

Parodontale nazorg

L.J. van Dijk
I. Groeneveld
J.A.H. Tromp

Beleid na traditionele chirurgische therapie en na geleide weefselregeneratie

Samenvatting. Een doelgericht systeem van parodontale nazorg is bepalend voor het succes van de parodontale behandeling op lange termijn. Door middel van geleide weefselregeneratie is het mogelijk om verloren gegaan steunweefsel te regenereren. Hierbij blijkt het ook heel belangrijk nadien regelmatig controlebehandelingen uit te voeren, waarbij de mondhygiëne van de patiënt centraal staat. Omdat weefselregeneratie een relatief langzaam proces is, verschilt de directe postoperatieve nazorg met die van de traditionele chirurgische behandeling. In de eerste fase van wondgenezing is extra zorg vereist om infectie tegen te gaan en traumata te vermijden.

DIJK LJ VAN, GROENEVELD I, TROMP JAH. Parodontale nazorg. Beleid na traditionele chirurgische therapie en na geleide weefselregeneratie. Ned Tijdschr Tandheelkd 1998; 105: 91-93.

Uit de Parodontologie Praktijk
Groningen (PPG).

Trefwoorden: Parodontologie – Geleide
weefselregeneratie – Parodontale
chirurgie

Datum van acceptatie: 9 januari 1998.

Adres: Dr.L.J. van Dijk,
PPG, Ubbo Emmiusingel 17,
9711 BB Groningen.

1 Inleiding

In 1982 werd door Nyman *et al* voor het eerst het systeem van de geleide weefselregeneratie beschreven. Sindsdien zijn de materialen en de technieken hiervoor sterk verbeterd, waardoor de resultaten succesvoller en ook reproduceerbaarder zijn geworden. Vooral kratervormige botdefecten, zoals twee- en driewandige botdefecten en toegankelijke wortelsplittingsen geven goede en voorspelbare resultaten (Cortellini *et al*, 1994; Cortellini *et al*, 1996; Garrett *et al*, 1997).

Geleide weefselregeneratie is een vorm van regeneratie-techniek. Bij een conventionele chirurgische behandeling waarbij botdefecten niet worden gecorrigeerd, kan onder gunstige omstandigheden een lange epitheliale verkleving met het worteloppervlak worden bereikt. Histologisch gezien betekent dit geen winst aan steunweefsel (afb. 1). Door middel van de regeneratietechniek wordt verloren gegaan steunweefsel geregenereerd. Hierbij wordt nieuw bot, ligament en wortelcement gevormd (afb. 2).

De vorming van nieuw steunweefsel is een delicaat proces, waarop twee fenomenen in negatieve zin invloed uitoefenen. Ten eerste groeien epitheel en bindweefsel veel sneller in het schoongemaakte botdefect dan cement, parodontaal ligament en bot. Als tweede complicerende factor is er de microflora van de mond, die in een kwetsbaar gebied als het geopereerde tandvlees, zijn invloed zal laten gelden. Dit houdt in dat een regeneratiebehandeling nog meer begeleid moet worden dan een normale parodontaal-chirurgische behandeling. Tevens is extra zorg nodig om trauma en infectie te voorkomen. Wondrust en desinfectie bepalen dan ook voor een groot deel het succes van regeneratie. Mede hierom verschilt de nazorgbehandeling na een geleide weefselregeneratie met die van een normale nazorgbehandeling. De verschillen worden nader besproken.

2 Parodontale nazorg en traditionele chirurgische therapie

Parodontale nazorg is het belangrijkste onderdeel van parodontale therapie; behandeling zonder de juiste nazorg leidt niet tot het gewenste resultaat (Kristoffersen en Meyer, 1993). In geval van parodontale chirurgie kan het uitblijven van een adequate nazorg zelfs tot een grotere afbraak van het steun-

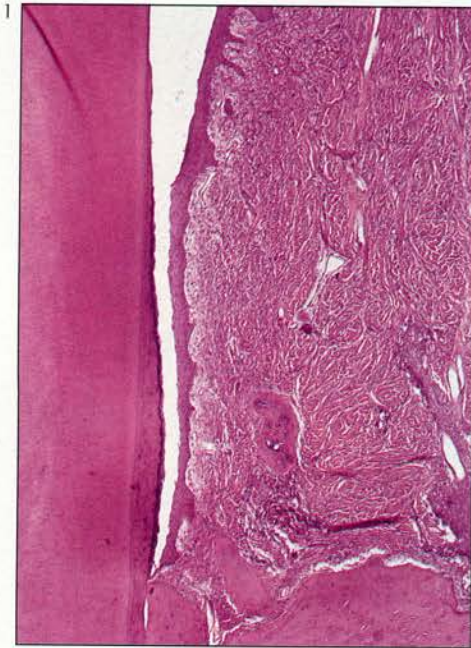
weefsel leiden dan zonder chirurgie het geval zou zijn geweest (Nyman *et al*, 1977). In grote lijnen wordt met parodontale nazorg het volgende nagestreefd:

- Het controleren van de lichamelijke en de tandheelkundige gezondheid.
- Het controleren van de conditie van het parodontium.
- Het inschatten van de risico's op verder verlies.
- Een mondhygiënische behandeling.
- Het geven van mondhygiënische adviezen aan de patiënt.
- Het vaststellen of andere dan mondhygiënische behandelingen gewenst zijn.
- Het inplannen van een volgende nazorgbehandeling.

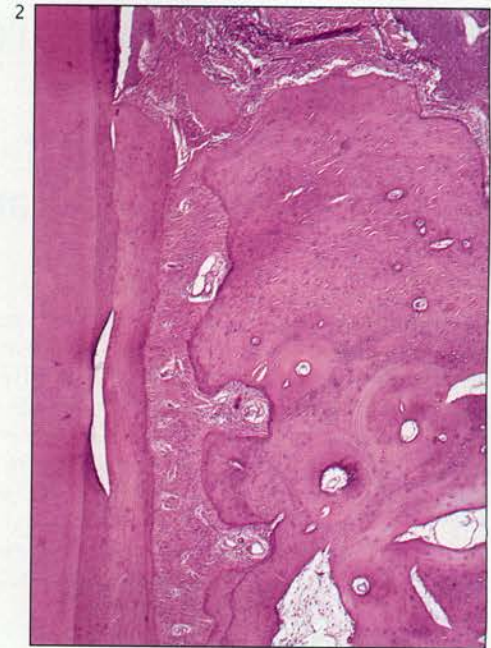
Het controleren van de conditie van het parodontium gebeurt doorgaans door de pocketsondeerdiepte en de bloedingsneiging te bepalen. Tevens wordt het mondslijmvlies nauwkeurig geïnspecteerd en op het bestaan van afwijkingen gecontroleerd. Vervolgens kan door middel van kleuring de plaque-score worden vastgesteld. Door bij de patiënt na te vragen of zich nog bijzonderheden hebben voorgedaan op medisch of tandheelkundig gebied kan onder meer worden vastgesteld of het risico op verder verlies van parodontaal steunweefsel is gewijzigd. Een aantal aspecten is hierbij van belang, waaronder lichamelijke aandoeningen, roken, medewerking in het nazorgprogramma, verlies aan steunweefsel in relatie tot de leeftijd, plaque en bloeding, aanwezigheid van restpockets, de hoeveelheid resterend steunweefsel, iatrogene factoren en nissen zoals furcaties, een pathogene microflora en stress (Ainamo en Ainamo, 1996; Lang en Tonetti, 1996; Mombelli, 1996). Volgens Lang is een plaquescore van 20-40% voor de meeste patiënten te tolereren. Een bloedingscore van minder dan 10% betekent ook een gering risico op verder verlies van parodontaal steunweefsel. Is deze echter groter dan 25%, dan zijn een grotere nazorgfrequentie en -intensiteit geïndiceerd.

De behandeling door de mondhygiënist bestaat doorgaans uit aanvullende mondhygiëne-instructies, supra- en subgingivale gebitsreiniging en polijsten en, indien nodig, het aanbrengen van fluoridelak of chloorhexidinelak. Aan het einde van de behandeling worden de mondhygiënische adviezen nog eens doorgenomen en wordt een nieuwe afspraak gemaakt (tab. 1) (Westfeld, 1996; Rateitschak *et al*, 1989).

Belangrijk is dat de nazorg volgens een vast protocol wordt uitgevoerd. Het bevordert de doelmatigheid, het is verifieerbaar en vergemakkelijkt vergelijking met bijvoorbeeld de literatuur. Gewoonlijk geeft de tandarts aan op welk moment hij



Afb. 1. Lange epitheliale verkleving na parodontale therapie tot het diepste punt van de oorspronkelijke parodontale afbraak.



Afb. 2. Vorming van nieuw steunweefsel, nieuw bot, cement en ligament boven het diepste punt van de oorspronkelijke parodontale afbraak, aangegeven met een defect in het worteloppervlak.

de patiënt terug wil zien. De resultaten van het gesprek met de patiënt of de bevindingen van het onderzoek van de mondhygiënist kunnen een dergelijke afspraak bespoedigen. Bij een dergelijk evaluatie-onderzoek kan worden overwogen om naast het algemeen uitgebreide parodontale onderzoek een röntgenstatus te maken, een microbiologisch onderzoek uit te voeren of verder tandheelkundige onderzoeken te verrichten.

Regelmatige evaluatie door de tandarts is gewenst. De tandarts heeft immers een beter inzicht in de tandheelkundige en de medische problematiek en hij kan daarom beter inschatten of verdere behandeling noodzakelijk is. Rateitschak komt in zijn atlas 'Parodontologie' (1989) tot een volgende tijdsindeling voor een controlebehandeling:

- Onderzoek plaque, bloeding en pockets 5-10 minuten
- Instructie mondhygiëne 5-10 minuten
- Gebitsreiniging 40 minuten
- Polijsten en fluoride-applicatie 5-10 minuten
- Controle 5 minuten

Naarmate er meer risicofactoren zijn, kan er meer en uitgebreider nazorg worden gepland. Ook zijn er tijdelijke situaties die nopen tot meer parodontale zorg. Hierbij kan worden gedacht aan zwangerschap, orthodontische behandeling, ziekte en bestralings- of chemotherapie. In het algemeen zijn 3 à 4 nazorgbehandelingen per jaar voldoende. De goede resultaten van veel langetermijnonderzoeken met een dergelijke frequentie ondersteunen dit (Lindhe en Nyman, 1993).

3 Parodontale nazorg na geleide weefselregeneratie

In de Parodontologie Praktijk Groningen (PPG) wordt na geleide weefselregeneratie het volgende protocol gehanteerd, dat in grote lijnen overeenkomt met de literatuur (zie tabel 2).

De vraag is of een gebied dat behandeld is met geleide weefselregeneratie meer risico loopt op hernieuwd verlies dan met traditionele chirurgische behandeling. Hieraan is gekoppeld de vraag hoe de nazorg er na een geleide weefselregeneratie-techniek uit zou moeten zien. Indien er werkelijk nieuw steunweefsel wordt gevormd, zoals aangegeven in afbeelding 2, dan zou mogen worden verwacht dat een dergelijk behandeld gebied niet gevoeliger is voor hernieuwde afbraak dan de rest van het parodontium.

In ieder geval blijkt dat het niet uitmaakt of er nu een geleide weefselregeneratie is uitgevoerd of een traditionele parodontale behandeling. Op de lange termijn zijn beide technieken even stabiel of onstabiel. De mondhygiëne van de patiënt is echter zoals meestal de beslissende factor. Bij een slechte mondhygiëne treedt hernieuwd verlies op, bij goede mondhygiëne blijft het niveau van steunweefsel stabiel. Naast de mondhygiëne dragen nog andere factoren bij tot een goed resultaat zoals goede therapietrouw bij de nazorg en niet-roken.

Concluderend kan worden gesteld dat evenals na de traditionele parodontale therapie de nazorg bij de regeneratiebehandeling essentieel is om op de lange termijn een goed resul-

Tabel 1. Nazorgprotocol na traditionele chirurgische behandeling.

- Gesprek met de patiënt, medische en tandheelkundige anamnese
- Screening van het parodontium, vergelijk deze gegevens met de vorige en de uitgebreide status van de TP
- Screening van de mondhygiëne en kleuring
- Aanvullende instructie mondhygiëne
- Subgingivale reiniging of rootplaning en curettage
- Supragingivale reiniging en polijsten van het gebit
- Diverse verrichtingen, zoals het aanbrengen van fluorlak tegen gevoelige tandhalzen of chloorhexidinelak tegen cariës
- Gesprek met de patiënt aan de hand van een samenvatting van de bevindingen, de mondhygiënische adviezen en het vaststellen van een nieuwe nazorgbehandeling

Tabel 2. Nazorgprotocol na geleide weefselregeneratie.

- Chirurgie begeleid met een antibioticum-kuur (afhankelijk van de bacterietest) en 2 x daags mondspoeling met 0,1% chloorhexidine-oplossing
- Na 1 week controle
- Na 2 weken verwijdering van de hechtingen en atraumatisch polijsten
- Na 5-12 weken verwijderen van het membraan in geval een niet-resorbeerbaar membraan is gebruikt
- Na 6 weken verwijderen van de hechtingen een week na verwijderen van het membraan
- Na 7 weken mag voor het eerst weer geborsteld worden op de behandelde plaats
- Na 8 weken polijsten. Voorts mag ook de interdentale reiniging met ragers weer worden toegepast

taat te bereiken. Het normale nazorgsysteem is ook bij deze procedures van toepassing. Het enige verschil is dat de eerste herstelfase bij de regeneratieprocedure langer duurt. In deze belangrijke fase moet de begeleiding intensief blijven. Er dient dan ook langer te worden gespoeld met chloorhexidine en het gebied moet langer worden ontzien. Maar bij een succesvolle regeneratiebehandeling zullen er wel minder lastige restdefecten zijn, hetgeen de parodontale nazorg iets eenvoudiger maakt.

Literatuur

- AINAMO J, AINAMO A. Risk assessment of recurrence of disease during supportive periodontal care. *J Clin Periodontol* 1996; 23: 232-239.
- CORTELLINI P, PINO-PRATO G, TONETTI M. Periodontal regeneration of human infrabony defects (V). Effect of oral hygiene on longterm stability. *J Clin Periodontol* 1994; 21: 606-610.
- CORTELLINI P, PINI GRATO GP, TONETTI MS. Long-term stability of clinical attachment following guided tissue regeneration and conventional therapy. *J Clin Periodontol* 1996; 23: 106-111.

- GARRET S, POLSON AM, STOLLER NH. Comparison of a bioabsorbable GTR barrier to a non-absorbable barrier in treating human class II furcation defects. A multi-center parallel design randomized single-blind trial. *J Periodontol* 1997; 68: 667-675.
- KRISTOFFERSEN T, MEYER K. De nazorgfase van de parodontale therapie. In: Lindhe J. *Parodontologie*. Groningen: Nederlandse Vereniging voor Parodontologie; Houten: Bohn, Stafleu en Van Lochem, 1993.
- LANG NP, TONETTI MS. Periodontal diagnosis in treated periodontitis. *J Clin Periodontol* 1996; 23: 240-250.
- LINDHE J, NYMAN S. Een overzicht van het effect van parodontale therapie. In: Lindhe J. *Parodontologie*. Groningen: Nederlandse Vereniging voor Parodontologie; Houten: Bohn, Stafleu en van Lochem, 1993.
- MOMBELLI A. Microbiological monitoring. *J Clin Periodontol* 1996; 23: 251-257.
- NYMAN S, LINDHE J, ROSLING B. Periodontal surgery in plaqueinfected dentitions. *J Clin Periodontol* 1977; 4: 240-249.
- NYMAN S, GOTTLAW J, KARRING T, LINDHE J. The regenerative potential of the periodontal ligament. An experimental study in the monkey. *J Clin Periodontol* 1982; 9: 257-265.
- RATEITSCHAK KH, RATEITSCHAK EM, WOLF HF, HUSSEL TM. *Periodontology, color atlas of dental medicine*. Stuttgart, New York: Thieme Verlag, 1989.
- WESTFELT E. Rationale of mechanical plaque control. *J Clin Periodontol* 1996; 23: 263-267.

Summary

GUIDED TISSUE REGENERATION AND PERIODONTAL POSTOPERATIVE CARE

Key words: Periodontology – Guided tissue regeneration

The system of maintenance determines the long term succes of periodontal therapy. Guided tissue regeneration enables us to regenerate lost periodontal supporting tissues. Likewise a good maintenance system is very important. Since regeneration of periodontal tissue is a relatively slow process, the direct post-operative care differs somewhat from the traditional treatment. Prevention of infection and trauma is of the utmost importance.

NTvT cd-rom

Handleiding NTvT cd-rom

De cd-rom bevat de integrale inhoud van de NTvT-jaargang 1997. Om deze te kunnen zien, dient u te beschikken over een PC met Windows95 en een geïnstalleerde versie van de Adobe Acrobat Reader v3.0 of hoger.

Inhoud cd-rom

Er van uitgaande dat Windows95 op de PC is geïnstalleerd en de cd-rom zich in de speler bevindt, kan men met de Windows 'Verkenner' naar de cd-rom gaan door de letter van de desbetreffende drive (bijv d:) te dubbelklikken. Vervolgens verschijnt de inhoud van de NTvT cd-rom met daarin twee mappen genaamd NTvT en Setup, en een bestand met de naam Welkom.pdf. De uitgang .pdf (portable document format) betekent dat deze een met Acrobat aangemaakt bestand is. Is er op uw PC een geïnstalleerde Acrobat Reader aanwezig dan kan met bestand Welkom.pdf te dubbelklikken de cd-rom meteen gelezen worden. Door vervolgens op de tweede button van links te klikken en de driehoekjes van de maandnummers aan te klikken kunt u de inhoud van het betreffende nummer

openen. Met het aanklikken van een artikel kunt u deze lezen.

Onder 'Help' in de menubalk is een uitgebreide uitleg over de mogelijkheden van de Reader zelf aanwezig.

Installeren Acrobat Reader

Moet de Reader worden geïnstalleerd, dan neemt dat circa 5 MB op de harde schijf in beslag en 7 MB aan tijdelijke bestanden tijdens het installeren daarvan. Installatie geschiedt als volgt: Ga met 'Verkenner' naar de map 'Setup' van de cd-rom en daarna, met behulp van dubbelklikken, naar de map 'Win95'. Is deze geopend, dubbelklik dan op het bestand setup.exe, de installatie zal daarna automatisch verder verlopen. Het is beter alle bestanden daarna te sluiten en de computer opnieuw op te starten alvorens de cd-rom te bekijken. Gedetailleerde informatie over de installatie is in dezelfde map met het bestand Leesmij.wri te vinden en te lezen met WordPad, een ingebouwde applicatie van Windows95.

S.L. Liem, redacteur internet