

Endpoints voor parodontale therapie

De afgelopen jaren zijn er meerdere artikelen en richtlijnen verschenen die succescriteria – in het Engels ‘endpoints’ genoemd – beschrijven om het succes van parodontale behandelingen te evalueren en om te bepalen of aanvullende (chirurgische) therapie noodzakelijk is. Een recent onderzoek van Rattu et al. 2023 heeft de praktische toepasbaarheid van deze criteria onder de loep genomen.

Belang van succescriteria

Het hebben van duidelijke succescriteria is essentieel om de uitkomst van een behandeling te kunnen beoordelen. Allereerst helpt het bij het inschatten of aanvullende therapie nodig is en of het behaalde resultaat op lange termijn stabiel blijft. Ubele van der Velden gaf ooit een lezing met de titel *“Response to Treatment: Our Chief Diagnostic Method”*, waarin hij benadrukte dat na een niet-chirurgische parodontale therapie significante verbetering moet optreden. Gebeurt dit niet, dan kan enerzijds de behandeling van onvoldoende kwaliteit zijn, of er kan sprake zijn van een onderliggend probleem dat verder gaat dan een parodontale ontstekingsreactie door plaque en tandsteen.

Een tweede reden voor het vaststellen van succescriteria is verankerd in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Deze wet stelt dat zorgverleners zich moeten baseren op wetenschappelijke richtlijnen om kwaliteit van zorg te waarborgen. In deze wet staat in artikel 7 onder meer het volgende:

Lid 1: De zorgaanbieder draagt zorg voor systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg.

Lid 2: De verplichting van het eerste lid houdt, de aard en omvang van de zorgverlening in aanmerking genomen, in:

a) het op systematische wijze verzamelen en registreren

van gegevens betreffende de kwaliteit van de zorg op zodanige wijze dat de gegevens voor eenieder vergelijkbaar zijn met gegevens van andere zorgaanbieders van dezelfde categorie;

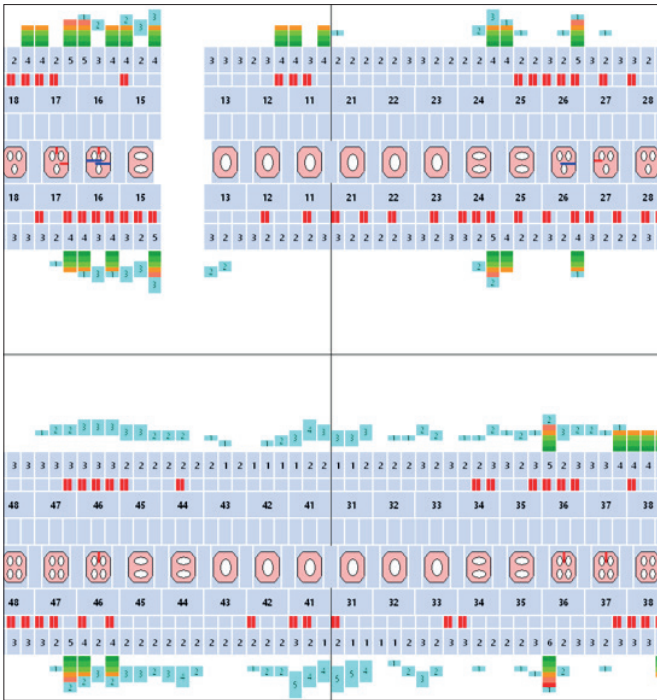
b) het aan de hand van de gegevens, bedoeld in onderdeel a, op systematische wijze toetsen of de wijze van uitvoering van artikel 3, eerste lid, leidt tot goede zorg;

c) het op basis van de uitkomst van de toetsing, bedoeld in onderdeel b, zo nodig veranderen van de wijze waarop artikel 3 wordt uitgevoerd.

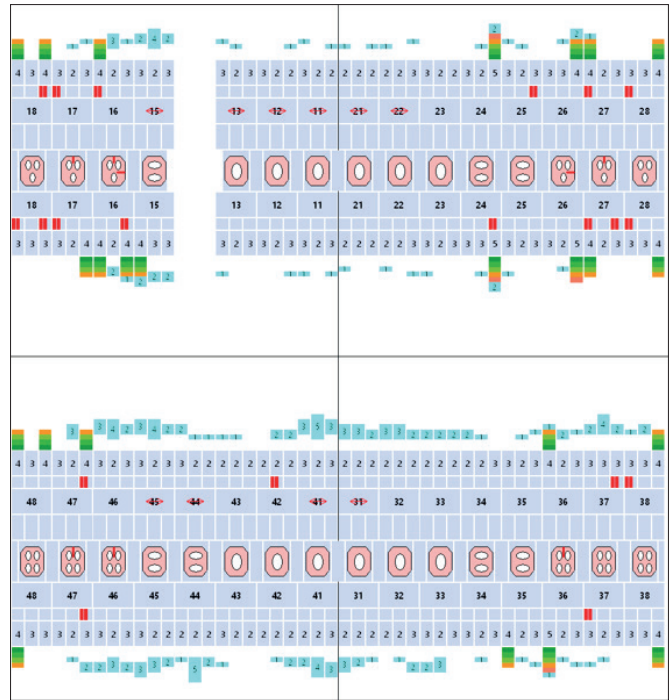
Om de volledige reikwijdte van artikel 7 te begrijpen, is het illustratief om terug te grijpen naar artikel 3, lid 1, waarin het volgende staat:

De zorgaanbieder organiseert de zorgverlening op zodanige wijze, bedient zich zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personele en materiële middelen en, voor zover nodig, bouwkundige voorzieningen en, indien hij een instelling is, draagt tevens zorg voor een zodanige toedeling van verantwoordelijkheden, bevoegdheden alsmede afstemmings- en verantwoordingsplichten, dat een en ander redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede zorg.

Het is duidelijk dat, om als zorgaanbieder te kunnen voldoen aan de vereisten van artikel 7, lid 2, er kwaliteitsindicatoren (in dit verband: succescriteria) nodig zijn die als hulpmiddel kunnen dienen om de zorg te evalueren en te vergelijken.



1a. 2004



1b. 2024

Richtlijnen

Laten we beginnen met de Nederlandse Richtlijn: *“Parodontale Screening, Diagnostiek en Behandeling in de Algemene Praktijk”* van de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP). Zie in **tabel 1** wat daarin onder punt 22 [pagina 15] als succescriteria worden beschreven.

| Tabel 1 | Succescriteria |
|------------------------------------|----------------------------------|
| Reductie van pocketdiepte | tot ≤ 5 mm |
| Afname van de bloedingsneiging | bloeding na sonderen $\leq 20\%$ |
| Reductie van de hoeveelheid plaque | plaque-index $\leq 20\%$ |

Wanneer de grens voor pocketdiepte van ≤ 5 mm op patiëntniveau wordt aangehouden, blijkt uit een analyse van de gegevens van 1182 patiënten uit onze parodontologie praktijk dat we op basis van dit succes criterium slechts in 39% van de gevallen succes behalen met onze niet-chirurgische behandeling (Van der Weijden et al., 2019). Maar is dit nu echt een slecht behandelresultaat? Om dit goed te beoordelen, moet er eigenlijk gekeken worden naar de langetermijneffecten. Uit onderzoek van dezelfde praktijkpopulatie blijkt dat met een nazorgperiode van ongeveer 10 jaar het behaalde resultaat stabiel kan blijven (De Wet et al., 2018). Op pocket- of siteniveau toont een andere analyse van onze patiëntengroep (n=993)

aan dat het gemiddelde percentage pockets > 5 mm slechts een klein aandeel (2,8%) van het geheel uitmaakt (Schoenmakers et al., 2022).

Stel nu dat de criteria van de Nederlandse richtlijn strikt en zonder verdere overwegingen zouden worden toegepast, dan zou dit betekenen dat bij 39% succes in het bereiken van een pocketdiepte van \leq

5 mm (Van der Weijden et al., 2019), ongeveer voor 60% van onze patiënten aanvullende parodontale therapie nodig zou zijn. De NVvP-richtlijn is hierin echter veel genuanceerder. Onder punt 24 [pagina 35] staat dat bij de keuze voor chirurgie de volgende overwegingen in acht moeten worden genomen:

Bij het indiceren van een aanvullende chirurgische behandeling zullen complicerende factoren, zoals de restauratieve en endodontische status van een gebitselement, evenals de strategische positie daarvan, als onderdeel van de gehele dentitie meegewogen moeten worden. Verder dient de zorgverlener zich af te vragen of na de chirurgische ingreep valt te verwachten dat de

| Tabel 2 | Pocketdiepte | Bloedingsneiging |
|--|--------------|------------------|
| Succesfully Treated Stable Periodontitis Patient | ≤ 4mm | < 10% |
| Treated Periodontitis Patient with Gingivitis | ≤ 3mm | ≥ 10% |
| Treated Periodontitis Unstable Patient | > 4mm | ≥ 10% |

gewenste verbetering wordt verkregen of dat de anatomische situatie zo ongunstig is dat correctie van het botniveau en/of zachte weefsels geen of nauwelijks reductie van de pocketdiepte zal opleveren. Medebepalend voor de indicatie is of de voorgenomen ingreep wel of geen schade en/of esthetische problemen aan buurelementen zal berokkenen.

Ter verdere nuancering, om aan te geven dat niet in alle gevallen chirurgisch ingrijpen noodzakelijk is, wil ik een artikel van Noel Claffey en Jan Egelberg (1995) aanhalen. In mijn ogen bieden deze auteurs een heldere en kritische kijk op ons vakgebied. In dit artikel, waarin de klinische indicatoren voor aanhechtingsverlies na initiële parodontale behandeling bij patiënten met gevorderde parodontitis worden onderzocht, wordt geconcludeerd dat patiënten met gevorderde parodontitis en meerdere resterende pocketdieptes van >5 mm bij herbeoordeling een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van extra aanhechtingsverlies, in vergelijking met patiënten met slechts enkele pockets >5 mm. Dit geeft aan dat er dus ruimte is om na behandeling te eindigen met een klein aantal verdiepte restpockets. Een voorbeeld hiervan is een casus met 20 jaar nazorg. In

2004 (**afbeelding 1a**) waren er nog enkele verdiepte pockets aanwezig, maar dankzij goede zelfzorg en regelmatige 3-maandelijkse nazorg is het resultaat in 2024 stabiel gebleken (**afbeelding 2a**). De klinische foto's van 2004 en 2024 laten zien dat de patiënte inmiddels zoveel vertrouwen in haar gebit heeft gekregen dat ze heeft besloten om orthodontische behandeling te ondergaan om de tandstand te optimaliseren (**afbeelding 2b**).

Naast de NVvP-richtlijn is er ook de richtlijn van de "Classificatie van Parodontale en Peri-Implantaire Aandoeningen en Condities" van de Europese Federatie voor Parodontologie (EFP) (Chapple et al., 2018). In **tabel 2** staan de criteria voor een succesvol behandelde parodontitis patiënt uit dit artikel samengevat.

Het mag duidelijk zijn dat in deze richtlijn de lat iets hoger gelegd wordt, namelijk op 4 mm in plaats van 5 mm zoals in de NVvP-richtlijn. Onder tabel 1 - zoals die in het originele artikel staat beschreven - staat een voetnoot die interessant is om hier te weergeven:

Er was een minderheidsopvatting die betoogde dat de



drempel voor het definiëren van een klinisch geval van gezondheid bij succesvol behandelde parodontitis patiënten zou moeten worden vastgesteld een pocketdiepte van ≤ 3 mm zonder bloeding bij sonderen. De meerderheid was echter van mening dat deze drempel van ≤ 3 mm zelden op 100% van de behandelde sites wordt bereikt, wat kan leiden tot overbehandeling. Sites met een diepte van > 3 mm zouden dan niet als “gezondheid” worden geclassificeerd, waardoor ze open zouden staan voor verdere invasieve behandelingen in plaats van voor monitoring en ondersteunende zorg. Daarom werd de drempel vastgesteld op ≤ 4 mm.

In de EFP-richtlijn “Behandeling van stadium I–III parodontitis – De EFP S3-niveau klinische richtlijn” (Sanz et al., 2020) wordt voor de endpoint van parodontale behandeling iets meer ruimte gegeven, namelijk geen parodontale pockets > 4 mm met bloeding bij sonderen of geen diepe parodontale pockets > 5 mm. Deze beschrijving maakt echter niet helemaal duidelijk wat precies bedoeld wordt. Wat betreft de bloedingsneiging van 10%, zoals hierboven aangegeven in tabel 2 van dit artikel, is het opvallend om te lezen dat het artikel van Loos & Needleman (2020), dat als onderbouwing voor de EFP-richtlijn dient, even los van de pocketdiepte, een bloedingsneiging van $< 30\%$ op patiëntniveau als de beste garantie voor parodontale stabiliteit beschouwt. Het is een vraagteken waarom deze wetenschappelijke bevinding niet als zodanig in de EFP-richtlijn is opgenomen.

Samengevat hanteert de EFP-classificatie en de richtlijn een pocketdiepte van 4 mm als een belangrijk criterium. In dit kader is het interessant om te onderzoeken hoe haalbaar deze norm in de praktijk is. Citterio et al. (2022) voerden een systematische review en meta-analyse uit over de resterende pockets na niet-chirurgische parodontale therapie. Op basis van een analyse van 27 studies bleek dat het gemiddelde percentage sites met een pocketdiepte van > 4 mm voor de behandeling 28% was, terwijl dit na de behandeling afnam tot 12%. Het gemiddelde aantal resterende pockets > 4 mm na behandeling was 14. De auteurs concluderen dat niet-chirurgische parodontale therapie in staat is om de meeste verdiepte pockets te elimineren. Desondanks kunnen er nog steeds resterende pockets aanwezig blijven, wat overeenkomt met onze ob-

servaties in de eigen patiëntenpopulatie.

Om meer vrijheid te creëren in de criteria voor succes, schreef Magda Feres et al. (2020) een waardevol artikel waarin ze een voorstel doet voor een endpoint dat dichterbij de dagelijkse praktijk staat. Op basis van een uitgebreide analyse van 724 patiënten uit de VS, Duitsland en Brazilië, die behandeld werden voor parodontitis, stelt dit artikel voor dat het klinische eindpunt van “ ≤ 4 sites met $PD \geq 5$ mm” effectief is in het vaststellen van remissie en controle van de parodontale ontsteking na actieve parodontale behandeling. Dit eindpunt kan dienen als een relevant uitgangspunt voor het toepassen van wat zij het “*treat-to-target-concept*” noemt. Dit voorstel biedt dus meer ruimte voor een klein aantal resterende diepere pockets na de behandeling.

Als lezer van dit artikel vraag je je misschien af waarom in geen van de richtlijnen pockets van 6 mm of meer niet als criterium zijn gekozen. Om deze vraag te beantwoorden, moeten we terugblikken op de vierde EFP-workshop in 2002, waar voor het eerst werd gekozen voor een wetenschappelijke onderbouwing in de vorm van systematische reviews om tot een consensus te komen. Een van de systematische reviews richtte zich op de vergelijking tussen niet-chirurgische en chirurgische parodontale therapie (Heitz-Mayfield et al., 2002). De conclusie was dat professionele gebitsreiniging, al dan niet in combinatie met parodontale chirurgie, een effectieve methode is voor de behandeling van chronische parodontitis. Bij de behandeling van diepe pockets (> 6 mm) blijkt dat professionele gebitsreiniging in combinatie met een flapoperatie resulteert in een grotere vermindering van de pocketdiepte en een significante toename van het klinische aanhechtingsniveau. Kortom, bij pockets van > 6 mm wordt aangenomen dat parodontale chirurgie een grotere behandelwinst kan opleveren. Ik wil echter als kanttekening nogmaals verwijzen naar de overwegingen voor parodontale chirurgie hetgeen in de NVvP-richtlijn onder punt 24 staat.

Laten we nu terugkeren naar het artikel waar ik in de inleiding naar verwees (Rattu et al., 2023). In dit artikel is onderzocht, aan de hand van verschillende definities voor endpoints, wat de prevalentie is van stabiele en succesvol behandelde parodontitis-

| Tabel 3 | Endpoint Criterium | Behaald op patiëntniveau | Kans op gebitsverlies |
|---------------------------|---|--------------------------|-----------------------|
| EFP- Stable periodontitis | Pockets ≤ 4mm <10% Bloeding | 1.5% | Klein |
| EFP- Endpoints of therapy | Geen pockets > 4mm met bloeding en geen pockets > 5mm | 11% | Klein |
| Treat-to-Target | ≤4 sites met pockets ≥ 5mm | 35% | Gemiddeld |
| - | ≤ 4mm | 7% | Klein |
| NVvP-succescriterium | ≤ 5mm | 31% | Gemiddeld |

patiënten, evenals de incidentie van daaropvolgend gebitsverlies tijdens de parodontale nazorg, in een populatie van 12.563 patiënten. In **tabel 3** staat een overzicht van de resultaten.

De tabel laat zien dat hoe hoger de lat wordt gelegd hoe minder mensen na behandeling voldoen aan de voorgestelde criteria. De auteurs vatten hun bevindingen op een mooie manier samen:

Een overweldigende meerderheid van de patiënten en gebitselementen voldoet volgens de huidige richtlijnen na actieve parodontale behandeling niet aan de aanbevolen 'eindpunten van therapie'. Dit kan impliceren dat de parodontale behandeling nog een lange weg te gaan heeft voordat deze als effectief kan worden beschouwd. Meer voor de hand liggend is echter de mogelijkheid dat de momenteel voorgestelde eindpunten niet realistisch zijn. Met een zekere mate van optimisme, gesteund door het relatief lage tandverlies tijdens de parodontale nazorg, willen wij graag in deze laatste hypothese geloven.

Samengevat

Samenvattend bieden succescriteria een waardevol handvat en helpen ze bij het voldoen aan wetgeving die gericht is op het bevorderen van de kwaliteit van zorg. Een rigide toepassing van deze criteria kan

echter leiden tot overbehandeling. Het is daarom essentieel om, op basis van een volledige status van het parodontium en een beoordeling van het niveau van zelfzorg en ook het zorgdoel voor de dentitie, voor elke individuele patiënt zorgvuldig af te wegen welk zorgplan het meest geschikt is. De genoemde succescriteria kunnen hierbij een richting bieden maar zijn niet in beton gegoten. **d**

De auteur

Fridus van der Weijden uit Paro Praktijk Utrecht. www.dentalkennisplein.nl

Referenties

De literatuurlijst is op te vragen bij de redactie en in te zien bij het artikel online op www.dentista-magazine.nl