

BIJZONDERE STUKKEN

OVER DE THERAPIE VAN PARODONTALE AANDOENINGEN

Inleiding

Men ontkomt niet aan de indruk dat de algemeen-practicus in ons land nog niet veel daadwerkelijke belangstelling aan den dag legt voor de moderne methoden in de therapie van parodontale aandoeningen. De dagelijkse zware strijd tegen de gevolgen van tandbederf leidt zijn aandacht blijkbaar af van minder spectaculaire processen in de directe omgeving van de elementen. Doch waarschijnlijk voelt hij zich bij de bestrijding van tandcariës ook altijd nog op vastere grond dan bij pogingen om parodontopathieën tot genezing te brengen.

Bij deze laatste toch is men uit traditie geneigd aan de invloeden van gestelsfactoren een grote betekenis toe te kennen, dikwijls groter dan met de werkelijkheid in overeenstemming is. Dit maakt dat men niet zoveel oog heeft voor de therapeutische vorderingen, die ongetwijfeld ook op dit terrein worden geboekt. In veel gevallen komt men er nog te gauw toe, parodontale afwijkingen op hun beloop te laten, onder het motto: „er is in wezen zo weinig aan te doen, op den duur is extractie de enige oplossing...”

Het is waarschijnlijk dus zo dat de toegepaste therapeutische of preventieve maatregelen in het algemeen niet veel verder reiken dan de – niet al te nauwkeurige en daarom weinig doeltreffende – verwijdering van tandsteen en het aanstippen van de ontstoken gingiva of het uitwassen van tandvleeszakjes met een of ander heilmiddel. En zouden daarbij jodiumtinctuur en waterstofperoxyde nog niet altijd bovenaan de ranglijst staan?

Hoe het zij, er wordt nog te weinig beseft dat althans in principe de mogelijkheid bestaat om met betrekkelijk eenvoudige ingrepen opmerkelijke resultaten te behalen, d.w.z. een toestand te scheppen die een nog langdurig behoud van het natuurlijke gebit in het vooruitzicht stelt. En ook al zal de algemeen-practicus zich niet geroepen voelen, deze maatregelen als routinebehandeling te gaan toepassen, hij doet er toch goed aan kennis te nemen van de thans bestaande mogelijkheden, opdat hij los zal komen van de gedachte dat tegen deze kwalen toch geen kruid gewassen is en opdat hij er een stimulans in zal vinden, patiënten door te sturen naar collegae, die op grond van een speciale opleiding en oefening ervaring hebben kunnen opdoen.

Een artikel in het septembernummer 1960 van de *Int. Dental Journal*, geschreven door de deskundige Amerikaanse auteur H. M. GOLDMAN, hoogleraar in de mondheelkunde en de parodontologie te Boston, biedt een welkome gelegenheid tot bezinning op dit belangrijke onderwerp.

GOLDMAN begint met onder de aandacht te brengen dat de therapeutische mogelijkheden ten aanzien van parodontale aandoeningen de laatste jaren aanzienlijk zijn verruimd. Nog niet zo lang geleden was de behandeling eigenlijk uitsluitend gericht op het doen verdwijnen van de ontstekingsverschijnselen van

de gingiva. Met dat doel stelde men zich tevreden, de deformatie van het tandvlees, als gevolg van de ontsteking, nam men op de koop toe. Pas in de afgelopen tien jaren is men gaan inzien dat een werkelijke therapie ook bemoeienis heeft met de architectuur van het weefsel. Immers wanneer de tandvleeszoon vervormd is kan men geen duurzaam herstel verwachten: de beschermende invloed van de contour der elementen kan zich niet doen gelden wanneer de tandvleesrand verdikt is of een onregelmatig verloop heeft. Aldus kwam men ertoe, in het kader van de therapeutische maatregelen ook aan dit verloop de vereiste aandacht te besteden.

Parodontale therapie omvat derhalve tegenwoordig niet alleen de maatregelen die de tandvleesontsteking tot genezing brengen, zij is er tevens op uit, de fysiologische functie van het gehele bevestigings- en steunapparaat der elementen zoveel mogelijk te bevorderen. De behandeling kan dan ook pas ten volle geslaagd heten, wanneer alle hierbij betrokken weefsels weer in gezonde staat zijn gebracht. De nadruk wordt erop gelegd dat de therapie voor het grootste deel bestaat uit plaatselijke ingrepen, die de voorwaarden voor de genezing moeten scheppen. Het hangt dan verder maar van de natuurlijke geneeskracht der weefsels af in hoeverre de therapeutische maatregelen met succes zullen worden beloond. In dat opzicht zijn dus de individuele gestelsfactoren zeker mede in het geding. Daarmee zal dan ook in het behandelingsplan steeds rekening dienen te worden gehouden. Het spreekt daarom vanzelf dat een goed begrip van alle aan parodontale aandoeningen inherente interne ziekten niet te ontberen is.

Inleidende maatregelen

Verschillende specialisten leggen de nadruk op het belang van de inleidende maatregelen, die aan de eigenlijke eliminering van de pathologische pocket en het herstel van de normale contour van de tandvleeszoon vooraf dienen te gaan. Als zodanig mogen o.a. gelden: verwijdering van tandsteen en andere irriterende factoren (maar dan ook grondig), het opheffen van uitgesproken occlusale stoornissen, het aanbrengen van tijdelijke spalken, het instellen van een strenge mondhygiëne, alsook het onderzoek naar de mogelijke invloed van stoornissen in het gestel. Dit zijn dus de eerste stappen die de genezing moeten inleiden: niet alleen worden hierdoor etiologische factoren uit de weg geruimd, maar ook reparatieve krachten bevorderd. Het gebeurt niet zelden dat de geschonden tandvleeszoon na het uitschakelen van etiologische factoren, zoals tandsteen e.d., uit zichzelf al duidelijke tekenen van regeneratie vertoont. Ook komen in dit stadium de betrekkingen tussen de toestand van de mondweefsels en eventuele systeemziekten beter aan het licht. Het wegnemen van tandsteen en andere irriterende factoren biedt alvast de mogelijkheid, na te gaan hoe het met de genezingskansen gesteld is.

Alleen al uit didactisch oogpunt is daarom verwijdering van tandsteen een belangrijke inleidende maatregel. Natuurlijk moet deze met grote accuratesse worden uitgevoerd: tand voor tand dient zorgvuldig te worden gereinigd en gladgemaakt. Een stelselmatige opzet en het gebruik van scherpe en niet te

grote instrumenten is van essentieel belang. Indien de afmetingen van de scaler te groot zijn voor het te bewerken oppervlak, loopt men het gevaar dat aan de wanden van de tandvleeszakjes schade wordt toegebracht door inscheuring. Zodoende zou men de deformatie van het tandvlees ongewild nog verergeren.

Bij een goede en zorgvuldige techniek met een fijn en scherp instrumentarium kan men evenwel de irriterende partikels grondig verwijderen en daardoor de ontstekingsverschijnselen grotendeels tot staan brengen. Het gevolg is dan dat de tandvleeszoom merkbaar slinkt. Toch dient men voor ogen te houden dat volledige genezing op deze wijze doorgaans niet te bereiken is, omdat nog niet voldaan is aan alle voorwaarden die leiden tot volledige regeneratie van de epitheel laag van de pocket. Vandaar dat ondanks dit reinigingsprocédé meestal niet alle ontstekingsverschijnselen zijn verdwenen. Maar wel is een merkbare verbetering tot stand gekomen.

Een belangrijke maatregel in dit stadium is voorts de fixatie van de in veel gevallen toch wel enigszins losstaande elementen. Deze beweeglijkheid is uiteraard ongewenst: zij dient te worden uitgeschakeld ten einde het herstel van het natuurlijke steunapparaat te bevorderen. Men kan hiertoe allerlei middelen te baat nemen, b.v. ligaturen uit roestvrij staal, orthodontische bandjes, of andere metalen ankers die met cement op de elementen worden bevestigd. Deze tijdelijke spalken bevorderen niet alleen het herstel van het steunweefsel maar ook dat van de contactpunten. Dat is een niet te onderschatten voordeel, want goede contactpunten verhinderen de inklemming van voedseldelen, die – zoals te begrijpen valt – de regeneratie lelijk zouden kunnen belemmeren.

Curettage

In het algemeen zijn de specialisten op het gebied van de parodontologie het er stellig over eens, dat men deze ingreep wél dient te onderscheiden van het glad maken der worteloppervlakken in het kader van de tandsteenverwijdering. De curettage richt zich namelijk juist op de tegenovergestelde tandvleeswal. De bedoeling is, dat deel van het wondvlak van de pocket weg te nemen, dat de epithelisering in de weg staat. Pas na doeltreffende curettage kan het tot volkomen herstel van de epitheel laag komen, waardoor dan tevens de ontsteking van de daaronder gelegen weefsels tot staan wordt gebracht. Het gevolg is dat oedeem, hyperemie en cyanose verdwijnen en dat dientengevolge het weefsel tot normale proporties slinkt.

Curettage dient te worden uitgevoerd met uitermate scherpe lepeltjes. Het is de kunst deze zó te hanteren dat de chronisch ontstoken partijen in kleine fragmentjes worden losgesneden, zonder dat daarbij het onderliggende weefsel wordt beschadigd. Evenals bij het verwijderen van tandsteen dient men zich te hoeden voor inscheuring van dit weefsel. Aanbevolen wordt de tandvleeszakjes na de ingreep uit te wassen met een steriele zoutoplossing, zodat alle losgemaakte wefselpartikels worden weggespoeld. Voor dit doel bestaan speciale spuitjes met een stompe naaldpunt.

De reden van de toepassing van curettage als afzonderlijke maatregel is dus

dat verwijdering van tandsteen en gladmaking van de wortelvlakken op zichzelf niet voldoende zijn voor het algehele herstel van de gingiva. De situatie in het tandvleeszakje is in zoverre niet geheel vergelijkbaar met b.v. een huidwond, dat één van de wanden onvermijdelijk uit beenweefsel bestaat waarop zich nu eenmaal gemakkelijk scherpe minerale partikels kunnen afzetten, om nog maar te zwijgen van andere irriterende factoren die zich kunnen doen gelden, zoals ingeperste voedseldeeltjes, etc. De ervaring heeft geleerd dat de curettage in het algemeen een noodzakelijke aanvulling betekent op de tandsteenverwijdering. In veel gevallen kan men op deze wijze algeheel herstel bereiken.

In verband hiermee zij nog opgemerkt dat diverse parodontologen de beide ingrepen in één zitting uitvoeren: eerst reiniging en gladmaking van het worteloppervlak en direct daarna de curettage. GOLDMAN is echter van mening dat de volkomen epithelisering van de tandvleeswal betere kansen heeft wanneer de behandeling in twee fasen geschiedt. Intussen zal nog veel onderzoek nodig zijn vooraleer men dienaangaande over exacte gegevens beschikt.

Modellering van de tandvleeswal

De hierboven genoemde combinatie van maatregelen leidt intussen niet in alle gevallen tot het gewenste resultaat. Tenslotte behoort het ook tot de taak van de parodontoloog, de architectuur van de tandvleeszoom zo goed mogelijk in overeenstemming te brengen met de fysiologische eisen. Nu blijkt dat deze zoom ondanks tandsteenverwijdering en curettage soms verdikt blijft en een onregelmatig verloop heeft. In dat geval ontkomt men niet aan een zekere modellering van de tandvleeswal, men zou kunnen zeggen een kleine plastische operatie. De auteur spreekt dan ook van gingivoplastiek, niet te verwarren met gingivectomie. Laatstgenoemde methode wordt nl. toegepast om pockets radicaal te elimineren; gingivoplastiek daarentegen omvat alleen de chirurgische modellering van de tandvleeszoom voor het herstel van de fysiologische contouren. De methode is o.a. geïndiceerd bij aanwezigheid van interdentale trechtersvormige openingen, zg. kraters, die zich na curettage, ondanks volledige epithelisering, kunnen handhaven, en die hernieuwde ontsteking, b.v. tengevolge van ingeperste voedseldelen, bijna onvermijdelijk maken. Het afvlakken van de tandvleeswal ter plaatse maakt een betere afvoer van voedselresten mogelijk.

Gingivectomie

Terwijl curettage beperkt blijft tot het binnenvlak van de pocket en gingivoplastiek slechts een correctie in het verloop van de marginale tandvleesrand betekent, is bij gingivectomie sprake van een meer radicale ingreep. Immers hierbij wordt het tandvlees tot even apicaalwaarts van de pocketbodem weggesneden. Zodoende wordt op een nieuw niveau een tandvleeszoom gecreëerd, waarvan het verloop aan fysiologische eisen moet voldoen. De excisie, die gewoonlijk verschillende elementen omvat, veroorzaakt een wondvlak dat in de meeste gevallen binnen twee weken geneest.

Wanneer men de procedure vergelijkt met die van curettage dan zou men

kunnen zeggen dat curettage dient om het weefsel te doen slinken tot een zeker niveau; bij gingivectomie snijdt men het weefsel al aanstonds weg tot dit niveau. Het klinisch resultaat is dus in grote trekken gelijk. In welke gevallen zal men gingivectomie verkiezen boven curettage en omgekeerd? De keuze is voor een groot deel afhankelijk van de toestand en de geaardheid van het tandvlees. In veel gevallen laat gingivaweefsel met uitgesproken ontstekingsverschijnselen en weinig collageenvorming zich moeilijk snijden. Past men op zulk weefsel gingivectomie toe, dan worden licht rafels gevormd, die de epithelisering vertragen. Anderzijds toont een sterk fibreus weefsel na curettage weinig neiging om in de gewenste mate te slinken: daar komt dus excisie in het algemeen eerder in aanmerking. Ervaring zal hier de weg moeten wijzen.

Gingivectomie wordt de laatste jaren meestal volgens een standaardmethode uitgevoerd, waarbij de omtrekken van de pockets duidelijk dienen te worden gemarkeerd. In de meeste gevallen wordt de horizontale snede continu, aan de apicale zijde van de pocketbodem aangebracht. Het instrumentarium heeft de laatste tijd weinig vernieuwing ondergaan.

Modelleren van de beenrand

De laatste jaren heeft men in combinatie met de chirurgische verwijdering van gingivaweefsel ook nogal eens beenplastiek toegepast. Men deed nl. de ervaring op dat excisie van de gingiva alleen in bepaalde gevallen niet tot optimale resultaten leidde, met name bij een grillig verloop van de alveolaire rand, ook al weer als gevolg van de parodontale aandoening. Het tandvlees vertoonde dan na gingivectomie de neiging zich bij dit onregelmatige verloop aan te sluiten, zodat de vereiste fysiologische contour niet tot stand kwam. Vandaar dat men tegenwoordig in zulke gevallen ook de processus alveolaris in de behandeling betreft en de benige randen corrigeert.

Speciale problemen

Natuurlijk kent ook dit terrein zijn speciale problemen. Zo heeft de ervaring al spoedig geleerd dat men niet kan volstaan zijn aandacht uitsluitend te richten op de parodontale weefsels zelf, maar dat wel degelijk tevens dient te worden gelet op andere locale factoren, omdat deze mede oorzaak kunnen zijn dat parodontale afwijkingen ontstaan, resp. recidiveren. Bedoeld worden hiermee in de eerste plaats gebrekkige contouren van de elementen (b.v. door ontoereikende restauraties), onvoldoende contactpunten, anatomische en orthodontische afwijkingen en niet te vergeten ook hoge spieraanhechtingen. Er zijn diverse methoden bekend om dergelijke defecten te corrigeren.

Bijzondere aandacht verdienen ook de gevallen waarin het gebied tussen de wortels van een element in de parodontale processen is betrokken (z.g. interradiculaire processen, b.v. aan de bifurcatie van molaarwortels bij teruggetrokken gingiva). Gelukkig is het in veel gevallen, en speciaal wanneer het aandoeningen aan de buccale zijde van molaren betreft, mogelijk de weefselcontouren met behulp van gingivoplastiek en osteoplastiek (zie boven) te herstellen.

Ook hoge spieraanhechtingen (frenula) kunnen van invloed zijn op het ont-

staan resp. het verloop van parodontale afwijkingen. Bekend zijn de gingivaretracties in het vestibulum oris, in het bijzonder aan de buccale zijde van de centrale onderincisieven, onder invloed van een hoog aangehecht lipbandje (cf. Excerpta Odontol. Sectie VIII, no. 274, nov. 1958). Veelal is het vestibulum ter plaatse zeer ondiep. De therapeutische maatregelen bestrijken hier derhalve een uitgebreider gebied dan alleen de tandvleeszoom en de pockets. Gewoonlijk is het noodzakelijk het vestibulum langs chirurgische weg te verdiepen en vervolgens de contour van de gingiva te herstellen. GOLDMAN schetst hiervoor in kort bestek enkele technieken.

Beenpockets

De pathologische pockets zijn niet altijd beperkt tot de zachte weefsels. In sommige gevallen komt het ook tot plaatselijke oplossing van been, zodat ook daarin een zakvormige holte ontstaat. De laatste jaren heeft men ook deze met gunstig gevolg weten te behandelen. Wanneer de pocket tenminste aan drie zijden door been wordt omsloten mag men bij aanwending van een juiste techniek verwachten dat nieuw been in de holte wordt afgezet. In geval van omvangrijker defecten heeft men ook beenimplantaten toegepast.

Occlusiestoornissen

Het spreekt vanzelf dat de parodontoloog ook de gevolgen van occlusiestoornissen in zijn beschouwing behoort te betrekken, omdat zowel onder- als overbelasting van de elementen hun weerslag op de toestand van het parodontium kunnen hebben, zonder dat nochtans de gingiva daarbij behoeft te zijn aangedaan. In verband hiermee is natuurlijk ook aandacht te schenken aan de invloeden van schadelijke gewoonten (b.v. bruxisme). Vandaar dat parodontale therapie dikwijls dient te worden gecombineerd met maatregelen als inslijpen, spalken, orthodontische behandeling, conserverende en prothetische voorzieningen.

Gestelsinvloeden

De wederzijdse betrekkingen tussen de toestand van de gingiva en afwijkingen van het gestel vormen een belangrijk maar moeilijk hoofdstuk in de parodontologie. Natuurlijk is voor de diagnose van interne afwijkingen de tijdige herkenning van hun manifestatie in de mond van groot belang. Te dien aanzien bestaan echter nog veel onzekere factoren. Men dient natuurlijk op te passen dat men de gestelsfactoren niet te gauw laat domineren, want dat brengt met zich dat men de locale factoren onderschat. Niettemin is het voor de beoordeling van elk geval gewenst, te beschikken over voldoende gegevens omtrent de algemene toestand van de patiënt.

In Amerikaanse vakkringen legt men blijkens de literatuur tegenwoordig grote belangstelling aan den dag voor alle aspecten van de aandoeningen der parodontale weefsels. Door voortgezet onderzoek en verfijning van de toegepaste technieken verwacht men tot steeds betere behandelingsresultaten te komen.

V.