

Tandarts-parodontologen Fridus van der Weijden en Leo Kroon over parodontale diagnostiek

“Het nieuwe screenen is makkelijker in gebruik”

TEKST: ANNE DOELEMEN

Het is zaterdagmiddag, de zon schijnt en Leo Kroon en Fridus van der Weijden hebben net een dag hun cursus De Rode Draad gepresenteerd. Het belemmert hen niet Dental Tribune te woord te staan. Aanleiding voor het gesprek? Het nieuwe AccreDidactprogramma over de diagnostiek van parodontale aandoeningen - waar ze beiden aan schreven - en de nieuwe richtlijn 'Parodontologie in de algemene praktijk' voor de lage landen. Van der Weijden was voorzitter van de commissie achter deze richtlijn. "Ik zou graag willen dat er minder negatief over het maken van röntgenfoto's wordt gesproken."

Is het nodig, zo'n AccreDidact-programma over de diagnostiek van parodontale aandoeningen?

Kroon: Ik had het er net nog over met één van de cursisten van De Rode Draad. Het ophalen, structureren en updaten van al aanwezige kennis vinden velen van hen waardevol en leerzaam. Degenen die wat langer geleden zijn afgestudeerd, kunnen zo'n cursus en het AccreDidact-programma bovendien als opfris-cursus van de parodontologie zien. Zij hebben vaak ook nog niet alle aspecten van de parodontologie in hun opleiding mee gekregen.

Van der Weijden: Eigenlijk is het teleurstellend dat dit AccreDidact-programma nodig is en dat er nog zo'n vraag is naar de cursus De Rode Draad. Dat geeft aan dat we met het reguliere onderwijs onvoldoende in staat zijn om onze boodschap en liefde voor de parodontologie over te brengen. Leo geeft de cursus al sinds 1984, eerst samen met Hans Rodenburg. Toen Hans overleed in 1992, heb ik zijn plaats overgenomen. De basis van het AccreDi-

dactprogramma is de handleiding van de cursus, die Hans Rodenburg heeft geschreven en Leo de laatste jaren regelmatig heeft geüpdatet. Los hiervan is ook René Huffels op ACTA met het onderwerp aan de slag gegaan. Die twee handleidingen heb ik voor het AccreDidact-programma in elkaar geschoven en gemoderniseerd naar de huidige inzichten. We trekken nog steeds veel enthousiaste deelnemers naar de cursus en ik verwacht dat het boekje veel leesplezier geeft en hopelijk ook een plaats krijgt in het tandheelkundig onderwijs.

Was er veel modernisatie nodig? Is er veel veranderd in de parodontale diagnostiek?

Van der Weijden: Om te beginnen hebben we klinische plaatjes als voorbeelden toegevoegd en hebben we alle bestaande illustraties verbeterd en netjes gemaakt. AccreDidactredacteur Joep Laverman heeft prachtige, anatomisch correcte tekeningen gemaakt. Er is een stuk toegevoegd over zorgplan en zorgdoel, wat voor de tandheekunde redelijk nieuwe termen zijn. En er is een stuk bijgekomen over microbiologie: wat kun en moet je daarmee?

Moet de algemeen practicus iets met microbiologie doen op het gebied van parodontale diagnostiek?

Van der Weijden: Dat is een heikel punt. Je hebt in de wetenschap momenteel twee verschillende kampen. Het ene kamp legt meer de nadruk op de ontsteking en ikzelf zou de microbiologie niet uit het oog willen verliezen. Als algemeen practici het interessant vinden, kunnen ze dat stuk diagnostiek ook meenemen. Een moderne term in de parodontologie is 'dysbiose', waarbij er een omslag plaatsvindt van voornamelijk onschadelijke naar schadelijke micro-organismen. Ik denk dat de uitkomst van microbiologisch onderzoek kan helpen om de parodontale aandoening beter te begrijpen en bij de keuze om antibiotica te geven. Ik ben me ervan bewust dat we met de huidige microbiologische analyses nog niet het complete beeld krijgen, maar bepaalde micro-organismen kun je beter niet onder je tandvlees hebben.

Inhoudelijk is er de afgelopen decennia niet veel veranderd op het gebied van parodontale diagnostiek?

Van der Weijden: Op zich niet. Honderd jaar geleden gebruikte men al een sonde om de pockets te meten en dat doen we eigenlijk nog steeds. **Kroon:** Wat wel veranderd is, is dat je tegenwoordig gedurende de behandeling het zorgdoel en het zorgplan in overleg met de patiënt op basis van je herbeoordelingen kunt aanpassen. Met het oude paro-protocol was dit iets meer rigide. Met de vernieuwde richtlijn kun je, als je goede redenen hebt, binnen het paro-protocol toch een andere route bewandelen.

Van der Weijden: Ruim vier jaar geleden heeft de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) een commissie ingesteld om naar het paro-protocol te kijken. Ik ben voorzitter geweest van de commissie die zich bezig heeft gehouden met de richtlijn Parodontale Screening, Diagnostiek en Behandeling in de Algemene Praktijk. Het bestuur van de NVvP was zich door opmerkingen van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en juristen bewust geworden van het feit dat het paro-protocol, zoals dat op een A4'tje als een flow-chart stond, juridisch een gevaarlijk document kon zijn voor de tandarts. Als deze zich niet aan dat A4'tje houdt, en een patiënt zou hem later aanklagen, dan zou hij het altijd verliezen. Het paro-protocol gaf weinig ruimte om af te wijken, terwijl je dat in de praktijk best wel eens doet. Dat is nu veel genuanceerder beschreven.

Kunnen jullie uitleggen hoe de DPSI en de PPS elkaar raken?

Van der Weijden: De Dutch Periodontal Screening Index (DPSI) is de screening zoals we deze jaren hebben gebruikt in het paro-protocol. Tijdens het vernieuwen van de richtlijn kwam er veel discussie over de DPSI. We hebben daarop in nauw overleg met collega's uit de algemene praktijk een nieuwe, vereenvoudigde manier van screenen ontwikkeld. Die is vooralsnog Periodiek Parodontaal Screenen (PPS) gedoopt.

Wat voor discussies waren er vooral over de DPSI?

Van der Weijden: Een van de dingen was dat je op basis van de DPSI een soort diagnose aan de patiënt hing. Dat is een gedachtekronkel waar ik mijzelf ook schuldig aan heb gemaakt. Neem bijvoorbeeld iemand met één pocket van 6 mm. Die kreeg een DPSI-score van 4, terwijl iemand met 32 gebitselementen met rondom pockets van 4-5 mm een DPSI-score van 3 kreeg. Die hoogte van de score suggereert dat de eerste casus ernstiger is dan de tweede, maar als je er als clinicus naar kijkt, vraagt de casus met meerdere pockets van 4-5 mm veel meer zorg en aandacht. Je kunt dus niet een parodontale diagnose aan één indexgetal ophangen. Daar is verder onderzoek voor nodig. Met



Prof. dr. Fridus van der Weijden. FOTO: DIRK GILLISSEN

screenen probeer je vooral asymptotische gevallen van een ziekte of aandoening op het spoor te komen. Het is de bedoeling de mensen tijdig te herkennen die aan een bepaalde ziekte lijden om deze in een vroeg stadium beter te kunnen behandelen.

Hoe is de DPSI vereenvoudigd?

Van der Weijden: Er zijn nog maar drie scorecategorieën over, die als een soort stoplicht werken. Bij pockets van 1-3 mm valt iemand in het groene gebied. Daarin hoef je je over het parodontium weinig zorgen te maken en kun je meer aan preventie denken. Pockets van 4-5 mm geven een oranje licht, wat betekent 'let op, het gaat misschien de verkeerde kant op'. Bij rood - pockets van 6 mm of meer - moet je verder onderzoek doen. De oude score o hebben we weggelaten. Dit suggereert dat er mensen zijn bij wie je helemaal geen enkele bloeding na sonderen constateert. Zo'n patiënt heb ik in mijn hele carrière nog niet gezien.

Kroon: De PPS is makkelijker in gebruik. Waar eerst ook bloedingsneiging, tandsteen, en dergelijke moesten worden gescoord, meet je nu enkel de pocketdiepte. Bovendien zijn de scores teruggebracht naar 1,2 en 3 in plaats van 0, 1, 2, 3-, 3+ en 4. Veel algemeen practici vonden het lastig om daarmee om te gaan. Het is nu veel makkelijker. **Van der Weijden:** Maar moeilijker is het feit dat je na de screening moet gaan nadenken. De oude DPSI suggereerde dat je zonder veel na te denken een patiënt een traject van het paro-protocol kon laten doorlopen. Iedere patiënt met een score 4 kwam bijvoorbeeld automatisch in het paro-protocol. In de nieuwe versie zeggen we dat je bij een bepaalde score eerst moet kijken of er

geen andere problemen meespelen - zoals een endodontisch probleem, een fractuur - en of de patiënt wel gemotiveerd is om de behandeling te ondergaan.

Wat is de status van de vernieuwde richtlijn?

Van der Weijden: De commissie heeft de richtlijn goedgekeurd en die ligt nu ter accordering bij het bestuur van NVvP. Nadat zij er hun akkoord op hebben gegeven gaat het naar de besturen van de NVM-mondhygiënist, KNMT en ANT. De verzekeraars staan er naar ik heb begrepen ook positief tegenover.

Verandert er nog meer in de vernieuwde richtlijn, behalve de DPSI?

Van der Weijden: De begrippen 'evaluatie' en 'herbeoordeling' zijn omgewisseld. Vroeger deed je na de behandeling een herbeoordeling en een jaarlijkse evaluatie. Taalkundig klopt dat niet. Op de opleiding in Utrecht werd het dan ook precies andersom benoemd. Dat correspondeert ook met het Engels: eerst een 'evaluation' en daarna een 're-evaluation'. Ik heb al gehoord dat de NZa dit al had geconstateerd in de conceptrichtlijn en daar hun medewerking aan willen verlenen in het tarievenboekje.

Leverde de vernieuwde richtlijn veel discussie op?

Van der Weijden: In de commentaarronde was er veel discussie over de vraag of de preventieassistent wel of niet een rol heeft in het paro-protocol. We hebben er uiteindelijk voor gekozen dat de tandarts of mondhygiënist zelf kan kiezen om aan de preventieassistent taken te delegeren volgens de verlengde-

Biografie

Prof.dr. Fridus van der Weijden studeerde in 1984 in Utrecht als tandarts af. Hij is tandarts-parodontoloog NVvP en tandarts-implantoloog, erkend door de NVOI. In 1993 promoveerde hij. Sinds 1989 verdeelt hij zijn tijd tussen de Paro Praktijk Utrecht en de vakgroep Parodontologie van ACTA. In 2010 werd hij benoemd als hoogleraar 'Preventie en Therapie van Parodontale Infecties' aan ACTA. In september 2016 is dit overgegaan in een reguliere aanstelling als hoogleraar bij de afdeling Parodontologie.

Leo Kroon studeerde in 1977 af als tandarts aan de Universiteit van Amsterdam. In 1988 werd hij erkend als tandarts-parodontoloog (NVvP). Hij was betrokken bij de oprichting van en was hoofd van de afdeling parodontologie van de Militair Tandheelkundige Dienst in Utrecht en leidde die vele jaren. Hij werkte tevens in parodontologiepraktijken in Alphen aan den Rijn, Amsterdam (KvPA) en Alkmaar. Sinds 1984 verzorgt hij cursussen en lezingen.

Lees verder op pagina 8 ►

► Vervolg van pagina 6

armconstructie, mits de assistent bevoegd en bekwaam is die handelingen uit te voeren. Volgens de wet mag de preventieassistent bij wijze van spreken een flapoperatie uitvoeren als deze daartoe bevoegd en bekwaam is en de tandarts in de buurt is. Als je daar goed over nadenkt, kan dat nooit de bedoeling van deze wet zijn geweest.

Kroon: Zo zijn er ook preventieassistenten die in praktijken als mondhygiënist worden gepresenteerd. Dat is niet goed te praten.

Zou je dit dan niet beter moeten vastleggen, bijvoorbeeld in zo'n nieuwe richtlijn parodontologie?

Van der Weijden: Ik heb zelf die behoefte wel. Maar er spelen meerdere belangen in een brede commissie. Wij hebben uiteindelijk de *easy way out* gekozen. De inspectie beraadt zich momenteel wel over het kaderen van taken van de assistent. De ANT kiest met de tandartsassistent ABC ook voor meer duidelijkheid en een betere opleiding, dus er wordt van twee kanten aan gewerkt. Het is jammer dat de samenwerking om dit goed te structureren tussen de

beroepsgroepen nog ontbreekt. Al met al ben ik heel blij dat het gelukt is een richtlijn te maken waar zowel mondhygiënisten als tandartsen als parodontologen zich achter kunnen scharen. Die partijen hebben zoals gezegd allemaal verschillende belangen. Ik denk dat we geschiedenis hebben geschreven met deze richtlijn.

Even terug naar de praktijk: zou je bij ieder periodiek mondonderzoek parodontaal moeten screenen?

Van der Weijden: Ik denk dat het goed zou zijn om het standaard elk periodiek mondonderzoek te doen. Ik vond dat één van de commissieleden het tijdens onze vergaderingen mooi beschreef. Hij zei: 'ik loop met mijn pocketsonde langs het tandvlees, controleer tandvlees op pockets en kijk meteen of er cariës zit'. **Kroon:** Je kunt erover filosoferen of je standaard elk periodiek mondonderzoek bij een patiënt van 80 met pockets tot 3 mm ook de DPSI moet scoren. Hoe groot is de kans dat iemand op die leeftijd ineens nog ernstige parodontitis gaat ontwikkelen? Ik denk niet groot. In tegenstelling tot bij heel jonge patiënten. Parodontitis kan zich al



Leo Kroon.

op jonge leeftijd ontwikkelen, vanaf het doorbreken van de blijvende gebitselementen. Je zou dan kunnen screenen vanaf een jaar of acht. Dat is iets waar in de praktijk te weinig naar gekeken wordt.

Van der Weijden: We hebben pas een

kind van tien binnengekregen waarbij is er sprake van vergevorderd botverlies bij de melkelementen en waar blijvende gebitselementen ook al zijn aangetast. De prevalentie van wat tot voor kort pre-puberele of juveniele parodontitis heette, is met 1 à 2% laag. Maar ernstige schade moet op deze jonge leeftijd worden voorkomen door op tijd te beginnen met screenen.

Voor welke aspecten van parodontale diagnostiek wilt u aandacht vragen?

Van der Weijden: Wat te weinig aandacht krijgt, is dat je de ontsteking vaststelt met de pocketsonde, maar dat je parodontale afbraak vaststelt op basis van röntgenfoto's. Vanuit de Inspectie en vanuit de professie is er veel terughoudendheid met het maken van röntgenfoto's. Ik vind het onterecht om daar zoveel nadruk op te leggen als het gaat om parodontale diagnostiek. Je hebt namelijk goede informatie nodig om een risico-inschatting te maken en om te kijken of er geen andere dingen meespelen, zoals een endodontisch probleem of een furcatieprobleem. Röntgenfoto's zijn een belangrijk onderdeel van de diagnostiek. In het geval van parodontologie weegt de informatie uit röntgenfoto's zonder meer op tegen de stralingsbelasting.

Kroon: Een praktijkvoorbeeld. Ik had laatst een patiënt bij wie ik niet of nauwelijks kon meten tussen de frontelementen omdat die erg dicht tegen elkaar aanstonden. Ik heb toen van zes elementen aparte foto's gemaakt met ruime overlapping. Dan heb je namelijk de grootste kans de interdental ruimtes goed te kunnen beoordelen. Daar kreeg ik commentaar op van een collega-tandarts. Maar ik heb uitgelegd dat ik onvoldoende informatie zou hebben voor mijn diagnostiek als ik dat in dit specifieke geval niet zou hebben gedaan. Het lijkt wel of het As Low As Reasonably Achievable (ALARA)-principe van de stralingsbelasting zo sterk gaat spelen dat je onvoldoende informatie krijgt.

Van der Weijden: Als er iets verkeerd gebruikt wordt, dan is het wel het ALARA-principe. Dat gaat pas in op het moment dat je besloten hebt een foto te maken. Na dat beslismoment moet je zorgen voor zo min mogelijk stralingsbelasting. ALARA moet niet gebruikt worden in de be-

slissing om een foto wel of niet te nemen. Dat is een enorm misverstand.

De ondertitel van het Accredidactprogramma is 'Meten is weten, missen is gissen' - wat wordt er vaak gemist in de parodontale diagnostiek?

Kroon: Je ziet aan de buitenkant meestal niet of er problemen zijn met het tandvlees. Tandvlees kan er roze, gezond, niet gezwollen en niet teruggetrokken uitzien en toch ontstoken zijn. Meten met de pocketsonde is daarom essentieel. Daarnaast: als je verdiepte pockets meet, is er niet per definitie ook botafbraak aanwezig. Om dat te constateren heb je een of meerdere röntgenfoto's nodig. En als er géén verdiepte pockets worden gemeten, kan er toch sprake zijn van afbraak! Je hebt dus beide onderzoeksmethodes nodig om een goed beeld te krijgen van ontsteking en afbraak.

Hebben jullie wensen voor de toekomst op het gebied van diagnostiek, zoals technologieën die de diagnostiek zouden vergemakkelijken?

Kroon: Meer betrouwbare diagnostiek op het gebied van furcaties zou welkom zijn. De diepte van pockets meten is niet zo moeilijk, maar het meten van furcaties blijft erg lastig en voor een deel inschatten. Dat zou je nauwkeuriger willen kunnen meten, omdat furcatieproblemen veel invloed kunnen hebben op de prognose van elementen.

Van der Weijden: Wat tot nu toe ook ontbreekt, is het kunnen vaststellen of er sprake is van actieve afbraak. Met het meten van de pocketdiepte kun je niet vaststellen of er op dat moment sprake is van progressie. Het zou mooi zijn als je dit met een technologische ontwikkeling zou kunnen vaststellen. Er zijn drie parameters die redelijk voorspellen of pockets stabiel zijn: informatie uit speekseleiwitten, de aanwezigheid van bepaalde micro-organismen en informatie uit het bloed. Ik kan me voorstellen dat je in de toekomst een wattenstaafje over de tong haalt en met een apparaat de mate van ontstekingsactiviteit kunt meten. Je moet toch een beetje dromen over de toekomst. ■

AccreDidact-programma en richtlijn

- De vernieuwde richtlijn Parodontale Screening, Diagnostiek en Behandeling in de Algemene Praktijk ligt momenteel ter accordering bij de beroepsverenigingen. Deze richtlijn vertelt tandarts en mondhygiënist wat ze moeten doen op het gebied van parodontale screening.
- Het Q-geaccrediteerde Accredidactprogramma over de diagnostiek van parodontale aandoeningen wordt verspreid onder abonnees en is los aan te kopen via www.accredidact.nl. Dit programma, bestaande uit een rijk geïllustreerd boekje en een e-learning die goed is voor 4 KRT-punten, beschrijft hoe de diagnostiek uitgevoerd moet worden.

ADVERTENTIE

Voorspelbaar resultaat. Keer op keer.

Pediatric Xtra Small Small Medium Medium DV Large

Een "Game Changer" op het gebied van drooglegging en isolatie.

- Efficiënter, sneller, meer behandelingen.
- Iedere mond. Iedere behandeling.
- Voorspelbaar eindresultaat.

Isolite System voor:

- Drooglegging van twee kwadranten tegelijkertijd.
- Ononderbroken handsfree afzuiging.
- Schaduwloze led verlichting van binnenuit.
- Houdt de tong weg en beschermt de luchtwegen.

Met andere woorden:
Totale controle over de orale omgeving!

Isovac-Systeem
Net zo briljant – zonderverlichting

Simpel te gebruiken plug en play op de speeszuigerslang of grote afzuigerslang.

Nieuwsgierig?
Bel voor een vrijblijvende demonstratie bij u in de praktijk!

+31(0) 10 41 63 193 of kijk op matrix-dental.com

Matrix Dental
Exclusief Bevoegdheidhouder van Isolate System