

Nieuwe richtlijn implantaire nazorg

Niet langer met de handen in het haar

Wanneer mondhygiënist Hester Schoolderman een patiënt in de stoel had met implantaten, zat ze vaak met de handen in het haar. “Ik wist niet precies waar ik naar moest kijken, laat staan hoe ik de nazorg zou kunnen uitvoeren en het implantaat het beste zou kunnen reinigen. Tot ik gewezen werd op de nieuwe richtlijn op het gebied van implantaire nazorg.”

Tekst **Hester Schoolderman en Fridus van der Weijden**

Als mondhygiënist was ik me zeer bewust van het feit dat er maar beperkte mogelijkheden in mijn gereedschapskist zitten als de parodontale situatie rondom implantaten niet stabiel is. Wat te doen in dat soort situaties? De nieuwe richtlijn bood uitkomst.

In december 2015 hebben de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) en de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) de richtlijn Diagnostiek, Preventie en Behandeling van Peri-Implantaire Infecties gelanceerd. De richtlijn is gebaseerd op de huidige wetenschappelijke kennis en heeft als doel te komen tot een uniforme en wetenschappelijk onderbouwde manier van tandheelkundig handelen ten aanzien van de preventie, diagnostiek en behandeling van peri-implantaire infectie (Louropoulou et al. 2015).

Nulmeting

Onmisbaar in de implantaire nazorg is de nulmeting. Het is voor een doeltreffende behandeling essentieel om te weten hoe de situatie rondom het implantaat was nadat het implantaat en de daarbij behorende suprastructuur geplaatst is. Op die manier is er een referentie aanwezig voor de toekomstige metingen en afwijkingen.

Bij een nulmeting hoort een röntgenfoto ter controle van het botniveau, achtergebleven cementresten en

of de suprastructuur goed aansluit op het implantaat. De nulmeting wordt uitgevoerd binnen een halfjaar na het plaatsen van de suprastructuur op het implantaat en bij voorkeur na 6-8 weken. Dit is ook het moment om het niveau van mondhygiëne te controleren en zo nodig extra instructie te geven.

Verder wordt dan de nazorgfrequentie bepaald. Als de weefsels gezond zijn, betekent het minimaal één keer per jaar komen voor controle. Een eventueel hogere nazorgfrequentie wordt per patiënt individueel bepaald en gebaseerd op systemische en lokale risicofactoren. Denk daarbij aan parodontitis.

De nulmeting bestaat uit een aantal onderdelen:

- sondeerdiepte, 6 puntsmeting (Etter et al. 2002)
- aan- of afwezigheid van bloeding na sonderen (Jepsen et al. 1996)
- helder percussiegeluid (Aparicio 1997)
- röntgenfoto (indien dit niet gebeurd is na plaatsing van de suprastructuur) (Esposito et al. 1998, Gröndahl & Lekholm 1997)
- eventueel een klinische mondfoto
- tonus en kleur van de peri-implantaire mucosa (Heitz-Mayfield et al. 2013)

Een belangrijke aanbeveling van de richtlijn is dat er duidelijke afspraken gemaakt moeten worden tussen de verschillende behandelaars. Wanneer de nazorg niet plaatsvindt in de praktijk waar de implantaten geplaatst zijn, moet er onderling afgesproken

worden wie de verantwoordelijkheid neemt voor de mondhygiëne-instructie, de nulmeting en nazorg. De patiënt moet vooraf duidelijk geïnformeerd worden over het feit dat regelmatige nazorg van implantaten noodzakelijk is om stabiliteit rondom de implantaten te bewaken. Verder blijft degene die de implantaten geplaatst heeft het aanspreekpunt in geval van peri-implantaire problemen. Voor mondhygiënisten betekent dit wanneer de peri-implantaire infectie niet onder controle is, de patiënt terugverwezen wordt.

Sonderen

De metingen kunnen uitgevoerd worden met reguliere metalen pocketsondes en plastic pocketsondes. Het voordeel van plastic pocketsondes is dat die flexibel zijn en daarom bij implantaten makkelijker in gebruik (bij bijv. bolle suprastructuren) dan metalen pocketsondes.

Er wordt geadviseerd om rondom implantaten met lichte druk (gentle probing) te sonderen. Daarmee wordt bedoeld een sondeerkracht van niet meer dan 0,25 N (Lang et al. 2011). Sonderen met een grotere druk (0,5 N en hoger) geeft een grotere sondeerdiepte, doordat de sonde dwars door het aanhechtingsepiheel heen gaat en eindigt in de aanhechting van

het bindweefselvlak boven het botniveau. Met deze grotere kracht bestaat de kans dat de pocketsonde diep in het weefsel doordringt, waardoor trauma ontstaat in het bindweefsel. Dit veroorzaakt bloeding, wat dan zijn oorsprong vindt in het sonderen en niet veroorzaakt wordt door ontsteking en dus

een vertekend beeld geeft van de ernst. Om de sondeerdruk goed onder controle te kunnen houden, bestaan er pocketsondes die 'klikken', wanneer de sondeerdruk hoger is dan 0,25 N. (bijvoorbeeld met een Hawe Clickprobe®, zie afbeelding 1).

Het tandvlees wordt beschouwd als gezond en stabiel als het niet bloedt bij een peri-implantaire meting.

Röntgenfoto

Voor een inschatting van eventuele veranderingen van het botniveau worden röntgenfoto's die tijdens het nazorgtraject worden gemaakt, vergeleken met



Afbeelding 1: een Hawe Clickprobe®.

de foto van de nulmeting. Met de huidige kennis is het raadzaam periodiek een nieuwe röntgenfoto te maken ter beoordeling van het botniveau en peri-implantaire radioluenties (Lang et al. 2000; Lang et al. 2011). De aanbeveling is tussen de 3-6 jaar. Mochten er tussentijds klinische veranderingen optreden dan is dat een aanleiding om ook een röntgenfoto te maken (Heitz-Mayfield et al. 2013). Denk hierbij aan:

- toename van pocketdiepte van 2 mm of meer, mogelijk in combinatie met toename bloedingseiging;
- pusafvloed;
- vermoeden mobiliteit implantaat;
- pijn.

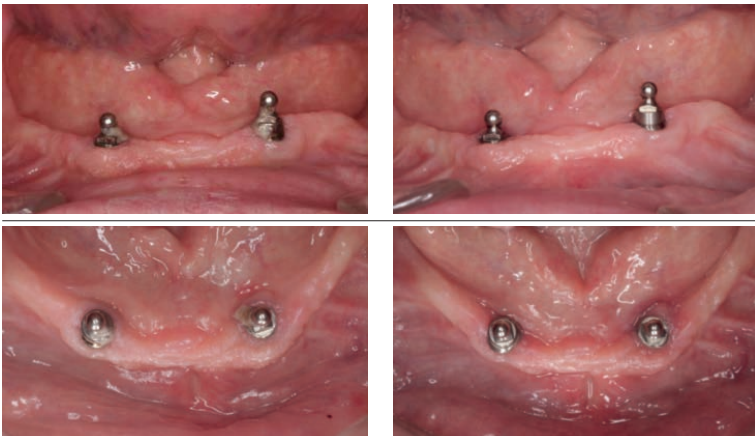
Klinische mondfoto

Een klinische mondfoto is een mooi hulpmiddel. Uitvergroot op een computerscherm zijn afwijkingen duidelijk zichtbaar en is tandplaque goed te zien. Dat blijkt niet alleen handig voor de patiënt maar ook ikzelf bleek met het blote oog plaque die aanwezig was op de locators en abutments over het hoofd te zien. Het glimmende oppervlak maakt dat het soms lastig te zien is.

De foto kan als aanvulling op de mondhygiëne-instructie gebruikt worden en is illustratief voor de patiënt. De patiënt krijgt een goed beeld waaraan het noodzakelijk is extra aandacht te besteden met poetsen en dit kan dan gekoppeld worden aan de mondhygiëne-instructie.

Mondfoto's zorgen er verder voor dat je een goed beeld krijgt van de situatie door de tijd heen. Door foto's met elkaar te vergelijken, kunnen veranderingen in het niveau van zachte weefsels rondom een implantaat, slijmvliesafwijkingen, maar bijvoorbeeld ook de genezing van schimmelinfectie onder een prothese bekeken en gevolgd worden.

Patiënten moeten vooraf geïnformeerd worden over nazorg van implantaten



Het vergelijken van mondfoto's door de tijd heen is belangrijk om een goed beeld te krijgen.

Reinigen implantaat

Als er peri-implantaire mucositis aanwezig is, volstaat het meestal om het gladde titanium- of zirkoniumoppervlak van een abutment of suprastructuur te reinigen.

De air-polisher is tot nu toe het meest geschikte hulpmiddel. In-vitrostudies laten zien dat air-polishers van alle beschikbare mechanische hulpmiddelen, de biofilm het meest effectief kunnen verwijderen. Een glycinepoeder kan gebruikt worden zonder dat het gladde titaniumoppervlak beschadigd wordt. Met het gewone handstuk en een poeder dat op het tandvlees gebruikt kan worden ('perio-poeder'), is het mogelijk pockets tot 4 mm te reinigen (Flemmig et al. 2007). Het wetenschappelijk bewijs is echter nog beperkt.

Wanneer er een verdiepte pocket aanwezig is, het tandvlees bloedt na sonderen en er plaque aanwezig is, kan de air-polisher eventueel gebruikt worden in combinatie met een zuur (Ntrouka et al. 2011). Het zuur doodt de bacteriën en reinigt het implantaatoppervlak van eiwitten, hoewel het ook met dit middel niet mogelijk is om de biofilm volledig te verwijderen. Hiervan is het wetenschappelijk bewijs nog mager.

Het zuur kan worden aangebracht met een klein spuitje met een kwastje onder het tandvlees. Ongeveer 1 à 2 minuten laten inwerken en (let op!) heel goed wegspoelen met de air-polisher. Het is handig in de praktijk om een zuur te gebruiken in een gelvorm, dit blijft beter op zijn plaats (bijv. Temrex®-etsgel). Zie afbeelding 2.

Als de peri-implantaire infectie gevorderd is en de windingen van het implantaat in de pocket boven botniveau liggen, zijn de mogelijkheden van de mondhygiënist beperkt. Het ruwe oppervlak is dan bezaaid met bacteriën en is bijna niet te reinigen met



Afbeelding 2: Temrex®-etsgel.

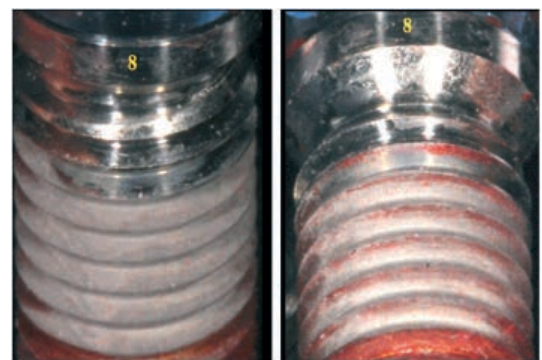
het huidige aanbod aan instrumentarium. Het grondig instrumenteren van de windingen van implantaten is tot nu toe een bijna onmogelijke opgave gebleken. Afbeelding 3 hoort bij een onderzoek waar onder verschillende hoeken geprobeerd werd met de air-polisher het implantaat te reinigen (te ontdoen van rode kleurstof) in een laboratoriumopstelling. Deze foto's laten goed zien dat het geheel reinigen van de 'onderkant' van de windingen niet haalbaar is. Restjes van de rode kleurstof blijven aanwezig (Sahrman et al. 2013).

Samengevat

Als mondhygiënist ben ik blij met de duidelijke richtlijn. De richtlijn is een aanrader om te lezen.

Het geeft aan wat de rol van de mondhygiënist kan zijn. Nazorg begint met een nulmeting en mondhygiene-instructie en de patiënt wordt geïnformeerd dat nazorg noodzakelijk is om peri-implantaire infecties te voorkomen. Om de nazorg goed te laten verlopen worden afspraken gemaakt wie de verantwoordelijkheid neemt voor het implantaat. Als de peri-implantaire infectie niet onder controle is, moet de mondhygiënist kunnen terugverwijzen naar diegene die het implantaat geplaatst heeft. Het is voor de mondhygiënist een bijna onmogelijke opgave om windingen te reinigen die door een peri-implantaire infectie boven botniveau zijn komen te liggen. n

De literatuurlijst is op te vragen bij de redactie.



Afbeelding 3

© 2012 John Wiley & Sons A/S.