

Behandelingsplanning bij patiënten met parodontale aandoeningen

J. P. Rodenburg, tandarts
E. G. Winkel, tandarts

Samenvatting

Gebaseerd op goede diagnostiek en prognosebepaling (problemanalyse) wordt bij patiënten met parodontale aandoeningen eerst een voorlopig behandelingsplan (probleemoplossing) opgesteld. De initiële behandeling wordt afgesloten met een herbeoordeling. Na deze evaluatie en de eventuele bijstelling van het behandelingsdoel kan het definitieve behandelingsplan tot stand komen. Ook nu moet de behandeling in fasen worden opgesplitst met tussentijdse evaluatiemomenten. Een goede samenspraak tussen tandarts, mondhygiëniste en patiënt is een eerste vereiste om een duurzaam resultaat te verkrijgen.

RODENBURG JP, WINKEL EG. Behandelingsplanning bij patiënten met parodontale aandoeningen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1990; 97: 157-62.

Uit de vakgroep Parodontologie van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA).

Trefwoorden: Parodontologie – Behandelingsplanning

Datum van acceptatie: 8 januari 1990.

Adres: J. P. Rodenburg, ACTA, Louwesweg 1, 1066 EA Amsterdam.

1 PROBLEMANALYSE

De basis voor ieder behandelingsplan ('probleemoplossing') is een goede analyse van de tandheelkundige problemen. Dit houdt in een feitelijke verzameling en interpretatie van relevante gegevens van zowel objectieve als subjectieve aard en het in gezamenlijk overleg tussen patiënt en behandelaar bepalen van het behandelingsdoel.

1.1 De anamnese

Het is verstandig inzicht te hebben in het tandheelkundig verleden van de patiënt en diens toekomstverwachtingen. Door gerichte vragen dient bovendien getracht te worden inzicht te krijgen in voor de problemanalyse relevante belevingen van de patiënt, die deze niet uit zichzelf noemt omdat ze niet als afwijkend of als belangrijk worden ervaren. Voorbeelden kunnen zijn bloedend tandvlees en tandenpersen of -knarsen. Uiteraard zal de behandelaar ook goed op de hoogte moeten blijven van de actuele gezondheidssituatie door het stellen van gerichte vragen en het eventuele gebruik van een gezondheidsvragenlijst.

1.2 Systematische diagnostiek en registratie

Door een systematische *diagnostiek* dient de tandarts zich op de hoogte te stellen van alle aspecten van de tandheelkundige situatie. Bij patiënten waar op basis van een globale parodontale screening is vastgesteld dat er van parodontale ontsteking en afbraak sprake is, dient nu een nauwkeurig parodontaal onderzoek te worden uitgevoerd.¹ Zeker bij een ernstige parodontitis is het aanbevelenswaardig de klinische gegevens op schrift in een *parodontiumstatus*

vast te leggen (afb. 1) (Deze parodontiumstatus kan worden besteld bij: Dentoprint, Prof Grimbrèrelaan 130, 5037 EN Tilburg) en om over een *röntgenstatus* te beschikken. Aanvullend microbiologisch onderzoek is in sommige gevallen gewenst. Te verwachten valt dat een dergelijke parodontale status praesens in de toekomst steeds meer gevraagd gaat worden bij de aanvraag tot vergoeding van de parodontale behandeling. Het belangrijkste is echter dat deze de behandelaar in de gelegenheid stelt zorgvuldig een plan op te stellen, en bovendien later als referentie kan dienen om het effect van de behandeling te evalueren.

Een beschrijving van de diagnostiek en symptomen van parodontale ontsteking en afbraak op te sporen valt buiten het kader van deze bijdrage. De lezer zij daarvoor verwezen naar de bijdragen van Abbas e.a. en van Goené e.a. in dit themanummer, alsmede naar de (syllabus bij de) PAO-T nascholingscursussen PARO-A tot en met -E waarin dit uitgebreid wordt besproken en geoefend.²

1.3 Prognosebepaling

Op basis van de systematische verzameling

Parodontiumstatus datum: 17.12.1980

Patient: Hr. K.

Parodont: []

Fase: INITIEEL ONDERZOEK

Tand	ontsteking		afbraak		bijzonderheden	diagnose	prognose
	plaque	gingiva	furca	rec.			
1	0	0	0	0	vm, m, p, s	P ₂ + P ₃	1
2	0	0	0	0	v, i, p, s	P ₂ + P ₃	1
3	0	0	0	0	m, d, overhang, endo, afloppaar	P ₂	1
4	0	0	0	0	m, v, i, s, p, s	P ₂ + P ₃	1
5	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
6	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
7	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
8	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
9	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
10	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
11	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
12	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
13	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
14	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
15	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
16	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
17	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
18	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
19	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
20	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
21	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
22	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
23	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
24	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
25	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
26	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
27	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
28	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
29	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
30	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
31	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
32	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
33	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
34	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
35	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
36	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
37	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
38	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
39	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
40	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
41	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
42	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
43	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
44	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
45	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
46	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
47	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
48	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
49	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1
50	0	0	0	0	v, i, s	P ₂	1

Diagnose: hva. generaliserede, lokaal vergevorderde parodontitis

Behandelingsplan: []

Uit te voeren door: [] Datum: []

Afb. 1. Parodontiumstatus met prognosebepaling per gebitselement. Op basis hiervan wordt een voorlopig behandelingsplan opgesteld.

en het vastleggen van alle relevante tandheelkundige gegevens dient de tandarts voor ieder gebitselement afzonderlijk een (voorlopige) *prognose* te bepalen (afb. 1). Met gebruikmaking van kennis en ervaringen beraadt hij zich of het betreffende gebitselement technisch en biologisch duurzaam te behouden of te behandelen is (goede prognose), niet (duurzaam) te behouden of te behandelen is (slechte prognose) dan wel dat dit twijfelachtig is of dat een goed oordeel in dit stadium niet te geven is (dubieuze prognose). Het laatste duidt vooral op situaties waar de uitkomst van behandeling niet voorspelbaar is en het ook naar de patiënt toe verstandig is een slag om de arm te houden. Bij deze prognosebepaling telt nog niet mee in hoeverre daadwerkelijk behoud en behandeling gewenst of verstandig is. Pas als ieder gebitselement min of meer op zijn eigen merites is beoordeeld, kan een totaalbeeld tot stand komen over mogelijke behandelingsstrategieën.

2 INFORMATIEVERSTREKKING

Bij de vertaling van de tandheelkundige situatie naar het uiteindelijke behandelingsplan behoren de wensen en mogelijkheden van de patiënt een essentiële rol te spelen. De patiënt kan deze vaak pas goed formuleren nadat goede informatie is verstrekt over de conditie van het gebit en de steunweefsels en vooral over de aanwezigheid van aandoeningen die de toekomstige functie, esthetiek en het gebitsbehoud bedreigen. Dit geldt ook indien de tandarts van mening is dat adequate behandeling gericht op duurzaam behoud om biologische, technische of financiële redenen niet mogelijk is of indien hij meent te moeten twijfelen aan de motivatie van de patiënt.

Het is niet terecht dat de tandarts de patiënt geen eerlijke kans geeft zelf een keuze te maken uit de behandelingsalternatieven. De ervaring leert dat het een hachelijke onderneming is zelf in te schatten wat de patiënt zou wensen. Het is verstandig om de mondelinge informatie-overdracht te ondersteunen met enige schriftelijke voorlichting. In geval van parodontitis kan de nieuwe brochure 'Parodontitis' van de NVvP worden gebruikt.³

3 BEHANDELINGSDOEL

Na een beknopte, begrijpelijke beschrijving van de toestand van de dentitie dient (globaal) inzicht te worden gegeven in de behandelingsmogelijkheden. Een belangrijk onderdeel in het gesprek met de patiënt is het vaststellen van het behandelingsdoel. De keuze gaat daarbij tussen een behandeling gericht op *duurzaam behoud*, op *consolidatie* of *langzame afbouw* (*parkeerfase*)

dan wel op directe *vervanging* van de eigen dentitie.

Het ligt voor de hand dat de patiënt meestentijds de tandarts bezoekt om de eigen dentitie te kunnen behouden. Bij veel patiënten leeft nog steeds de gedachte dat de eigen tanden 'van nature' voortijdig verloren zullen gaan. Mede in het licht van de huidige cariësprevalentie en de beschikbare oorzaak-gerichte behandelingsstrategieën moet het nu echter voor velen mogelijk zijn de dentitie duurzaam te behouden. Het is telkenmale verbazingwekkend hoe de attitude van de patiënt verandert wanneer dit perspectief – in reële gevallen – wordt geboden. De bereidheid tot eigen inspanningen en investeringen neemt vaak sterk toe. Soms duurt het enige tijd voordat de patiënt deze attitudewijziging ondergaat. De tandarts moet de patiënt daarom de tijd gunnen om over de vele informatie na te denken alvorens (ingrijpende) beslissingen te nemen. Vooral in gecompliceerde gevallen met twijfels over de prognose van diverse gebitselementen is deze tijdwinst gewenst. De uitvoering van de initiële parodontale behandeling werkt in dat kader vaak zeer motiverend voor de patiënt en biedt de gelegenheid beter gefundeerd het behandelingsdoel en -plan te bepalen.

3.1 Incidentele keus voor 'parkeerfase'

Er doen zich uiteraard omstandigheden voor waarbij de patiënt over de parodontale situatie naar behoren is geïnformeerd, maar toch afziet van adequate behandeling van deze problemen. Veel voorkomende motieven hiervoor zijn desinteresse in het behoud van de eigen dentitie, financiële belemmeringen, esthetische bezwaren tegen 'lange tanden' of het niet kunnen garanderen van een duurzaam resultaat. Zolang als mogelijk en gewenst, kan gekozen worden voor de 'parkeerfase'. In overleg wordt bepaald welke behandelingen wel worden uitgevoerd om de dentitie binnen redelijke grenzen veilig te stellen. De tandarts moet daarbij proberen een kostenbatenanalyse te maken en inschatten wat

de gevolgen zijn van het niet adequaat behandelen van aanwezige aandoeningen. Zeker waar het parodontale ontsteking en afbraak aangaat, kan niet gesteld worden dat het nalaten van behandeling altijd progressieve afbraak op korte termijn betekent, maar anderzijds is het ook niet uit te sluiten. In principe geldt dat des te beter en regelmatig de tandarts de situatie controleert, des te nauwkeuriger hij het moment kan bepalen waarop de afbouw vanuit de parkeerfase moet plaatsvinden. Zo kan een dentitie ondanks aanwezige aandoeningen soms nog jarenlang in de parkeerfase behouden blijven.

4 OORZAAK-GERICHTE BEHANDELING

In de afgelopen decennia is in een omvangrijke reeks van wetenschappelijke publikaties vastgelegd dat de bacteriële plaque de primaire oorzaak van parodontale aandoeningen is. Zonder voorbij te willen gaan aan de vele modifierende factoren die het verloop en de progressie van het ontstekings- en afbraakproces kunnen beïnvloeden, dient de preventie en behandeling vooral gericht te worden op de plaquebeheersing. Tot een dergelijke oorzaak-gerichte benadering behoort ook de eliminatie van plaque-retentieplaatsen. Er wordt onder plaque-retentieplaatsen met name verstaan tandsteen, verdiepte pockets, toe- of doorgankelijke furcatiegebieden, carieuze laesies, overhangende restauraties en een onregelmatige tandstand en gingivavorm. Bovendien is het niveau van de mondhygiëne doorslaggevend voor de resultaten op langere termijn. Het vereist een therapie-trouw ('compliance') die slechts goed gemotiveerde patiënten kunnen opbrengen.

5 SYSTEMATISCHE BEHANDELINGSPLANNING

Op grond van een goede probleemanalyse wordt in overleg met de patiënt de gewens-

Tabel I. Schema met de verschillende onderdelen van het tandheelkundig behandelingsplan.

INITIEEL ONDERZOEK Diagnose/prognose van alle tandheelkundige aandoeningen	----->	VOORLOPIG BEHANDELINGSPLAN 1. Initiële behandelingsfase (oorzaak gericht)
HERBEOORDELING Diagnose/prognose/motivatie	----->	DEFINITIEF BEHANDELINGSPLAN Correctieve behandelingsfase: 2. Parodontale correctie en herstel 3. Restauratieve/prothetische opbouw
NABEOORDELING Diagnose/prognose	----->	4. Nazorgfase (regelmatige recalls) (Periodieke mondhygiëne-begeleiding en selectieve gebitsreiniging)

te probleemoplossing bepaald. De basisstructuur van zo'n behandelingsplan bestaat – zeker voor patiënten met parodontale aandoeningen – uit een opsplitsing in diverse fasen. Daarbij wordt eerst een voorlopig behandelingsplan opgesteld dat later, na een herbeoordeling, wordt omgezet in een definitief behandelingsplan (tabel I). Ook naar de patiënt toe kan uitgelegd worden dat de behandeling in principe in vier fasen is opgesplitst:

- fase 1: behandeling van acute problemen, eventuele extracties, aanpassen of vervangen van restauraties, grondig reinigen van de pockets en mondhygiëne-instructie, afgesloten met een herbeoordeling enige tijd later;
- fase 2: eventueel tandvleesoperaties, met name waar het zinvol lijkt restontstekingen te behandelen;
- fase 3: opbouw van het gebit met restauratieve en/of prothetische middelen;
- fase 4: nazorg voor het instandhouden van het bereikte eindresultaat.

6 VOORLOPIG BEHANDELINGSPLAN

In het voorlopig behandelingsplan (zie voorbeeld in afb. 1) staat vooral de *initiële parodontale behandeling* (fase 1) centraal. Deze behandeling – uitgevoerd door tandarts en/of mondhygiënist – richt zich vooral op het veilig stellen van de dentitie, het aanleren en begeleiden van een adequate plaquebeheersing (mondhygiëne) door de patiënt en het verwijderen van plaque-retentieplaatsen. In tabel II zijn de verschillende onderdelen van deze behandelingsfase opgesomd.

6.1 Subgingivale gebitsreiniging en mondhygiëne

Bij patiënten met duidelijke parodontitisverschijnselen zal de initiële parodontale behandeling veel tijd in beslag nemen. Ervaringen in parodontologiepraktijken leren dat bij ernstige parodontitis-patiënten vaak

Tabel II. Voorlopig behandelingsplan (fase 1). De volgorde van de handelingen moet individueel bepaald worden.

- * Acute behandelingen
 - * Extracties en eventueel tijdelijke prothetische/restauratieve voorzieningen
- INITIËLE PARODONTALE BEHANDELING:**
- * Mondhygiëne-instructie
 - * Gebitsreiniging (supra- en subgingivaal)
 - * Evaluatie van de plaquebeheersing (plaquescore en bloeding uit ondiepe pockets)
 - * Eliminatie van plaque-retentieplaatsen (carië en overhangende restauraties, enz.)

vier tot acht zittingen van een uur nodig zijn voor de (vooral subgingivale) gebitsreiniging en stapsgewijze mondhygiëne-instructie. Uit studies van de Badersten/Egelberg-groep blijkt dat gerekend moet worden met een gemiddelde instrumentatietijd van vijf à tien minuten per gebitselement.⁴

Het is verstandig de eerste zittingen met een interval van een tot twee weken achter elkaar te plannen. Een dergelijke intensieve behandelingsfase geeft de mogelijkheid stap voor stap de mondhygiëne aan te passen en – waar nodig – tijdig bij te stellen. Het geeft de beste garantie voor het verkrijgen van een (blijvende) gedragsverandering door de motiverende werking van een snelle terugkoppeling. Tevens kunnen dan ook direct de effecten van de gebitsreiniging zichtbaar worden gemaakt, hetgeen de motivatie voor de eigen bijdrage van de patiënt verder zal versterken.

Uit onderzoek is gebleken dat een verbetering van de mondhygiëne geen wezenlijke verandering in de parodontale conditie oplevert, zolang de subgingivale plaque en tandsteen niet uit de pocket is verwijderd.⁵ In feite betekent dit dat de behandeling door de tandarts of mondhygiënist in eerste instantie van doorslaggevend belang is voor de genezing van parodontitis dan de bijdrage van de patiënt. Voor het instandhouden van het bereikte genezingsresultaat is een goede mondhygiëne evenwel essentieel.⁶ Daarom is het zinloos te wachten tot een optimale mondhygiëne is bereikt alvorens met de subgingivale gebitsreiniging te starten. Ook uit motivatie-overwegingen is

het aantrekkelijker om samen op te werken: 'Wij halen de bacteriën onder het tandvlees weg en tegelijkertijd leren wij u hoe de bacteriën boven het tandvlees weg te houden'. In de praktijk blijkt het nuttig de arbeidsintensieve initiële parodontale behandeling te laten uitvoeren door een mondhygiënist.

Omdat uiteindelijk een goede motivatie en coöperatie van de kant van de patiënt onontbeerlijk zijn, is de initiële behandelingsfase heel geschikt deze te stimuleren en te evalueren. Zolang nog niet duidelijk is hoe dit uitpakt, is het verstandig in het behandelingsplan zo veel mogelijk vrijheid van handelen te houden. Dit geeft de mogelijkheid het behandelingsdoel pas definitief vast te stellen bij de herbeoordeling. Het streven is daarom in het voorlopig behandelingsplan het 'point of no return' liefst niet te passeren.

6.2 Extracties

Extracties zullen beperkt moeten blijven tot gebitselementen die werkelijk niet te behouden zijn dan wel waarvan verwijdering nodig is voor het (mogelijk) behoud van buurelementen. Hiertoe zal sneller besloten kunnen worden wanneer het om strategisch minder belangrijke elementen gaat of wanneer (tijdelijke) vervanging eenvoudig en weinig ingrijpend kan plaatsvinden. Extracties in de front/premolaarstreek zullen daarom vaak tot het uiterste worden beperkt. Wel biedt de solitaire ex-



Afb. 2a. Kroon met plaqueretentie bevorderende vormgeving door een overhang en een subgingivale randaansluiting.



Afb. 2b. De kroon is bijgewerkt en ingekort, waarna een supra- en subgingivale gebitsreiniging heeft plaats gevonden.



Afb. 2c. De kroon is na parodontale genezing in de restauratieve opbouwfase vervangen. Let op de holle, goed aansluitende vormgeving, met name bij de furcatie-ingang.

tractie van een incisief met vervanging door een autologe ets-composietbrug een goede mogelijkheid bij lokale ernstige parodontale afbraak in die regio. In ieder individueel geval is derhalve een goede afweging van argumenten voor zo'n drastische ingreep noodzakelijk. Overigens moet worden bedacht dat de patiënt herhaaldelijk goed geïnformeerd dient te worden over de stand van zaken. Het gevaar dreigt dat de patiënt in het enthousiasme over de bereikte verbetering door de initiële parodontale behandeling 'vergeet' dat enige noodzakelijke extracties naar een later tijdstip zijn verschoven.

6.3 Correctie van restauraties

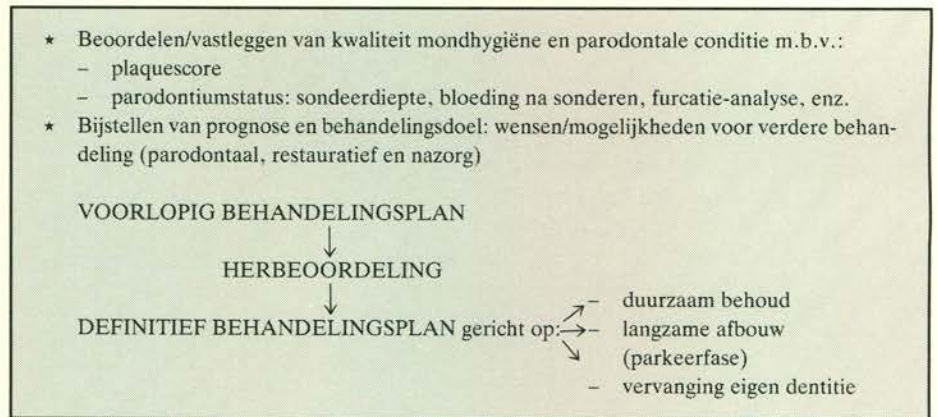
Uitdrukkelijk moet in de eerste behandelingsfase aandacht worden besteed aan het bijwerken of (tijdelijk) vervangen van slecht aansluitende restauraties. Vooral waar het tandoppervlak een holle vorm heeft, zoals bij furcatie-ingangen, komt een overstaande restauratierand zeer veelvuldig voor. Het is zinvol voor de start van de subgingivale gebitsreiniging deze randen drastisch bij te slijpen, ook al is het onzeker of en wanneer vervanging kan plaatsvinden. Hoe ruw ook, men is met zo'n gecorrigeerde en ingekorte rand altijd beter af doordat de plaquerretentie is verminderd (afb. 2a en b). Bij bijgewerkte gegoten restauraties is de uiteindelijke oplossing onderdeel van de opbouwfase in het definitieve behandelingsplan (afb. 2c).

7 HERBEOORDELING

Enige tijd (vaak ongeveer drie tot zes maanden) na voltooiing van de behandelingen in de initiële fase wordt een herbeoordeling uitgevoerd. Relevante gegevens over de conditie van de dentitie en het parodontium worden verzameld, de prognose van (met name dubieuze) gebitselementen wordt opnieuw bepaald, de kwaliteit van de mondhygiëne wordt getoetst en in samenspraak met de patiënt worden het definitieve behandelingsdoel en -plan vastgesteld (tabel III).

Bij parodontitis-patiënten is het gewenst opnieuw een parodontiumstatus en plaque-score vast te leggen en deze te vergelijken met de initiële gegevens. Dit geeft met name aan welke veranderingen er zijn opgetreden in sonderdiepte, bloeding en plaque-score. Enerzijds wijst dit erop in welke mate parodontale genezing is opgetreden, anderzijds completeert het het beeld hoe de mondhygiënekwaliteit in de eerste behandelingsfase zich heeft ontwikkeld. Indien deze initiële behandeling door een mondhygiënist is uitgevoerd, dient goed overleg plaats te vinden met de tandarts over de

Tabel III. Herbeoordeling.



Tabel IV. Definitief behandelingsplan. Correctieve behandelingsfase gericht op duurzaam behoud (fase 2: parodontaal en fase 3: restauratief/prothetisch).

1. Extracties en evt. restauratief/prothetische voorbehandeling
2. Optimaliseren van parodontale conditie m.b.v. parodontale chirurgie of soms voortgezette subgingivale gebitsreiniging en evt. antimicrobiële ondersteuning
3. Postoperatieve nazorg met aanpassing mondhygiëne
4. Definitieve restauratieve en prothetische behandeling

ervaringen in deze fase. Het meest ideaal is wanneer een herbeoordelingszitting met de mondhygiënist en tandarts samen kan worden gepland om tezamen te beoordelen of het definitieve behandelingsplan kan worden opgesteld.

Het meest geschikte moment voor de herbeoordeling kan per situatie variëren. In principe zal dit minimaal drie maanden na afsluiting van de eerste behandelingsfase zijn. Dit kan meestal als een aanvaardbare periode worden gezien waarin de patiënt op eigen kracht zijn mond voldoende plaquevrij weet te houden. Toch is het mogelijk dat voor een veel later tijdstip wordt gekozen, met name wanneer er een grenssituatie is bereikt tussen wel of niet verder chirurgisch ingrijpen of wanneer de mondhygiëne nog te weinig vorderingen vertoont. Ook allerlei andere factoren kunnen een rol spelen bij het bepalen van het moment van herbeoordeling. Te denken valt aan de noodzaak tot (spoedige) verdere behandeling in verband met esthetiek en functie, de wens van de patiënt, beschikbare financiën, organisatorische omstandigheden en een afweging of verder wachten redelijkerwijze nog een verbetering zal opleveren resp. wel verantwoord is.

8 DEFINITIEF BEHANDELINGSPLAN

Het definitieve behandelingsplan (tabel IV) is gericht op herstel en opbouw van de dentitie en het parodontium en het instandhouden van de verkregen resultaten. Het is praktisch dit te splitsen in fase 2: parodontale correctie en herstel, fase 3: restaura-

tieve opbouw en fase 4: nazorg. In dit plan kunnen zijn opgenomen: extracties van niet te behouden gebitselementen, parodontale chirurgie, definitieve, restauratieve en prothetische behandeling met herstel van occlusie/articulatie en verbetering van de esthetiek, eventueel in combinatie met orthodontie. Het is belangrijk ook in deze behandelingsfase systematisch te werk te gaan volgens een goed uitgewerkt plan, waarin ook rekening wordt gehouden met alternatieven voor mogelijke tegenvallers.

8.1 Beoogd eindresultaat

Het valt buiten het kader van dit artikel de indicatie en methodieken voor parodontale chirurgie te bespreken. Wel kan gesteld worden dat er voldoende argumenten zijn om als eindresultaat niet-bloedende, ondiepe pockets na te streven met goede mogelijkheden voor een adequate plaquebeheersing door de patiënt. Dit streven sluit niet uit dat de ervaren practicus in bepaalde omstandigheden (bijvoorbeeld pockets van 5-7 mm, niet-strategische elementen, esthetische nadelen, twijfels over mate van verbetering met chirurgie, enz.) besluit – voorlopig – van chirurgische correctie af te zien. Uiteraard dient bij de planning van deze parodontaal-chirurgische behandelingsfase rekening te worden gehouden met de gewenste opties in de functionele opbouwfase. Ook zal de patiënt tevoren de mogelijke (esthetische) gevolgen van de behandeling moeten kennen. Gelukkig vallen de esthetische nadelen vaak mee of leert men leven met de nieuwe situatie



Afb. 3. Semipermanente noodbrug die vanwege onvoldoende mondhygiëne en matige parodontale conditie uiteindelijk vele jaren heeft gefunctioneerd, omdat gekozen werd voor langzame afbouw van de dentitie (parkeerfase).



Afb. 4a. Verkeerd gebruik van de rager kan leiden tot cervicale abrasieën en recessie. Hier moet bij de mondhygiënische begeleiding goed op worden gelet.



Afb. 4b. Blootliggende tandhalzen kunnen na verloop van tijd wortelcariës-laesies ontwikkelen. In de nazorgfase moeten hiervoor goede preventieve maatregelen worden getroffen.

onder het mom 'liever langer langere tanden dan niet langer tanden'. Soms kunnen met restauratieve aanpassingen de open interdental ruimten enigszins gecamoufleerd worden en in andere situaties kan een tandvlees-epithese uitkomst bieden.

8.2 Parodontale nabehoordeling

Er zijn gevallen dat de definitieve prognose van dubieuze elementen pas na de chirurgische wondgenezing kan plaatsvinden. Het zal vooral gaan om elementen met ernstige afbraak, angulaire botdefecten met infrabony pockets en elementen met furcatie-aandoeningen. Het is verstandig in deze situaties tot minimaal drie à vier maanden postoperatief te wachten alvorens een definitief oordeel over de prognose te vellen. De mogelijkheden voor een goede mondhygiëne moeten worden meegewogen. Het is aan te bevelen bij deze categorie patiënten een zogenaamde parodontale nabehoordeling te plannen, waarbij de parodontale gegevens wederom in een parodontiumstatus worden vastgelegd. De patiënt en eventueel de mondhygiënist dienen geïnformeerd te worden over de bereikte resultaten en vooral of er nog elementen met een niet optimaal resultaat of een onzekere prognose aanwezig zijn.

8.3 Betrouwbaar eindresultaat

Bij de opzet van het behandlingsplan zal de tandarts op grond van zijn expertise en

ervaringen zich in principe moeten richten op een langdurig behoud van zoveel mogelijk (strategisch belangrijke) gebitselementen.

Toch kan dit betekenen dat voor selectieve extracties gekozen wordt om zoveel mogelijk op 'safe' te spelen en met de minste hoogstandjes een betrouwbaar eindresultaat te bereiken. Vooral indien de noodzaak van uitgebreide restauratieve/prothetische opbouw aanwezig is, zal een grotere waarborg op een goede prognose nodig zijn. Daarbij vormen elementen met een furcatie-aandoening of resterende parodontale ontsteking (vooral met infrabony pockets) vaak een risico. Ook blijkt uit enkele lange-termijnstudies dat bij wortelresecties rekening moet worden gehouden met een misluktingspercentage van rond 30%, met name optredend vijf à tien jaar na de behandeling.^{7,8} Dergelijke behandelingen zijn daarom vooral geïndiceerd wanneer geen betere alternatieven voorhanden zijn (een 'rug-tegen-de-muur-situatie').

Het is aan te bevelen wederom duidelijke tussentijdse evaluatiemomenten in te bouwen en het plan niet overhaast uit te voeren. Zoals ook door Pameijer wordt gepropageerd dienen uitgebreide restauratieve constructies voor enige tijd met tijdelijk cement geplaatst te worden om een parodontale en oclusale evaluatie of correctie te kunnen uitvoeren.⁹ In twijfelgevallen kan zelfs gekozen worden voor een langduriger fase met een goed aansluitende (met metaal verstevigde) noodconstructie (afb. 3).

9 NAZORGFASE

Uiteindelijk is het allerbelangrijkste onderdeel van dit plan de *nazorg* (tabel V). Zonder de continue, regelmatige begeleiding van de plaquebeheersing is geen redelijke garantie voor het duurzaam behoud te geven. Iedere tandarts heeft de plicht patiënten aan te sporen deel te nemen aan zo'n 'recall'-systeem, dat zeker bij 'parapatiënten' vaak een driemaandelijke frequentie kent. Uit ervaringen van veel praktici blijkt steeds weer dat de continuïteit en de kwaliteit van deze nazorg in de meeste praktijken het best gewaarborgd is indien de tandarts met een mondhygiënist samenwerkt.

Na beëindiging van de parodontale chirurgie dient direct met een intensieve postoperatieve nazorgfase te worden gestart. De mondhygiënist ziet de patiënt ongeveer drie weken postoperatief voor een aanpassing van de mondhygiëne en voor het polijsten ter verwijdering van de chloorhexidine-aanslag. Daarna wordt de patiënt in de regel zes tot acht weken later weer teruggezien en kan op grond van de bevindingen de nazorg met tussenpozen van gemiddeld drie maanden worden uitgevoerd.

Het niveau van mondhygiëne en de eventuele aanwezigheid van risicovolle gebieden bepalen de frequentie en duur van de nazorgzittingen. Iedere zitting wordt gestart met een volledige tandheelkundige controle met extra aandacht voor de parodontale situatie en voor de eventuele ontwikkeling van (wortel)cariës-laesies. Met enige regelmaat (bijv. éénmaal per jaar) worden de bevindingen in een status vastgelegd. Bij de mondhygiënische begeleiding moet niet iedere keer kritiek geleverd worden met het 'opgeheven vingertje', maar men moet ook constructieve en positieve ondersteuning geven en vooral de aandacht richten op situaties waar risico's dreigen. Anderzijds moet juist in deze fase 'zonder einde' voorkomen worden dat door een dergelijke intensieve aanpak van behandelaar en patiënt schade aan de weef-

Tabel V. Nazorgfase.

1. Evaluatie en begeleiding (evt. herhaalde instructie) mondhygiëne
2. Beoordeling parodontale conditie, gebitselementen, enz.
3. Selectieve gebitsreiniging
4. Preventieve maatregelen tegen (wortel)cariësontwikkeling
5. Vaststellen tijdsinterval tot volgende controle/behandeling

sels optreedt: te veel en te rigoures gebruik van curette, polijstcup of mondhygiënische hulpmiddelen moet worden vermeden (afb. 4).

10 BESLUIT

Een zorgvuldige diagnostiek en planning en een gefaseerde uitvoering van de tandheelkundige behandeling met inpassing van concrete evaluatiemomenten zijn de beste garanties voor het bereiken van het gestelde behandelingsdoel. De tandarts en mondhygiënist die dit met goede communicatie onderling en met de patiënt weten uit te voeren zullen bij veel van de hun toevertrouwde patiënten kunnen toewerken naar 'teeth for a life time'.

Zolang er geen betrouwbare prognostische indicatoren beschikbaar zijn om de progressie van parodontale aandoeningen te voorspellen, is het risico van 'overtreatment' altijd aanwezig. Dit moet op de koop toe worden genomen onder het motto dat duurzaam behoud van de eigen dentitie beter is te garanderen wanneer er géén signalen van parodontale ontsteking of carieuze laesies aanwezig zijn.

De meeste patiënten met parodontale aandoeningen kunnen in principe in de algemene praktijk worden behandeld. Vooral wanneer de tandarts met een mondhygiënist samenwerkt, zijn duurzame verbeteringen te behalen. Anderzijds kan sinds de totstandkoming van de Tandarts-Parodontoloog binnen de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (zie de bijdrage

van Steures e.a. in dit nummer) de algemeen-practicus door horizontale verwijzing een deskundige collega inschakelen die de totale parodontale behandeling van moeilijke parodontitis-gevallen op zich kan nemen.

SUMMARY

TREATMENT PLANNING FOR PATIENTS WITH PERIODONTAL DISEASE

Key words: Periodontics – Treatment planning

The planning and execution of dental treatment in patients suffering from (severe) periodontal disease has to be carried out thoroughly and systematically. Based on a proper diagnosis and prognosis (problem analysis), a temporary treatment plan (problem solution) will be formulated. The initial (periodontal) treatment is concluded with a reevaluation. After this new diagnosis, and if necessary adjustment of the original goal of the treatment plan, a definite treatment plan can be effected. Also in this plan, the therapy must be carried out in separate phases with evaluations in between. Primarily, the periodontal therapy must be finalized, after which the definite restorative-prosthetic treatment can be carried out. A good cooperation between the dentist, dental hygienist and patient is of prime importance to achieve a permanent result. The principles of periodontal treatment planning are discussed in this contribution.

LITERATUUR

- ¹RODENBURG JP. Parocentraal. In: Abbas F, ed. Parocentraal, enige klinische lessen. Groningen: Nederlandse Vereniging voor Parodontologie, 1987.
- ²RODENBURG JP. Parodontale diagnostiek en behandelingsplanning. Syllabus PAO-T cursus PARO-A ACTA. Amsterdam: ACTA, 1988.
- ³KROON TLJM, RODENBURG JP. Parodontitis. Voorlichtingsbrochure voor patiënten. Groningen: Nederlandse Vereniging voor Parodontologie, 1990.
- ⁴BADERSTEN, NILVEUS R, EGELBERG J. Effect of nonsurgical periodontal therapy. III. Single versus repeated instrumentation. *J Clin Periodontol* 1984; 11: 114-24.
- ⁵BADERSTEN A, NILVEUS R, EGELBERG J. Effect of nonsurgical periodontal therapy. II. Severely advanced periodontitis. *J Clin Periodontol* 1984; 11: 63-76.
- ⁶LINDHE J, NYMANS S. Een overzicht van het effect van de parodontale therapie (hoofdstuk 24). In: Lindhe J, ed. Rodenburg JP, van der Velden U (red. Ned. editie). Parodontologie. Alphen a/d Rijn: Samsom Stafleu, Nederlandse Vereniging voor Parodontologie, 1985.
- ⁷BUEHLER H. Evaluation of root-resected teeth. Results after 10 years. *J Periodontol* 1988; 59: 805-10.
- ⁸HELLDEN LB, ELLIOT A, STEFFENSEN B, STEFFENSEN JEM. The prognosis of tunnel preparations in treatment of class III furcations, a follow-up study. *J Periodontol* 1989; 60: 182-97.
- ⁹PAMEIJER JHN. Parodontale en occlusale aspecten van kronen en bruggen. Hoofddorp: Dental Center for Postgraduate Courses, 1983: 403.