

**Shut your mouth! Impact van gezichtsontwikkeling** Meld je aan voor het webinar!  
KRM en KRT geaccrediteerd met 2 punten Oral-B PROFESSIONAL

## Parodontologie door de jaren heen

Tussen alle nieuwe ontwikkelingen zouden we bijna de essentie van parodontologie uit het oog verliezen. Tijdens het NVvP-congres vertelden prof.dr. Klaus Lang, prof.dr. Bruno Loos en prof.dr. Fridus van der Weijden over de kern, visie en ontwikkeling van de parodontologie door de jaren heen.



**HENRY SCHEIN** **Oral-B**  
**VRIJDAG 20/09/24**  
**ZATERDAG 21/09/24**  
**ALMERE (NL)**  
**DENTALDAYS**  
experientie educatie  
**SCHRIJF U NU IN VOOR DIVERSE LEZINGEN & WORKSHOPS**  
www.dentaldays.nl

### Verslag van de lezing van het NVvP-congres

Even waren we bang dat de eerste spreker roemrijk ten onder zou gaan. Op zijn leeftijd soepel het podium opstappen was toch niet zo eenvoudig na zo'n lange reis uit de VS. Klaus Lang nam ons de rijke geschiedenis van de parodontologie mee die hij ogenschijnlijk compleet zelf had meegemaakt. Hij startte in 1883 waarin de eerste gingvectomie werd gedaan en ging verder naar 1910 naar de Neumann Flap om verder te gaan naar de Widman Flap en andere flapdesigins.

### Is chirurgie beter dan initiële therapie?

Wat bleek? Bij de flaps werden de pockets tot 3mm alleen maar dieper. De diepere pockets werden minder diep en dit bleef ook zo na 1 jaar. Bij ondiepe pockets ontstond er verlies van aangehechte gingiva. Alle chirurgische benaderingen kennen ongeveer dezelfde uitkomst. Zoals we allemaal weten blijft de plakscore belangrijk bij het wel/niet slagen op de lange termijn.

Verrassend genoeg benadrukte Lang dat conventionele initiële therapie net zo succesvol bleek als flappen en er meer aanhechting overbleef bij de ondiepe pockets. Hij concludeerde dan ook dat het niet de techniek is die de doorslag geeft, en ook niet welke defecten (1, 2, of 3 wandig) er precies zijn, maar hoe de plakinfectie is.

Maar maak je als mondhygiënist geen illusies dat je dan dus diep sub ook optimaal kunt scalen en planen. In de diepe pockets blijft tandsteen achter maar hier kan dan toch aanhechting ontstaan. Geïnfecteerd cement hoeft niet verwijderd te worden. Polijsten van het worteloppervlak kan al genoeg zijn. Enkei coronaal scalen helpt natuurlijk niet voldoende. Dit noemt Lang 'esthetisch scalen'.



COMMUNICATIE PATIENT  
Verwijzen naar een CBT? Soms de beste keuze

[Bekijk meer interviews](#)

**TRIO CERTIFICATIE**  
CLEAR CURSUS  
NU €99,-

**Video**  
Toetsingskader taakdelegatie

[Samplingacties op dentalinfo.nl](#)

[Aanbiedingen op dentalinfo.nl](#)

Partnersnieuws

### Van boven tot onder: Gratis afzuigsysteem-check

Reiniging en desinfectie houden uw afzuigsysteem vrij van afzettingen en besmettelijke ziektekiemen. Dürr Dental heeft de oplossingen.  
[Laat nu gratis uw afzuigsysteem checken](#)

Soms vindt wel herinfectie plaats op 2 of 3 plaatsen en het is moeilijk voorspelbaar waar dit precies in het gebit gebeurt.

### Immuunfitness

Bruno Loos die enorm elegant het podium leek te kunnen bestijgen in vergelijking met de vorige spreker, besprak met ons enkele casussen om de rol te verduidelijken van de relatieve bijdrages van de diverse factoren die een causale rol kunnen spelen binnen de etiologie van de parodontitis.

Loos haalde als eerste een casus aan over een 37-jarige patiënt met forse parodontitis die duidelijk niet alleen veroorzaakt werd door slecht poetsen. Slechts 5% van de mensen heeft dusdanige ernstige parodontitis die vergelijkbaar is met deze patiënt. Deze patiënt rookt, is obees, heeft prediabetes en verhoogde bloeddruk. Als dieet werd er twee keer per week wat salade gegeten en verder vooral koolhydraten, dus geen vis en geen fruit. De vrouw had een dominante man, was niet van Nederlandse afkomst, had een lage sociaal-economische positie en had 2 kinderen. Ze had een hoog stressniveau.

### Model van causaliteit

De causale factoren in het algemeen kennen vijf clusters:

1. Erfelijkheid (er is absoluut aanleg voor parodontitis vooral bij jongeren)
2. Bepaalde leefstijl
3. Biofilm
4. Systemische aandoeningen
5. Gebit gerelateerde factoren (voorheen dacht men dat het niks met occlusie en dergelijke te maken zou hebben, maar daar is men op teruggekomen; verder, denk aan diep geplaatste kroonranden enz)

Hieruit vloeit het model van multicausaliteit.

### Relatieve bijdrage van factoren in de eerste casus

De relatieve bijdrage van deze factoren bij de patiënt uit deze casus zijn drie factoren die invloed hebben op haar immuunfitness. Bij corona hebben we ook al geleerd dat sommige mensen veel vatbaarder zijn en zo sneller in het ziekenhuis raken, zoals obesitas en suikerziekte. Parodontitis is ook gerelateerd aan de algemene conditie van een persoon. Erfelijke factoren, leefstijl en systemische aandoeningen bepalen hoe iemand reageert op een ziekte. Bij deze 37-jarige persoon is ingeschat dat de erfelijke factoren op deze leeftijd zeker wel bijdragen. Ook haar leefstijl heeft absoluut invloed, zo rookt ze ook nog eens. Ze heeft ook veel plak en tandsteen, ook dat heeft invloed maar tegelijkertijd hebben de obesitas en haar suikerspiegels wellicht een nog grotere rol in de progressie en de initiële start van de parodontitis.

### Cirkeldiagram

Bij iedere patiënt zijn al deze 5 factoren aanwezig alleen is de relatieve bijdrage per patiënt wisselend en deze moeten we als professional zelf inschatten. Tegenwoordig leren aanstaande parodontologen een cirkeldiagram hiervan te maken. Op sommige factoren hebben we dan invloed en daarom is het des te belangrijk de factoren te beïnvloeden waarvan dat wel mogelijk is, zo wordt dan uitgelegd aan de patiënt. Hiermee neemt de vatbaarheid voor parodontitis af en is er meer kans op een succesvolle behandeling. Wat de professional kan doen in deze casus, is zorgen dat alle plak verdwijnt, subgingivaal reinigen, mondhygiëne instructies geven, verbetering van het dieet aanbrengen, stoppen met roken bespreken, begeleiden in stressverlaging en verwijzen / overleggen met de huisarts.

### Lage bijdrage genetica

De tweede casus is de causaliteit anders. Deze patiënt is 58 jaar, rookt 30 jaar, is 20 jaar niet naar de tandarts geweest en is diabeet. Hij heeft veel meer kroon- en brugwerk dan de vorige casus en heeft wel net zulke ernstige parodontitis bij dezelfde elementen maar is 20 jaar ouder. Hier is de relatieve bijdrage van genetica juist laag en heeft de leefstijl in combinatie met de ongebalanceerde biofilm veel meer invloed, naast de invloed van de suikerziekte.

### Abnormale gastheerreactie

De verlaagde immuunfitness leidt er toe dat de gastheer niet goed reageert en is er een abnormale gastheerreactie. Deze is soms reversibel tot normaal. Gingivitis is geen abnormale gastheerreactie maar beschermt de gastheer op verspreiding van bacteriën in het lichaam. Gingivitis is compleet reversibel maar kan wel leiden tot parodontitis. Tijdens het hebben van parodontitis is er sprake van opvlamming en rustigere fases waarin er geen voortgang is van ziekte. Dus zo is het in zijn geheel vaak een langzaam proces in voortschrijding. Je ziet bijvoorbeeld na griep of na een scheiding een verslechtering.

### Het belang van nutriënten

Bij de ene patiënt is er sprake van een hyperreactie van het lichaam en bij anderen is het juist een hyporeactie. De hyperreactie wordt vaak aangestuurd door een genetische factor. Eigen cellen reageren dan te fel op de aanval van bacteriën omdat ze zo geprogrammeerd zijn. Hyporeactiviteit komt vaak door roken, suikerziekte of vitamine C gebrek. De neutrofielen kunnen dan niet goed werken. Geen resolutie betekent dat het immuunsysteem in een actieve fase hangt en daarin blijft ronddraaien. De moleculen die resolutie bevorderen worden gemaakt van omega vetzuren en dat zit in vette vis en wordt aan bepaalde boter toegevoegd. Dus niet alleen de kiwi's zijn belangrijk, ook vette vis of voedingssupplementen zijn belangrijk. Dit is dus behoorlijk belangrijk om met je patiënten te bespreken.

### Bacteriën groeien goed op de extra bloedtoevoer

Gramnegatieve anaerobe bacteriën groeien enorm goed op bloed en eiwitten. Dus het afweersysteem, waarbij er allerlei eiwit-stoffen naar het ontstoken gebied (bloedende pockets) worden gezonden, veroorzaakt juist een ecosysteem dat gunstig is voor de parapathogenen. Daarom streven we naar pocketreductie met weinig bloeding. Anders blijft het een vicieuze cirkel als we niet ingrijpen op de bacteriën en de afweerreactie via leefstijlinterventies.

### Parodontitis is een systemische ziekte

Parodontitis is geen lokale ziekte met systemische effecten maar parodontitis is ook een systemische ziekte net zoals allerlei andere chronische ziekten zoals reuma. Parodontitis kan zich ook uiten als co-morbiditeit van diabetes. Alleen ziektes hebben uiteindelijk een bepaalde samenhang. Zo is er ook een relatie van parodontitis tot allerlei hart- en vaatziekten. Meerdere keren is er vastgesteld dat er causale genetische factoren zijn die volledig hetzelfde zijn bij parodontitis als bij hart- en vaatziekten. Dus wellicht gaat dit via eenzelfde pathologische route. Vandaar dat mogelijk bij mensen die erfelijk belast zijn waar te nemen is dat deze ziekten vaak samengaan. Mensen met ziekte zijn dus gevoeliger om ook andere ziekten te hebben. Het zou zo kunnen zijn dat mensen met parodontitis vaker andere ziekte(n) hebben en zelfs multi morbiditeit. Dat laatste komt in Europa steeds vaker voor. Dat kan wellicht doordat men ouder wordt, door toename van welvaartziektes of door verbeterde diagnostiek.

### Bloeding van de gingiva

Fridus van der Weijden loste Loos af en vroeg zich af of de bleedingsindex een goede meetlat is voor parodontale gezondheid of niet. Uit histologisch onderzoek blijkt dat met een dunne gingiva het ontstekingsinfiltraat goed visueel waar te nemen is maar dat bij een dik fenotype het infiltraat het orale oppervlak niet bereikt waardoor het niet zichtbaar is.

Algemeen wordt daarom aangeraden dat visuele symptomen van ontsteking onbetrouwbaar zijn (zeker als te afwezig) en dat bloeding na aanderen een betrouwbaar symptoom is voor het vaststellen van parodontale ziekte. Uit onderzoek blijkt dat in geval van gingivitis de bleedingsneiging beter te diagnosticeren is door langs de gingivarand te strijken in plaats van het aftasten van de bodem van de pocket. De richting van pocketsonde is hierbij van invloed, want een grotere hoek geeft een lagere bleedingsindex. Ook de kracht en diameter van de pocketsonde heeft hier invloed op en het belang van dit alles bij elkaar wordt vaak onderschat. Bloeding na sonderen geeft een beperkt maar op basis van meerdere metingen in de tijd wel een bruikbare indicatie of er sprake is van progressie. Meest voorspelbaar is dat als een pocket bij elke meting continue niet bloedt dit een goede maatstaf is van stabiliteit. Daarmee is de afwezigheid van bloeding na sonderen een belangrijke diagnostische tool.

### Percentage bloeding

Hoeveel procent bloeding maximaal nog acceptabel is, daar verschillen de meningen van wetenschappers over. Als 'end point' van parodontale therapie variëren de getallen van 10-30%. De Nederlandse (NvVP) richtlijn voor parodontologie in de algemene praktijk geeft als criterium  $\leq 20\%$ . Wel speelt de methode van sonderen hierbij een rol. Als je uitsluitend op 6 plaatsen rondom een element meet zal de bleedingsneiging lager uitvallen dan als je 'exploratief' al wandelend met de pocketsonde rondom het element de bloeding bepaalt. Duidelijk lijkt dat de bleedingsneiging in elk geval onder de 30% moet zijn. Studies die gekeken hebben naar het effect van behandeling laten zien dat reductie van de bleedingsneiging vaak al wordt bereikt door het verbeteren van de mondhygiëne. Bij het constateren van parodontale problemen is dit daarom de eerste stap van behandeling die meteen een indicatie geeft van hoe gemotiveerd de patiënt is. Hoewel instrumenteren een grote beïnvloedende factor zal enkel een professionele gebitsreiniging onvoldoende effect hebben als de mondhygiëne ondermaats is. Binnen het paro-preventie traject is aandacht voor het niveau van zelfzorg met passende instructie en begeleiding daarom van essentieel belang

### Chirurgie versus non-chirurgie

Ook besprak van der Weijden het chirurgische versus non-chirurgische parodontale therapie. Het effect van niet-chirurgische therapie is bij pockets tot 6mm bij goede mondhygiëne niet verschillend van chirurgisch. Daarover is Van der Weijden het met Lang eens. Maar na niet-chirurgische therapie blijven er wel wat meer pockets verdiept die bij intake al boven de 6mm waren en dat vraagt dus om intensievere nazorg. Meerdere diepere pockets (vanaf 6mm) hebben namelijk een grotere kans op progressie binnen vijf jaar. Ook blijven furcaties vaak wat achter op het behandelresultaat, in 25% van gevallen zie je toch progressie van parodontale afbraak. Niet alleen voor de patiënt maar ook voor de mondzorgverlener zijn furcaties moeilijk te behandelen.

### Roken

Met goede nazorg waarbij men trouw op de afspraken komt en bij goede mondhygiëne, kan er met (niet) chirurgische parodontale therapie stabiliteit worden behaald. Of iemand rookt is hierbij wel een belangrijke factor die een negatief effect heeft. Stoppen met roken is daarom aan te bevelen als onderdeel van parodontale therapie maar op welke termijn dit effect heeft op de bleedingsindex en op pocketreductie is onduidelijk. De literatuur zegt dat dit pas na 12-24 maanden zichtbaar is.

*Prof. dr. Klaus Lang is al vijftig jaar hoogleraar en ereprofessor aan universiteiten over de hele wereld. Hij heeft meer dan 650 artikelen gepubliceerd in peer-reviewed wetenschappelijke tijdschriften en verschillende leerboeken, en heeft lezingen gegeven op vijf continenten. Hij richtte het tijdschrift Clinical Oral Implants Research op en was 26 jaar lang hoofdredacteur, tot 2016. Hij is erelid van 17 nationale en internationale organisaties, waaronder de American Academy of Periodontology.*

*Prof. dr. Bruno Loos is in 1981 afgestudeerd als tandarts. Na een periode algemene praktijk, behaalde hij een MSc in de parodontologie en een PhD in de orale biologie, beide in de VS. Loos is emeritus hoogleraar parodontologie bij ACTA. Zijn onderzoek is gerelateerd aan systemische effecten van parodontitis en effecten van parodontitis op algemene gezondheid. Daarnaast bestudeert hij aspecten van de vatbaarheid voor parodontitis, in het bijzonder genetische en immunologische factoren. Loos is erelid van de NVvP en ontving de 'Distinguished Scientist Award in Periodontal Disease' van de IADR.*

*Prof. dr. Fridus van der Weijden studeerde af al tandarts, promoveerde en werd benoemd tot hoogleraar 'Preventie en Therapie van Parodontale Aandoeningen' aan ACTA. Door zijn wetenschappelijke oeuvre verwerft hij meerdere (internationale) prijzen onder andere van de NVvP, het Ivoren Kruis, de IADR en de ORCA. Hij is erkend als tandarts-parodontoloog door de NVvP en tandarts-implantoloog door de NVOI. Het grootste deel van zijn carrière verdeelt hij zijn tijd tussen Paro Praktijk Utrecht, Implantologie Utrecht en de sectie Parodontologie van ACTA.*

Verslag door Lieneke Steverink-Jorna, mondhygiënist, voor dental INFO van de lezing van prof.dr. Klaus Lang, prof.dr. Bruno Loos en prof.dr. Fridus van der Weijden tijdens het NVvP-congres Back to the Roots.

