

Water en slechte ochtendadem

Slechte ochtendadem is een algemeen voorkomend probleem bij het opstaan en staat bekend als “Morning Bad Breath” (MBB). De geur wordt veroorzaakt door vluchtige zwavelverbindingen, die geassocieerd zijn met slechte adem. Mede dankzij een financiële ondersteuning van de stichting NVvP vond aan ACTA een klinisch onderzoek plaats naar het effect van water op MBB. Een kort verslag.

Doel

Voornamelijk waterstofsulfide, methylmercaptan en dimethylsulfide zijn geassocieerd met slechte adem. De laatste jaren is er een toenemend bewustzijn in de samenleving met betrekking tot MBB en daarmee aandacht voor ademverbeterende producten. Op consumentenwebsites wordt gesuggereerd dat het drinken van water de speekselvloed kan stimuleren en dat spoelen met water helpt om een droge mond te verminderen. Het lijkt erop dat dit daarmee de meest voor de hand liggende - en ook de goedkoopste - maatregel is om de ochtendadem te verbeteren. Tot op heden ontbrak hiervoor echter wetenschappelijke onderbouwing. Via dit onderzoek trachten de onderzoekers te evalueren of het gebruik van water een effect heeft op de MBB, waarbij spoelen met water en het drinken van water met elkaar vergeleken worden.

Methode

In totaal zijn 50 deelnemers geïncludeerd, die in goede algemene gezondheid waren: niet rokend, geen tandheelkundige achtergrond en naar eigen zeggen ≥ 5 keer per week last van slechte ochtendadem. Voor deelname moesten de proefpersonen nuchter naar de kliniek komen (dat wil zeggen: vooraf geen knoflook, uien, alcohol nuttigen; geen parfum/deodorant en geurende doucheschuim gebruiken). De metingen vonden 's ochtends plaats, steeds in dezelfde afgesloten ruimte. Als eerste werd de organoleptische score (het ruiken van de adem) door een getrainde ‘sniffer’ bepaald. Daarna werden de zwavelverbindingen gemeten; dit gebeurde met behulp van twee apparaten (Oral Chroma™ en Halimeter®) die door een andere onderzoeker bediend werden. De deelnemers werden vervolgens at random in twee groepen verdeeld: de spoelgroep (N=24) spoelde met 15 ml water, de drinkgroep (N=26) dronk 200 ml water. Beide groepen hadden 30 seconden de tijd voor deze interventie. Hierna werden de metingen herhaald.

Resultaten

Aan het begin van het onderzoek was er geen verschil tussen de groepen. Bij zowel de spoel- alsook de drinkgroep werd een significante afname van de organoleptische score gevonden. De oral chroma die meer specifiek meet, liet een significante

afname zien van twee zwavelverbindingen; bij waterstofsulfide en de methylmercaptan was er een afname van 30% tot 60%. De halimeteruitkomst gaf een dalende trend aan in concentratie vluchtige zwavelverbindingen. Tussen de groepen was er echter geen verschil waarneembaar. Op basis van een vragenlijst bleek dat alleen de spoelgroep de subjectieve ervaring had dat er een significante verbetering van hun MBB was opgetreden.

Conclusie

Zowel het spoelen met water alsook het drinken van een glas water heeft een statistisch significant effect op de mondgeur. Er blijkt echter geen verschil te zijn tussen spoelen en drinken van water. Bij een volgend onderzoek zal daarom het al dan niet drinken van water of spoelen gereguleerd moeten worden, zodat de metingen tussen de deelnemers hierdoor niet beïnvloed worden. Voor de dagelijkse praktijk lijkt water bij een slechte ochtendadem een goedkope en simpele stap te zijn op weg naar een ‘frisse adem’.

De stichting Nederlandse Vereniging voor Parodontologie wordt bedankt voor het verstrekken van de financiële ondersteuning van dit klinisch onderzoek. De bijdrage werd gebruikt voor de financiële compensatie van de proefpersonen. Dit onderzoek werd als onderdeel gebruikt door de eerste auteur om aan de eisen te kunnen voldoen van de ‘Master Evidence Based Practice’ van het Amsterdam Medisch Centrum - Universiteit Van Amsterdam. Het volledige artikel kan worden opgevraagd bij de eerste auteur: e.vd.sluijs@acta.nl

E. (Eveline) Van der Sluijs, D.E. Slot, G.A. Van der Weijden
Afdeling Parodontologie, Academisch Centrum Tandheelkunde
Amsterdam, Nederland

Referentie:

Int J Dent Hyg. 2015 Jun 16. doi: 10.1111/idh.12149. [Epub ahead of print]
The effect of water on morning bad breath: a randomized clinical trial.
Van der Sluijs E, Slot DE, Bakker E, Van der Weijden GA.
PMID: 26081039.



Websitenieuws Nieuw: Webwinkel!

Heeft u onze webwinkel al ontdekt? Hier kunt u alle NVvP-folders snel en eenvoudig bestellen, op het moment dat het u goed uitkomt. De folders kunt u bestellen via www.nvvpshop.nl. Op onze site vindt u tevens alle informatie over onze vereniging, de lijst van erkende parodontologen (en hun praktijkadressen) en uitgebreide informatie over congressen en de historie van onze vereniging. Meer weten? Kijk op www.nvvp.org.

Kunt u iets voor ons doen?



De kracht van onze vereniging schuilt met name in de talloze vrijwilligers die zich voor de NVvP hebben ingezet of dat nog steeds doen. Zo bouwen we samen verder aan een stevig fundament.

Als vereniging willen we graag verder groeien. En daarbij kunnen we altijd extra ondersteuning gebruiken. Heeft u misschien ideeën die we kunnen benutten? Welke kant moeten we met onze vereniging op? En kunt of wilt u daarin misschien iets voor ons betekenen? Met uw inzet levert u een essentiële bijdrage aan de bloei van onze vereniging. Wilt u meer weten over wat u voor de NVvP kunt betekenen? Neemt u dan contact op met ons secretariaat. Uw hulp wordt zeer gewaardeerd!

Uit de pocket

DE THIGMOFIELE TANDARTS

De kat koestert zich graag in kleine ruimtes. Deze observatie wordt uitgebreid besproken door Midas Dekkers in zijn zojuist verschenen boek *De thigmofiel*, waarin hij het gevolg van verlangen naar geborgenheid uitgebreid bespreekt. Kan bij de moderne tandarts, met zijn toegenomen neiging om de tandheelkundige behandelkamers zo klein mogelijk te maken, ook thigmofilie worden geconstateerd? De tijd dat in deze ruimten al onze zaken werden geregeld, ligt niet ver achter ons. Naast behandeling en gesprekken vonden er ook administratie, telefoonverkeer, sterilisatie en koffie drinken plaats. Zijn er parallellen met het gedrag van onze besnorde vrienden, vraag ik mij af. En jawel hoor, aanwijzingen genoeg.



De tandarts voelt zich als een vis in het water bij het opereren op de vierkante millimeter (sommigen ook centimeter) en doet dat ook nog eens in een betrekkelijk kleine ruimte als de mondholte. Hij of zij cijfert de omgeving helemaal weg. Hier de eerste parallel: het dagelijks bestaan in de praktijk is geleidelijk ingegeven door een verlangen naar geborgenheid. Dat deze geborgenheid veelal ook een financiële geborgenheid betekent, maakt de drang naar het minimalisme alleen maar sterker. Waar vroeger de praktijk bestond uit één of twee behandelkamers, treffen we tegenwoordig op hetzelfde oppervlak soms wel vijf behandelruimtes aan. Soms zonder de ruimtelijke werking van een venster, inlaat voor licht en blik op de buitenwereld. Deze omstandigheden moeten blikvernauwend werken.

Bij een goede behandeling is, zoals diverse klachtencommissies ons regelmatig voorhouden, een optimale communicatie een vrijwel absolute voorwaarde waarbij empathie het sleutelwoord dient te zijn. Maar die patiënt ligt in die kleine kamer bekneld achterover, de open mond in een continue zwijgstand. Bang te bewegen, want de behandelaar mocht eens uitschieten. Het uitzicht is verder geleidelijk zodanig beperkt door computerschermen, operatielampen, microscopen en andere ICTgestuurde verworvenheden, dat het de patiënt steeds minder gaat opvallen dat de behandelaar achter zijn monddoek nog van vlees en bloed is. De robot is niet ver meer weg.

Deze constatering lijken allemaal wat gechargeerd, maar ondanks het aanbod aan niet-tandtechnisch gerelateerde cursussen, lijkt de praktijk hier de visuele ontkenning. Nergens heb ik hierover - in het kader van het bewierookte adagium ‘evidence based handelen’ - een relevant onderzoek onder ogen gekregen. Zijn de flapoperaties uitgevoerd in een behandelkamer van 2 x 3 meter beter of slechter dan de operaties die uitgevoerd worden in een behandelkamer van 4 x 5 meter? Ik heb geen idee, maar het aspect wordt genegeerd. In mijn jongensjaren deed het grapje over medisch succes de ronde: behandeling geslaagd, patiënt overleden. Dit is het extreme uiterste op een schaal waar de kwaliteit van de behandeling kan worden afgemeten aan de combinatie empathie / technisch resultaat. Concentreert de behandelaar zich in een kleine ruimte beter of biedt een ruimere omgeving meer rust? Gevoelsmatig denken we er iets van, maar de aannames worden niet getoetst. Van oudsher worden tandartsen als loners gezien, bevorderend voor thigmofiel handelen, maar ondanks de groepspraktijken plus toename van dames in het vak neemt de toename aan kleine behandelkamers niet af. Mijn gevoel zegt: tandheelkundige thigmofilie moet bestreden worden.

Otto Nelemans