



Mondziekten en de plaats van oral medicine

Binnen het vakgebied mondziekten hebben zich de afgelopen 50 jaar grote ontwikkelingen voorgedaan. Gezien de vergrijzing van de bevolking, is het de verwachting dat zowel de tandarts als de huisarts in de toekomst steeds vaker met patiënten met een mondziekte, hetzij als uiting van een lokaal proces hetzij als uiting van een meer algemeen ziektebeeld, wordt geconfronteerd. Binnen het onderzoek is een verschuiving waarneembaar van therapeutisch naar meer innovatief onderzoek. Therapeutisch onderzoek is vooral gericht op symptoombestrijding, terwijl innovatief onderzoek probeert inzicht te verkrijgen in het ontstaan van een bepaalde afwijking of in mogelijkheden om het ontstaan en de progressie van een bepaalde afwijking te beïnvloeden.

Vissink A, Spijkervet FKL, Waal I van der. Mondziekten en de plaats van oral medicine
Ned Tijdschr Tandheelkd 2007; 114: 10-16

Inleiding

Binnen het vakgebied van de mondziekten en kaakchirurgie hebben zich de afgelopen 50 jaar grote ontwikkelingen voorgedaan ten aanzien van de inzichten in het ontstaan van talrijke mondziekten en de diagnostische, therapeutische en preventieve aspecten daarvan. Op vele plaatsen in de wereld heeft dit geleid tot een uitsluitend op mondziekten gericht specialisme, in het Engels aangeduid als 'oral medicine'. Oral medicine is de discipline binnen de tandheelkunde die zich bezighoudt met de preventie, de diagnostiek en de niet-chirurgische behandeling van afwijkingen in en rond de mond, toegespitst op de gezondheidszorg van patiënten met acute of chronische, recidiverende en medisch gerelateerde aandoeningen in het hoofd-halsgebied. In sommige landen wordt aan deze omschrijving het onderwerp pijn toegevoegd, in de zin van bijvoorbeeld aangezichtspijn, maar ook van pijn in of rond de kaakgewrichten. In weer andere landen wordt tevens de tandheelkundige behandeling van medisch gecompromitteerde patiënten onder het begrip oral medicine gevat (Van der Waal et al, 2001; Vissink et al, 2003). In onder andere de Verenigde Staten en Engeland bestaan aparte beroepsverenigingen op het gebied van oral medicine. Eind jaren '90 is ook in Europees verband een beroepsvereniging opgericht onder de naam European Association of Oral Medicine.

Aangezien veel van de moeilijk te diagnosticeren en/of te behandelen aandoeningen zich op het grensvlak van de tandheelkunde en de geneeskunde bevinden, is een goede kennis van deze vakgebieden een groot voordeel. In Nederland wordt het vakgebied van oral medicine hoofdzakelijk beoefend door kaakchirurgen. De huidige opleidingseisen van de specialist mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie zijn hierop duidelijk afgestemd, met een bredere medische scholing dan in het verleden het geval was.

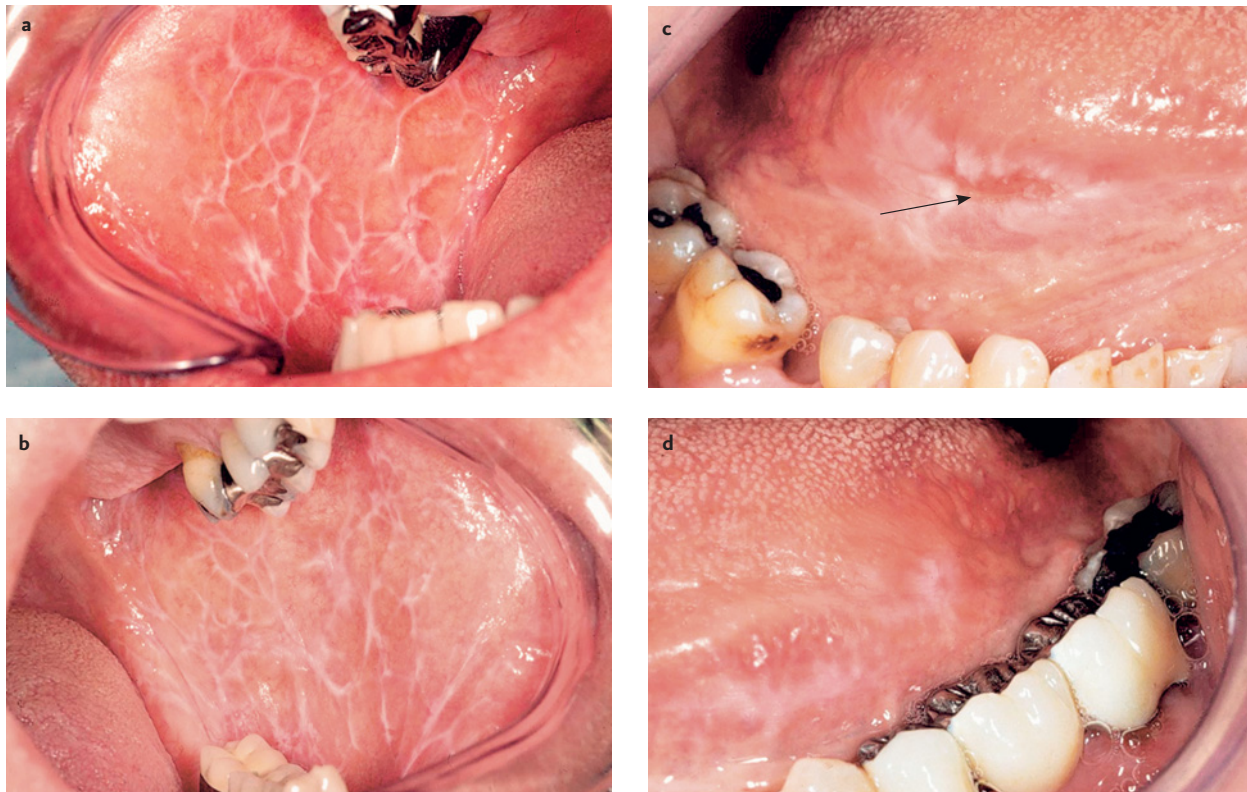
Van de talrijke afwijkingen die in de mond kunnen voor-

komen zijn er afwijkingen die zich beperken tot de mond zelf, maar er kan ook sprake zijn van afwijkingen die worden veroorzaakt door of samenhangen met ziekten elders in het lichaam (tab. 1).

Een voorbeeld van een dergelijke ziekte is lichen planus, een aandoening die zowel op de huid als in het (mond)slijmvlies

Tabel 1. Globaal overzicht van aandoeningen die onder het begrip oral medicine vallen.

- Aandoeningen van de orale mucosa (o.a. aften, candidose, lichen planus, leukoplakie)
- Aandoeningen van de speekselklieren (o.a. hypo- en hypersialie, sialose, natriumretentiesyndroom)
- Bijwerkingen van geneesmiddelen in het hoofd-halsgebied (o.a. gingivahyperplasie, verkleuringen van de orale mucosa en gebits-elementen, ulceraties, xerostomie)
- Bijwerkingen van chemo- of radiotherapie (o.a. mucositis, smaakverlies, hyposialie)
- Candidose
- Chronische pijn
- Huid- en slijmvlies-aandoeningen (o.a. lichen planus, pemfigoïd, pemphigus vulgaris)
- Kaakgewrichtsaandoeningen
- Mondbranden ('burning mouth syndrome')
- Neurofibromatose
- Orale manifestaties van systeem-aandoeningen (o.a. syndroom van Sjögren, lupus erythematoses, sarcoïdose, ziekte van Crohn, bulleuze dermatosen)
- Orale manifestaties van auto-immuundeficiëntie (o.a. harige leukoplakie, Kaposi-sarcoom)
- Smaakstoornissen
- Virale aandoeningen (o.a. herpes, aids)



Afb. 1. Reticulaire lichen planus beiderzijds van het wangslimvlies (a en b); bij deze vorm lijkt de kans op maligne onttaarding verwaarloosbaar. In c en d is sprake van lichenoid leukoplakieachtige veranderingen beiderzijds op de tongranden, waarbij zich in de rechter tongrand een plaveiselcelcarcinoom heeft ontwikkeld.

kan voorkomen. Een voorbeeld van een andere ziekte die al of niet gelijktijdig in de mond en elders in het lichaam kan voorkomen, is de ziekte van Crohn. In deze bijdrage wordt stilgestaan bij aspecten van patiëntenzorg en wetenschappelijk onderzoek op het gebied van oral medicine, en de rol die de tandarts of huisarts daarbij kan spelen. Dit gegeven wordt geïllustreerd met een aantal casus.

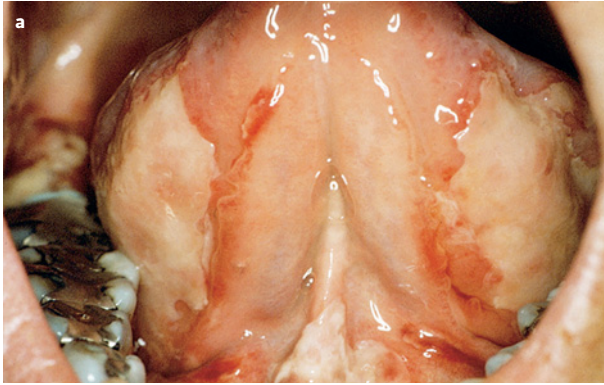
Patiëntenzorg: rol van tandarts en huisarts

Vaker dan menig tandarts zich realiseert, wordt een huisarts geconfronteerd met een probleem op het gebied van oral medicine, terwijl hij of zij geen specifieke opleiding op dit gebied heeft genoten (Boeke, 2004; Boeke et al, 2004). Het aantal uren, zowel theoretisch als praktisch, dat aan oral medicine is gewijd binnen het curriculum geneeskunde is erg beperkt, ondanks het gegeven dat veel patiënten met mondaandoeningen zich in eerste instantie juist tot een huisarts wenden. Het aantal uren oral medicine-onderwijs dat de huisarts heeft genoten staat bovendien in sterke tegenstelling tot de curricula tandheelkunde in Nederland, waar vele uren worden gewijd aan onderwijs in oral medicine, meestal verspreid over diverse disciplines en niet benoemd als oral medicine.

Inmiddels is conform de aanbevelingen in de notitie 'Innovatie in de mondzorg' van de commissie Linschoten de beslissing genomen een 6-jarige opleiding tot mondarts te starten (Commissie Innovatie Mondzorg, 2006). Dege- nen die deze 'nieuwe' richting binnen de tandheelkunde

gaan volgen, zullen meer dan de huidige tandarts worden geschoold in oral medicine. In de notitie wordt er namelijk melding van gemaakt dat het vak medische wetenschappen wordt verzwakt om meer aandacht te kunnen besteden aan onder andere oral medicine, medische diagnostiek en risicogroepen. De mondarts zal werkzaam zijn in de eerstelijnsgezondheidszorg; dus niet als specialist, maar met een sterk verwijzende taak naar andere beroepsbeoefenaars in het mondzorgteam of de aanpalende specialismen zoals mondziekten, kaak- en aangezichts chirurgie en orthodontie. Hoewel de mondarts betrokken zal zijn bij gecompliceerde behandelingen, worden zijn taken duidelijk afgebakend ten opzichte van de specialismen orthodontie en mondziekten, kaak- en aangezichts chirurgie.

Zowel op dit moment als wanneer de nieuwe functie van mondarts is geëffectueerd, kan het merendeel van de aandoeningen die onder oral medicine vallen, worden gediagnosticeerd en vaak ook worden behandeld door de tandarts-algemeen practicus, de mondarts of de huisarts. Dit is ook de situatie zoals deze geldt voor de behandeling van veel voorkomende mondziekten. Alleen voor de moeilijk te diagnosticeren of te behandelen aandoeningen wordt in de Nederlandse situatie gewoonlijk door tandartsen een beroep gedaan op de specialist mondziekten, kaak- en aangezichts chirurgie, terwijl huisartsen patiënten ook verwijzen naar een kno-arts of een dermatoloog. Deze medische specialisten hebben, in tegenstelling tot de specialist mondziekten, kaak- en aangezichts chirurgie, vaak een



Afb. 2. Neveneffecten van behandeling van tumoren in het hoofd-halsgebied.

a. Mucositis ten gevolge van het gebruik van chemotherapeutica. Inmiddels is een groot aantal preventieve maatregelen voorgesteld die helaas nog weinig effect sorteren. Nader onderzoek is noodzakelijk (Stokman et al, 2006).

b. Ver voortgeschreden stadium van xerostomiegerelateerde cariës. De aantasting van de gebitselementen komt vooral tot uiting in de incisale en cervicale regio's; gebieden die bij de gezonde mens relatief cariësresistent zijn. Dergelijke aantasting wordt vooral gezien bij bestralingspatiënten en bij patiënten met een voortgeschreden stadium van het syndroom van Sjögren (bij ontoereikende mondhygiëne en/of fluorideprofylaxe).

minder algemene scholing genoten in aandoeningen die behoren tot oral medicine.

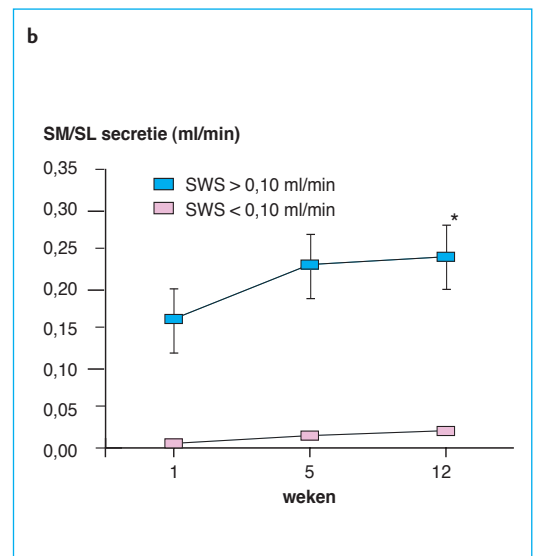
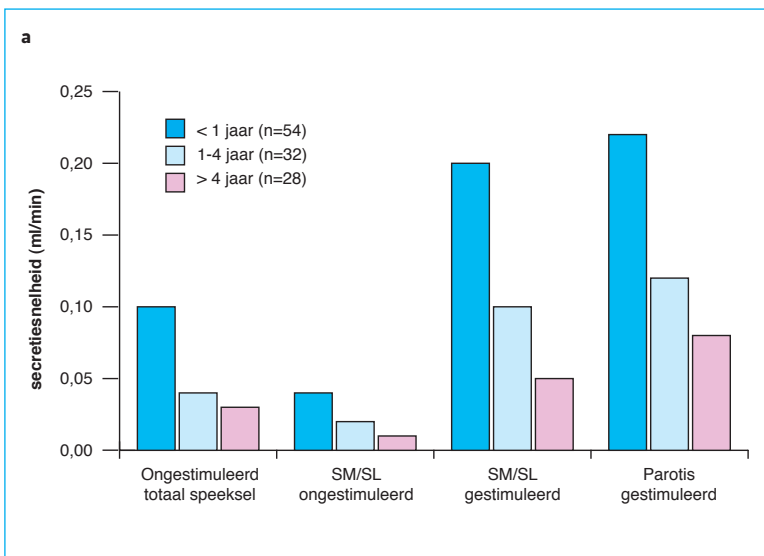
Zoals gesteld, worden de moeilijke gevallen van mondziekten vooral door de specialist in de mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie behandeld. De kwalificatie mondziekten kan hierbij als een verwijzing naar oral medicine worden gezien. Op zich is er in Nederland geen behoefte aan uitsluitend op het gebied van oral medicine opgeleide specialisten, wanneer tenminste binnen de opleiding tot specialist in de

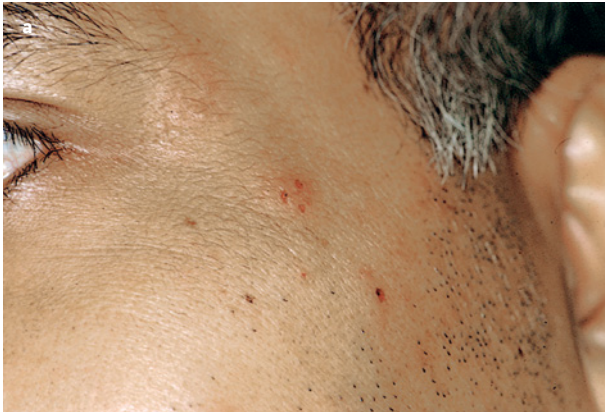
mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie voldoende aandacht aan dit vakgebied wordt besteed. Wel bestaat er behoefte aan een kleine groep specialisten die zich in het bijzonder op het gebied van de mondziekten heeft bekwaamd, zodat ook voor patiënten met 'zeldzame' of 'moeilijk' te behandelen mondziekten 'experts' beschikbaar zijn voor een tweede mening of eventueel een overname van de behandeling. Deze zogenaamde topreferente zorg is momenteel vooral aanwezig binnen enkele universitaire medische centra.

Afb. 3. Enige karakteristieken van de orale component van het syndroom van Sjögren en mogelijkheden tot interventie hiervan.

a. Secretie van ongestimuleerd totaal speeksel, ongestimuleerd en citroenzuurgestimuleerde submandibularis/sublingualis speeksel (SM/SL) en citroenzuurgestimuleerde parotisspeeksel gerelateerd aan de ziekteduur in patiënten met het syndroom van Sjögren (Pijpe et al, 2003). Uit deze gegevens komt naar voren dat patiënten met een relatief korte ziekteduur (hier gedefinieerd als de tijdsduur dat de patiënten subjectief klachten hadden ervaren) een betere klierfunctie hebben. Dit gegeven is van belang voor het te verwachten effect van een interventie therapie (zie b).

b. In patiënten met het syndroom van Sjögren met nog enige resterende speekselklierfunctie (SWS: gestimuleerd totaal speeksel) > 0,1 ml/min leidt interventie therapie met anti-CD20 (rituximab) tot verbetering van de functie van vooral de secretie van glandulae submandibulares/sublinguales (SM/SL)-speeksel, terwijl bij patiënten bij wie de speekselklierfunctie al tot een minimum is gedaald, een dergelijke therapie geen effect sorteert (Pijpe et al, 2005b). Patiënten met nog enige resterende functie van de speekselklieren zijn vaak patiënten met een relatief korte ziekteduur (zie a).





Afb. 4. Herpeszosterinfectie in het verzorgingsgebied van de eerste en derde tak van de nervus trigeminus. Vooral als de afwijking zich (nog) niet volledig heeft ontwikkeld, is de 'bandvormigheid' van de afwijking niet altijd goed te herkennen.

a. Herpeszosterinfectie in het verzorgingsgebied van de eerste tak. b. Herpeszosterinfectie in het verzorgingsgebied van de derde tak.

Onderzoek

Op het gebied van de mondziekten wordt vooral door de afdelingen Mondziekten en Kaakchirurgie van de Vrije Universiteit (ACTA/VUmc) en het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) onderzoek verricht. In Amsterdam richt het onderzoek zich primair op de vroegtijdige diagnostiek van carcinomen in en rond de mondholte, op de etiologie, de pathologie, de progressie en de therapie van leukoplakie en lichen planus (afb. 1), en op ontstekingen en ontstekingsgerelateerde afwijkingen van de orale en periorale weefsels, inclusief het kaakbot en de lymfeklieren in de hals. In Groningen beweegt het onderzoek zich vooral op het grensvlak van basaal en klinisch wetenschappelijk onderzoek. Het onderzoek concentreert zich hierbij op het mechanisme en de preventie van bijwerkingen van oncologische behandeling en op de aan auto-immuunziekten gerelateerde afwijkingen op het niveau van de slijmvliezen, het parodontium en de speekselklieren (afb. 2 en 3). Ook binnen de andere universitaire medische centra en (vooral de grotere) perifere klinieken wordt onderzoek verricht op het gebied van oral medicatie, maar dit onderzoeksveld is minder structureel van aard.

Voorbeelden uit de praktijk

Casus 1

Een 43-jarige vrouw werd verwezen in verband met een zwelling met een diameter van 2 cm op het palatum durum. Er waren 10 jaar eerder 2 vergrote lymfeklieren uit de hals verwijderd met als histopathologische diagnose benigne lymfo-epitheliale laesies. De mond voelde erg droog aan en de patiënt was sterk vermoeid. De patiënte gebruikte geen medicatie. Er werd een biopsie van de zwelling uit het palatum genomen. Aan de hand van deze biopsie werd de diagnose 'mucosa associated lymphoid tissue' (MALT-) lymfoom gesteld. Vanwege deze diagnose werden ook de 10 jaar daarvoor genomen biopsies gerevisieerd en ook aan de hand van deze biopsies werd de diagnose MALT-lymfoom gesteld.

Onderzoek naar de mogelijke diagnose syndroom van Sjögren, een afwijking waarbij relatief frequent (circa 40 maal zo vaak als in een gezonde populatie) MALT- en non-hodgkinlymfomen worden waargenomen, toonde een verminderde functie van de speekselklieren. De ongestimuleerde secretie van totaalspeeksel bedroeg 0,06 ml/min, de gestimuleerde secretie 0,27 ml/min (normaalwaarden: ongestimuleerd 0,25-0,50 ml/min, gestimuleerd 0,75-2,0 ml/min). Ook de traanfunctie was sterk verminderd, met voor het linker- en rechteroog een Schirmer-testwaarde van 0/0 mm/5 min en een Bengaals-rood-score van 7/7. Tevens werden autoantilichamen in het serum aangetoond (anti-SS-A, anti-SS-B) (SS = syndroom van Sjögren). Een incisiebiopt van de rechter glandula parotidea, dat werd genomen om de diagnose syndroom van Sjögren te bevestigen, toonde de aanwezigheid van lymfo-epitheliale laesies passend bij dit syndroom. Daarnaast werd ook een MALT-lymfoom in het parotisweefsel waargenomen. Hiermee voldeed de patiënt aan de criteria voor de diagnose primair syndroom van Sjögren.

Patiënte werd behandeld met intraveneuze toediening van rituximab, 375 mg/m², eens per week gedurende 4 weken, zonder toevoeging van doses corticosteroiden of andere immunosuppressieve medicatie. Ernstige bijwerkingen werden niet gezien.

De aanwezigheid van MALT en de ziekteactiviteit van het syndroom van Sjögren werden 3 (inzake MALT, syndroom van Sjögren) en 6 (inzake syndroom van Sjögren) maanden na behandeling met rituximab onderzocht. Complete remissie van het MALT-lymfoom werd gezien. Objectieve speekselklierfunctietesten toonden een verbetering van de gestimuleerde speekselsecretie en de objectieve oogtesten toonden enige verbetering van de traansecretie. Ook subjectief gezien had de patiënt minder klachten, vooral het droogheidsgevoel en de vermoeidheidsklachten waren verminderd (Pijpe et al, 2005a).



Afb. 5. Osteonecrose van het kaakbot gerelateerd aan intraveneuze toediening van bisfosfonaten bij de ziekte van Kahler. Bisfosfonaten werden toegediend in verband met de hypercalciëmie die kan optreden bij deze aandoening.

Casus 2

Een 43-jarige man werd in de avonddienst verwezen door de huisarts in verband met heftige pijnklachten in het gelaat aan de linkerzijde. Hij had sinds 2 weken toenemende pijnklachten die in eerste instantie werden geduid als kiespijn. Naar aanleiding van zijn klachten had de man zijn tandarts geconsulteerd die geen odontogene oorzaak had kunnen vinden en hem paracetamol als pijnstiller had voorgeschreven. De eerste dagen had dit enige verlichting van de pijn gegeven, maar na een paar dagen was de pijn echter weer toegenomen. Vooral aan het eind van de dag nam nu de pijn extreme vormen aan. In verband met de heftigheid van de klachten verzocht de huisarts een spoedconsult.

Bij onderzoek bleken de pijnklachten van patiënt, die verder goed gezond was, niet opwekbaar. De klachten werden waargenomen in het gehele gelaat aan de linkerzijde. Wel waren de musculus masseter en de glandula parotidea links gering gezwollen. Er waren geen palpabele lymfeklieren. De mondopening was enigszins pijngeremd, met een maximale mondopening van 23 mm, terwijl die normaal ongeveer 45 mm is. Aan het gebit werden, behoudens diverse slijffacetten, geen afwijkingen vastgesteld. De werkd Diagnose was een mogelijke myositis van de musculus masseter als gevolg van overbelasting door bruxisme, dan wel een zich ontwikkelende parotitis. Voor een parotitis ontbraken de typische ontstekingsverschijnselen, zoals koorts en malaise. Gestart werd met een zogenaamde 'non-steroid anti-inflammatoire drug' (NSAID als pijnstiller; revisie werd voor 2 dagen later afgesproken. De pijnmedicatie gaf enige verlichting, echter niet afdoende. Tevens werd een toename van de zwelling van de glandula parotidea gezien en bestond enige roodheid van de huid in de regio van de linker glandula parotidea. Onder de werkd Diagnose parotitis werd gestart met een antibioticumkuur van 3 maal daags 500 mg amoxicilline.

De patiënt kwam 2 dagen later voor controle. Hij voelde zich ziek, had koorts (38,5 °C) en bleek vesikels (blaasjes) te ontwikkelen op de wang, de slaapstreek en de onderlip

(afb. 4). Er was een forse pijntoename. De ingestelde pijnmedicatie sorteerde onvoldoende effect. De werkd Diagnose werd bijgesteld. Het klinische beeld was dat van een herpes zoster (gordelroos) van alle 3 de takken van de nervus trigeminus. Er werd vocht uit de vesikels genomen voor virusisolatie en direct microscopisch onderzoek. Tevens werd serologisch onderzoek uitgevoerd, in het bijzonder gericht op het bepalen van de titer voor antilichamen tegen het varicellazostervirus. Enkele uren later kon op basis van direct microscopisch virologisch onderzoek de definitieve diagnose herpes zoster worden gesteld.

De amoxicilline werd gestaakt en het volgende behandelplan werd gestart: toediening van prednisolon 40 mg gedurende 7 dagen (daarna afbouwschema) ter voorkoming van een mogelijke postherpetische pijn en toediening van het antivirale middel aciclovir, 800 mg 5 maal daags. De volgende dag bleek de pijn sterk afgenomen, met een toename van het aantal vesikels. Na 10 dagen waren de vesikels goed ingedroogd. Een tweede serologisch monster werd genomen ten behoeve van de bepaling van de mate van titerstijging. Deze titer van het varicellazostervirus bleek 5-voudig te zijn verhoogd, hetgeen bewijs was voor een doorgemaakte herpeszosterinfectie. Na 3 weken waren alle klachten verdwenen, in het bijzonder waren er geen postherpetische pijnklachten (geen postherpetische neuralgie).

Casus 3

Een 69-jarige patiënt, bekend met een multipel myeloom, presenteerde zich met pijnklachten en een blootliggend stuk kaakbot, 6 maanden na verwijdering van zijn ondertanden (afb. 5). De patiënt werd sinds 2 jaar maandelijks behandeld met intraveneuze injecties met zoledroninezuur (4 mg), een bisfosfonaat. De diagnose osteonecrose op basis van het gebruik van bisfosfonaten werd gesteld.

Behandeling van een aan intraveneus bisfosfonaatgebruik gerelateerde osteonecrose, een afwijking die bij 4 tot 10% van patiënten ontstaat, stelt de behandelaar voor een groot probleem, aangezien de afwijking vaak sterk therapieresistent is vanwege de vrijwel afwezige activiteit van osteoclasten. Op kaakchirurgisch terrein bestaat de behandeling uit het spaarzaam verwijderen van het necrotische bot, het afronden van scherpe botranden, het gebruik van een desinfecterend mondspoelmiddel en zo nodig een antibioticum. Deze behandeling werd bij deze patiënt ingesteld en leek aanvankelijk succesvol. Door wondcontractie ontstond echter opnieuw blootliggend kaakbot. Dergelijk blootliggend bot moet, indien mogelijk, worden bedekt door slijmvlies. Bij deze patiënt werden hiertoe gesteelde mucosalappen toegepast. Hierop genas het defect.

Gezien het hoge risico van het ontwikkelen van osteonecrose bij patiënten die (langdurig) bisfosfonaten gebruiken, lijkt het raadzaam deze patiënten voorafgaand aan de behandeling hiermee te onderwerpen aan een odontogeen focusonderzoek. Een ontstekingsbron in parodontium, gebitselementen of kaakbot kan dan tijdig worden verwij-

derd, dat wil zeggen op een moment dat het bot nog de normale genezingscapaciteit heeft (Schortinghuis et al, 2006).

Casus 4

Een 32-jarige vrouw werd verwezen in verband met onbegrepen zwellingen van haar parotiden. Sinds enkele weken had zij enkelzijdig een gezwollen glandula parotidea, vooral 's ochtends bij het ontwaken maar soms ook in de loop van de dag. Meestal trad de zwelling links op, maar soms was juist de rechter speekselklier gezwollen. De zwelling verdween meestal binnen een uur, was niet pijnlijk en ontstond niet voor of tijdens de maaltijden.

Bij klinisch onderzoek op het moment van zwelling van de glandula parotidea (tijdens het polikliniekbezoek had de patiënt toevallig een zwelling) werd een diffuse, niet-palpatiepijnlijke zwelling van de linker glandula parotidea gezien. Na stimulatie met citroenzuur werd uit zowel de linker als de rechter speekselklier een heldere afvoer van speeksel gezien. Speekselklierfunctieonderzoek van beide parotiden werd verricht door het verzamelen van parotisspeeksel met zogenaamde 'Lashley cups': dubbelkamerige cupjes die over de uitvoergang van de glandula parotidea in de wang worden geplaatst. Op de buitenste circulaire kamer wordt een onderdruk gezet waardoor het cupje zich hecht aan de wangmucosa. Vervolgens hoopt het speeksel zich op in de binnenste kamer van waaruit het via een met het cupje verbonden slangetje kan worden opgevangen. Het speekselklierfunctieonderzoek toonde een gering verlaagde gestimuleerde secretie van parotisspeeksel. Analyse van het verzamelde speeksel toonde een normale samenstelling, behoudens een lage natriumconcentratie. Sialografisch onderzoek toonde een gering vergrote speekselklier met dunne afvoergangen, een beeld dat kan passen bij een metabole of cardiovasculaire systemische aandoening. Sialectasieën, die vooral bij ontstekingen worden gezien, werden niet waargenomen.

Aangezien het klachtenpatroon en het klinische beeld beter pasten bij een cardiovasculaire dan bij een metabole aandoening (waarbij meestal sprake is van weken- tot maandenlang aanhoudende pijnloze zwellingen van beide parotiden), werd bij de patiënt een lichamenlijk onderzoek gericht op cardiovasculaire aandoeningen. Hierbij werd een tensie van 95/150 over beide armen gemeten, een beeld dat kan passen bij het zogenaamde natriumretentiesyndroom. De huisarts werd gevraagd de bloeddruk nog een aantal malen te meten en als deze bij herhaalde metingen te hoog bleek te zijn, te reguleren. Hierop verdwenen de recidiverende zwellingen van de parotiden.

Toekomst

In Nederland is op het gebied van de mondziekten een traditie opgebouwd waarin het wetenschappelijk onderzoek een prominente plaats heeft (IOT, 2005). Veel van het onderzoek met betrekking tot oral medicine heeft directe implicaties voor de patiëntenzorg. Deze implicaties blijken

onder meer uit tal van publicaties die de laatste jaren aan de basis hebben gestaan van of hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van, ook internationaal gerespecteerde, 'standaard'-behandelprotocollen. Dit betreft in het bijzonder protocollen voor de behandeling van patiënten met een aandoening in het hoofd-halsgebied, variërend van auto-immuunaandoeningen tot de preventie en behandeling van de neveneffecten van bestralingsbehandeling en chemotherapie.

Met betrekking tot de patiëntenzorg zou het aantal klinieken waarin topreferente zorg op het gebied van de mondziekten wordt verzorgd moeten toenemen, waarbij een betere landelijke spreiding moet worden nagestreefd. De topreferente zorg zou het beste kunnen worden ondergebracht bij de universitaire medische centra en de grotere perifere kaakchirurgische centra. Om optimale zorg te kunnen garanderen is immers intensieve samenwerking noodzakelijk met klinische immunologie, reumatologie, oncologie, hematologie, oogheelkunde, dermatologie en pathologie. Vooral de grotere centra kunnen voorzien in al deze (deel)specialismen. Bij voorkeur worden gezamenlijke spreekuren gehouden óf worden de spreekuren van de diverse afdelingen op elkaar afgestemd. In het laatste geval kan de patiënt met een complexe problematiek, bijvoorbeeld op het gebied van de systeemziekten, binnen hetzelfde dagdeel door meerdere specialisten worden gezien.

Epiloog

Oral medicine is een vakgebied dat steeds meer opgang zal maken, gezien de vergrijzing van de Nederlandse bevolking en de grote toevloed van allochtonen. Steeds vaker zullen de tandarts-algemeen practicus en de huisarts worden geconfronteerd met voor hen onbekende of moeilijk te behandelen aandoeningen van de weefsels in en om de mond, zowel aandoeningen die primair hun oorsprong vinden in de orale weefsels als van aandoeningen die een uiting zijn van (niet-alledaagse) algemene ziekten en/of medicijngebruik. Binnen de curricula tandheelkunde en geneeskunde en het postacademisch onderwijs op beide gebieden dient hier de komende decennia in toenemende mate aandacht aan te worden geschonken. Verder is het goed denkbaar dat, gezien de veranderingen in de samenstelling van de Nederlandse bevolking, het beroep dat de eerstelijnsgezondheidszorg op de kaakchirurgische professie zal doen in de toekomst, toeneemt. Dit noodzaakt ook tot het onderhouden van een gedegen opleiding en nascholing van de specialist mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie in oral medicine.

Literatuur

- > Boeke J. Het is onduidelijk wat je als huisarts met de mond aan moet. *Ned Tandartsenbl* 2004; 59: 24-27.
- > Boeke J, Windt D van der, Deconinck S, Waal I van der. Is de mond de huisarts een zorg? *Huisarts en Wetenschap* 2004; 47: 136-141.
- > *Interuniversitaire Onderzoekschool Tandheelkunde (IOT)*. Evaluation of dental research in the Netherlands: self-analysis over the years 2001-2003, perspectives and expectations: report by the Netherlands Institute for Dental Sciences (Interuniversitaire Onderzoekschool Tandheelkunde, IOT): Academic Centre for Dentistry Amsterdam, UMC Nijmegen, UMC Utrecht, Rijksuniversiteit Groningen. Amsterdam: IOT, 2005.
- > *Commissie innovatie mondzorg*. Innovatie in de mondzorg. Leiden: Instituut voor onderzoek, 2006.
- > Pijpe J, Imhoff GW van, Vissink A, et al. Changes in salivary gland immunohistology and function after rituximab monotherapy in a patient with Sjögren's syndrome and associated MALT lymphoma. *Ann Rheum Dis* 2005a; 64: 958-960.
- > Pijpe J, Imhoff GW van, Spijkervet FKL, et al. Rituximab treatment in patients with primary Sjögren's syndrome: an open-label phase II study. *Arthritis Rheum* 2005b; 52: 2740-2750.
- > Schortinghuis J, Visscher JGAM de, Spijkervet FKL, Witjes MJH. Osteonecrose van het kaakbot: een bijwerking van behandeling met bisfosfonaten. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006 (geaccepteerd).
- > Stokman MA, Spijkervet FKL, Boezen HM, Schouten JB, Roodenburg JLN, Vries EGE de. Preventive intervention possibilities in radiotherapy and chemotherapy induced oral mucositis: results of meta-analyses. *J Dent Res* 2006; 85: 690-700.
- > Vissink A, Spijkervet FKL, Waal I van der. Oral medicine in Nederland. In: Baat C de, Braem MJA, Brands WG et al. (red): *Het tandheelkundig jaar 2004*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2003.
- > Waal I van der, Spijkervet FKL, Vissink A. Oral medicine. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2001; 108: 210-212.

Summary

Oral and maxillofacial surgery and oral medicine

The field of oral and maxillofacial surgery has greatly evolved during the last five decades. In the Netherlands, oral medicine is covered by the specialist in oral and maxillofacial surgery. Related to the increase in the ageing of the population, it is expected that both the dentist and the family dentist will more and more be faced by patients with less usual oral disorders, either as a sign of a local disease or as a sign of a general (systemic) disease. Regarding research, there is a trend of a shift from therapeutic towards innovative research. Therapeutic research is mainly aimed at treating symptoms, whereas innovative research tries to increase insight in development of a disorder or to prevent the development of that disorder or to reduce its progression.

Bron

A. Vissink¹, F.K.L. Spijkervet¹, I. van der Waal²
Uit ¹de afdeling Kaakchirurgie van het Universitair Medisch Centrum Groningen en ²de afdeling Mondziekten en Kaakchirurgie/Orale Pathologie van het Vrije Universiteit medisch centrum in Amsterdam/ Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA)
Datum van acceptatie: 4 augustus 2006
Adres: prof. dr. A. Vissink, UMC Groningen, postbus 30.001, 9700 RB Groningen
a.vissink@kchir.umcg.nl