

Structuur in de parodontale therapie

1

Tandheelkundige problemen worden meestal symptomatisch opgelost: een caviteit wordt gevuld, een afgebroken element wordt gekroond, een parodontaal abces wordt gecuretteerd en een mobiel element wordt geëxtraheerd. Dat staat haaks op het concept van een tand'arts' die als zorgverlener de ziekteverwekker elimineert, de aandoening stopt of geneest om daardoor te proberen toekomstige problemen te voorkomen. Parodontitis als 'multi-factoriële' aandoening is in dit kader een lastig te doorgronden aandoening van het gebit. Hoe krijg je meer zicht op dat ziekteproces en hoe pak je de behandeling aan? In een tweetal artikelen wordt een leidraad tot structurering van de parodontale behandeling aangereikt.

Het is eigenlijk een wonder dat tanden en kiezen zo goed in de mondholte gedijen. Zeker als men zich realiseert dat elke tand of kies in beginsel een bres slaat in de verdediging van het lichaam tegen bacteriën (fig.1). Om in goede harmonie met bacteriën te kunnen leven is het lichaam, met uitzondering van het gebit, overal bedekt met huid en slijmvlies. Tand en kiezen vormen daarbij een probleem: zij zorgen voor een 'gat' in de verdediging van het lichaam. Rondom de gebitselementen kunnen bacteriën relatief makkelijk in het lichaam binnen

Start van de behandeling: de diagnostiek

dringen. Vanuit dit perspectief bezien, bestaat er in de mond een continu gevecht tegen bacteriële invasie die een levenslang behoud van gebitselementen bedreigt. Uit epidemiologisch onderzoek blijkt dat iedereen symptomen van gingivitis vertoont. Gingivitis vormt daarmee in feite een onderdeel van de verdediging van het lichaam indien bacteriën enigszins de overhand gaan krijgen. Zolang de aanval en afweer met elkaar in evenwicht zijn, hoeven we ons eigenlijk geen zorgen te maken. Echter, bij een deel van de bevolking blijft de ontsteking niet beperkt tot de gingiva maar raakt het hele parodontium erbij betrokken. Dit leidt dan tot het ontstaan van pockets en verlies van steun. Ongeveer 50% van de mensen in Europa in de leeftijd van 35-45 jaar vertoont (beginnende) symptomen van parodontitis. Ongeveer 10-15% (Pilot 1991) heeft meer uitgesproken parodontale problemen (pockets >6mm). In Neder-

'Because we have become accustomed to the scientific terms applied to teeth and gums we lose sight of the fact that teeth are bones protruding through soft tissues, where conditions are extremely unfavourable for maintaining health'. (TS Smith, 1940)

land hebben we ons bij de preventie van parodontitis, uit oogpunt van doelmatigheid niet ten doel gesteld om gingivitis, de ontsteking voorafgaande aan parodontale afbraak, te voorkomen. Primaire aanpak van het probleem zou namelijk betekenen dat vrijwel al onze patiënten op het gebied van instructie en mondhygiëne intensieve begeleiding nodig hebben. Omdat dit, nog losgezien van de kosten-baten problematiek tot een onmogelijke hulpvraag leidt, wordt gekozen voor secundaire preventie. Tandartsen en mondhygiënist richten zich erop om in een vroegtijdig stadium symptomen van parodontitis te detecteren. Daarna wordt door adequaat ingrijpen en nazorg de ontsteking geëlimineerd en gepoogd verdere progressie voorkomen. Er ligt bij de tandarts dus een belangrijke taak om patiënten te screenen op de symptomen van beginnende afbraak. De NVvP heeft met de DPSI (kader) een handvat ontwikkeld om dit snel en effectief uit te voeren. Doel van het gebruik van de DPSI is het ontdekken van een parodontaal probleem en het nemen van preventieve maatregelen om voortschrijdend parodon-



taal verval in de toekomst te voorkomen; kortom het nagaan of secundaire preventie noodzakelijk is. Daarmee worden de Nederlandse tandartsen en mondhygiënist tot 'detective' gemaakt. Zij moeten de problemen opsporen en in kaart brengen. De DPSI heeft niet meer pretentie dan een snelle screenings-mogelijkheid die een tandarts of mondhygiënist helpt bij het bepalen van omvang en ernst van eventueel aanwezige parodontitis.

Op het moment dat er een score 3+ of 4 wordt gemeten, moet in feite de sirene gaan loeien. Er is nu sprake van een (potentiële) parodontitispatiënt en verder onderzoek is noodzakelijk om het probleem in kaart te brengen. Aanbevolen wordt, om bij een patiënt bij wie wordt geconstateerd dat er iets mis is met de parodontale aanhechting, een afzonderlijke afspraak voor diagnostiek en behandelingsplanning te maken. En dat vergt al snel een uurtje wil men de noodzakelijke procedure goed doorlopen.

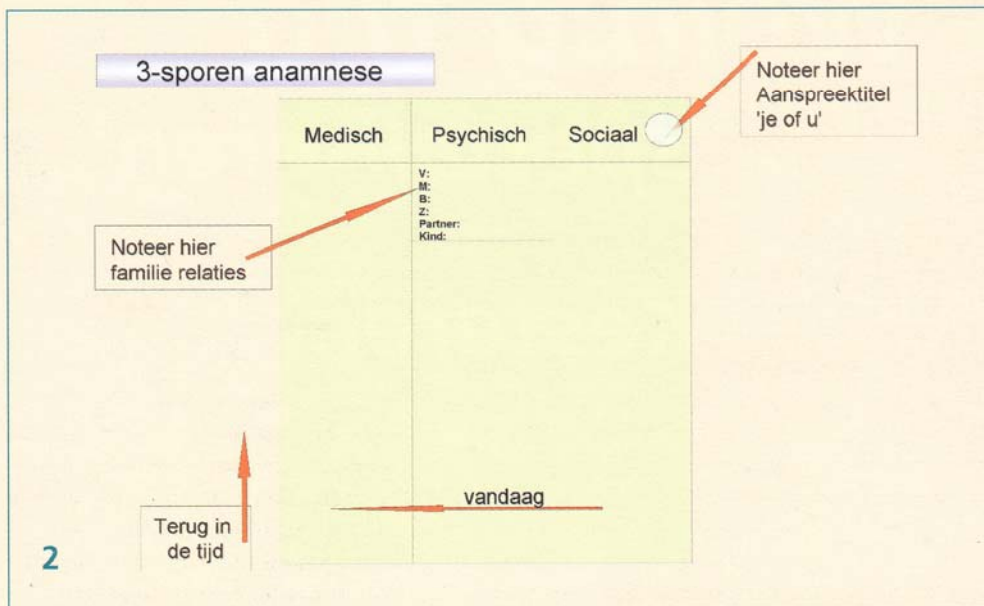
Dutch Periodontal Screenings Index (DPSI) score:

- 0 = gezond, intact parodontium
- 1 = bloeding na sonderen
- 2 = supra of sub-gingivaal tandsteen
- 3 = pathologische pockets 4-5mm zonder recessie
- 3+ = pathologische pockets 4-5 mm met recessie
- 4 = pockets 6mm

Indien in dit stadium wordt besloten om te verwijzen, is het wenselijk om de patiënt enigszins voor te bereiden. Een verwijsbrief maakt het voor de mondhygiënist of tandarts-parodontoloog eenvoudiger om in te spelen op het door de verwijzer gevolgde beleid.

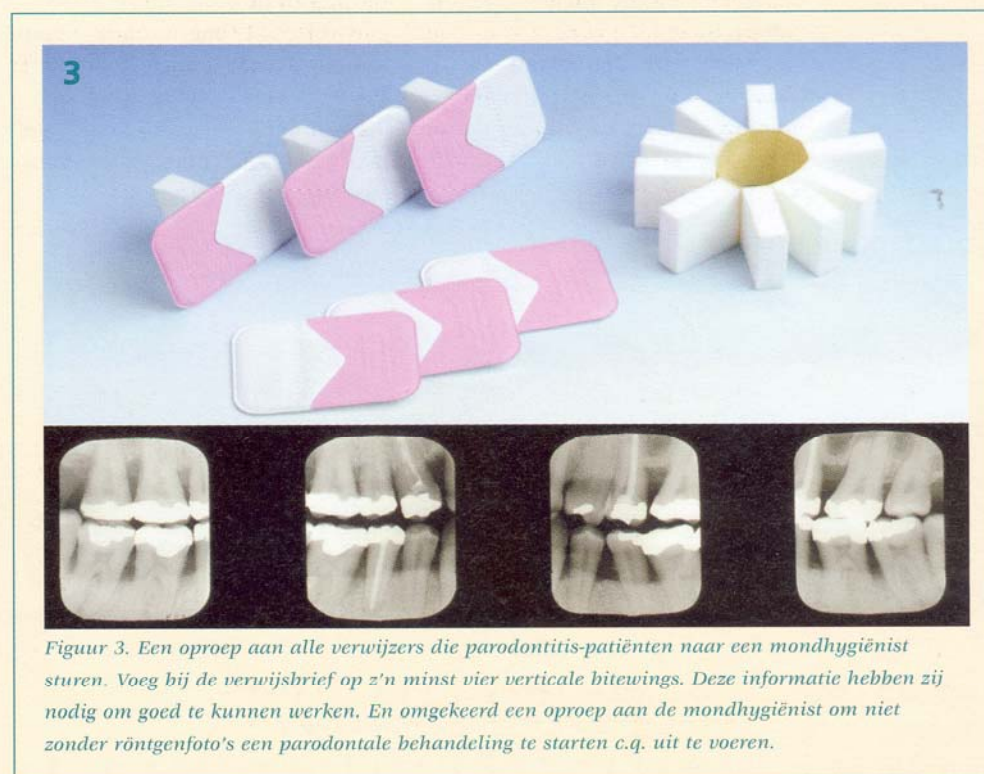
Het diagnostisch consult

Een handige leidraad bij het afnemen van een anamnese is de 3-



sporen anamnese zoals wordt voorgesteld door Eelco Hakman (1995). Hierbij wordt met behulp van een zo beperkt mogelijk aantal open vragen de medische voorgeschiedenis en de psychische en sociale status van de patiënt doorgenomen. Door deze informatie op een tijdschaal te plaatsen is het mogelijk om daarin verbanden te ontdekken. Verder wordt er informatie gevraagd over familiale aspecten van de aandoening en eventuele rookgewoontes. (Zie figuur 2)

Op grond van deze informatie kan inzicht worden verkregen in de vraag óf er sprake is van medische aspecten die ten grondslag liggen aan de aandoening (bijv. diabetes of medicijnen zoals difantoïne) óf dat er sprake is van psychosociale omstandigheden die van invloed zijn op de afweer van de patiënt (bijv. stress) óf dat er een familiair voorkomen is (dit kan duiden op een genetische oorsprong óf overdracht van micro-organismen binnen één gezin) óf dat de rookgewoonte



Figuur 3. Een oproep aan alle verwijzers die parodontitis-patiënten naar een mondhygiënist sturen. Voeg bij de verwijsbrief op z'n minst vier verticale bitewings. Deze informatie hebben zij nodig om goed te kunnen werken. En omgekeerd een oproep aan de mondhygiënist om niet zonder röntgenfoto's een parodontale behandeling te starten c.q. uit te voeren.

zijn tol heeft geëist. Parodontitis heeft immers niet alleen met virulentie van micro-organismen te maken, maar ook met afweer door een goed functionerend immuunsysteem.

Het intra-oraal onderzoek omvat een functie-onderzoek en het opnemen van de parodontiumstatus. Het kan niet genoeg benadrukt worden hoe belangrijk deze begin parodontiumstatus is. Alle veranderingen die als gevolg van behandeling of tijdens de nazorg optreden, kunnen gerelateerd worden aan deze beginsituatie. Zo ook is het maken van een volledige röntgenstatus geen overbodige luxe (een OPG of OPT geeft onvoldoende informatie over het botniveau).

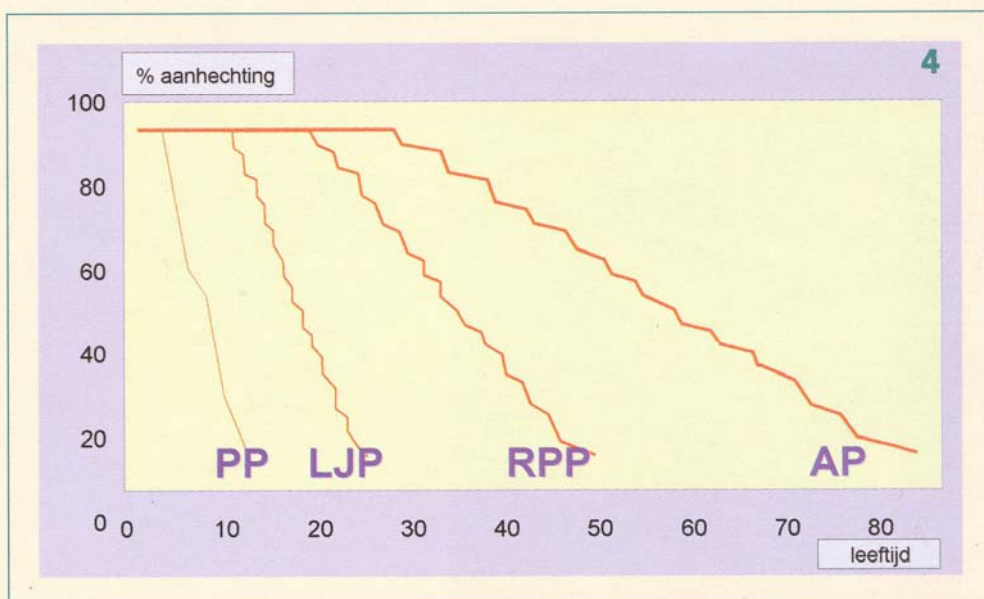
De situatie moet bij intake goed worden vastgelegd, zodat in de toekomst kan worden geëvalueerd waar veranderingen zijn opgetreden in harde dan wel zachte weefsels. Bij voorkeur wordt daarbij ook gebruik gemaakt van zogenaamde verticale bite-wings omdat de relatie tussen botniveau en element op deze horizontaal ingeschoten opnames goed is te zien.

Het maken van studiemodellen vooraf is zeker handig als er een uitgebreide restauratieve planning te verwachten is. Als er een aanleiding bestaat om aan te nemen dat antibiotica en/of desinfectantia een toegevoegde waarde voor de behandeling kunnen hebben, kan bij intake een microbiologische analyse worden overwogen. Voor uitvoeriger informatie hierover zij verwezen naar het artikel Microben, Parodontitis en Pillen, dat vorig jaar in ditzelfde tijdschrift is verschenen. (Van der Weijden & Van Winkelhoff 2000)

De diagnose

Op grond van al deze gegevens kan een voorlopige diagnose worden gesteld. Een echte diagnose behoort antwoord te geven op de volgende vragen:

- Wat is er aan de hand?
- Waar komt het vandaan?
- Waar gaat het naar toe?



Een definitieve diagnose is moeilijk, aangezien de 'ontsteking van het parodontium' de enige manier is waarop het parodontium kan reageren op een verstoorde balans tussen aanval en afweer. Anders gezegd: een ontsteking kan zich niet anders dan als een parodontitis uiten. Gezien echter het multi-factoriële karakter van de aandoening kan bijvoorbeeld de vraag 'wat is er aan de hand' nooit eenduidig worden beantwoord. Daarmee wordt het moeilijk om de overige twee vragen goed te beantwoorden.

In dit en het volgende artikel zal duidelijk worden dat een goede observatie van het klinisch resultaat kan helpen om tot een betere diagnose te komen.

Een voorlopige diagnose helpt evenwel bij de inschatting van de toekomstige ontwikkeling van het ziekteproces op het moment dat men bij de patiënt een behandeling start. Bijvoorbeeld een chronische adulte parodontitis zal langzaam progressief zijn en vaak berusten op een inadequate zelfzorg van de patiënt.

Daarentegen is de lokale juveniele parodontitis een aandoening die snel verloopt en waarbij de bacteriële aanval dusdanig is dat de patiëntafweer er slecht op reageert. Het is niet moeilijk om voor te stellen dat deze laatste vorm van parodontitis een veel stringenter nazorg nodig heeft

dan de chronische vorm (zie figuur 4).

Bespreken van het behandelingsplan

Op grond van al deze bevindingen dient de patiënt geïnformeerd te worden over het verloop en consequenties van een behandeling. Daarbij moet ook uitleg worden gegeven over:

- de te verwachten behandeling
- de consequentie van de zelfzorg
- de financiële consequentie
- het belang van de nazorg.

Bij de bespreking van het behandelplan zijn een aantal kanttekeningen te plaatsen. Een patiënt een folder meegeven en zeggen 'lees dit maar eens door', is niet voldoende. Er bestaat dan een grote kans dat de folder om de hoek van de praktijk weer wordt aangetroffen. (figuur 5) Een persoonlijk gesprek waarbij gekeken wordt naar de individuele motivatie van de patiënt helpt bij een meer 'op maat gesneden' uitleg. Daarbij is het van belang om in dit stadium inzicht te krijgen in de visie van een patiënt op zijn eigen mondverzorging. Probeer tevens een idee te krijgen van de te verwachten therapietrouw evenals de beleving van de patiënt waar het gaat om esthetiek en kauwcomfort.

Realiseert u zich dat patiënten

5



Een folder meegeven is niet genoeg.

bewust maken van hun probleem niet voldoende is om hen te motiveren. Probeer uit te zoeken waar bij de patiënt in kwestie motieven liggen om zelf al het nodige te doen om tot een succesvol behandelresultaat te komen. Want één ding staat als een paal boven water: motivatie is datgene wat het uiteindelijke resultaat voor het grootste deel bepaald.

Het spreekt voor zich dat de behandelingsplanning zich niet alleen richt op de parodontale aspecten van het probleem. Het is daarom van belang om ook de functionele, esthetische en restauratieve aspecten in ogenschouw te nemen bij het opstellen van een behandelplan. Zelden zal er sprake zijn van slechts één mogelijk-

Referenties:

- Smith, T.S. Anatomic and physiologic conditions governing the use of the toothbrush. Journal American Dental Association 1940, 27, pagina 874-878.
- Van der Weijden, G.A. & van Winkelhoff A.J. (2000) Microben, Parodontitis en Pillen. Nederlands Tandartsenblad 2000, 55, pagina 300-305.
- Lie, M.A., de Slegte, C., Timmerman, M. & van der Weijden, G.A. Roken is een risicofactor voor parodontitis. Nederlands Tandartsenblad 1997, 52, pagina 606-609.
- Hakman, E.C.J. (1995) Over ekster, kraaien en spreeuwen: de 3-sporen anamnese. Tandheelkundig Jaar 1995, pagina 54-66.
- Pilot, T. & Miyazaki, H. Periodontal conditions in Europe. Journal of Clinical Periodontology 1991, 18, pagina 353-357.

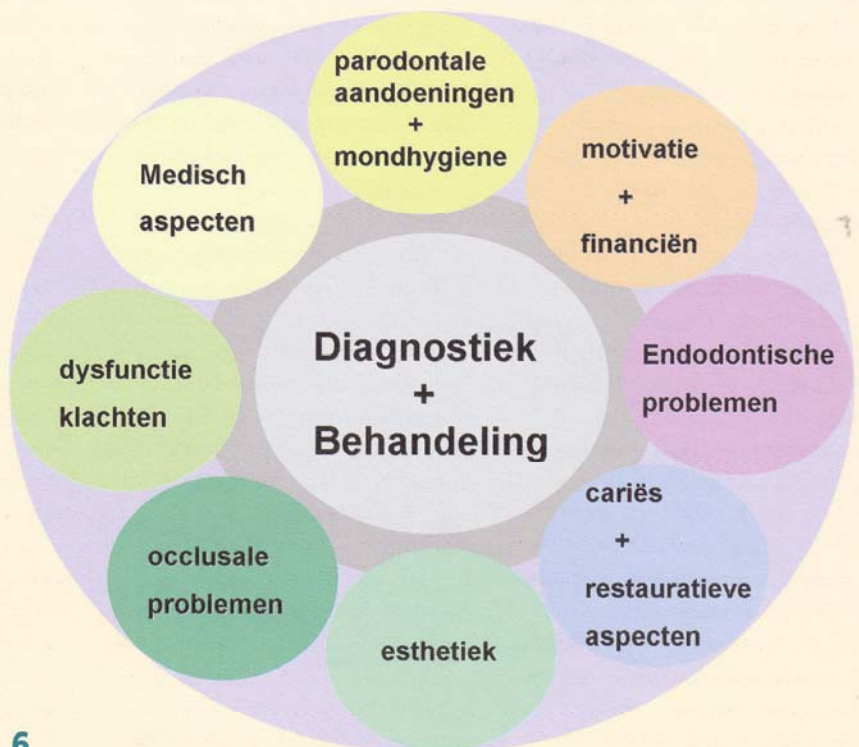
heid. Vaak zijn er vele wegen die afhankelijk zijn van de hoeveelheid inspanning die tandarts en patiënt zich willen en moeten getroosten. Daarnaast zal de financiële kant van het verhaal een belangrijke rol spelen in de uiteindelijk te nemen beslissingen. (Figuur 6)

Vanzelfsprekend is het zinvol om gemaakte afspraken en het te verwachten einddoel vast te leggen. Niets is vervelender dan niet te voldoen aan gewekte

verwachtingen. Als een teleurgestelde patiënt zijn beklag ergens anders gaat doen, zit niet alleen de patiënt maar ook de behandelaar met een probleem. Ook hier geldt: voorkómen is beter dan genezen.

Dr. G.A. van der Weijden,
Praktijk voor Parodontologie
Utrecht

W.J.M. Heeffer



6

Structuur in de parodontale therapie

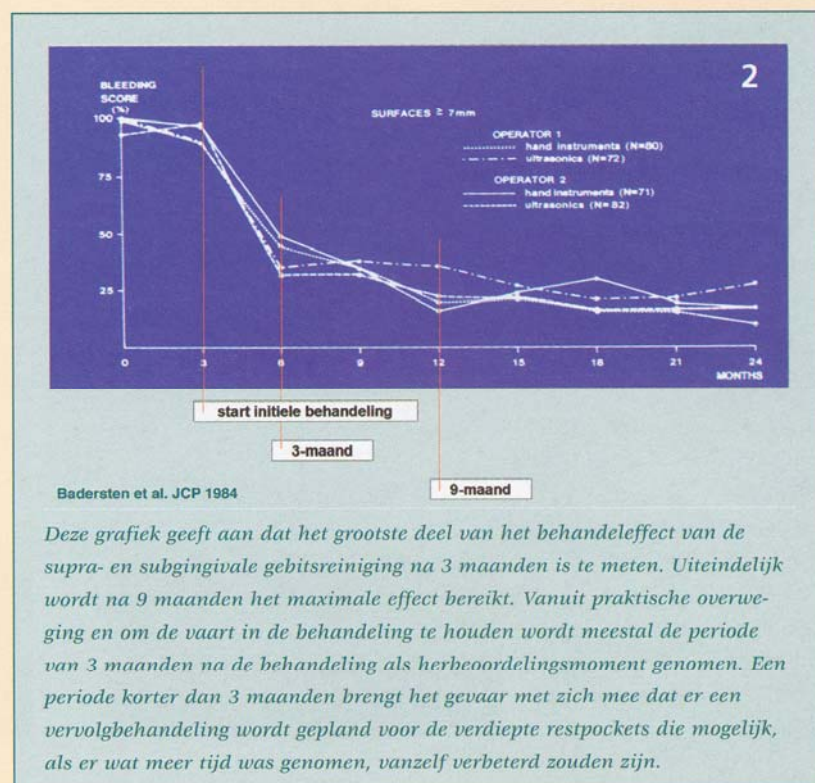
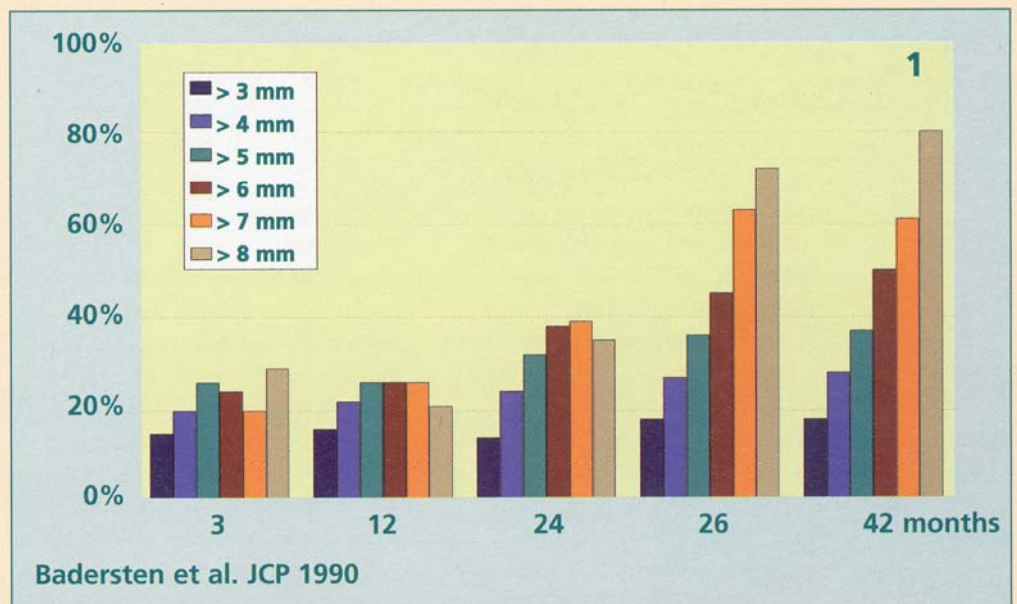


Deel 1 over structuur in de parodontale therapie dat verscheen in NT 22 ging in op het opstarten van de behandeling waarbij de diagnostiek en het voorlopig behandelplan er nader werden uitgelicht. In dit artikel wordt aan de hand van de respons op therapie een inschatting gemaakt van de gevoeligheid van de patiënt voor het optreden van parodontale problemen en wordt een nazorgfrequentie bepaald.

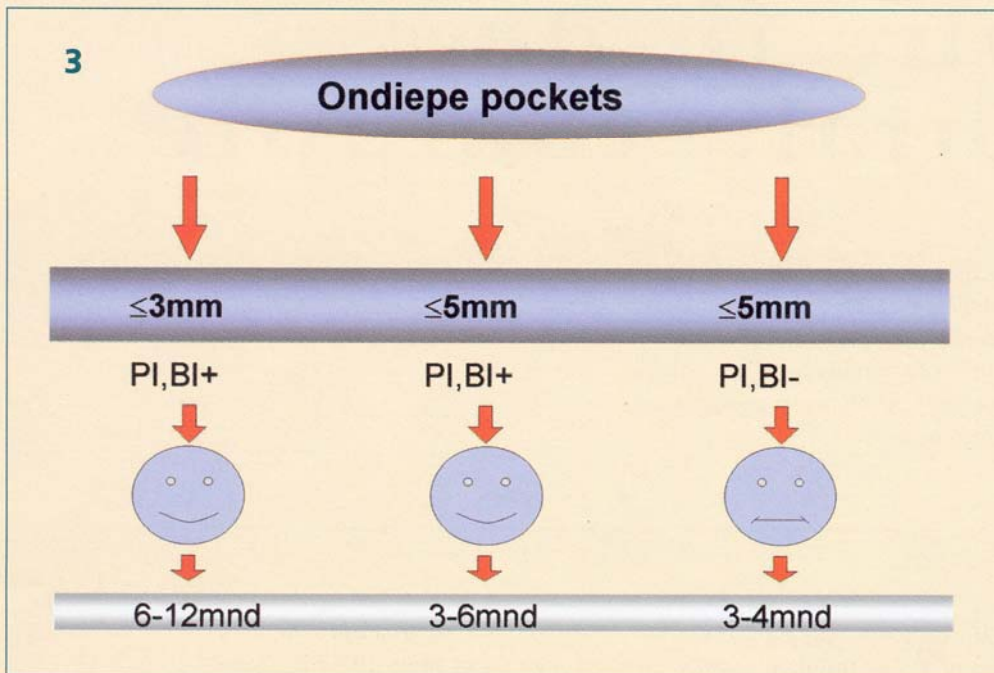
Effect van behandeling, een nuttig diagnosticum

In eerste instantie zal de parodontale behandeling altijd bestaan uit een grondige supra- en subgingivale gebitsreiniging. Eigenlijk is dit 'dé' parodontale therapie. Het lichaam heeft namelijk aangegeven slecht om te kunnen gaan met gebitselementen die supra- en subgingivaal bedekt zijn met bacteriën op het tandoppervlak en in het aanwezige tandsteen. Door de gebitselementen grondig te reinigen, krijgt het lichaam weer een kans om de balans tussen aanval en afweer te herstellen. Onderzoek heeft laten zien dat dit, zelfs bij patiënten met pockets tot 12 mm, die gedurende twee jaar werden gevolgd, tot een goed behandelresultaat leidde. Het eindresultaat van dit onderzoek toont dat de restpocketdiepte van diepe pockets (10 mm) gemiddeld ongeveer 5 mm is (Badersten 1984). Een prima resultaat in het licht van stabiliseren van de parodontale infectie. Figuur 1 laat zien dat afhankelijk van de pocketdiepte de kans op progressie groter wordt. Pockets van 5 mm stellen we in principe als einddoel van behandeling. Dat het einddoel gedefinieerd is als maximale pocketdiepte, is vooral pragmatisch.

Natuurlijk zou een stabiel aanhechtingsniveau een toepasselijker einddoel zijn. Alleen wordt dit niet routinematig gemeten omdat de meting te moeilijk is. Bloedingsneiging is eveneens een maat voor therapierespons maar dat vindt zijn betrouwbaarheid



Deze grafiek geeft aan dat het grootste deel van het behandelresultaat na 3 maanden is te meten. Uiteindelijk wordt na 9 maanden het maximale effect bereikt. Vanuit praktische overweging en om de vaart in de behandeling te houden wordt meestal de periode van 3 maanden na de behandeling als herbeoordelingsmoment genomen. Een periode korter dan 3 maanden brengt het gevaar met zich mee dat er een vervolgbehandeling wordt gepland voor de verdiepte restpockets die mogelijk, als er wat meer tijd was genomen, vanzelf verbeterd zouden zijn.



vooral in meerdere metingen verspreid over meerdere jaren. Het einddoel van de supra- en subgingivale gebitsreiniging is dus het verkrijgen van ondiepe pockets. Ook vanuit praktische overwegingen. Patiënten met diepe restpockets hebben meer nazorg nodig, wat zowel de behandelaar als de patiënt meer tijd kost. Daarbij wordt de nazorg bij aanwezigheid van meerdere restpockets ook onoverzichtelijker. Een goed uitgevoerde nazorgbehandeling is dan bijna elke keer een initiële behandeling.

Herbeoordeling

Aan de hand van een herbeoordeling parodontiumstatus kijken we > 3 maanden (zie figuur 2) na de supra- en subgingivale gebitsreiniging naar het behandelresultaat. Indien het beoogde eindresultaat is bereikt dan is daar evenwel nog enige variatie in te ontdekken. Figuur 3 geeft schematisch aan dat zelfs met het bereiken van ondiepe pockets er patiënten zijn die heel goed (pockets 3 mm) dan wel goed gereageerd

hebben (pockets 4-5 mm). De mondhygiëne en de bloedingsneiging zullen zodoende de frequentie van nazorg doen variëren. Bij patiënten met pockets van 3 mm (en een goede zelfzorg) kan de nazorgfrequentie worden afgebouwd naar elke 6-12 maanden. Voor patiënten met pockets van 4-5 mm en met een adequate zelfzorg kan worden afgebouwd naar elke 4-6 maanden en bij patiënten met vergelijkbare pockets maar met onvoldoende zelfzorg is controle om de 3-4 maanden gewenst. Bewust wordt hier gesproken over afbouwen. Het ligt voor de hand om patiënten met parodontale problemen die goed gereageerd hebben op een behandeling niet meteen aan hun lot over te laten met het risico tot

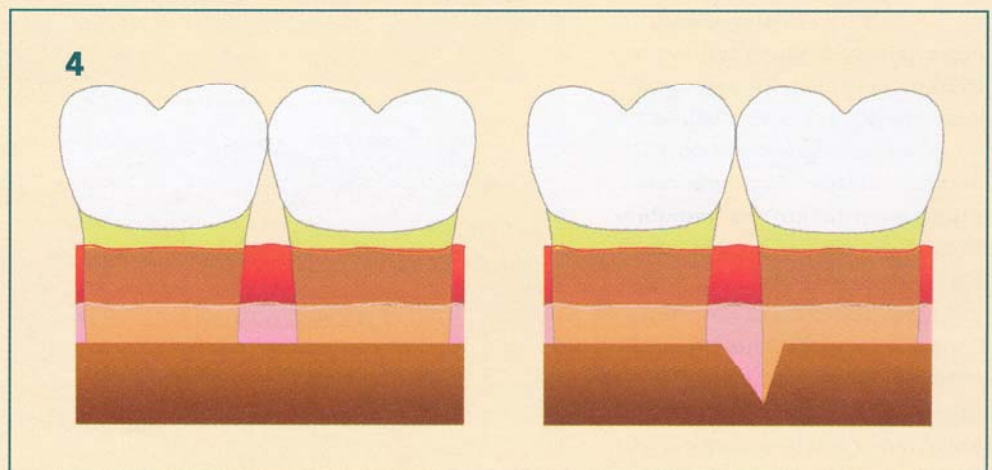
terugval. Het heeft de voorkeur om langzaam af te bouwen (na 3 maanden, na 4 maanden, na 5 maanden, etc.). Zo kan een passende frequentie worden gezocht waarbij de stabiliteit gewaarborgd blijft, een frequentie die kan variëren van om de 3 maanden tot eens in de 18 maanden (Rósen et al. 1999)

Stel nu dat er nog diepe pockets (> 5 mm) aanwezig blijven. De belangrijkste vraag die de behandelaar dan zichzelf moet stellen, luidt: 'Hoe komt dat?'. Op grond van de röntgenfoto's, de intake parodontiumstatus en de herbeoordelingstatus dient dan te worden gezocht naar een verklaring voor de onvoldoende therapierespons.

In eerste instantie wordt gezocht naar een mogelijk anatomische verklaring voor de verdiepte restpockets. We denken hierbij onder andere aan:

- wortelgroeve
- furcatie-problemen
- moeilijk reinigbare gingivale situaties
- fibrotische (dikke) gingiva
- stand van gebitselementen
- bot contour.

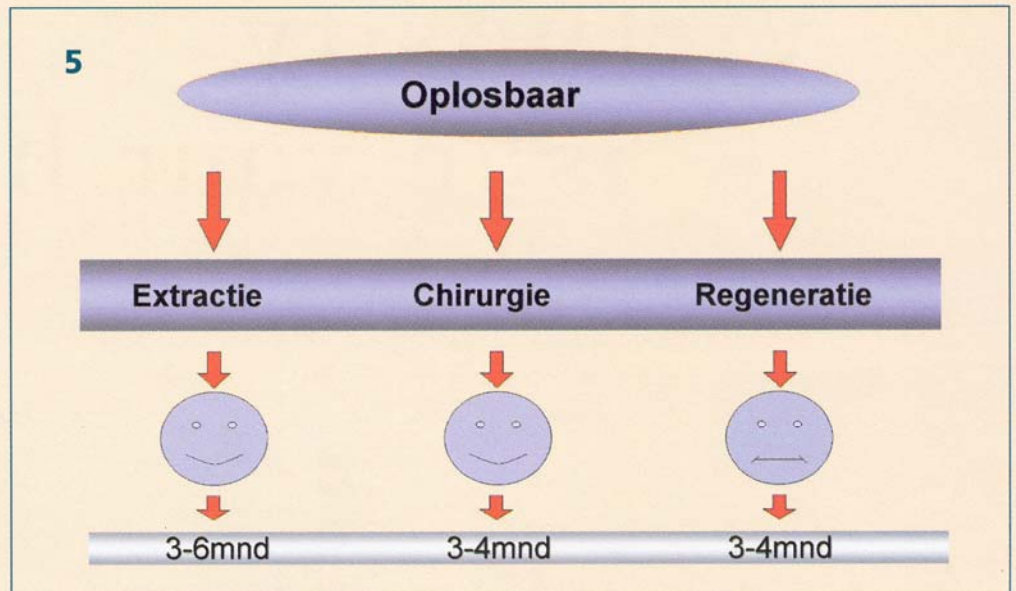
Figuur 4 illustreert schematisch wat het effect van een angulaire defect voor het behandelingsresultaat kan betekenen. Aan de linkerkant, waarbij er sprake is van een horizontaal botverloop, zal een goede therapie-respons op de gebitsreiniging voor een belangrijk deel uit recessie



bestaan. Aan de rechterzijde wordt een vergelijkbaar behandelresultaat aangegeven; alleen bevindt zich aan één zijde van de molaar een angulair (infra-bony) botdefect. Terwijl de therapieerspons vergelijkbaar is met het linkervoorbeeld, zal de afstand van de rand van de gingiva tot aan het angulaire bot ter plaatse van het angulaire botdefect groter blijven met daardoor kans op een diepere restpocket. Eveneens vormen furcatieproblemen de 'nachtmerrie' van de behandelaar. Over het algemeen is de lange-termijnprognose van dergelijk aangedane elementen slecht. In dit verband is het ook geen overbodige aanbeveling om bij meerwortelige elementen die gepland staan als pijler voor een brug, vooraf te evalueren of er geen latente furcatieproblemen aanwezig zijn. Lange-termijnresultaten in de parodontale nazorg laten zien dat gebitsverlies voor een groot deel is terug te voeren op furcatieproblemen (McFall 1982). Ook de behandelresultaten van furcatieproblemen in het onderzoek van Bruno Loos (1989) laten twee jaar na initiële behandeling geen verbetering zien; in 25% van de gevallen is zelfs sprake van verdere progressie.

Anatomische verklaring

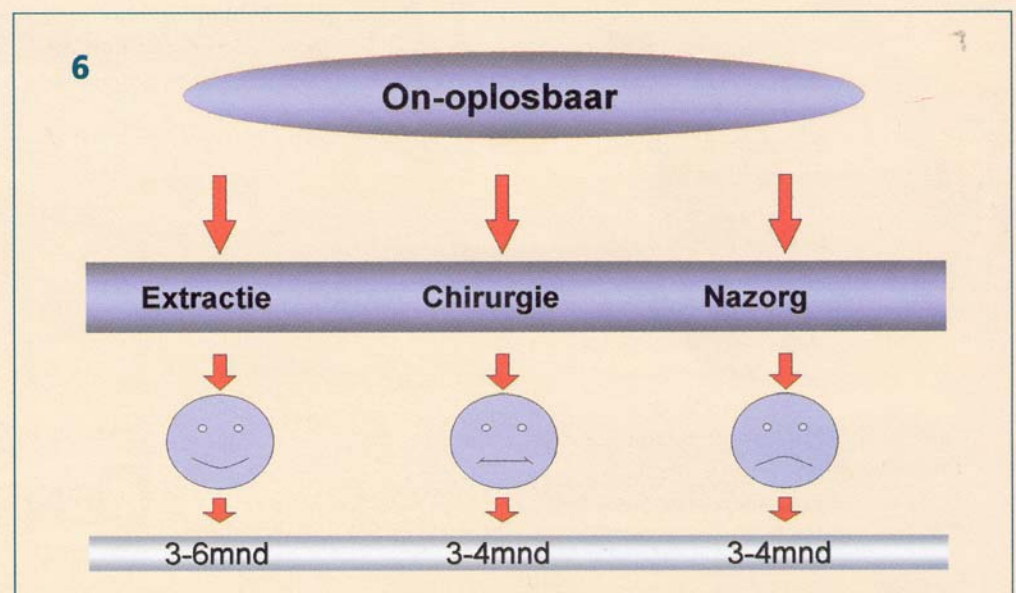
Indien een van bovengenoemde anatomische verklaringen wordt geconstateerd dan is de volgende vraag 'Is dit oplosbaar?'. Figuur 5 laat zien dat er dan drie potentiële oplossingen zijn. Theoretisch gezien zijn dit de gevallen die bij uitstek geïndiceerd zijn voor regeneratieve therapieën. Het ontbreekt ons momenteel echter aan een voorstelbare behandelmethod. Dit ondanks allerlei pogingen met onder meer botkorrels, membranen en vrij recent Emdogain. De conventionele chirurgie richt zich op de eliminatie van het botdefect en is daarmee vooral resectief. Met direct zicht kan tijdens de chirurgische ingreep het worteloppervlak worden schoongemaakt en worden bot en



gingiva gecorrigeerd om na het hechten een ondiepe situatie over te houden. Onderdeel van de chirurgie kan een wortelresectie of tunnelling van meerwortelige elementen zijn met als doel de furcatie toegankelijk te maken voor mondhygiëne.

Extractie is eveneens een passende parodontale therapie die soms weleens wordt vergeten. Het is zeker een serieuze overweging als daarna een verkorte tandboog resteert waarbij verdere restauratieve follow-up overbodig is. Indien het anatomische probleem onoplosbaar is, is de meest voor de hand liggende therapie: extractie (figuur 6). Niet altijd zal dit door de noodzaak tot restauratieve follow-up of vanwege esthetische

problemen die het oproept, mogelijk of wenselijk zijn. Regelmatige nazorg kan dan een alternatief bieden om de kans op progressie van het probleem te verkleinen en om verlies van gebitselementen zo lang mogelijk uit te stellen. Er wordt dan bewust gekozen voor het laten bestaan van diepe pockets, iets dat duidelijk met de patiënt besproken moet worden. Er kan natuurlijk ook gekozen worden voor chirurgie. Dit is een ingreep die eigenlijk 'instant success' geeft, want als een pocket resectief geëlimineerd wordt dan wordt deze automatisch ondieper. Echter als het furcatieprobleem of het angulaire defect blijft bestaan, kan de pocket weer in diepte toenemen



als gevolg van verdere progressie. Hieruit volgt dat de gemaakte keuze invloed heeft op de nazorgfrequentie. Figuur 5 en 6 tonen dat extractie en eliminatie van het probleem de behoefte aan nazorg reduceert. Het bewust handhaven van verdiepte pockets maakt de behoefte aan nazorg groter. Ook chirurgie waarbij het probleem niet resectief wordt opgelost, leidt door de verhoogde kans op progressie tot een verhoogde frequentie van nazorg.

Geen anatomische verklaring

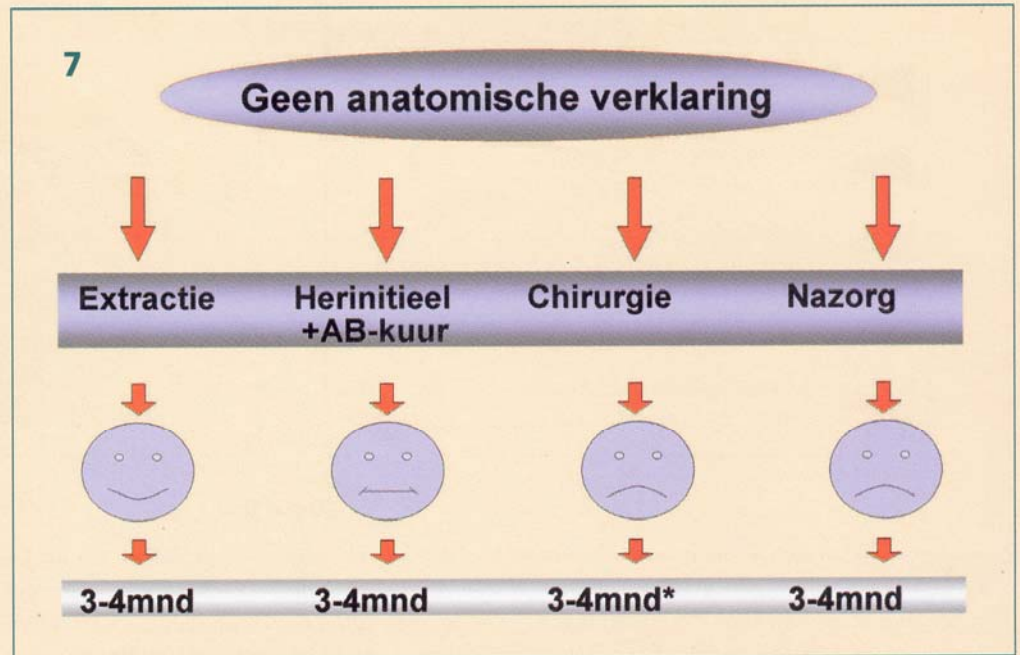
Indien er geen anatomische verklaring is voor de blijvende aanwezigheid van verdiepte restpockets kan een nieuwe analyse van de balans tussen aanval en afweer een handvat bieden voor de vervolghandeling. Een verhoogde aanval zou het gevolg kunnen zijn van een specifieke infectie waarbij een herinitiële behandeling met ondersteuning van antibioticum een overweging kan zijn (voor meer details zie Van der Weijden & Winkelhoff 2000). Een kweekuitslag zal niet altijd een afdoende antwoord geven. Het probleem kan dan gezocht worden in de afweer van de patiënt. Denk hierbij aan:

- diabetes
- stress
- systemische aandoeningen
- leukemie
- HIV
- medicatie
- genetische predispositie.

Ook kan hierbij aan het negatieve effect van roken op de afweer worden gedacht. Stoppen met roken is soms haalbaar, maar veelal zijn de andere hierboven genoemde factoren minder goed te beïnvloeden.

Als er geen duidelijke verklaring is te vinden in de voor ons bekende afzonderlijke factoren die aanval en afweer beïnvloeden, blijven we met een lastige vraag zitten 'Wat nu?'. Wat is bij deze patiënt de oorzaak van een verstoring van de balans tussen aanval en afweer.

Figuur 7 geeft een aantal suggesties over hoe dan de behandeling



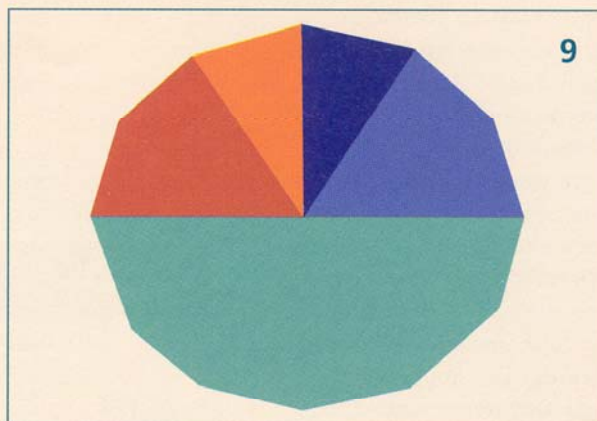
te vervolgen. Een herinitiële behandeling ondersteund met antibiotica is een poging om de balans tussen aanval en afweer ten gunste van het lichaam te keren. Indien er echter geen sprake is van een duidelijke microbiële aanwijzing zal het resultaat van antibiotica beperkt zijn en zal er op lange termijn toch weer sprake zijn van een terugval. Chirurgie is een optie waarbij 'instant success' optreedt maar waarbij de kans op terugval aanwezig is. Chirurgie verandert namelijk weinig aan de verstoorde balans. Plastische chirurgie van het tandvlees behandelt niet de 'itis' (de ontsteking) maar verandert resectief de diepte van de pocket. Hooguit zorgt de ondiepere pocket voor een reductie van de microbiële aanvalskracht. Overwogen kan worden om in dit geval eerst maar eens één of twee kwadranten te behandelen en daarvan het resultaat af te wachten voordat de patiënt door de hele chirurgische molen wordt gehaald. Als er geen duidelijke reden is waarom verdiepte pockets blijven bestaan, kan ook regelmatige nazorg worden aangeboden met als doel de progressie te remmen. Als overweging speelt hierbij vooral de 'workload' die het voor de behandelaar met zich meebrengt. Een laatste optie is extractie. Een zeer afdoende therapie, ingrij-

pend maar soms op lange termijn voor alle partijen bevredigend. Voor de patiënt is extractie soms moeilijk te begrijpen maar een ervaren behandelaar kan het op waarde schatten vanwege zijn/haar kennis van de behoefte aan nazorg en zijn/haar ervaring met de kans op acute parodontale problemen als niet tot extractie wordt overgegaan. In alle gevallen is bij deze groep een hoge nazorgfrequentie geboden omdat de etiologie van de verstoring tussen aanval en afweer onduidelijk is.

Ter afsluiting

Als alle overwegingen uit dit artikel in ogenschouw worden genomen, dan blijkt dat er via een aantal vragen, stappen tot behandeling worden genomen met daarbij een inschatting van de nazorgbehoefte en de kans op stabiliteit. Voor de tandarts die zijn parodontale patiënten verwijst, is het daarom een 'must' inzicht te krijgen in de overwegingen die ten grondslag liggen aan het behandelverloop. Stel, er blijven na supra- en subgingivale gebitsreining nog een aantal verdiepte restpockets aanwezig waarvoor niet echt een anatomische verklaring valt te geven en waarbij ook geen duidelijke etiologische oorzaak bij de aanval op de afweer valt te achterhalen. Indien

- 8**
- Informatief gesprek met de patiënt
 - Bijwerken medische anamnese
 - Kleuren van de plaque
 - Mondhygiëne Instructie
 - Parodontaal onderzoek
 - Subgingivale gebitsreiniging waar nodig
 - Subgingivale gebitsreiniging + polijsten
 - Lokaal applicatie indien nodig
 - Afsluitend gesprek met aanvullende informatie
 - Termijn bepalen volgende recall



Nazorg

Nazorg bestaat in beginsel uit de volgende onderdelen (figuur 8) en is qua tijdsverhouding vaak als volgt onderverdeeld (figuur 9). Natuurlijk zal bij elke individuele patiënt en elke afspraak de inhoud van de behandeling verschillen. Bijvoorbeeld bij een patiënt met onvoldoende zelfzorg zal de nadruk op motivatie en instructie liggen. Bij de patiënt waarbij in de afgelopen tijd een belangrijke gebeurtenis heeft plaatsgevonden zal het consult meer een sociaal karakter hebben. Nazorg vergt hierdoor veel creativiteit van de behandelaar (tandarts en mondhygiënist).

nu als behandeling chirurgie wordt aangeboden in alle sextanten (Zie traject chirurgie* in Figuur 7) dan wordt de patiënt

hoogstwaarschijnlijk afgeleverd met ondiepe pockets. Want nogmaals chirurgie is veelal 'instant success'. Dit is echter niet de

patiënt waarbij direct kan worden overgaan tot een restauratieve follow-up. De kans bestaat namelijk dat de 'itis' niet is verholpen. Terughoudendheid met uitgebreid kroon- en brugwerk lijkt hier geboden. De Amerikaanse aanpak om eerst maar eens een noodbrug (metalbased) gedurende een periode van ± 1 jaar te plaatsen, is hier zo slecht nog niet; dit is een in Nederland nog weinig toegepaste aanpak. Niet genoeg kan worden benadrukt dat inzicht in het effect van een behandeling een goede documentatie of rapportage in geval van verwijzing vooronderstelt: het is een belangrijk onderdeel van het diagnostisch proces bij patiënten met parodontitis.

Referenties:

- Badersten A, Nilveus R, Egelberg J. Effect of nonsurgical periodontal therapy. II. Severely advanced periodontitis. J Clin Periodontol 1984 Jan; 11 (1): 63-76
- Loos B, Nylund K, Claffey N, Egelberg J. Clinical effects of root debridement in molar and non-molar teeth. A 2-year follow-up. J Clin Periodontol 1989 Sep; 16 (8): 498-504
- McFall WT Jr. Tooth loss in 100 treated patients with periodontal disease. A long-term study. J Periodontol 1982 Sep; 53 (9): 539-49
- Rosen B, Olavi G, Badersten A, Ronstrom A, Soderholm G, Egelberg J. Effect of different frequencies of preventive maintenance treatment on periodontal conditions. 5-Year observations in general dentistry patients. J Clin Periodontol 1999 Apr; 26 (4): 225-33
- Van der Weijden, G.A. & van Winkelhoff A.J. (2000) Microben, Parodontitis en Pillen. Nederlands Tandartsenblad 2000, 55, pagina 300-305.

Dr. G.A. van der Weijden,
Utrecht

W.J.M. Heeffer,
Goirle

(Advertentie)



Aangeboden Part-time tandartspraktijk in luxe vrijstaand woon/praktijkpand in dorp onder Eindhoven. Praktijk evt. los over te nemen. Inlichtingen Raadgevers Medische Beroepen Wouter van der Meer 030 2204114 info@raadgevers.nl