

Editoriaal

Dit najaar resten ons nog 2 activiteiten: de herhalingscursus CPR en een dagje Monty Duggal, gekend door velen onder u en steeds wel gedocumenteerd en informatief.

Over de noodzaak van praktische herhaling CPR leest u verder een artikel waarbij ook de meerwaarde van het uitvoeren van de verscheidene stappen op poppen duidelijk wordt, dit ten opzichte van de huidige virtuele realiteit hype.

Ons programma van volgend jaar is op enkele data na ook volledig uitgewerkt. Ons team heeft terug een aantal verrassende onderwerpen geprogrammeerd, maar ook de noodzakelijke

radioprotectie cursus. Deze laatste zal doorgaan in het voorjaar.

In deze nieuwsbrief vindt u een verwijzing naar dentalinfo. Dit Nederlands initiatief wil ook Vlaanderen voorzien van informatie via de mailbox. Elke valabele informatie is, denken we, steeds welkom voor een gedreven practicus. Het verkennen waard?

Ik wil ook nogmaals wijzen op de noodzaak om het antibioticagebruik in de tandheelkunde te beperken. U kan de praktische richtlijnen hieromtrent nogmaals terugvinden in deze nieuwsbrief.

Eric Vandennoostende



Richtlijn voor het rationeel voorschrijven van antibiotica in de tandartspraktijk



STEEKKAART
TANDARTSEN

BAPCOC
Belgian Antibiotic Policy Coordination Commission



Zoals u hieronder kan lezen, levert de KCE-richtlijn het wetenschappelijk bewijs dat bij een infectie in de mond – net zoals elders in het lichaam – de oorsprong van de infectie eerst moet aangepakt worden ('source control').

In de meeste gevallen zal een tandheelkundige behandeling de meest effectieve bestrijding van de infectie zijn.

Het voorschrijven van antibiotica is zelden aangewezen.

Meer gedetailleerde informatie over het tot stand komen van de klinische aanbevelingen, de details van het bewijs en de kritische analyse waarop ze werden gebaseerd, zijn te vinden in [het KCE Rapport 332B](#).

1. Symptomatische irreversibele pulpitis in het melkgebit

Aangezien **antibiotica geen voordeel bieden** bij pulpitis in het definitieve gebit, worden ze ook niet aanbevolen bij irreversibele pulpitis in het melkgebit.

2. Odontogeen abces in het melkgebit

Omwille van het ontbreken van enig wetenschappelijk bewijs, worden **antibiotica niet aanbevolen** bij kinderen met een odontogeen abces in het melkgebit wanneer er geen tekenen zijn van lokale uitbreiding of systemische tekenen van infectie (bv. cellulitis in het gezicht, lymfadenopathie, koorts, malaise). Indien deze tekenen wel aanwezig zijn, kunnen antibiotica worden overwogen om de verdere systemische spreiding van pathogenen te voorkomen.

Antimicrobiële behandeling:

- Amoxicilline 75 - 100 mg/kg lichaamsgewicht*/dag, verdeeld over 3 doses gedurende 5 dagen
- Bij niet-IgE-gemedieerde penicilline-allergie: cefuroximaxetil (een oraal cefalosporine van de tweede generatie) 30-50 mg/kg lichaamsgewicht/dag, in 3 doses gedurende 5 dagen
- Bij IgE-gemedieerde penicilline-allergie: azitromycine 10 mg/kg lichaamsgewicht/dag, in 1 dosis, gedurende 3 dagen

*Het is het beste om over te schakelen op de doseringsschema's voor volwassenen wanneer de eenmalige of dagdosis voor volwassenen wordt overschreden.

3. Symptomatische irreversibele pulpitis in het definitieve gebit

Antibiotica worden niet aanbevolen bij patiënten met irreversibele pulpitis in een definitieve tand in afwachting van een tandheelkundige behandeling.

4. Symptomatische apicale parodontitis en acuut apicaal abces in het definitieve gebit

Antibiotica worden niet aanbevolen bij patiënten met symptomatische apicale parodontitis of acuut apicaal abces die hiervoor een tandheelkundige behandeling krijgen.

Patiënten met symptomatische apicale parodontitis of een acuut apicaal abces zonder tekenen van lokale uitbreiding of systemische tekenen van infectie (bv. cellulitis in het gezicht, lymfadenopathie, koorts, malaise) moeten zo snel mogelijk een tandheelkundige behandeling krijgen.

Op dit moment is er geen wetenschappelijk bewijs voor de toegevoegde waarde van systemische antibiotica in de tussentijd.

Om de verdere systemische verspreiding van pathogenen te voorkomen, kunnen antibiotica worden overwogen bij patiënten met een apicaal abces met tekenen van lokale uitbreiding of systemische tekenen van infectie (bv. cellulitis in het gezicht, lymfadenopathie, koorts, malaise).

Het gebruik van antibiotica zonder een degelijke tandheelkundige behandeling moet zeker worden vermeden.

Antimicrobiële behandeling:

- Amoxicilline 500 mg, 3x/dag gedurende 3 tot 7 dagen
- Bij penicilline-allergie*: azitromycine 500 mg, 1x/dag gedurende 3 dagen of claritromycine 500 mg, 2x/dag gedurende 3 tot 7 dagen

*In geval van penicilline-allergie kunnen de macroliden azitromycine of claritromycine best worden overwogen gezien macroliden minder geassocieerd zijn met *Clostridioides difficile* infectie dan clindamycine.

5. Terugplaatsen van definitieve tanden na avulsie

Systemische antibiotica worden niet aanbevolen bij het terugplaatsen van een definitieve tand na avulsie.

6. Niet-chirurgische behandeling van agressieve parodontitis

Bij de niet-chirurgische behandeling van agressieve parodontitis kunnen systemische antibiotica worden overwogen. **Het gebruik van antibiotica zonder een degelijke parodontale behandeling moet zeker worden vermeden.**

Antimicrobiële behandeling:

- Combinatie van amoxicilline 500 mg en metronidazol 500 mg, 3x/dag gedurende 3 tot 7 dagen
- Bij penicilline-allergie: metronidazol 500 mg, 3x/dag gedurende 3 tot 7 dagen

7. Parodontaal abces in het definitieve gebit

Antibiotica worden niet aanbevolen bij patiënten met een parodontaal abces of met pericoronitis zonder tekenen van lokale uitbreiding of systemische tekenen van infectie (bv. cellulitis in het gezicht, lymfadenopathie, koorts, malaise). Ook na een adequate parodontale behandeling worden antibiotica niet aanbevolen.

In het zeldzame geval van een parodontaal abces met tekenen van lokale uitbreiding of systemische tekenen van infectie (bv. cellulitis in het gezicht, lymfadenopathie, koorts, malaise), kunnen antibiotica worden overwogen.

Om verdere systemische verspreiding van pathogenen te voorkomen, kunnen antibiotica worden overwogen bij patiënten met pericoronitis en tekenen van lokale uitbreiding of systemische tekenen van infectie (bv. cellulitis in het gezicht, lymfadenopathie, trismus, slikproblemen, koorts, malaise).

Antimicrobiële behandeling:

- Amoxicilline 500 mg, 3x/dag gedurende 3 tot 7 dagen
- In geval van penicilline allergie: azithromycine 500 mg, 1x/dag gedurende 3 dagen, of clarithromycine 500 mg, 2x/dag gedurende 3 tot 7 dagen

De toediening van antibiotica zonder een degelijke tandheelkundige behandeling (bv. supra- en subgingivale reiniging onder lokale anesthesie) moet worden vermeden, tenzij dat niet mogelijk is door trismus.

8. Plaatsen van tandheelkundige implantaten

Om het falen van implantaten kort na plaatsen te vermijden, moeten preoperatieve antibiotica worden overwogen.

Antimicrobiële behandeling:

- Preoperatieve antibiotica: één dosis van 2 gram amoxicilline 1 uur vóór de ingreep
- Bij penicilline-allergie: één dosis van 600 mg clindamycine* 1 uur vóór de ingreep

*Het risico op infectie met *Clostridioides difficile* na één enkele dosis is beperkt.

9. Extractie van definitieve tanden

Het profylactisch toedienen van **antibiotica** bij de extractie van een definitieve tand wordt **niet aanbevolen**.

10. Antibiotische profylaxe bij patiënten met gewrichtsimplantaten bij tandheelkundige behandelingen

Het profylactisch nemen van **antibiotica** door patiënten met een gewrichtsimplantaat vóór een tandheelkundige behandeling, wordt **niet aanbevolen**.

11. Antibiotische profylaxe bij patiënten met een (hoog) risico op infectieuze endocarditis bij tandheelkundige behandelingen

Profylactische antibiotica kunnen worden overwogen bij patiënten met een hoog risico op infectieuze endocarditis die invasieve tandheelkundige ingrepen* ondergaan.

De volgende patiënten worden geacht een hoog risico op infectieuze endocarditis te hebben:

- Patiënten met een protheseklep of met prothetisch materiaal dat werd gebruikt voor het herstellen van een hartklep;
- Patiënten met een voorgeschiedenis van infectieuze endocarditis;
- Patiënten met een aangeboren hartaandoening:
 - Cyanotische aangeboren hartziekte, zonder chirurgische interventie, of met restdefecten, palliatieve shunts of leidingen;
 - Aangeboren hartaandoening die volledig werd hersteld met prothetisch materiaal, chirurgisch of percutaan ingebracht, tot 6 maanden na de procedure;
 - Wanneer er een defect blijft bestaan op de plaats van inbrengen van prothetisch materiaal of van een toestel, dat door middel van hartchirurgie of een percutane techniek werd geplaatst.

*Invasieve tandheelkundige ingrepen zijn ingrepen waarbij de gingiva of de periapicale regio van tanden worden gemanipuleerd of waarbij de mucosa wordt geperforeerd (inclusief professionele gebitsreiniging en wortelkanaal-behandeling).

Antibiotische profylaxe wordt volgens de European Society for Cardiology (ESC) niet aanbevolen voor lokale anesthesie ter hoogte van zones die niet geïnfecteerd zijn, de behandeling van oppervlakkige cariës, de verwijdering van hechtingen, het nemen van intra-orale röntgenfoto's, het plaatsen of aanpassen van uitneembare prothesen en orthodontische apparatuur, of het loskomen van melk-tanden, noch bij trauma aan lippen of mondslijmvlies. Profylactische antibiotica zijn verder niet aangewezen bij patiënten met een harttransplantaat met kleplijden, bij patiënten die een bypassoperatie ondergingen, noch bij patiënten met coronaire stents.

Antimicrobiële behandeling:

- Een dosis van 2 g amoxicilline of ampicilline 30 tot 60 minuten vóór de tandheelkundige behandeling
- Bij penicilline-allergie: 600 mg clindamycine* 30 tot 60 minuten vóór de tandheelkundige behandeling

Bij kinderen:

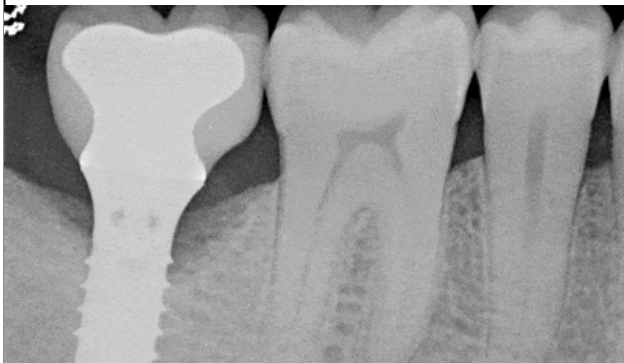
- Een dosis van 50 mg/kg lichaamsgewicht amoxicilline of ampicilline 30 tot 60 minuten vóór de tandheelkundige behandeling
- Bij penicilline-allergie: 20 mg/kg lichaamsgewicht clindamycine* 30 tot 60 minuten vóór de tandheelkundige ingreep

*Het risico op infectie met *Clostridioides difficile* na één enkele dosis is zeer klein.

dentalinfo.be is een platform met website en e-mailnieuwsbrief voor Vlaamse en Nederlandse mondzorgprofessionals over alle aspecten van de praktijk voor het hele tandheelkundig team. Zo blijft u op de hoogte van de ontwikkelingen in de mondzorg.

Hieronder vindt u enkele artikels van deze website. Voor het volledige artikel, enkel op de titel klikken. Registreer u om op de hoogte te blijven: [Aanmelden dentalinfo nieuwsbrief](#), zo krijgt u een meer Vlaams gerichte info.

De behandeling van peri-implantitis: wat is er nieuw?



Peri-implantitis is een relatief nieuw probleem, omdat er nog niet zo lang implantaten zijn. Pas sinds de jaren 80 verschenen de eerste artikelen over peri-implantitis.

Een gezonde huid onder je mondmasker: 9 tips voor mondzorgprofessionals



Mondneusmaskers zijn sinds de coronapandemie nog noodzakelijker geworden voor mondzorgprofessionals. Maar het langdurig dragen van een masker kan slecht zijn voor je huid. Daarom moet je goed voor je huid blijven zorgen.



CPR: opfrissen blijft noodzakelijk

zaterdag 15 oktober 2022

Sprekers

Prof. Dr. Marc Coppens (UGent)

Prof. Dr. Björn Heyse (UGent)

Dr. Annemie Bauters (UGent)

Rode Bol Gent

accréditering DG 1 AE 20

[INSCHRIJVEN](#)

De tandarts kan in de dagelijkse praktijk plots geconfronteerd worden met medische urgenties. De publieke opinie is van mening dat de tandarts in staat moet zijn om dit tijdig te herkennen, eerste hulp te bieden en reanimatie te starten indien nodig. In de tandheelkundige literatuur verschijnen meer en meer artikels over het belang van simulatietraining in medische urgenties: de patiënt met hartklachten, de anafylactische shock, astma aanval, herseninfarct of 'stroke',... Er wordt steeds meer de nadruk gelegd op het voorkomen van hartstilstand door een systematische benadering van de acuut zieke patiënt via het ABCDE protocol (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure).

In deze cursus wordt dieper ingegaan op de aard en incidentie van medische urgenties in de tandartspraktijk, systematische benadering en de eerste hulp die de tandarts hier kan bieden. We tonen u waar je relevante digitale informatie vindt over reanimatie en tonen enkele educatieve video's. De nadruk verschuift naar praktijkgericht aanleren van technieken van eerste hulp en reanimatie aan de hand van de meest recente richtlijnen hieromtrent. In kleine groepjes en onder leiding van ervaren instructeurs krijgt de cursist ruimschoots de gelegenheid om te oefenen. Senior experts staan ter beschikking om vragen te beantwoorden, ervaringen uit te wisselen of op een aantal items dieper in te gaan.



Tandartsen tekort, hoe nemen we die uitdaging aan?

Bij een gesprek laatst met prof. dr. StJohn Crean (UCLA, Preston, UK) werd dit topic door hem aangehaald. In het Verenigd Koninkrijk is de wachttijd om een behandeling te krijgen bij een tandarts dramatisch lang aan het worden. Even de Britse situatie uitleggen. Enerzijds kennen ze daar het NHS (het nationaal gezondheidszorg systeem dat aan vastgestelde tarieven werkt en ingevoerd werd na WW II) dat nu duidelijk niet meer werkt door de gestegen kosten en een tekort aan tandartsen die aan de voorgestelde lonen amper te vinden zijn. Zo zijn er nu veel minder NHS praktijken voor tandheelkunde en deze worden bijna uitsluitend bemand door niet autochtone Britten. Door Brexit is het tekort nog aangegroeid door het verdwijnen van EU-tandartsen. Anderzijds verkiest de merendeels witte Britse tandarts een privé praktijk op te zetten en doet blijkbaar ook liefst lucratieve tandheelkunde. Er wordt dan ook met Britse humor gesproken over een nieuwe tandafwijking, hypermineralisatie, dit omdat er steeds meer geslepen blijkt te worden. (het plaatsen van facetten).

In Vlaanderen blijkt zich ook het probleem te stellen dat vele patiënten moeten shoppen om een tandarts te vinden. Zelf ben ik noodgedwongen gestopt met de praktijk en mijn patiënten klagen hier zeer sterk over. Patiëntenstop of zeer lange wachttijden.

Hieruit volgt voor mij de vraag: kan een medisch beroep dit toelaten? Er zijn praktijken die zonder blikken of blozen op hun website vermelden dat dringende zorgen enkel voor vaste klanten zijn die regelmatig op recall komen. Zijn we niet zedelijk verplicht, gezien onze opleiding die wel door de gemeenschap gesponsord werd, een zorg te verstrekken binnen een redelijke termijn? Hoe kunnen we dit uiteindelijk organiseren? Willen we, zoals in het Verenigd Koninkrijk, de zorg voor een groot deel van de patiënten overlaten aan buitenlandse tandartsen?

Ik denk dat dit een item is dat zonder meer kan besproken worden in de verscheidene peer reviews. Voor de volledigheid hier een link naar een artikel over de Britse situatie.

<https://www.bbc.com/news/uk-northern-ireland-62443574>

Eric Vandennoostende



Long-term Effect of Face-to-Face vs Virtual Reality Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) Training on Willingness to Perform CPR, Retention of Knowledge, and Dissemination of CPR Awareness: A Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial.

[1](#), [Jos Thannhauser](#) [1](#), [Lara S F Konijnenberg](#) [1](#), [Robert-Jan M van Geuns](#) [1](#), [Niels van Royen](#) [1](#), [Judith L Bonnes](#) [1](#), [Marc A Brouwer](#) [1](#)

Abstract

Belang: Verhoogde cardiopulmonale reanimatie (CPR) van omstanders is essentieel om de overleving na een hartstilstand te verbeteren. Hoewel de meeste onderzoeken zich richten op technische reanimatievaardigheden, specificieerde het gerandomiseerde Lowlands Saves Lives-onderzoek vooraf een vervolgonderzoek naar andere belangrijke aspecten die van invloed zijn op de wijdverbreide prestaties van reanimatie.

Doel: onderzoeken van de bereidheid van omstanders om reanimatie uit te voeren op een vreemde, theoretische kennis behouden en verspreiding van reanimatiebewustzijn 6 maanden na het ondergaan van korte face-to-face en virtual reality (VR) reanimatietrainingen.

Ontwerp, setting en deelnemers: Een vooraf gespecificeerd onderzoek van 6 maanden na de training werd uitgevoerd onder 320 deelnemers aan de Lowlands Saves Lives-proef, een gerandomiseerde vergelijking tussen 20 minuten persoonlijke reanimatietraining onder leiding van een instructeur en VR-training. Deelnemers werden geworven op het Lowlands muziekfestival, met een aangewezen gebied om wetenschappelijke projecten uit te voeren (16-18 augustus 2019; Nederland). Statistische analyse werd uitgevoerd van 1 maart 2020 tot 31 juli 2021.

Interventies: Twee gestandaardiseerde protocollen van 20 minuten voor reanimatie en gebruik van automatische externe defibrillatoren: door een instructeur geleide persoonlijke training met behulp van reanimatiepoppen of VR-training met behulp van de door de Resuscitation Council (VK) goedgekeurde Lifesaver VR-smartphone-applicatie en een kussen om compressies te oefenen.

Belangrijkste uitkomsten en maatregelen: Primaire uitkomsten waren bereidheid om reanimatie uit te voeren op een vreemde, behoud van theoretische kennis en verspreiding van reanimatiebewustzijn zoals gerapporteerd door het hele cohort. Als secundaire analyse werden de resultaten van de 2 trainingsmodaliteiten vergeleken.

Resultaten: Van 381 deelnemers stemden 320 in met dit vervolgonderzoek; 188 deelnemers (115 vrouwen [61%]; mediane leeftijd, 26 jaar [IQR, 22-32 jaar]) vulden de gehele enquête in en werden dienovereenkomstig opgenomen in de secundaire analyse. Het totale aandeel deelnemers dat bereid was om reanimatie uit te voeren op een vreemde was 77% (144 van 188): 81% (79 van 97) onder face-to-face deelnemers en 71% (65 van 91) onder VR-deelnemers ($P = .02$); 103 deelnemers (55%) gaven aan bang te zijn om te reanimeren ($P = 0,91$). Wat betreft het vasthouden van theoretische kennis, werd in beide groepen een mediaan van 7 (IQR, 6-8) van 9 vragen correct beantwoord ($P = 0,81$). Wat betreft de verspreiding van reanimatiebewustzijn, vertelde 65% van de deelnemers (123 van de 188) aan minstens 1 tot 10 familieleden of vrienden over het belang van reanimatie, en 15% (29 van de 188) had deelgenomen aan een gecertificeerde, door een instructeur geleide training op het tijdstip van het onderzoek, zonder verschillen tussen groepen.

Conclusies en relevantie: in deze post-trainingsenquête van 6 maanden meldden jongvolwassen deelnemers aan korte reanimatie-trainingsmodules een hoge bereidheid (77%) om reanimatie uit te voeren op een vreemde, met iets hogere percentages voor face-to-face dan voor VR-deelnemers. De theoretische kennisbehoud was goed, en de hoge mate van bewustzijnsverspreiding suggereert dat deze nieuwe reanimatie-trainingsmodules die tijdens een publiek evenement worden georganiseerd veelbelovende sensibilisatoren zijn voor betrokkenheid bij reanimatie, hoewel verdere uitdagingen zijn het verminderen van de angst voor het uitvoeren van reanimatie.

Proefregistratie: ClinicalTrials.gov Identificatiecode: NCT04013633.

A photograph of an audience seated in a large hall, facing away from the camera towards a stage. Many attendees are wearing face masks. The text is overlaid on this image.

Najaarssymposium 2022:

15 oktober

CPR: opfrissen blijft noodzakelijk

Prof. Dr. Marc Coppens en team

Rode Bol, Gent

A photograph of an audience seated at long tables in a conference room. They are looking towards the front of the room. The text is overlaid on this image.

Najaarscursus 2022:

25 november

How to manage permanent teeth after trauma or with big caries in children

Prof. Dr. Duggal Monty

La Réserve, Knokke

VOLG ONS OP FACEBOOK:

<https://www.facebook.com/vwvt.be/?fref=ts>



Bedankt voor je bezoek!

PEER REVIEW

Vergaderingen 2022

West Vlaanderen

Combi sessie 1/2

donderdag 17 februari om 10:00u

Combi sessie 3/4

donderdag 10 maart om 10:00u

Combi sessie 5/6

donderdag 24 maart om 10:00u

Combi sessie 7/8

donderdag 17 november om 10u

locatie: Di Coylde, Beernem

coördinator: Kris Lenoir

E-Mail: ict@vwvt.be

Telefoon: 050712657

Combi sessie 9/10

vrijdag 21 oktober om 9u30

Locatie: Hotel Mercure Roeselare

Coördinator: Luc De Maesschalck

E-mail: ict@vwvt.be

Telefoon: 051304017

Vlaams Brabant

Combi Sessie 11/12

dinsdag 5 juli om 16:00u

Locatie: Eetcafé d'Akte Lennik

Coördinator: Marc Quisthoudt

E-Mail: ict@vwvt.be

Telefoon: 0474/ 98 65 14

Combi Sessie 25/26

dinsdag 6 september om 16:00u

Locatie: Eetcafé d'Akte Lennik

Coördinator: Hendrik Bocque

E-Mail: ict@vwvt.be

Telefoon: 053 21 29 66

Limburg

Combi Sessie 13/14

vrijdag 6 mei om 10:00u locatie:

locatie: Het Koetshuis, Bokrijk

Coördinator: Herbert Renders

E-mail ict@vwvt.be

Telefoon: 0475926794

Oost-Vlaanderen

Combi sessie 15/16

donderdag 17 februari om 10:00u

Combi sessie 17/18

donderdag 12 mei om 10:00u

Locatie: Kasteel Viteux De Pinte

Coördinator: Stephanie Verstele

E-mail: ict@vwvt.be

Telefoon: 0473712261

Combi sessie 19/20

donderdag 13 oktober om 10:00u

locatie: Kasteel Viteux De Pinte

Coördinator: Vandenoostende Eric

E-mail: ict@vwvt.be

Telefoon: 0496840184

Antwerpen

Combi Sessie 21/22

vrijdag 18 februari om 13:00u

Locatie: Tennis Beerschot

Coördinator: Serge Mochowski

E-mail: ict@vwvt.be

Telefoon: 0468 008 348

Combi sessie 23/24

donderdag 13 oktober om 17:00u

Locatie: nog te bepalen

Coördinator: Kinga Kakol

E-mail: ict@vwvt.be

Telefoon: 03 219 25 31

Inschrijvingen enkel via de website.

Het aantal deelnemers is per sessie

beperkt, daardoor kan een datum

vlug volboekt zijn. Om deze reden

verwachten we de betaling als

bevestiging van de inschrijving binnen

de 8 dagen, dit om onnodig

blokken van plaatsen te voorkomen.

De inschrijving wordt geschrapt indien

de betaling niet is gebeurd binnen

deze termijn.