

HET HUIDIGE STANDPUNT DER PARODONTOLOGIE GEZIEN IN HET LICHT VAN DE ONTWIKKELING DER LAATSTE JAREN

DOOR PROF. M. HUT

De parodontopathieën mogen zich in ons land nog altijd niet verheugen in die mate van belangstelling bij de practici, als waarop zij naar hun belangrijkheid wel recht zouden hebben.

Wellicht geldt ook hier het: „onbekend maakt onbemind”. En waarom zijn dan de parodontopathieën bij de Nederlandse tandartsen zo onbekend? Het heeft toch in de laatste jaren zeker niet aan publicaties ontbroken in de verschillende tandheelkundige tijdschriften van diverse landen en wanneer we in het Register van het Tijdschrift voor Tandheelkunde over de jaargangen van 1894 tot en met 1947 de rubriek Parodontose opzoeken, dan zien we dat ook in ons eigen tijdschrift heel wat artikelen aan dit onderwerp zijn gewijd. Blijkbaar heeft dit toch niet tot het gewenste doel gevoerd en wanneer we trachten hiervoor een verklaring te vinden, dan zou deze als volgt luiden:

1. de publicaties zijn voor niet-ingewijden moeilijk te lezen door gebrek aan eenheid in nomenclatuur.
2. zij bewegen zich vaak op een terrein, dat de Nederlandse tandarts niet erg vertrouwd is, nl. op dat van de histo-pathologie van het tandbed en van de stofwisseling.

Hierdoor zullen vele practici de neiging niet hebben kunnen onderdrukken om de artikelen over dit onderwerp onvoldoende te bestuderen of zelfs om ze ongelezen te laten; zij werden hierin bovendien nog gesterkt door het feit, dat de onderzoekers zo vaak moesten toegeven, dat veel nog niet kon worden verklaard, en door uitlatingen als b.v. dat vele problemen der parodontologie nog niet waren opgelost.

De houding die men ging aannemen was ongeveer als volgt: van de parodontopathieën weet men nog veel niet, waarvan het gevolg wel zal zijn, dat men daartegen nog niet veel vermag te doen, dus houden wij ons voorlopig maar afzijdig en doen er in het geheel niets aan. En zo zien we in de practijk, dat legio patiënten, die hun tandarts consulteerden met klachten betreffende het tandbed, te horen kregen, dat daar „niets aan te doen was”, dat „het gebit verloren” was en dat een „prothese binnen afzienbare tijd” de enige oplossing zou zijn.

Toch zou ik deze houding eens nader in beschouwing willen nemen in het licht van wat de laatste jaren op het gebied der parodontopathieën is gepubliceerd.

Daarbij vraagt allereerst de *nomenclatuur* de aandacht. Het meest verwarrend is dat de diverse auteurs niet dezelfde namen gebruiken om bepaalde ziektebeelden aan te duiden. Veel te veel is ieder op eigen wijze bezig geweest om een systeem op te bouwen, waarbij hij zich bij de indeling der parodontopathiën liet leiden door zijn inzichten betreffende de aetiologie, de pathologisch anatomische kenmerken ofwel de klinische verschijningsvormen.

Voor de practicus is een indeling naar de klinische verschijningsvormen het aantrekkelijkst, opdat hij zonder laboratorium- en microscopisch onderzoek tot een diagnose kan komen.

Alvorens de benamingen van verschillende auteurs met elkaar te vergelijken zullen we nog even de welbekende klinische verschijnselen releveren: gingivitis, resorptie van het alveolaire bot, retractie van het periodontium zonder dat de gingiva mee terugtrekt, vorming van tandvleeszakken, pyorrhoea alveolaris, fistels, migratie van tanden en tenslotte het uitvallen der gebitselementen.

Bij elke indeling houdt men rekening met de twee verschijningsvormen, die worden aangeduid met „-itis”, de ontstekingsvorm, en „-ose”, de dystrophische vorm.

Bij de ontstekingsvorm is de gingiva gezwollen en rood, bloedt gemakkelijk.

Bij de dystrophische vorm is de gingiva cyanotisch, atonisch, bloedt niet zo gauw, vaak vindt men uitgebreide en diepe resorptie van het alveolaire bot.

Een belangrijk klinisch verschijnsel is deze botresorptie en vooral de graad en de aard hiervan; horizontale resorptie is minder ongunstig dan verticale, die langs de wortel onregelmatig apicaalwaarts voortschrijdt.

Als een zuivere vorm van dystrophische parodontose zou de atrophie alveolaris senilis kunnen worden beschouwd, maar dit is een fysiologisch proces en kan als zodanig dus eigenlijk niet tot de ziekten van het tandbed worden gerekend.

Stellen we nu eens een aantal indelingen naast elkaar, dan zullen we zien, dat de verschillende vormen van de parodontopathiën veelal niet scherp van elkaar zijn te scheiden, doch veelal in elkaar overgaan. Zo zien we dan ook in de benamingen dat men niet altijd precies dezelfde fase in dit proces met name heeft willen noemen. Ook heeft niet iedere auteur in zijn schema de rubriek van nieuwvormingen („Parodontoma, neoplasiën”) opgenomen.

We zullen in de praktijk vele gevallen, die in de indelingen naast groep II van de Arpa indeling staan, moeten classificeren in de Arpa groep IIIa en b. Maar zo naast elkaar geplaatst blijkt de chaos uit de literatuur bij nader inzien nog wel mee te vallen. De Arpa indeling werd op het Arpa congres in 1951 door de vertegenwoordigers van vrijwel alle westeuropese landen opgesteld. In het Concilium Parodontologicum dat tijdens het Arpa congres in 1953 bijeenkwam werden verschillende benamingen uitvoerig besproken en met algemene stemmen aanvaard. Daar aan deze besprekingen hoogleraren van de universiteiten van de meeste westeuropese landen en verschillende andere deelnamen,

A.R.P.A. 1951-53	Becks 1929	Urban 1942	American Academy of Periodontology 1953	Wannemacher 1953	Mathis 1948	Stones 1948
I <i>Parodontopathia inflammata</i>	I <i>Paradentitis</i>	I <i>Inflammatory conditions</i>	I <i>Inflammation</i>	I <i>Paradentitis</i>	I <i>Parodontitiden</i>	I <i>Gingival Recession</i>
a) Parodontopathia inflammata superficialis	a) Paradentitis simple	a) Gingivitis	a) Gingivitis	a) Paradentitis marginalis chronica superficialis = Gingivitis chronica	a) Gingivitiden und Stomatitiden	II <i>Chronic Gingivitis</i>
b) Parodontopathia inflammata profunda = Parodontosis	b) Paradentitis secondary	b) Periodontitis simplex complex	b) Marginal Periodontitis c) Apical Periodontitis	b) Paradentitis marginalis chronica progressiva	b) Parodontitis marginalis progressiva	III <i>Simplex parodontal disaese = periodontitis simplex</i>
II <i>Parodontopathia dystrophica = parodontosis</i>	II <i>Paradentosis</i>	II <i>Degenerative conditions</i>	II <i>Dystrophy (regression)</i> ↓	II <i>Paradentosis</i>	II <i>Parodontosen</i>	V <i>Complex parodontal disease = periodontitis complex = parodontosis</i>
	a) Presenile atrophy	a) Gingivosis	a) Periodontal traumatism		a) Atrophische	
	b) Paradentosis due to trauma	b) Peridontosis	b) Gingivosis		b) degenerative	
	c) Paradentosis due to lack of occlusion	III <i>Atrophic conditions parodontal atrophy</i>	c) Periodontosis			
	d) Diffuse alveolar atrophy	IV <i>Periodontal traumatism</i>				IV <i>Traumatic parodontal disaese = Traumatic periodontitis</i>
III <i>Parodontopathia mixta</i>						
a) Parodontitis dystrophicans	c) Parodontosis secondary to parodontitis					
b) Parodontosis inflammata						
IV <i>Parodontopathia neoplastica = Parodontoma</i>	III <i>Paradentoma</i>	V <i>Gingival hyperplasia</i>	III <i>Neoplasia</i> (all neoplastic disaeses affecting the periodontium) IV <i>Anomalies</i> (all anomalies affecting the tooth and the periodontium)			

kan verwacht worden, dat zo langzamerhand door invoering van deze termen de zo gewenste eenheid in nomenclatuur meer vorm zal gaan aannemen. Wanneer de schrijvers nu maar bereid zijn zich de moeite te getroosten om de begrippen met deze woorden aan te duiden, om afstand te doen van voor hen bekende, misschien persoonlijk gevonden termen, zich te gewennen om deze vormen te gaan gebruiken en zich aan deze internationale afspraken te houden, dan zal het voor de minder op het terrein van de parodontologie thuis zijnde tandartsen gemakkelijker worden om kennis te nemen van internationale publicaties.

We laten hier de beslissingen van het Concilium volgen, waarbij werd besloten om met de volgende namen de achteromschreven begrippen aan te duiden:

kauwsysteem of kauwapparaat, omvat het gebit, de kaken met het gewricht, de spieren en de innervatie. In dit geval is het woord „orgaan” (dus kauworgaan) minder goed op zijn plaats.

odonton = organum dentale van G r ä f f, omvat de tandpulp, het dentine, het glazuur, het cement, het wortelvlies, het bot van de alveoluswand en de gingiva.

Het achtervoegsel „on” wordt gebruikt om een functionele eenheid aan te duiden.

Het *odonton* is dus één der elementen van het kauwsysteem.

Het *odonton* wordt in tweeën verdeeld:

odontium, omvat het glazuur, het dentine en de pulp en *parodontium* (het steunapparaat, het „paradentium” van W e s k i) omvat het cement, het wortelvlies („complexe ligamentaire”), het alveolaire bot en de gingiva.

Het cement wordt tot het *parodontium* gerekend, men heeft de functie laten prevaleren boven de morfologie.

Het begrip *odus*, tand, omvat dus het *odontium* + het cement.

Bij de keus tussen de voorvoegsels *para* en *peri* werd tot *para* besloten, dat de situatie beter weergeeft. Bij dit Griekse voorvoegsel werd besloten het woord *odus* in samenstellingen te gebruiken en niet het Latijnse woord *dens*.

Desmodont of *periodontium* voor wortelvlies.

Het gebruik van het woord *desmodont* heeft boven het gebruik van *periodontium*, vóór dat in de angelsaksische landen *periodontium* ook wordt gebruikt om het begrip *parodontium* aan te duiden; dus het woord waarmee wij het wortelvlies alléén aanduiden, betekent daar wortelvlies + alveolair bot, gingiva en cement. Dit zien we ook in het schema van de indelingen bij O r b a n, de American Academy of Periodontology en S t o n e s.

Het angelsaksische begrip *periodontitis* wordt bij ons dus aangeduid met *parodontitis*. Bij ons wordt met *periodontitis* het veel beperktere ziektebeeld aangeduid van de wortelvliesontsteking, zoals men dat ziet na het afsterven van de tandpulp.

Hoewel de comité's voor classificatie en voor nomenclatuur van de American Academy of Periodontology in 1951 een gemeenschappelijk rapport hebben uitgegeven, waarin zij verklaarden om para- en perials gelijkwaardig naast elkaar te kunnen gebruiken, zien we voorlopig de eenheid tussen de Europese en de Amerikaanse benamingen nog niet tot stand komen. De Amerikanen stelden voor het woord *pericementum* in te voeren om de verwarringen te voorkomen die ontstonden bij het gebruik van het woord *periodontal*. Helaas heeft Engeland dit voorbeeld niet gevolgd en zien we bij hen in de nomenclatuurlijst van 1953 het woord *periodontal membrane* voor wortelvlies weer gehandhaafd.

Men kan dus vaststellen dat bij nadere beschouwing van de indeling op tussengevoegde staat enz., de indeling en de nomenclatuur niet zo ver uiteenlopen als het op het eerste gezicht wel lijkt.

Bezien we nu eens nader of het standpunt juist is, dat *aan een parodontopathie toch niets te cureren valt*, omdat er immers nog niet zo veel bekend is, met name van de aetiologie.

We dienen ons dan wel rekenschap te geven hoe de geneeskunde in het algemeen te werk gaat, nl. praeventief — een ziekte voorkomend, en curatief — een ziekte genezend.

De term „curatief” kan betekenen dat de therapie causaal is geweest, als gevolg waarvan de eigenlijke oorzaak van het lijden is weggenomen, zodat een eind aan de ziekteverschijnselen is gemaakt; de therapie kan echter ook symptomatisch zijn geweest: alleen de hinderlijke verschijnselen wegnemend of zelfs alleen maar palliatief, verzachtend, slechts de meest hinderlijke uitingen van de ziekte zo veel mogelijk bestrijdend. We behoeven in dit verband slechts de gewoonlijk toegepaste bestrijding van de tandcaries te noemen als voorbeeld van een niet causale therapie; zo zouden er zeer vele voorbeelden aan te halen zijn.

Maar het niet efficiënt kunnen bestrijden van de aetiologie ener ziekte mag toch geenszins een aanleiding vormen om zich volkomen afzijdig te houden van het instellen van enigerlei vorm van therapie. Dat doet men in de geneeskunde op geen enkel terrein, dus waarom zou deze houding te rechtvaardigen zijn, waar het de parodontopathieën betreft?

Laten we even de aetiologische momenten weer opnoemen, die in de literatuur worden genoemd als oorzakelijke factoren bij het ontstaan van de ziekten van het tandbed.

1. *Algemene factoren*. We onderscheiden hierbij als stofwisselingsstoornissen (b.v. diabetes), stoornissen in de endocrine regulatie (b.v. hypopituitarisme), voedingsstoornissen (b.v. avitaminosen als scorbutus), infectieziekten, stoornissen in het neuro-vegetatieve systeem (invloed op de capillaire circulatie), storingen in het spijsverteringskanaal (gastro-enteritis), psychische stoornissen en apart te noemen de *algemene constitutie* (erfelijk en verworven).

2. *Locale factoren* als slechte mondhygiëne, chronische irritaties (tandsteen, overstekende vullingen en kronen, klammers, onjuiste partiële protheses), onvoldoende normale functie van het gebit, overbelasting van een tand of gehele tandgroepen (door stands-anomalieën, verkeerde gewoonten als tandenknarsen).

Maar we moeten niet uit het oog verliezen, dat vele van deze factoren dikwijls kunnen bestaan, zonder dat de schadelijke gevolgen manifest worden. Het menselijk organisme verkeert in een evenwichtstoestand, waarin de afwerende factoren de aanvallende krachten kunnen beheersen. Wordt dit evenwicht verstoord doordat de aanvallers worden versterkt of de verdedigers verzwakt, dan resulteert hieruit de ziekte. We kunnen dan trachten het evenwicht te herstellen, door de afweerkrachten te vergroten of de ongunstige factoren te verkleinen. Om dit evenwicht weer te bereiken is het dus niet per se nodig om die factor te elimineren, die het evenwicht heeft verstoord; het uitschakelen van een ander schadelijk moment kan hetzelfde gunstige effect hebben. Wel kan het zijn, dat het gevolg van het verstoorde evenwicht op zichzelf nog een behandeling behoeft, voordat het evenwicht weer terug kan keren, ook al is de factor die aanleiding gaf tot de storing uitgeschakeld. Wordt b.v. door een extractie een beetverschuiving veroorzaakt, die aanleiding geeft tot overbelasting en parodontitis met migratie van een bepaalde tand, dan kan door een brug het verlies door de extractie worden hersteld, de beetverschuiving weer worden gecorrigeerd, maar het kan zijn, dat de tand die los is gaan staan en verplaatst is, nu niet zonder nadere behandeling weer in zijn oude situatie terugkeert. De normale kauw- en bijtfunctie, die hij vroeger kon verdragen, kan in de nieuwe situatie te veel worden en zonder hulp (regulatie en tijdelijke ontlasting van de normale druk door spalken en/of inslijpen) komt de genezing niet tot stand.

Bezien we vanuit deze gezichtshoek eens de behandeling van de parodontopathieën. Veelal zijn de factoren van algemene aard moeilijk te beïnvloeden. B.v. de patiënt heeft een niet geheel normaal functionerende lever, is daarom bij de internist in behandeling geweest, het optimum van die behandeling is bereikt. Evenwel deze factor heeft wat het parodontium betreft het evenwicht *nét* verstoord. Deze schadelijke algemene factor moeten we dus bij de behandeling van het zieke tandbed als onveranderlijke grootheid aannemen en wij moeten zien op welke wijze we nu een andere schadelijke factor kunnen wegnemen of een verdedigende factor kunnen toevoegen.

Was voordien de situatie zo, dat de laterale kauwdrukcomponent geen afwijking te weeg bracht, thans kunnen we deze schadelijke werking (die dus altijd heeft bestaan, maar waartegen het organisme zonder de leverafwijking bestand bleek te zijn) zo veel mogelijk gaan uitschakelen door inslijpen, terwijl we door zorgvuldige massage van de gingiva de bloedcirculatie kunnen bevorderen. Het resultaat kan zijn, dat het evenwicht hersteld wordt ondanks dat de leverfactor onveranderd is gebleven.

Was de afwijking aan het tandbed evenwel al zo ver gevorderd, dat de resorptie van het bot en het terugtrekken van de epitheelaanhechting aan de tand reeds pockets had gevormd met ontstekingen, die we met de diagnose: parodontosis inflammata willen aanduiden, dan zal hier een operatieve ingreep de schadelijke gevolgen moeten wegnemen, weer een gezond beginstadium moeten scheppen, waarna als het ware weer

met een schone lei kan worden begonnen in de nieuw geschapen evenwichtstoestand.

Hoe belangrijk het domein van de algemene aetiologische factoren ook is voor de parodontologie, hier ligt toch niet in de eerste plaats het terrein van werkzaamheden van de tandarts. Het tandbed is evenals het gehele mondslijmvlies, de tong en de keel, de plaats waarop zich symptomen uiten van een algemeen lijden, soms zelfs wel de eerste symptomen. De tandarts kan daardoor soms in staat zijn als eerste zijn patiënt daarop opmerkzaam te maken en naar zijn huisarts of internist door te zenden; een goede samenwerking met deze kan de patiënt slechts ten goede komen. Ongetwijfeld zullen we bij de bestrijding van parodontopathieën de hulp moeten inroepen van huisarts of specialist, wanneer daar ook maar de minste aanleiding toe bestaat. Maar daarnaast en zeker niet alleen daarna, moet de tandarts zijn locale therapie gaan instellen. En het overgrote deel van deze therapie is eigenlijk zo eenvoudig, dat het haast overbodig lijkt, om deze nog eens te herhalen. Deze ligt, gelijk de prophylaxe, geheel op het terrein dat de tandarts-practicus dagelijks bestrijkt, in de eerste plaats dat der conserverende tandheekkunde: tandsteenbehandeling, goede vullingen enz., in de tweede plaats dat der prothetische tandheekkunde: herstel van een goede occlusie, aanbrengen van goede partiële protheses, bruggen, kronen enz., en ten derde dat der orthodontie: de zorg van een goede occlusie en vooral articulatie, zodat geen overbelasting van enkele tanden of tandgroepen kan ontstaan.

De behandeling van kleine pockets met medicamenten of thermo-coagulator kan zeker ook in de algemene practijk geschieden, de grotere gingivectomieën kunnen beter naar gespecialiseerde centra worden doorgezonden.

De resultaten die we van deze behandelingen mochten zien rechtvaardigen zeker niet meer het defaitistische standpunt van de practicus, dat aan een „paradentose niets te doen is”, dat die zonder meer als een „cas perdu” is te beschouwen. Wel kan er niet met genoeg nadruk op gewezen worden, dat de prognose voor het overgrote deel afhankelijk is van de medewerking van de patiënt. Is deze niet in staat de energie en volharding op te brengen om een pijnlijk nauwgezette mondhygiëne dagelijks opnieuw uit te voeren, dan zal van het schoonste resultaat, dat met veel moeite werd bereikt, na enige maanden niets meer over zijn.

We kunnen besluiten met de vaststelling van het feit, dat tegenwoordig de tandarts zeker in staat is om met positief resultaat op te treden tegen de parodontopathieën, en dat hij hierin een taak heeft te vervullen, evengoed als bij de bestrijding van de tandcaries.

Voor de toekomst hebben we de beste verwachtingen, van de onderzoeken op het gebied van de histologie (de mogelijkheid van de weer-aanhechting van het epitheel aan het cement werd reeds aangetoond), van de stofwisseling, van de interne secretie, kortom van het domein der algemene aetiologische factoren, waar door samenwerking met de onderzoekers, elk op zijn terrein, tenslotte de gegevens moeten worden verkregen, waarop de therapie dient te worden opgebouwd.