

Een protocol bij parodontale aandoeningen

Samenvatting. De relevantie van vier klinische indicatoren – de plaquescore, bloeden na sondering, de sondeerdiepte en het klinisch aanhechtingsniveau – voor de diagnostiek en de behandeling van parodontale aandoeningen wordt besproken. Criteria worden gegeven, die bij de interpretatie van deze indicatoren als uitgangspunt zijn gebruikt.

TEMPEL JWN. Een protocol bij parodontale aandoeningen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1993; 100: 232-4.

J.W.N. Tempel, tandarts

Trefwoord: **Parodontologie**

Datum van acceptatie: 19 december 1990.

Adres: J.W.N. Tempel, Kerkelandenlaan 3f, 1216 RN Hilversum.

1 Inleiding

Bij de behandelingsplanning, de behandeling zelf en de nazorg van plaque-gerelateerde parodontale aandoeningen, dragen legio factoren bij tot de besluitvorming.¹ Behalve de subjectieve behandelingsbehoefte van de patiënten, de objectieve klinische parameters voor de gezondheid van dentitie en parodontium, spelen eigen deskundigheid en ervaring van de tandarts een rol.

In deze bijdrage worden de subjectieve aspecten buiten beschouwing gelaten. Welke rol de klinische indicatoren op verschillende momenten vervullen, wordt aangegeven aan de hand van een protocol, dat in de parodontologiepraktijk van de auteur wordt gebruikt bij patiënten, die uitsluitend voor parodontale behandeling waren verwezen.

2 Klinische indicatoren bij de diagnostiek

Klinische indicatoren bij het stellen van de diagnose, het opstellen en evalueren van het behandelingsplan zijn de plaquescore, bloeden na sondering, de sondeerdiepte en het klinisch aanhechtingsniveau. De relevantie van deze indicatoren is in de volgende criteria tot uiting gebracht (tabel I):

- Plaque in directe relatie met de gingiva aanwezig, geconstateerd met de pocket-sonde; positieve score (+);
- Bloeding na sonderen tot het diepste punt aanwezig; positieve score (+);
- Sondeerdiepte groter dan 4 mm; positieve score (+);
- Klinisch aanhechtingsverlies aanwezig; positieve score (+).

Röntgenologisch onderzoek vormt bij de diagnostiek een belangrijke aanvulling op de klinische waarnemingen. Echter, voor de diagnose gingivitis of parodontitis zijn de genoemde klinische indicatoren doorslaggevend.²

3 Behandelingsplanning

Het doel van parodontale therapie is herstel en handhaving van de gezondheid en functie van het parodontium. De klinische indicatoren en de daarop gebaseerde diagnose zijn het uitgangspunt van het behandelingsplan. Daarnaast zijn er echter nog enkele factoren die medebepalend zijn voor de behandeling.

- *Leeftijd van de patiënt.* De gevonden waarden van de klinische indicatoren kunnen, gerelateerd aan de leeftijd, een indruk geven van het risico voor toekomstig parodontaal verval en bepalend zijn voor de in te stellen behandeling.³
- *Keuze van de behandeling.* Om een patiënt in staat te stellen te kiezen voor één of andere vorm van parodontale therapie, is goede voorlichting over de effecten, eventuele neveneffecten en de belasting van de verschillende behandelingsmogelijkheden nodig.²

- *Plaquereductie.* De behandelingsmogelijkheden van parodontitis zijn groter naarmate men beter in staat is de aanwezige plaque zodanig te reduceren en/of van samenstelling te wijzigen, dat geen destructie van steunweefsel meer plaatsvindt.

De wenselijkheid van parodontale behandeling bij een positieve of negatieve score voor plaque, bloeden na sondering, sondeerdiepte of klinisch aanhechtingsniveau en combinatie van deze scores per lokatie kan als volgt worden bepaald.

- *Score negatief voor alle indicatoren:* er is geen aanleiding om tot behandeling over te gaan.
- *Score voor plaque positief en voor de andere indicatoren negatief:* parodontale behandeling is ongewenst.⁴ Preventie in de vorm van een mondhygiëne-instructie is misschien zinvol.
- *Score voor plaque en bloeden na sonde-*

Tabel I. Combinatie van de positieve en negatieve scores van de vier indicatoren leidend tot de klinische diagnose.

Plaquescore	Bloeden na sondering	Sondeerdiepte	Klinisch aanhechtingsniveau	Klinische diagnose
+	–	–	–	plaque in directe relatie met gingiva aanwezig; geen ontsteking
+	+	–	–	gingivitis
+	+	+	–	gingivitis
+	+	+	+	parodontitis
–	+	–	–	gingivitis
–	+	+	–	gingivitis
–	+	+	+	parodontitis
–	–	+	–	sondeerdiepte groter dan 4 mm; geen ontsteking.
–	–	+	+	sondeerdiepte groter dan 4 mm en aanhechtingsverlies aanwezig; geen ontsteking.
–	–	–	+	aanhechtingsverlies aanwezig; geen ontsteking.

ring positief; andere indicatoren negatief: mondhygiëne-instructie en onder controle houden.⁵

- Score voor plaque, bloeden na sondering en sonderdiepte positief; klinisch aanhechtingsniveau negatief: professionele gebitsreiniging, mondhygiëne-instructie, onder controle houden.⁵
- Score voor alle indicatoren positief: behandeling ter plaatse is gewenst omdat parodontale ontsteking blijkbaar aanhechtingsverlies tot gevolg heeft gehad. De behandeling zal bestaan uit sub- en supragingivale gebitsreiniging, mondhygiëne-instructie en evaluatie.⁴

4 Parodontale therapie en evaluatie

4.1 Herstel van het parodontium

De scores van de klinische indicatoren kunnen in de loop der tijd door de ingestelde behandeling veranderen.⁶ Die veranderingen moeten worden geëvalueerd, omdat ze invloed kunnen hebben op het vervolg van de behandeling. De mogelijke consequenties van een onveranderd positieve score voor één of meer indicatoren op één lokatie zijn de volgende:

Als de score voor de klinische indicatoren positief blijft heeft de behandeling, althans klinisch, geen verbetering opgeleverd van de parodontale situatie ter plaatse. De consequenties kunnen zijn:

- Nagaan of er nog factoren aanwezig zijn die plaquebestrijding belemmeren dan wel onmogelijk maken;
- Aanvullende mondhygiëne-instructie en motivatie van de patiënt;
- Ter plaatse opnieuw sub- en eventueel supragingivaal reinigen.

Als alleen de plaquescore negatief is geworden en de andere drie indicatoren positief blijven, kunnen de consequenties zijn:

- Nagaan of de mondhygiëne-instructies consequent worden uitgevoerd;
- Subgingivale gebitsreiniging controleren;
- Beoordelen of de ernst van de aanwezige parodontitis de verwachting rechtvaardigt dat een beter behandelingsresultaat langer op zich laat wachten;^{4, 6-9}
- Proberen te achterhalen of er (nog) sprake is van factoren, die de klinische waarneming van aanwezige plaque belemmeren.

De consequenties voor de behandeling kunnen zijn:

- Parodontale chirurgie;
- Op microbiologische wijze de aanwezigheid van plaque proberen vast te stellen.

Indien mogelijk de samenstelling van die microflora beïnvloeden met aanvullende therapeutische hulpmiddelen;

- Extractie.

De sonderdiepte en het klinisch aanhechtingsniveau scores positief en de plaque- en bloedingsscore zijn negatief geworden. Dit betekent dat de aanvankelijk aanwezige ontsteking, althans op basis van de gebruikte klinische indicatoren, niet meer aanwezig is. De consequenties voor de behandeling kunnen zijn:

- Doorgaan met de ingezette behandeling en blijven evalueren. Het optimale behandelingsresultaat kan wel een jaar op zich laten wachten. Het verkleinen van de sonderdiepte is geen doel op zichzelf;⁷⁻⁹
- Parodontale chirurgie, wanneer dit bijdraagt tot een adequate plaquebestrijding.

Het klinisch aanhechtingsniveau blijft positief scores terwijl de andere scores negatief zijn gebleven of geworden. De consequentie voor de behandeling kan zijn:

- Regelmatig evalueren van het bereikte behandelingsresultaat.

4.2 Handhaving van de gezondheid van het parodontium

De klinische indicatoren kunnen gebruikt worden om de aanwezigheid, de lokatie en de ernst van parodontitis te inventariseren. Tevens kunnen ze gebruikt worden om het

resultaat van de behandeling te meten.

Bij de nazorg zou het ideaal zijn als we op grond van de score voor diverse klinische indicatoren kunnen voorspellen of aanhechtingsverlies te verwachten valt.

Op grond van de scores voor bloeden na sondering en sonderdiepte is het mogelijk toekomstig aanhechtingsverlies te voorspellen.⁸ Naarmate men de scores over een langere periode kan volgen is de prognose betrouwbaarder.⁷ Het toenemen van de sonderdiepte blijkt een betrouwbare prognostische factor te zijn bij het voorspellen van aanhechtingsverlies bij eenwortelige elementen.⁷

Een toenemende sonderdiepte, die ook regelmatig (75%) positief scoort voor bloeden na sondering, blijkt van de onderzochte klinische parameters de meest betrouwbare prognostische waarde te hebben voor klinisch aanhechtingsverlies.⁸

Voortdurende afwezigheid van bloeden na sondering blijkt een zeer betrouwbare prognostische waarde te hebben voor handhaving van de gezondheid van het parodontium.¹⁰

5 Slotbeschouwing

De plaquescore heeft op zichzelf een beperkte betekenis. In relatie met de score voor bloeden na sondering geeft de plaquescore een indruk van de reactie van de gingiva op de aanwezige microflora.

In alle fasen is de score voor bloeden na sondering van groot belang omdat zij een indicatie vormt voor de aan- of afwezigheid van een parodontale ontsteking. Het klinisch aanhechtingsniveau en de sonderdiepte is bij de diagnostiek van belang om de parodontale afbraak vast te stellen.

Summary

A PROTOCOL FOR THE TREATMENT OF PERIODONTAL DISEASE

Key word: Periodontics

The importance of a number of clinical indicators for the diagnosis, the treatment and the evaluation of periodontal disease is discussed.

Literatuur

¹RODENBURG JP, WINKEL EG. Behandelingsplanning bij patiënten met parodontale aandoeningen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1990; 97: 157-62.

²ABBAS F, VAN DER VELDEN U, RODENBURG JP. Gingivitis en parodontitis. Ned Tijdschr Tandheelkd 1990; 97: 152-6.

³VAN DER VELDEN U, ABBAS F, WINKEL EG. Probing considerations in relation to susceptibility to periodontal breakdown. J Clin Periodontol 1986; 13: 894-9.

⁴BADERSTEN A, NILVEUS R, EGELBERG A. Effect of nonsurgical periodontal therapy II. Severely advanced periodontitis. J Clin Periodontol 1984; 11: 63-76.

⁵AXELSSON P, LINDHE J. Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. Results after six years. J Clin Periodontol 1981; 8: 239-48.

⁶BADERSTEN A, NILVEUS R, EGELBERG J. Effect of nonsurgical periodontal therapy III. Single versus repeated instrumentation. J Clin Periodontol 1984; 11: 114-24.

⁷BADERSTEN A, NILVEUS R, EGELBERG J. Scores of plaque, bleeding, suppuration and probing depth to predict probing attachment loss. 5 years of observation following nonsurgical periodontal therapy. J Clin Periodontol 1990; 17: 102-7.

De sondeerdiepte is vooral van belang als mogelijke belemmering bij adequate plaquebestrijding.

Als men de score voor het klinisch aanhechtingsniveau in verband brengt met de score voor bloeden na sondering en de leeftijd kan men het risico voor parodontale afbraak inschatten.

⁸CLAFFEY N, NYLUND K, KIGER R, GARRETT S, EGELBERG J. Diagnostic predictability of scores of plaque, bleeding, suppuration and probing depth for probing attachment loss, 3½ years of observation following initial periodontal therapy. *J Clin Periodontol* 1990; 17: 108-14.

⁹CLAFFEY N, LOOS B, GANTES B, MARTIN M, EGELBERG J. Probing depth at re-evaluation following initial periodontal therapy to indicate the initial response to treatment. *J Clin Periodontol* 1989; 16: 229-33.

¹⁰LANG NP, ADLER R, JOSS A, NYMAN S. Absence of bleeding on probing. *J Clin Periodontol* 1990; 17: 714-21.

Bladvulling

International Society for Oral Oncology

Van 22 tot 24 april jl. werd in Amsterdam het achtste jaarcongres gehouden van de International Society for Oral Oncology (ISOQ). Thema was 'Management of oral sequelae postcancer therapy'. Collega Dr. F. K. L. Spijkervet (Groningen) was voorzitter van het organiserende comité.

Naast vrije voordrachten waren er diverse speciale lezingen over onder andere de biologische effecten van radiotherapie (J. Down, Groningen), behandeling en preventie van oosteoradionecrose (J. Beumer, Verenigde Staten en J. P. R. van Merkesteyn, Leiden), invloed van bestraling op de speekselklier (P. Fox, Verenigde Staten en A. Vissink, Groningen), mondhygiëneprotocol bij chemo- en radiotherapie (S. Fayle, Engeland en J. Jansma, Groningen).

De organisatoren kunnen van harte worden gefeliciteerd met de samenstelling van het programma en de organisatie. Lof komt vooral toe aan de Groningse onderzoeksgroep, die op dit congres zo voortreffelijk voor de dag kwam.



I. van der Waal

Een van de paneldiscussies. Geheel links Dr. F. K. L. Spijkervet (Groningen)