▶tandheelkundige omstandigheden die resulteren in acute systemische problemen en verhoging van temperatuur ten gevolge van infecties van tandheelkundige origine
- ▶sterk uitgesproken trismus
- ▶oro-dental symptomen die leiden tot een significant verslechteren van systemische medische condities

Urgente tandheelkundige situaties zijn bijvoorbeeld volgende situaties:

- ▶infecties van tanden en zachte weefsels zonder enig systemisch effect
- ▶hevige tandpijn en aangezichtspijn die niet kan worden getemperd met commercieel beschikbare medicatie

Routine tandheelkunde problemen waarvoor geen dringende hulp noodzakelijk is:

- ▶milde tandpijn die geen urgente interventie vraagt
- ▶losgekomen of verplaatste kronen, bruggen en veneers
- ▶gebroken en niet meer vast zittende protheses of vergelijkbare structuren
- ▶verwijdering van afgebroken stiften
- ▶gebroken, loszittende of verplaatste vullingen
- ▶behandelingen die behoren tot de routine tandheelkundige verzorging

Een heel duidelijke schema voor triage kan men vinden op de website van schotse tandartsen: <http://www.sdcep.org.uk/index.aspx?o=2335>.



Wat denken over urgenties op wachtdiensten

De situatie blijft ambigu: maatschappelijk wordt verondersteld dat de tandarts een verplichte continuïteit van zorgen verzekert waar de patiënt deze continuïteit kan doorbreken maar toch kan terugvallen op een behandeling door een tandarts. De urgentietandarts wordt willens nillens in de rol van een 'poortwachter' geduwd : wie komt erin en wie niet ? Uiteindelijk eindigt dit vandaag in het er toch voor zorgen dat een patiënt met een vraag naar verzorging een degelijke en adequate verzorging krijgt.

In dit land bestaat er een budgetbeperking wat leidt tot een niet volledig uitgewerkte nomenclatuur. Tandartsen worden verantwoordelijk gesteld voor het beschikbare budget, te grote uitgaven hebben regelmatig geleid tot schrappen van nomenclatuur. De betaalbaarheid van tandheelkunde wordt alzo toegeschreven aan de zorgverstrekker. De vraag is of dit in een constellatie met een wachtdienstverplichting wel eerlijk is. Het Institute of Medicine verwerpt categoriek de visie dat een eerstelijns arts uitsluitend om redenen van budgetverantwoordelijkheid een poortwachtersfunctie zou hebben

Behandeling van urgente problemen

In het tweede deel werd de behandeling van urgentiegevallen in detail besproken. Dit waren endodontische problemen en trauma. De twee meest voorkomende echte urgentie gevallen. Onthouden we hier in het bijzonder: doe geen behandelingen welke het uw collega moeilijk tot onmogelijk maken om de behandeling af te werken. Dit is bij voorbeeld een endo beginnen en het creëren van een trap welke verder behandelen compromitteert. Het inbrengen van medicatie in de tand welke leidt tot andere problemen. Er werd een ernstig pleidooi gehouden elk middel met formaldehyde te bannen uit de praktijk.

Een voorwaar leerrijke voormiddag en tevens een primeur voor de Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Tandheelkunde. Het op de agenda plaatsen van dit onderwerp is noodzakelijk, nu ieder in het beroep er mee geconfronteerd wordt. Doch de organiserende overheid heeft hierover slechts vage richtlijnen meegegeven wat interpretatie en gevaarlijke situaties kan scheppen. Alles eens op een rijtje plaatsen zoals nu gedaan was noodzakelijk.

Bijkomende info: via "www.tandheelkunde.ugent.be" vervolgens aanklikken "3.onderwijs- en onderzoeksdisciplines" dan naar "Restauratieve Tandheelkunde en Endodontologie" scrollen naar "informatie rond klinische topics" daar staan 5 PDFs van de voordrachten.



INTERNATIONALER KONGRESS

Bruxismus | Bruxism

Viele Fragen – Viele Antworten



Congres “Bruxisme” te Keulen

Op verkenning voor boeiende onderwerpen en sprekers zijn we naar Keulen gegaan om daar misschien een andere visie over dit probleem te leren kennen. Hieronder vindt U een beknopte opsomming van de door ons onthouden delen. Duits is nu misschien niet onze favoriete 2e of 3e taal, en het Engels was ook niet steeds boeiend. Een Japanner uitnodigen die zijn voordracht start met de opmerking dat hij niet goed Engels praat is wel frustrerend. Dit voor de organisatie. Nu de sprekers:

Prof. Sadao SATO had de eer de spits af te bijten. Uit zijn spreekbeurt kunnen we toch enkele zaken onthouden: zijn stelling was nogal antropologisch: “Gebitsfunctie was oorspronkelijk enkel om agressie uit te drukken tov. soortgenoten en aanvallers (vb :scherpe lange hoektanden) later is de kauwfunctie ontwikkeld”, de eerste levende wezens aten dus niet? Doordat we onze agressie expressie niet meer kwijt kunnen op die manier is bruxisme de uitlaatklep geworden. Belangrijker is het volgende: de inclinatie van P vlak hoektanden boven is normaal +/- 48°. Indien groter dan 48°, kan er geen “soft bruxisme” gebeuren, zodat er meer problemen zullen zijn bij dit extreem bruxisme. Cervical laesions (abfractions) treden op bij 67 % indien groepencontact bij deductie, slechts 13% bij hoektand geleiding deductie. Bij hoektand geleiding is er minst spier activiteit, groepencontact geeft meer spier activiteit. Hoektand –snijtand leiding is OK, hoe meer groepscontact en grotere hellingshoeken articulatie, hoe meer kans op bruxisme.

BRUXISM = REDUCTION OF ACCUMULATED STRESS. Als het lichaam stress invloeden heeft, reageert dit door bepaalde uitlaatkleppen te gebruiken, dus in ons geval : knarsen en klemmen is een afreageren van stress die (overdag) niet op een andere manier kon weggewerkt worden.

Voordelen bij bruxisme: door stress stijgt de bloedsuiker, adrenaline, cortisol, lichaamstemperatuur, immuniteitssysteem (aantallen van bepaalde cellen verandert, lymfocyten vermeerderen en neutrofielen dalen). Bruxisme zou dit in omgekeerde zin bijsturen. Indien we overdag de stress niet opstapelen en kwijt kunnen via lachen, relaxatie, sociale uitlaatkleppen, zal de kans op bruxeren s’ nachts veel kleiner zijn.

Prof. Milenko VLAJKOV : was niet de boeiendste spreker en kon een spreektijd van 1 uur beperken tot een half uur, gelukkig. Zijn stelling: Psychische oorzaak geeft stress. Kan reeds van zeer jong beginnen en leiden tot bruxeren en klemmen. Niet relevant dus...

Prof. Peter SVENSSON : Bruxisme is soms oorzaak van pijn. Die pijn kan constant aanwezig zijn en varieert onder invloed van verschillende factoren. Op een schaal 0 (geen pijn) tot 10 (onverdraaglijke pijn) zit die meestal tussen 7 en 8. Deze oorzaak van pijn is moeilijk te diagnosticeren, en wordt daarom vaak gerelateerd met dentale oorzaak. Vele mogelijke oorzaken van pijn zijn: hier de indeling volgens voorkomen, oorzaken, gevolgen....

- Primary bruxism (toot grinding, tooth clenching)
- Secondary bruxism : neurologisch, psychisch, medicatie geïndiceerd..
- Nociceptief
- Inflammatoir
- Neuropatisch
- Genetisch
- cultureel
- Functioneel
- Vele types volgens duur en frequentie

Patiënten met MEEST pijn, zijn meestal diegenen die MINST spieractiviteit en MINST slijtfacetten hebben. Dus MINST symptomen van bruxisme.

Over opbeetplaten werd het volgende gesteld: **NTI (front) splint** : sterke verandering in spieractiviteit, weinig verandering in pijnperceptie. **Occlusale splint** : weinig verandering in spieractiviteit, meer vermindering van pijnperceptie. Beide hebben slechts een tijdelijk effect !

Prof. Gilles LAVIGNE : zijn onderwerp was het **EFFECT VAN SLAAP EN ADEMHALING OP BRUXISME**

Tijdens de slaap hebben we REM fase (hoge hart- en hersen- + seksuele activiteit) als NON-REM fase (veel spieractiviteit, lagere hersen-, hart- en seksuele activiteit). We dromen zowel in de REM als NON-REM fases, doch anders.

Bij normale slaap kom je ongeveer elke 40 seconden vanuit diepe slaap naar een oppervlakkiger niveau, waarbij externe sensoren gaan checken of alles rond en aan ons lichaam in orde is. Pijn wordt eveneens gecheckt. Bij patiënten die constant pijn hebben wordt dit frequenter gedaan (ongeveer om de 20 seconden). Hierdoor worden de patiënten s' ochtend vermoeide wakker. Ook patiënten die "limb movements" (beenbewegingen in de slaap) hebben (getriggerd centraal) zijn niet zo uitgeslapen s' ochtends.

Indien patiënten slechte slaap hebben moeten we uitsluiten dat er geen apnoe of insomnia is. Gebruik van NSAï, te lange siesta (meer dan 15 min / dag), roken en te veel eten s' avonds kunnen slaapkwaliteit verminderen.

VEEL BRUXISME PROBLEMEN ZIJN GERELATEERD AAN SLAAPPROBLEMEN !

Bruxisme geeft spiercontracties (alles of niets). Beide zijden en alle kauwspieren zijn betrokken en hyperactief.

- smal gehemelte - Vergrote tonsillen – zwaarlijvigheid – vergrote tong

Alle apparaten gebruikt voor slaap apnoe zijn goed voor korte termijn, doch op lange termijn geven ze naast verminderd effect ook tandverplaatsing.

Bepaalde stoffen (Ghreline - stijging geeft sterker hongergevoel) en (Leptine - daling geeft hongergevoel) kunnen ook bij onregelmatige balans bruxisme symptomen geven.

Prof. Stefan KOPP : Hij is een osteopaat uit Mainz. Zijn markantste stelling: Bruxisme bij kinderen veroorzaakt door slechte hoofdhouding, stress en slechte slaaphouding. In zijn behandelingen maakt hij gebruik van : BRUX CHECKER (gemakkelijk opsporen van slijtfacetten)/ SENSOBITE / FACETFORMER (trainingsapparaatje bij apneu en bruxisme)(zie internet) Slechte lichaamshouding kan oorzaak van bruxisme zijn , maar slechte lichaamshouding wordt ook veroorzaakt door :

- Occlusieprobleem 30% (occlusie oplossen)
- Wervelkolomprobleem 30% (R/ steunzolen)
- Voetprobleem 30% (R/ steunzolen)
- Pijn gerelateerd 10%

Prof. Rudolf SLAVICEK : Bruxisme bouwt zich van jongs af aan op : kind wordt “gevangen in verboden”. Deze man geldt bijna als God in deze regio. Deze conferentie was via videoverbinding gezien deze professor wegens ouderdom en gezondheidsproblemen niet meer op reis kon. Hij bekijkt alles via CYBERNETICS (zie internet). Veel plezier met deze literatuur.

Prof. Markus HÜRZELER : Dogma's uit de parodontologie dienen verlaten te worden. Dus we gooien bij deze overboord:

- Implanten moeten axiaal belast worden
- Inplant / kroon verhouding mag niet 1:1 overschrijden
- Bruxisme leidt tot verlies van en is dus contra indicatie voor implanten

Gebruikte materiaal voor sinus lifting is van weinig belang voor het succes.

Occlusaal trauma geeft geen verlies van bot rond het inplant, dit is enkel door infectie. Inplant kan natuurlijk rapper breken door overbelasting.

Conclusies bij bruxisme en implanten :

- zet er liever één extra
- verbind de implanten zodat krachten verdeeld worden
- gebruik langere en bredere implanten
- Laat de implanten lang genoeg ingroeien (geen directe belasting)
- Gebruik kunstthars voor de prothetiek

Behandel het bruxisme (zeker opbeet plaat na restauratie)

Dr. Dieter REUSCH : Herstel van bruxeerpatiënt met veneers, kronen en bruggen. Deze soms minuscule porseleinopbouwten werden als incisale rand herstel gebruikt. Wat ons verwonderde was geen long-term resultaat. Pover betoog!

De twee laatste sprekers konden mij en ook mijn collega niet langer bekoren. Besluit: enkele markante opmerkingen zeker in verband met occlusie (helling van knobfels en groepencontact), verder hou u aan de regels van mechanica bij herstel en er zijn apparaatjes die kunnen werken.

Dit is een beknopt en gekleurd verslag. Wat mij betreft kan ik enkel vaststellen dat de wetenschappelijke gedachten zeer plaatsgebonden blijkt. De “asmogendheden” hebben ook een eigen tandcultuur. (EVDO)

Studenten

Studeren brengt kosten mee, meer bepaald de randgebeurtenissen. daarvoor is elke studentenvereniging op zoek naar geld. Sponsoring wordt gevonden bij commerciële bedrijven, doch ook bij beroepsorganisaties en waarom niet de wetenschappelijke vereniging. Zowel Dentalia Gent als Apolonia Leuven hebben op onze steun kunnen rekenen.

Overhandiging sponsorcheque
aan Dentalia Gent



TIP

De laatste ICT te Gent handelde over implantaten, gebruik, type, ervaringen.

Betreft cementeren op abutments heeft een parodontoloog ons volgende tip medegedeeld

1. als de grens van het abutment diep onder gingiva is gelegen, dan raad ik aan om te cementeren met Harvard cement, zinkfosfaatcement
 2. als het abutment mooi anatomisch is gevormd en de grens ongeveer maar 1 mm subgingivaal is gelegen dan kunt u cementeren met een Rely X hybrid glasionomeer cement.
- het probleem met cementen op basis van kunststof is het oplossen en vrijkomen van monomeren met als resultaat botafbraak. daarom zeker niet diep subgingivaal gebruiken rond implantaten omdat het overtollig cement toch uitermate moeilijk volledig te verwijderen is. als je keramische abutments gebruikt dan best de gepaste kleur gebruiken om het kleur van de kroon niet te compromitteren.

PEER REVIEW

Vergaderingen

1e semester

West Vlaanderen:

woensdag 17 maart om 20h
Locatie: Roeselare (Park Rodenbach)
Coördinator: Lenoir Kris
E-mail: financieel@vwvt.be
Telefoon: 050 712657
Onderwerp: Endo

Oost-Vlaanderen

dinsdag 30 maart om 19h en 20h45
Locatie: Gent (Holiday-Inn Expo)
Coördinator: Vandenoostende Eric
E-mail: publi@vwvt.be
Telefoon: 09 230.10.93
Onderwerp: Endo

Antwerpen

donderdag 25 maart om 19h30 en 21h30
Locatie: Antwerpen
Coördinator: Deleye Hugo
E-mail: voorzitter@vwvt.be
Telefoon: 03 238.88.45
Onderwerp: nog te bepalen

Limburg

donderdag 29 april om 16h00 en 20h30
Locatie: Bokrijk
Coördinator: Deleye Hugo
E-mail: voorzitter@vwvt.be
Telefoon: 03 238.88.45
Onderwerp: nog te bepalen

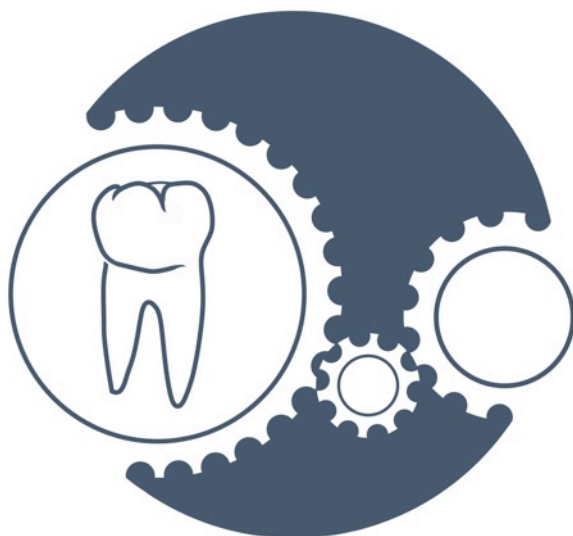
Vlaams Brabant

maandag 3 mei om 20:10h
Locatie: Brussel (rand)
Coördinator: Deleye Hugo
E-mail: voorzitter@vwvt.be
Telefoon: 03 238.88.45
Onderwerp: nog te bepalen

COMBI

Datum: donderdag 11 maart om 10:00h
Locatie: Beernem
Di Coylde
www.dicoylde.be
Coördinator: Lenoir Kris
E-mail: financieel@vwvt.be
Telefoon: 050 71.26.57
Onderwerp: Endo

PROGRAMMA 2010



Najaarssymposium: 13 november 2010

Goede hygiëne: praktisch en wettelijk in orde

Prof. Declerck D. (KUL)

Hotel Van der Valck Beveren



Abstract: Beheersing Infectieoverdracht bij Tandheelkundige Handelingen

Bij tandheelkundig handelen bestaat een niet verwaarloosbaar risico van overdracht van infectie. Het is de verantwoordelijkheid van de practicus om de nodige voorzorgen te nemen om dit risico zo laag mogelijk te houden.

In deze voordracht wordt in een eerste deel een schets gebracht van de problematiek. Hierbij komen aan bod: Welke regelgeving bestaat er in België (Vlaanderen)? Bestaan er concrete richtlijnen voor de dagelijkse praktijk? Waar kan de tandarts de nodige informatie terugvinden? Welke punten zijn essentieel? Hoe gaan we praktisch te werk?

In een tweede deel wordt dieper ingegaan op een aantal deelaspecten. Hierbij komen volgende topics aan bod: biofilmbestrijding, risico van aërosol, hand-en hoekstukken opnieuw gebruiksklaar maken, prikaccidenten, veilige afvalverwerking, afdrukken en tandtechnische werkstukken...





Voorjaarscursus: 23 en 24 april 2010

Tandtraumata: wat doe je ermee

Prof. Martens L. en Drs. Cauwels R.



VLM gebouw Brugge

Abstract: Dentale traumatologie is een niche binnen de tandheelkunde die men onmogelijk voldoende praktisch kan trainen binnen de basisopleiding tot tandarts. De prevalentie is (gelukkig) niet van die aard dat de student alle mogelijke trauma's kan behandelen en opvolgen. In de algemene praktijk echter is het van het grootste belang dat de tandarts een goeie inschatting kan maken van opgelopen trauma, de spoedbehandeling ervan kan instellen en zo mogelijk ook de vervolgbehandeling. Verder moet de algemeen tandarts op de hoogte zijn van de mogelijkheden van een multidisciplinaire aanpak.

In het melkgebit stelt zich onmiddellijk het probleem van behoud of niet? Bij definitieve elementen kunnen zich problemen stellen van de verplaatste of volledig uitgeslagen tand, het bewaarmedium, de open apex behandeling, de spalkperiode, wortelbreuken, medicatie...

Uit een enquête bij 350 Vlaamse tandartsen, blijken de meningen over de bovenvermelde problemen nogal uitéénlopend te zijn.

Via 6 lezingen van 1.30 uur zal de 'state of the art' worden voorgesteld voor de directe behandeling en follow-up van de meestvoorkomende traumata. De 6 grote overkoepelende onderwerpen kunnen als volgt worden betiteld:

- Trauma: situering en diagnostiek
- Trauma in het melkgebit en zijn gevolgen: Eenvoudige en gecompliceerde kroonfracturen
- Endo na trauma bij de onvolgroeide tand: apexogense versus apexificatie
- Verplaatsingen (intrusie-extrusie-avulsie)
- Het gebruik van Ca(OH) versus MTA (mineral trioxide aggregate)

Najaarscursus: 15 en 16 oktober 2010

De minder (be)handelbare patiënt

Prof. Marks L. en Prof. Aps J. en Dr. Leroy R.

NH hotel Gent

Verdere info volgt...

