

# Esthetiek in de parodontologie

Esthetiek in de parodontologie is zo iets als een contradictio in terminis. Want waar waarschuwen we patiënten met parodontitis het eerste voor? Voor het esthetische effect van de parodontale behandeling. De consequentie als er reductie van de sondeerdiepten wordt nagestreefd. We proberen het leed dan nog enigszins te verzachten met de bekende uitdrukking 'better longer teeth than no longer teeth'. Ten aanzien van het congres van de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie 'Esthetiek in de parodontologie' waren onze verwachtingen dan ook hoog gespannen. Wie weet kregen we door de sprekers wel een oplossing aangedragen voor dit probleem. Welnu, deze illusie zullen we maar meteen wegnemen. Een ernstige parodontitispatiënt blijft een probleempatiënt, zeker ten aanzien van de esthetiek.

E. Groosman,  
tandarts\*  
dr. G.A. van  
der Weijden,  
tandarts\*

In hoeverre dit voor de patiënten te accepteren is, hangt natuurlijk vaak af van de hoogte van de lachlijn. Een sterk gereduceerd parodontium bij een patiënt met een lage lachlijn is meestal heel acceptabel. Bij een hoge lachlijn blijft het problematisch en kun je hooguit in sommige gevallen wat doen met een epithese.

Het congres bood een aantal sprekers de gelegenheid informatie te geven over mogelijke oplossingen bij lokale problemen, en het voorkómen van problemen – problemen als gelokaliseerde recessies, een smalle of ingezakte processus alveolaris, meestal ter plaatse van extractiediastramen, en de problematiek van de kroonranden en hun effect op de gingiva vooral bij frontrestauraties.

**'Zacht-weefseltechnieken'** Het onderwerp van de eerste spreker, prof.dr. Edwin S. Rosenberg (University of Pennsylvania), was *ridge augmentation* en *root coverage*. Helaas bestond de hoofdmoot van zijn voordracht voornamelijk uit een historisch perspectief, waarin veel aandacht werd besteed aan wat er allemaal gedaan en gedacht werd en weinig aandacht was voor de tegenwoordige technieken.

De gepasseerde discussie of er nu wel of geen grote zone van aangehechte gingiva nodig is en hoe die te creëren, kwam ter sprake. Een dergelijke zone wordt gevormd door middel van een vrij palatumtransplantaat. In esthetisch opzicht geeft dit vaak een brede zone van gekeratiniseerde gingiva te zien. Vooral bij personen met een hoge lachlijn is dit in esthetisch opzicht niet echt fraai, aangezien de mucogingivale grens een onnatuurlijk verloop krijgt en de kleur meestal afwijkt van de rest van de gingiva. Bij recessieproblemen wordt dan vaak na transplantatie in tweede instantie een co-

ronaalwaarts verplaatste flap uitgevoerd om de wortel te bedekken. Tevens werd nog materiaal getoond over technieken als lateraalwaarts verplaatste flaps en dubbel papilflapjes – methoden die de laatste jaren nog sporadisch worden toegepast.

Rosenberg's conclusie is dat zowel bij ridge augmentation als bij het bedekken van recessies het vrije bindweefseltransplantaat tegenwoordig de meest succesvolle techniek is.

Bij het bedekken van recessies prepareert men een lap, waarbij de papillen goeddeels intact blijven, maar wel worden gedeëpithelialiseerd. Vervolgens wordt een grotendeels subepitheliaal palatum bindweefseltransplantaat geprepareerd met een strookje epitheel van 2-3 mm, dat onder de lap wordt aangebracht, waarna de lap over het transplantaat wordt gehecht. Dit geeft in esthetisch opzicht het mooiste resultaat (afb. 1 t/m 5).

Bij het verhogen of verbreden van de processus alveolaris door middel van een bindweefseltransplantaat, wordt een overeenkomstige techniek toegepast. Men prepareert een zakvormige ruimte, een zogenaamde 'pouch', waarin een zuiver subepitheliaal bindweefseltransplantaat uit het palatum of uit het tuber geplaatst wordt.

Dit zijn dus voornamelijk 'zacht-weefseltechnieken'. Rosenberg stelde dat het gebruik van membraantechnieken hierbij geen voordeel biedt, maar hij staaft deze bewering niet.

**Cruciale crest** Een zeer boeiende voordracht, zeker voor de algemeen practicus, hield dr. John C. Kois (University of Washington): *Periodontal considerations in restorative dentistry*. Hij gaf een aantal handige tips over waar men zoal op

Van links naar rechts:

Afb. 1. Recessies ter plaatse van premolaren en eerste molaar.

Afb. 2. Incisie.

Afb. 3. Donorbed in het palatum.

Afb. 4. Bindweefseltransplantaat onder de lap gehecht met strookje epitheel ter hoogte van marginale gingiva.

Afb. 5. Eindresultaat.



\*Beide auteurs zijn verbonden aan de Praktijk voor Parodontologie te Utrecht.

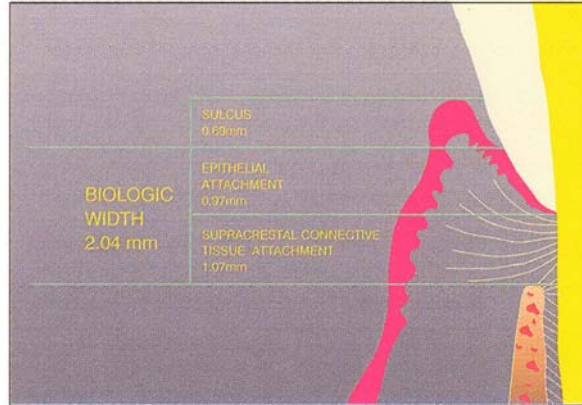
moet letten bij het maken van (front)restauraties. Kois neemt als belangrijkste uitgangspunt het streven naar zoveel mogelijk voorspelbaarheid. Want te veel supragingivaal liggende kroonranden, te diep subgingivaal liggende randen die rondom ontstoken gingiva vertonen en blauwe verkleuringen, zijn problemen bij frontrestauraties die iedere tandarts bekend voorkomen. Verschijnselen die esthetisch onacceptabel zijn en soms weer tot onvoorspelbare recessies leiden. Waar gaat het nu voornamelijk om? Welnu, de positie van de marginale botrand is cruciaal. De 'crest' bepaalt de positie en anatomie van de gingiva. Kois schetste ons daarom eerst de normale anatomie. De aanhechtingsunit bestaat uit twee gedeeltes: het aanhechtingsepitheel en de bindweefsel-aanhechting van de gingiva. Apicaal hiervan bevindt zich het parodontale ligament en het alveolaire bot. Garguilo et al beschreven de 'biologic width' - de aanhechtingsunit rondom een gezond element - als volgt: Het aanhechtings-epitheel varieert in lengte van 0,75-1,35 mm. Gemiddeld wordt uitgegaan van een afstand van ongeveer 1 mm. De bindweefselaanhechting van de gingiva is gemiddeld genomen ook 1 mm, hetgeen impliceert dat een fysiologische aanhechting minimaal 2 mm bedraagt. Uit vervolgstudies blijkt eveneens dat er een vaste dimensionele verhouding bestaat tussen de rand van het alveolaire bot, de vezelige aanhechting, het aanhechtingsepitheel en de bodem van de sulcus. De totale breedte van deze weefsels varieert in geringe mate tussen personen, maar blijft constant binnen individuen. (Zie afb. 6.)

Een ander belangrijk gegeven is dat het bot de glazuur-cementgrens volgt. Het hogere verloop van de glazuur-cementgrens approximaaflakt uit naar achteren. Bij de frontelementen is die contour dus veel geprononceerder dan bij de molaren (afb. 7).

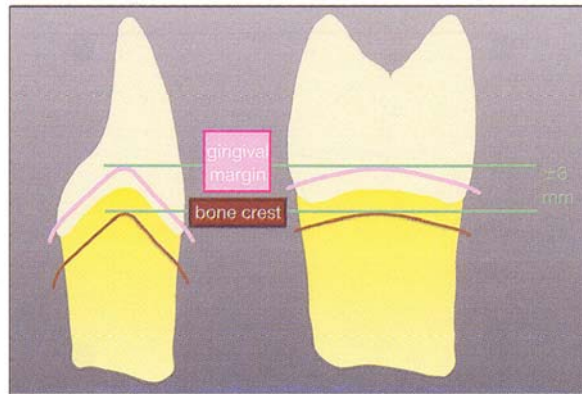
De gemiddelde dimensie van de biologische breedte is ongeveer 2 mm en de sulcus 1 mm. De vuistregel is dan dat de afstand van de top van gezonde gingiva tot de botrand 3 mm bedraagt.

De epitheliale aanhechting is zwak en heeft een 'turnover' van vier tot zes dagen. Na beschadiging van die epitheliale aanhechting geneest deze in het algemeen binnen een week. De bindweefselaanhechting, in de woorden van Kois 'de Arnold Schwarzenegger onder de aanhechtingen', is het sterkste onderdeel met vezelbundels ingebed in gezond cement. Om de kroonrand subgingivaal te leggen zonder dat dit de gingiva irriteert, moet er niet dieper dan ongeveer 1 mm subgingivaal geprepareerd worden. Men blijft dan in de sulcus. Indien dieper geprepareerd wordt, beschadigt de bindweefselaanhechting en wordt het daar heersende biologische evenwicht met onvoorspelbare gevolgen verstoord. Er is echter enige anatomische variatie in deze. (Afb. 8.)

Als gewerkt wordt naar een zo esthetisch mogelijk en voor-



Afb. 6. 'Biologic width'.



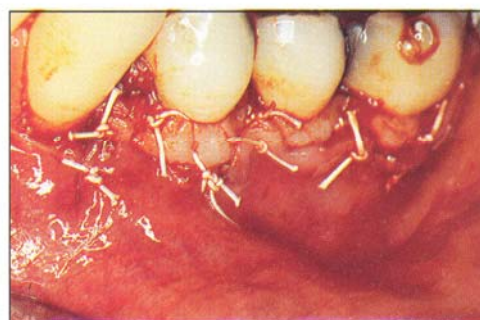
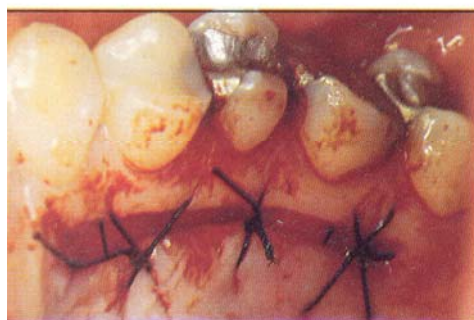
Afb. 7. De glazuur-cementgrens is bij het frontelement geprononceerder dan bij de molaar.

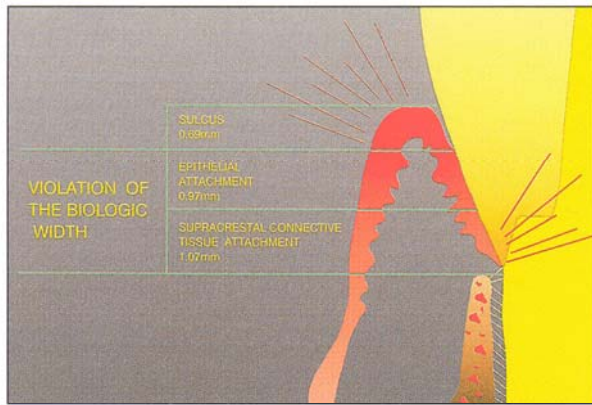
spelbaar resultaat, dan moet je feitelijk altijd de botrand sonderen om te bepalen waar die ligt ten opzichte van je marginale gingiva en je toekomstige kroonrand. Kois categoriseert drie typen voor wat betreft de afstand van gingivaraand tot bot (afb. 9):

- normal crest: 3 mm
- high crest: < 3 mm
- low crest: > 3 mm.

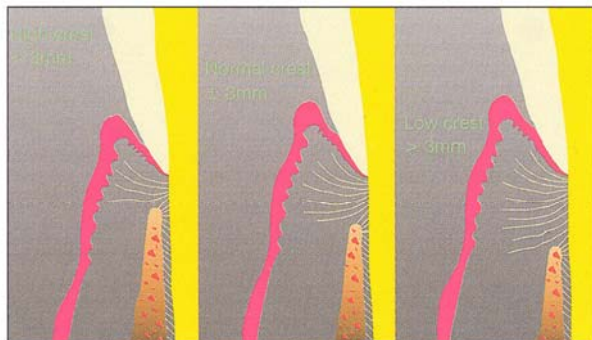
De low-crestpatiënt is de risicopatiënt. Bij deze groep bestaat een relatief lange bindweefselaanhechting die snel recessie geeft bij verstoring c.q. beschadiging. Het is heel belangrijk om bij de preparatie de glazuur-cementgrens te volgen. Meestal prepareert men met name approximaafl diep, penetreert men daar in de biologische breedte en ontstaan daar, ondanks dat de patiënt er alles aan doet om die gebieden zo goed mogelijk te reinigen, chronisch ontstoken papillen.

Een ander onderdeel van Kois' voordracht betrof het handelen bij een extractie in het front. Het is van het grootste belang de buccale botlamel zoveel mogelijk intact te laten en niet te traumatiseren. Kois doet zijn extracties in het front dan ook altijd vanaf palatinaal met een dunne hevel. Om de papillen en de buccale gingivale partij zoveel mogelijk in- »





Afb. 8. Kwetsbaar gedeelte van de biologische breedte.



Afb. 9. Kois' drie crest-categorieën.

tact te laten, plaatst hij meteen een provisorische voorziening (noodbrug) met een pontic die drie millimeter in de extractiewond ligt. De pontic moet een ronde 'eggshape' hebben. Vervolgens wordt een periode van drie maanden voor de wondgenezing aangehouden alvorens de definitieve restauratie vervaardigd wordt. Op deze manier blijven de natuurlijke papillen bestaan.

**Conservatief** 'Het verkrijgen van een esthetisch resultaat is afhankelijk van dentale, faciale en gingivale harmonie.' Aldus prof.dr. Carlo P. Marinello, die als laatste spreker nader inging op het begrip esthetiek in de tandheelkunde. Esthetische tandheelkunde is het imiteren van de natuur. Eén van zijn statements was dat een esthetisch behandelresultaat de kwaliteit van het leven van de patiënt positief beïnvloedt. Als wij, tandartsen, daaraan een bijdrage kunnen leveren, hebben we al heel wat bereikt. Marinello's uitgangspunt is nochtans een conservatieve benadering. Een aardig en bruikbaar idee als gevolg van deze benadering is het vervaardigen van precisieverankering die middels adhesieve technieken bevestigd wordt op het distopalatinale gedeelte van een cuspidaat. Hiermee kan op voordelige wijze een esthetisch acceptabel frame worden gemaakt, zonder dat er irreversibele schade aan een pijlerelement wordt aangebracht door het prepareren van een gego-ten restauratie.

Dat de esthetiek binnen de parodontologie nog een gebied in ontwikkeling is, kan als overkoepelende conclusie van dit congres worden geformuleerd. De mogelijkheden van *guided tissue regeneration* en *guided bone regeneration* in combinatie met de ontwikkelingen in de implantologie, geeft ons goede verwachtingen. De sprekers van dit congres illustreerden dat indien men niet alléén met de mechanische en retentieve aspecten van de tandheelkunde bezig is, maar ook met de anatomie van de omliggende zachte weefsels, een voorspelbaar esthetisch eindresultaat verkregen kan worden.

TMS Link plus

MAX pin

Para Post® XT

Para Post

Gold post  
Gold post NO-OX

TENAX

**Voor een actieve, passieve en veilige tandopbouw**

**coltène** // **whaledent**

**BENELUX**

Stevoortweg 11  
B-3540 Herk-de-Stad - Tel. 0032 13 55 47 23 - Fax 0032 13 55 41 25