

Opleider implantologie Johan Cossé:

# “Ik heb door de jaren heen geleerd om bescheiden te zijn”

TEKST: HEDWIG FOSSEN

**Wat moeten tandartsen tegenwoordig weten van implantologie? Hoe ziet de toekomst van dit vakgebied eruit? Deze vragen kan Johan Cossé, programmamanager van het afstudeerprofiel Prothetiek en Implantologie bij ACTA, als geen ander beantwoorden. “Veel tandartsen beginnen snel in hun loopbaan met implantaten plaatsen, maar je moet eerst weten hoe je zelf de eventuele complicaties oplost.”**

Binnen de postinitiële opleiding Oral Health Sciences aan ACTA start in september het tweede jaar van het afstudeerprofiel Prothetiek en Implantologie, dat drie jaar heeft stilgelegd. Samen met Joã Mendes Tribst is Johan Cossé programmamanager. Cossé heeft uitgebreide praktijkervaring in de implantologie en is sinds 2007 verbonden aan ACTA als docent en opleider. Binnen het nieuwe afstudeerprofiel is hij verantwoordelijk voor de implantologie en Mendes Tribst voor de prothetiek.

## Waarom heeft de afstudeer-richting drie jaar stilgelegd?

Daar kan ik niet zo veel over zeggen. De opleiding liep helemaal goed, maar van hogerhand is besloten dat er geen opleiding implantologie meer nodig was. Degene die voor de opleiding verantwoordelijk was, is toen op non-actief gesteld. Toen er een nieuwe decaan kwam, die implantologie wel belangrijk vond, hebben we de opleiding onder een iets andere noemer weer opgestart. Dit hebben we gedaan binnen een strikt kader. Na het succesvol voltooiën van de driejarige opleiding krijg je een mastertitel prothetiek en implantologie.

## Waar komt uw eigen interesse voor implantologie vandaan?

Ik heb veel kroon- en brugwerk gedaan en vond dat erg leuk, maar het frustreerde me dat het bij veel werkstukken lastig is om perfectie te bereiken. Het mooie van chirurgie vind ik het vermogen van het lichaam om te genezen. Het is prachtig te zien hoe het lichaam een grote botvermeerdering binnen een paar maanden incorporeert, waardoor je een versmelting van het donorbot met het bestaande bot ziet. Verder vind ik het fijn om aangenomen werk te doen. In ons vak

werk je multidisciplinair waarbij ik een onderdeel ben van een groter geheel. Ik maak iets uitgebreids voor mensen en daarna vertrekken ze weer naar hun eigen tandarts.

## Hoe heeft de implantologie zich de afgelopen decennia ontwikkeld?

Toen ik in 1988 afstudeerde stond de implantologie nog in de kinderschoenen. We gebruikten het heel functioneel, voor een overkappingsprothese bij mensen die vroegtijdig al hun tanden en kiezen waren kwijtgeraakt. Nu is het veel meer esthetisch werk geworden en kunnen we bijvoorbeeld ook heel netjes elementen in het front vervangen.

## Het mooie van chirurgie is het vermogen van het lichaam om te genezen

Met name het ontwerp en oppervlak van het implantaat is flink gewijzigd sinds de opkomst van de implantologie in de jaren '80. De meeste implantaten van vroeger hadden een cilindrisch ontwerp met een glad titanium oppervlak. Je moest dan een half jaar wachten tot je het implantaat kon belasten, want de osseointegratie duurde door het gladde oppervlak veel langer dan nu. Nu bewerken we implantaatoppervlakken met onder andere zandstraling of etsen, waardoor ze ruwer zijn en de osseointegratie sneller verloopt.

## Waarom is het zo belangrijk dat deze afstudeerrichting weer is opgestart?

Je ziet vaak tandartsen snel beginnen met implantaten plaatsen, zonder dat ze zich er echt goed op ingelezen hebben. Ze denken dat het een goede manier is om snel veel geld te verdienen. Als afgestudeerd tandarts ben je bevoegd om implantaten te plaatsen, maar nog niet bekwaam. Mensen beginnen ergens aan, maar kennen de complicaties niet en kunnen die niet oplossen.

Gedurende mijn tandheelkundige carrière heb ik geleerd om bescheiden te zijn. Je moet de patiënt geen dingen beloven die je niet waar kunt maken en goed afspreken met de patiënt wat wel en niet kan. Mensen worden ook op het verkeerde been gezet door instagramfoto's met een foto voor en na de handeling, waardoor het lijkt alsof alles mogelijk is. Maar implantologie is geen kookboek. Je moet diepere kennis hebben om dit vak te kunnen

uitvoeren. Een ingewikkelde casus is simpelweg niet voor iedereen weggelegd, dus daar moet je eerlijk in zijn. Bovendien beloven veel implantologen dat een implantaat je leven lang meegaat, terwijl het in een 'vieze' omgeving zit, dus de kans is groot dat dat niet zo is.

## Wat moet je als tandarts weten over implantologie om hier wel mee aan de slag te kunnen?

Allereerst is het belangrijk om affiniteit te hebben met chirurgie. Als iemand complicaties krijgt met een implantaat, moet je dat zelf kunnen oplossen. Een heleboel tandartsen zijn bang om extracties te indiceren. Vaak zijn ontstekingsprocessen dan al heel ver gevorderd. Als je vervolgens met een implantologietraject start, is de chirurgie per definitie lastiger, dus daar moet je je bewust van zijn. Veel tandartsen zijn ook behoudend bij peri-implantitis. Ze willen geen implantaten verwijderen en de knoop doorhakken om het opnieuw te doen. Dat zou wel vaker mogen gebeuren.

## Ik begreep dat de prothetiek in dit afstudeerprofiel van Oral Health Sciences voorop staat en dat de implantologie een hulpmiddel is. Wat wordt de plek van implantologie in de opleiding?

Het is natuurlijk wel zo dat de prothetiek de plaats van de implantaten dicteert. De implantologie is een hulpmiddel om mensen te rehabiliteren, maar je moet wel goed weten hoe je die chirurgie uitvoert. Op de plek waar een implantaat moet komen, heb je soms geen bot, dus moet je daar bot toevoegen. Hiervan is zoals gezegd sprake als er veel bot verloren is gegaan door ontstekingsprocessen, bij skeletale problemen zoals een gepneumatiseerde sinus maxillaris of bij botverlies door resorptie van kaken. Chirurgie vormt daarom nog steeds een zwaar onderdeel van de opleiding. Het afstudeerprofiel is nu opgedeeld in 50 procent prothetiek en 50 procent chirurgie. Na drie jaar beheers je het hele chirurgische palet: van heel eenvoudige implantologie tot uitgebreide botopbouw.

## Welke onderdelen van chirurgie zijn volgens u essentieel om te leren als student bij Prothetiek en Implantologie?

Je moet tijdens de chirurgie weten hoe je rekening houdt met de bloedvoorziening, je moet verstand hebben van de verschillende materialen en weten wanneer je welke materialen veilig toepast. Daarnaast moet je een bepaalde handvaardigheid hebben, dus daar is ook veel aandacht voor in de opleiding. Dan krijg je steeds meer oog voor waar je het beste implantaat plaatst.

Ten opzichte van de tijd dat ik studeerde kun je nu veel preciezer te werk gaan dankzij digitale plannings-technieken, dus daar leer je goed mee omgaan. Je kunt met CAD/CAM-technologie heel gedetailleerd plannen op je computer en digitaal mallen maken.



Johan Cossé: "De implantologie is een hulpmiddel, maar je moet wel goed weten hoe je die chirurgie uitvoert."

Op veel chirurgische problemen kun je je dan al voorbereiden voordat je de operatie daadwerkelijk uitvoert.

## Hoe ziet u de toekomst van de implantologie?

Dynamische 3D-technieken worden de manier van de toekomst om een implantaat te plaatsen. Dat is nu nog niet heel erg groot, maar in de komende decennia zullen we steeds meer met een hoekstuk (boormachine) te werk gaan die in een systeem is geïntegreerd zodat we op een beeldscherm precies kunnen zien waar we het implantaat aan het plaatsen zijn.

Daarnaast verwacht ik dat op basis van stamcellen technieken ontwikkeld worden om uiteindelijk een nieuwe natuurlijke tand of kies te genereren, waardoor artificiële implantaten overbodig zullen worden. Een eerste verbetering zou een implantaat kunnen zijn dat een parodontaal ligament heeft, waardoor het implantaat net als een natuurlijk element in een wortelvlies is opgehangen. Een wortelvlies dat bij het kauwen meeveert of de klappen opvangt, zodat kronen minder gauw beschadigen. Ook zul je daardoor als patiënt eerder een eventuele ontsteking opmerken en vervolgens kun je de omgeving van het implantaat beter schoonhouden.

## Wees eerlijk over de levensduur van implantaten

Tot slot zullen we meer met de laser gaan doen, die nu steeds meer in de tandheelkunde wordt ingezet. Daarmee kun je incisies maken, wortelkanalen reinigen en implantaatoppervlakken bewerken. Ik kan me ook voorstellen dat dit van toepassing kan

zijn voor een peri-implantitis-behandeling.

## Op wat voor manier komen deze nieuwe ontwikkelingen in de opleiding aan bod?

De manier van onderwijs geven is sowieso anders dan vroeger, toen er meer hoorcolleges waren en je stof moest bestuderen in tekstboeken. Tegenwoordig zorgen we voor meer verdieping bij bepaalde onderwerpen, door studenten veel literatuuronderzoek te laten doen. Ze zoeken zelf artikelen bij onderwerpen, zodat de stof beter beklijft. De bedoeling is dat er een discussie op gang komt om mensen aan het denken te zetten en te stimuleren er meer over te lezen.

Je kunt nu als student heel gemakkelijk iets aan ChatGPT vragen, dus informatie uit het hoofd leren is minder waardevol. Ook kan ChatGPT veel beter dan de mens de duizenden wetenschappelijke artikelen die er per week worden gepubliceerd bijhouden. Het levert daarmee actuelere kennis dan leerboeken en dat geeft uitdagingen in het onderwijs. Daarom leren we studenten de waarde van onderzoek te beoordelen en leren we ze artificial intelligence (AI) goed te beheersen om er de juiste informatie en adviezen uit te halen.

## Zullen er steeds minder implantologen nodig zijn door deze digitale ontwikkelingen?

Ik denk dat er een verschuiving gaat optreden waarbij technische medici plannings maken en uiteindelijk de chirurg de behandeling uitvoert en de eindverantwoordelijkheid draagt. Je ziet dat al bij verschillende andere takken van chirurgie. Door de vergrijzing verwacht ik dat er in de toekomst meer gebruik gemaakt gaat worden van implantologie als ondersteuning van het prothetische behandelplan. Ik denk daarom wel dat er in de toekomst meer goed getrainde implantologen nodig zijn. ■

# Casus: complexe implantologiebehandeling

TEKST: JOHAN COSSÉ

In 2018 werd patiënte naar de Kliniek voor Parodontologie Amsterdam doorverwezen om te kijken of de esthetiek van met name het bovenfront verbeterd zou kunnen worden. Het betreft hier een patiënte met multi-pele agenesie met elf ontbrekende elementen, met uitzondering van de verstandskiezen.

Begin jaren negentig was het nog gebruikelijk om bij veel ontbrekende elementen, afhankelijk van de skeletale classificatie en de mogelijkheden binnen de orthodontie, de diastemen zo veel mogelijk te sluiten en de beide wel aangelegde cuspidaten te reguleren naar de laterale snijtandposities en vervolgens de posities distaal daarvan te verbreden voor het plaatsen van implantaten. Daarbij werd nauwelijks gekeken naar de anatomie van de cuspidaten, die in vele gevallen sterk afwijken van een laterale incisief en die lastig omgebouwd kunnen

worden tot de gewenste vorm. In deze casus is indertijd voor *tissue level*-implantaten gekozen en na ongeveer achttien jaar in functie is de esthetiek, mede door de vorm van de cuspidaten en het zichtbaar worden van de implantaten, discutabel te noemen (afbeelding 1 en 2).

Om de behandeling niet nodeloos ingewikkeld te maken, is een set-up gemaakt waarin is gekeken of we met een restauratief/orthodontisch behandelplan uit de voeten kunnen om zo orthognathische chirurgie te vermijden. Er werd een wax-up gemaakt en deze werd met Luxatemp gepast bij de patiënte om te beoordelen of we dimensionaal goed zouden uitkomen. Deze mock-up werd ook gemaakt om patiënte te laten zien welk uiteindelijk esthetisch resultaat we zouden kunnen benaderen (afbeelding 3 en 4).

In samenspraak met de patiënte en in goed overleg met de behandelend orthodontist werd besloten de implantaten op de posities 13 en 23 te verwij-

deren, de cuspidaten naar distaal te verplaatsen en de angulatie van de elementen te corrigeren, zodat het plaatsen van twee implantaten op de posities van de laterale incisieven goed mogelijk zou worden (afbeelding 5 en 6).

Door de regulatie van de cuspidaten naar distaal is botappositie opgetreden, waardoor bij het plaatsen van de twee implantaten een minimale botopbouw volgens een GBR-techniek noodzakelijk was (afbeelding 7-9). Via *digital smile design* werd de uiteindelijke vorm gesimuleerd (afbeelding 10 en 11). Er werden twee verschroefde zirkonium kronen met opgebakken porselein vervaardigd voor de implantaten en er werden facings van lithi-umdisilicaat gemaakt bij de centrale incisieven en cuspidaten (afbeelding 12-17).

## Discussie

Bij een complexe behandeling als bovenstaande is een uitstekende samenwerking van cruciaal belang voor de

uiteindelijke uitkomst. In nauw overleg met orthodontist Noline van der Kaaij, restauratief tandarts Paul de Kok, tandtechnicus Eric van der Winden en de implantoloog (de auteur van dit artikel) zijn de plannings gemaakt, bijgestuurd en uiteindelijk uitgevoerd. De behandeling werd in 2019 gestart en is in 2021 afgerond. De rol van de ziektekostenverzekeraar was hierbij van cruciaal belang. We hebben een uitstekende dialoog met de advise-rend tandarts gehad, wat heeft geleid tot een optimale samenwerking.

Bij (multi-pele) agenesiepatiënten hebben we te maken met patiënten met een ontwikkelingsstoornis. Bij een ontwikkelingsstoornis elders in het lichaam worden behandelingen door-gaans vergoed vanuit de basisverze-kering, ook bij eventuele complicaties daarvan in de toekomst. Bij multi-pele agenesiepatiënten is vergoeding van-uit de basisverzekering zeker mogelijk. Helaas moet ik vaststellen dat voor-dat tot machtiging wordt overgegaan

verschillende stations moeten worden gepasseerd. Wie de adviserend tand-arts is om een casus mee te bespreken wordt niet meegedeeld. Het is erg lastig een adviserend tandarts überhaupt te kunnen spreken, telefonisch contact is alleen mogelijk op initiatief van de adviserend tandarts. Verder is het zo dat de mond en het kauwstelsel een dynamisch geheel vormen. Dit bete-kenet dat er in verschillende periodes van het leven aanvullende of 'revisie'-behandelingen nodig zullen zijn. Ook en vooral hier is de samenwerking tussen zorgprofessional en ziektekostenverzekeraar van cruciaal belang. Ik spreek de hoop uit dat de ziektekostenverzekeraars zich dit realiseren en dat zij naast de zorg voor de 'verzekeren' ook de zorg voor de behandelen in het oog houden. De zorg voor de behandelprofessionals kan en moet bij een hoop verzekeraars worden verbeterd om het gezamenlijke doel, optimale behandeling voor de verze-kerden, te waarborgen. ■



De patiënte voor en na behandeling.