

Zeer vergevorderde parodontale afbraak

De inschatting of een element wel of niet te behouden is, zal niet bij iedere behandelaar dezelfde zijn. De resultaten die we met onze behandelingen op korte en op lange termijn boeken, bepalen of we grensgevallen het voordeel van de twijfel zullen geven. De beslissing om te extraheren wordt genomen omdat we een andere therapie kennelijk niet kansrijker c.q. meer verantwoord achten. Bewijzen dat extractie de juiste keuze is of was, kunnen we niet. Extraheren is per definitie 'non evidence-based therapy'. In deze en volgende bijdragen wil ik graag mijn ervaringen gedurende bijna veertig jaar verwijspraktijk parodontologie en reconstructieve tandheelkunde met u delen. **door Coen Kuit**

Vanaf de start van mijn praktijk (1975) heb ik een pocketindex gehanteerd waarbij de diepstgemeten waarde maatgevend was. Hierdoor ontstonden vijf patiëntencategorieën:

P4 = pockets van maximaal 3-4 mm

P6 = pockets van maximaal 5-6 mm

P8 = pockets van maximaal 7-8 mm

P10 = pockets van maximaal 9-10 mm

P12 = pockets van 11-12 mm en dieper

Kijkend naar de huidige DPSI zouden de categorieën P6 t/m P12 behoren tot DPSI 4.

Vanaf die start in 1975 zijn ruim 10.000 patiënten behorend tot de categorieën P8-P12 verwezen voor parodontale therapie. Direct of na de initiële therapie werden meer dan 30.000 elementen chirurgisch behandeld; hieronder ook 1500 elementen (5%), waarbij de beslissing 'extractie' in alle opzichten verantwoord geweest zou zijn. Deze elementen kregen toch het voordeel van de twijfel, ook omdat de patiënten ze per se wilden behouden. Kenmerkend voor deze elementen was:

1 Pockets van 10 mm en dieper (P10-P12).

2 Meer dan 70% botverlies bij één of meerdere vlakken.

3 Een mobiliteitsgraad van 2 of 3.

Methodiek

In de jaren bij de universiteit ben ik een voorstander geworden van de 'volledig open' wondgenezing na de flapoperatie. Hierbij wordt de interdentale ruimte niet overhecht. Integendeel: epitheel en bindweefsel worden zoveel mogelijk verwijderd en op afstand gehouden. Overigens, het buitensluiten

Drs. C. Kuit (RU Utrecht 1970) was van 1970 tot 1975 wetenschappelijk hoofdmedewerker aan de VU, afdeling Conserverende tandheelkunde en parodontologie. Sindsdien is hij algemeen practicus en tandarts-parodontoloog in de Praktijk voor Parodontologie en Implantologie Arnhem (PIIA).

van de snel groeiende epitheelcellen was in die tijd de aanleiding om de membraantechnieken (GTR) te ontwikkelen. De bij die technieken behaalde resultaten wat betreft pocketreductie en aanhechtingswinst en de thans bekende resultaten bij het gebruik van bijvoorbeeld Emdogain en/of botsubstituten hebben mij tot nu toe geen aanleiding gegeven om af te stappen van de flapmethode die ik in deze bijdrage beschrijf.

Chirurgie- en nazorgprotocol

- spalken (bij mobiliteit 3) met composiet buccaal en linguaal/palatinaal
- inslijpen (versmallen en afronden)
- flaps, full en/of partial thickness in combinatie met gingivoplastiek en gingivectomie
- degranulatie van het (interdentale) botdefect
- wortelreiniging met scalers en curettes
- minimale botcorrecties van scherpe en onregelmatige randen
- frequent spoelen met een fysiologische zoutoplossing
- flap verplaatsen naar apicaal en spanningsvrij tegen de rand van het botdefect plaatsen

Casus 1 (Afbeelding 1 t/m 13). Vrouw van 38 jaar is verwezen voor parodontale diagnostiek en behandeling; er zijn 20 elementen met pockets van 6-8 mm en één element met pockets

dieper dan 10 mm en met mobiliteit 3. Verzocht wordt alle elementen te behouden; patiënte is allergisch voor amoxicilline.



1



2

Afb. 1 Situatie na initiële therapie: angular botdefect tot aan wortelpunt, verbreed ligament en afwezigheid lamina dura en crista alveolaris mesiaal 44; distaal 'normaal' botniveau; tijdelijke composiet-spalk 44-43.

Afb. 2 Situatie na initiële therapie: goede mondhygiëne; 44: op het oog geen zichtbaar defect, mobiliteit 3.



3



4

Afb. 3 Composiet-spalk 45-44-43, full en partial thickness flap met onlastings-incisies.

Afb. 4 Degranatatie en wortelreiniging met scalers en curettes.



5



6

Afb. 5 Botdefect heeft 1-, 2- en 3-wandige componenten; diepte 16 mm van spalkrand; linguaal gingivectomie en miniflap.

Afb. 6 Flap verplaatst tot onderrand botdefect; fixatie door wondverband gedurende 1 week; verkleuring door 2-maal daags spoelen met chloorhexidinedigluconaat 0,2%.

- géén hechtingen
- géén membranen, Emdogain en/of botsubstituten
- flapfixatie d.m.v. wondverband (*Coe-Pak, GC*)
- medicatie:
 - doxycycline*: 1e dag 200 mg, volgende 6-10 dagen 100 mg p/d
 - paracetamol*: direct 1000 mg, zonodig één of meer dagen elke 6-8 uur
 - chloorhexidinedigluconaat*: 0,12-0,2%, 2-maal daags gedurende 4 weken
- na 1 week: verwijderen wondverband, controle wondgenezing
- na 4 weken: controle wondgenezing, instructie mondhygiëne, polijsten
- na 3 maanden: reiniging, evaluatie, instructie, beslissing over nazorgfrequentie.

Nazorg

- 3-6 maandelijks
- inspectie en metingen
- mondhygiëne: evaluatie en instructie
- supragingivale reiniging
- subgingivale reiniging (schoon-glad-hard)
- handinstrumentarium: scherpe scalers en curettes
- polijsten

Discussie

In onze studietijd worden we getraind in de trias diagnose, prognose en behandelplan. 'Probleemoplossend' staat dan vaak gelijk aan extractie: we hebben nog weinig ervaring en willen graag 'op zeker' gaan. Je bent bang om fouten te maken, je gaat graag de moeilijkheden uit de weg en een verkorte tandboog is toch ook goed?

Afb. 7 Genezing na één week: flaprand zichtbaar op laag niveau; ongestoorde genezing per secundam.



Afb. 8 3 maanden postoperatief: gingivale unit opgekropen en bijna rijp.



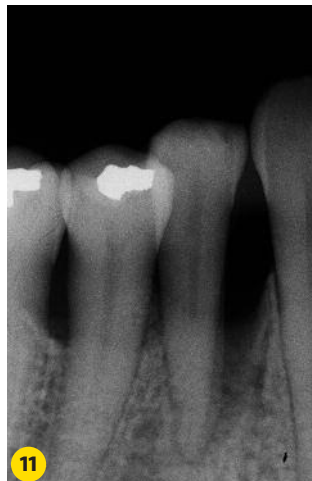
Afb. 9 15 jaar later: recessie 4-5 mm, restpocket 5 mm; klinische aanhechtingswinst 6 mm.



Afb. 10 3-maandelijke nazorg: ondanks goede mondhygiëne altijd subgingivale verontreiniging en geringe bloeding na instrumentatie.



Afb. 11 Vóór chirurgie en spalk (zie ook afb. 1).



Afb. 12 Na 3 maanden: beginnend botherstel en verbetering ligament.



Afb. 13 15 jaar later: 'definitief' botherstel; lamina dura en crista zijn zichtbaar; het oorspronkelijke 1- en 2-wandig defectgedeelte is nog waar te nemen.



En implanteren kan toch altijd en overal!

Daarna volgt een altijd doorgaand leer- en beslisproces, waarbij de inschatting van de behandel(on)mogelijkheden al naar gelang onze ervaringen aan verandering onderhevig zal zijn. Illustratief voor inschatting van parodontale prognose is de volgende anekdote. De Zweedse paroprothetist Sture Nyman liet een met succes behandelde parapatiënt bij wie het behandelresultaat al vijf jaar stabiel was, aan tien algemeen practici zien. Hij vroeg hun oordeel over de parodontale situatie. Negen van de tien beoordeelden de situatie als 'infaust' en 'hoogstens nog een paar jaar'.

Gevorderde parodontale afbraak staat bij velen van ons gelijk aan een dubieuze prognose. De parodontiumstatus is daarbij leidend en pocketmetingen van 10 mm en dieper betekenen dan meestal: 'hier beginnen we niet meer aan'.

In plaats van de prognose 'dubieus' zie ik vaker reden om het woord 'prognose' dubieus te vinden. De metingen van pocketdiepte, aanhechtungsverlies, furcatiebetrokkenheid, mobiliteit en bloeding bij sonderen zeggen weinig of niets over de mogelijkheid tot behoud op langere termijn. Voor mij is er sprake van paroprognitis als we alleen op genoemde gegevens afgaan en niet op de *resterende* parodontale aanhechting, waarbij het vaststellen van botverloop, wortelvorm, wortellengte (X-foto's), primaire en secundaire overbelasting, percussie, endodontische en restauratieve staat juist onontbeerlijk is. Gegevens die we in de parodontiumstatus niet tegenkomen.

Conclusie

Elementen met zeer vergevorderd botverlies kunnen met de beschreven chirurgische methodiek en nazorg op lange ▶

Casus 2 (Afbeelding 14 t/m 18). Man van 40 jaar. Vraag van de verwijzer en patiënt of 16 nog op een of andere wijze behouden

kan worden. 'Er was al veel geld in dit element gaan zitten.'
Rookgewoonte: 1 pakje per dag.



Afb. 14 16: pocket 15 mm distaal, groot kratervormig botdefect, F3 buccodistaal, parodontitis apicalis; interdentaal 14-15-16 ongeveer 30-50% botverlies; forse wortels.

Afb. 15 1 maand postoperatief: na resectie distobuccale wortel 16 en ver naar apicaal verplaatste flap; zie kleurverschil oud en nieuw weefsel; verkleuring door vier weken spoelen.



Afb. 16 3 maanden postoperatief: rijping brede vaste gingiva en langzaam herstel papillen; bloeding door subgingivale reiniging met currettes.

Afb. 17 1 jaar postoperatief: gerijpte weke delen, goede mondhygiëne.



Afb. 18 30 jaar later: stabiele aanhechttingswinst, geen (rest)pockets, wel papillen; ouderdomsverkleuringen; restauraties 'origineel'.

termijn behouden worden. Daarbij is niet zozeer de pocketdiepte bepalend als wel de nog resterende parodontale aanhechting. Het algemene chirurgische principe om een niet-steriele wond per secundam te laten genezen blijkt, gezien de resultaten, ook van toepassing op de parodontale chirurgie. Het op afstand brengen en houden van epitheel en bindweefsel geeft de genezing vanuit het resterend parodontaal ligament en bot alle gelegenheid zich ongestoord te voltrekken. Er is soms een jaar voor nodig om 'definitief' botherstel en coronaalwaartse verplaatsing van de gingivale unit waar te kunnen nemen. Dezelfde behandelwijze heb ik gedurende 38 jaar ook toegepast bij de P6- tot en met P10-patiënten. De huidige DPSI 4 voldoet mijns inziens niet voor de categorisering van ver tot zeer ver gevorderd parodontaal verval.

Blijvend botherstel vergt blijvende nazorg. Is er ondanks de inspanningen van ons en van onze patiënt toch weer sprake van botafbraak, dan moeten we in de eerste plaats onderzoeken of de kwaliteit van onze subgingivale wortelreiniging wel goed genoeg is. Parodontale nazorg is een 'kleine' initiële therapie die we met de juiste regelmaat dienen uit te voeren teneinde het parodontale evenwicht te kunnen garanderen. Het kunnen instaan voor een dergelijke nazorg is voorwaarde om parochirurgie in ons behandelpakket te hebben. Alleen dan gaan we optimaal gebruikmaken van de regeneratieve capaciteit van de parodontale weefsels en zijn we zeker van een goede prognose van onze behandelingen.

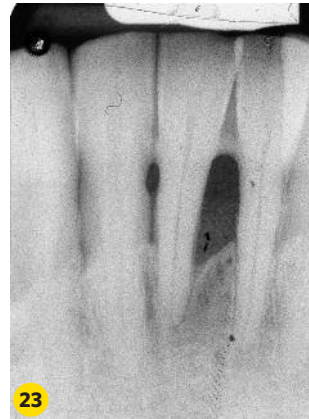
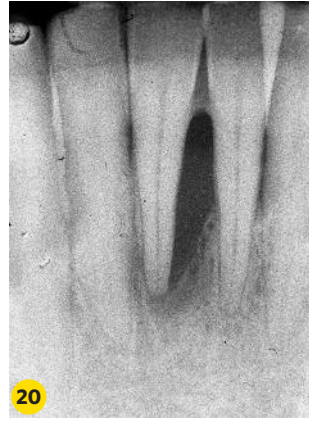
Afb. 19 Invasief botdefect tot voorbij wortelpunt mesiaal 41 (vitaal), distaal 'normaal' botniveau, mobiliteit 3; 31 mesiaal meer dan 50% botverlies, mobiliteit 2.

Afb. 20 3 maanden postoperatief: gespalkt met composiet; beginnend botherstel; distaal 41 zijn lamina dura en ligament genormaliseerd; botniveau mesiaal 31 onveranderd.

Afb. 21 6 maanden postoperatief: verdergaande botverdichting; crista lijkt zich te vormen vanaf wortelpunt 41 naar mesiaal 31.

Afb. 22 1 jaar postoperatief: nu duidelijke lamina dura en crista alveolaris; nog te 'duidelijke' ligamentruimte mesiaal 41.

Afb. 23 25 jaar later: oorspronkelijke spalk nog in situ; mesiaal 41 toont een derde van de wortel volledig herstel van het parodontium met een goede lamina dura en crista; gingivaneiveau is zichtbaar; restpocket 4 mm mesiaal 41.



Casus 3 (Afb. 19 t/m 23). Man van 44 jaar, verwezen met de vraag of uitvallen van het onderfront nog voorkomen kan worden. Patiënt is diabeticus (type 2) met de laatste jaren regelmatige zwellingen in het tandvlees, 'die vanzelf weer overgaan'.