

Nieuwsbulletin Paro N.O.

[Parodontologiepraktijken Noord- en Oost-Nederland]

Nr 19 • Mei 2015

Eindredactie: Edwin Zeubring
Vormgeving: Aat Doek BNO

In deze uitgave

- Regie •
- Behandeling mucositis door mondhygiënist/tandarts •
- Interview met een differentiatie parodontologie student mondzorgkunde •
- Klinische casus niet resorbeerbaar membraan (Cytoplast) •
- Patiënten gezocht voor onderzoek naar behandeling peri-implantitis •
- Nieuws •

> Regie

De wereld staat in brand en veel politieke landschappen zijn sterk versnipperd. Regie lijkt op veel plekken te ontbreken. Leiderschap, organisatie, strategie en uitvoering lijkt nodig om mondiale problemen op te lossen. Duidelijke en open communicatie met de juiste toon voor de muziek waarbij duidelijke richtlijnen te grondslag liggen moeten ons als behandelaars in de dagelijkse praktijk helpen om een goede praktijkvoering te hebben. Binnen de sectie van de parodontologen NVvP en NVOI wordt hard nagedacht over zaken als herkenbaarheid. Dit is uiteraard gericht op kwaliteit van werken en dus voor 'quality of life' voor de patiënt. Ingesloten in dit bulletin is een flyer voor het

symposium voor mondhygiënist 'Met de parodontologen in gesprek' dat gehouden wordt op 14 september te Zwolle. In kleine groepen in de vorm van zogenaamde table clinics komen klinisch relevante thema's aan de orde. Ook in dit bulletin de aankondiging van een nieuwe parodontologie praktijk 'de Parodontoloog' in Groningen die gerund wordt door parodontoloog Geerten Has Tjakkes en mondhygiënist Kina Timmer. De gezamenlijke paropraktijken in de Noord-oost regio werken met een klinische blik in nauw overleg tijdens regelmatige bijeenkomsten samen om kwaliteit van zorg te leveren. Daarnaast sturen we er op aan de patiënten

op een zo hoog mogelijk niveau van zelfzorg te krijgen. Dit om behaalde resultaten van parodontale en implantologische behandelingen zo goed mogelijk te bestendigen. Veel energie wordt gestoken in een positieve gedragverandering onder een strakke regie. Als 'regisseur' krijg je voldoening van een hoog niveau van zelfzorg waarbij de patiënt zelf de regie heeft.



Tenslotte wil ik u nog eens wijzen op Europerio Londen dat van 3-6 juni gehouden wordt en waarvoor u nog kunt inschrijven. Recent werd gemeld dat er al een historisch hoog aantal inschrijvingen is. •

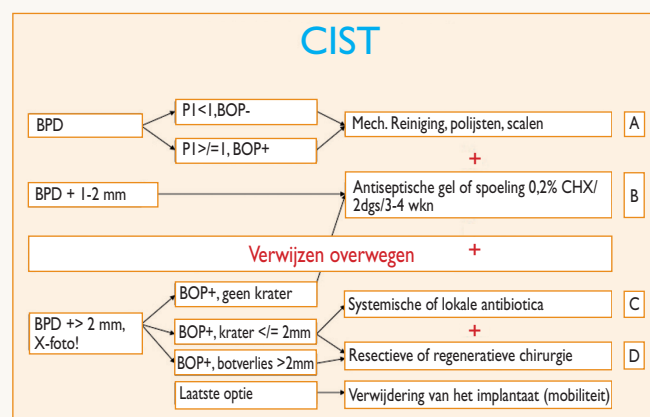
EDWIN ZEUBRING

<PPT ENSCHEDE

> Behandeling mucositis door mondhygiënist/tandarts

Net zoals in de vorige bulletins weer een schrijven over de problematiek rondom implantaten. In dit tweede deel zal de focus liggen op de behandeling van peri-implantaire mucositis. Eén ding staat als een paal boven water: Behandeling van peri-implantaire problematiek is lastig. Voorkomen is beter dan genezen!! Peri-implantaire mucositis is een ontsteking die zich beperkt tot de mucosa zonder aantasting van het onderliggende bot, deze ontsteking is vergelijkbaar met gingivitis rondom een natuurlijk gebitslement. Bij de tand is de diagnose gingivitis redelijk eenvoudig te stellen, maar in het geval van implantaten is dat lastiger. Zoals in ons vorige schrijven duidelijk aangegeven is het van groot belang om een zogenaamde "nul meting" te hebben om in de toekomst je metingen en daarmee goed je diagnose te kunnen stellen, d.w.z. gezonde peri-implantaire mucosa, peri-implantaire mucositis of peri-implantitis. Deze 'nulmeting' dient binnen 6 weken na plaatsen van de kroon/ suprastructuur plaats te vinden.

Eén van de richtlijnen ('protocol') voor de behandeling van peri-implantaire infecties is het zogenaamde 'Cumulative Interceptive Supportive Therapy' ofwel CIST protocol. De effectiviteit van deze praktische richtlijn, zeker voor effecten op lange termijn, is echter nog niet eenduidig vastgesteld. Desondanks is deze richtlijn één van de meest toegepaste om peri-implantaire ontstekingen te diagnosticeren en te behandelen. Peri-implantaire mucositis is, evenals gingivitis, gemakkelijker en meer voorspelbaar te behandelen dan peri-implantitis/ parodontitis. Peri-implantaire mucositis kenmerkt zich door bloeding na sonderen welke erg snel optreedt en er kan ook sprake zijn van roodheid, maar dat hoeft niet! In **afbeelding 1** is een overzicht van het zogenaamde CIST protocol weergegeven. Dit overzicht zoals hier gepresenteerd wijkt echter enigszins af van het origineel. Waar het originele CIST protocol bepaalde, vaste pocketdiepten weergeeft is ons voorstel om puur te kijken naar het verloop van



de pocketdiepte t.o.v. de baseline pocketdiepte (liefst dus te meten op het moment dat de suprastructuur geplaatst wordt, of hooguit enkele weken later, de zogenaamde "baseline pocket diepte; BPD= Nul meting). Gemiddeld genomen zijn de sondeerdiepten rondom implantaten al groter, zelfs in de gezonde situatie en ook sterk afhankelijk van de plaatsing en design van het implantaat (denk aan botniveaus bij eventuele buurelementen en ook de locatie (zijdelingse delen of front). Dus een baseline pocketdiepte van 5 mm is zeker geen uitzondering en hoeft niet per definitie pathologie te betekenen, tenzij er sprake is van andere tekenen van ontsteking (bloeden en pusafvoer). In het geval van CIST A en een redelijk tot goede mondhygiëne (Plaque Index < 20%) is de bijpassende behandeling het reinigen van het implantaat/ suprastructuur en zo nodig aanvullende instructies. Eigenlijk precies hetzelfde wat we bij onze parodontale gezonde patiënten ook doen (gebitsreiniging en desnoods instructies). Vervolgens is bij CIST B, de pocket 1-2 mm dieper geworden ten opzichte van de BPD (nulmeting) (wat dus wil zeggen dat je naast mechanisch reinigen, ook aanvult met een antiseptische ondersteuning, vaak chloorhexidine (bijvoorbeeld Corsodyl of Perio-aid). Na de CIST A en B is met opzet de balk 'verwijzen' geplaatst. Dit is gedaan om duidelijk te maken dat CIST A en B zeer goed (en meestal voorspelbaar) te behandelen zijn door de mondhygiënist(e)/

Met betrekking tot de mondhygiëne rondom implantaten staan voor de patiënt alle gebruikelijke middelen ter beschikking (denk aan elektrische borstel, stokers, ragers, gaas, superfloss, etc.). Het belangrijkst om te realiseren is dat een implantaat beter/nauwkeuriger gereinigd dient te worden dan een natuurlijk element! Een minder bekende manier van reinigen, maar zeker te adviseren is het zogenaamde circulair flossen, waarbij de manueel vaardige patiënt met superfloss/X-floss dieper rondom de suprastructuur kan reinigen (**afbeelding 2 en 3**). De floss wordt dan eerst door een contactpunt gehaald (van buccaal naar palatinaal/linguaal) en vervolgens door het andere contactpunt (van palatinaal/linguaal naar buccaal) en vervolgens kan de superfloss/X-floss tot diep rondom sub-mucosaal reiken. Je zult het resultaat zien! NB: superfloss en X-floss zijn sponsachtige flossdraadjes. X-floss heeft daarbij een stevige brugnaald waardoor deze makkelijker door de interdentale ruimte is te halen. Voor ons als professionals staan diverse instrumenten ter beschikking voor de supragingivale reiniging; denk aan plastic of titanium curettes (geen standaard curettes!), maar ook bieden de verschillende fabrikanten tips aan voor ultrasone apparatuur. Daarnaast bestaan er ook de zogenaamde "air polishing devices" (bijvoorbeeld EMS airflow).



2



3

Op dit moment is dit hulpmiddel het meest effectief vooral voor het verwijderen van de biofilm en geeft deze methode bij een juist gebruik weinig schade aan de peri-implantaire weefsels. Let wel het gebruik van het juiste poeder en techniek is essentieel! Het gebruik van de normale/standaard poeders zijn veel te grof en geven veel schade aan het weefsel en implantaatoppervlak.

Conclusie/aanbeveling wanneer je patiënten met implantaten in de praktijk hebt:

1. CIST A en B zijn goed te behandelen door mondhygiënist/tandarts, mocht er geen verbetering optreden dan is verwijzing op zijn plaats.
2. In geval van CIST C en D overweeg onmiddellijke verwijzing, dit i.v.m. de ruwe implantaat oppervlakken in de gesloten situatie welke zeer moeizaam zijn te reinigen.
3. Evalueer; zoals eerder gezegd liever peri-implantaire mucositis behandelen dan wachten op peri-implantitis, want dan zijn we (nog) verder van huis!

De volgende keer zullen we stilstaan bij de behandeling van peri-implantitis. •

DANIËL OORTGIESEN / LODEWIJK GRÜNDEMANN

<PPZ ZWOLLE
<PPF LEEUWARDEN

> Interview met een differentiatie parodontologie student mondzorgkunde

Parodontoloog Lodewijk Gründemann (LG) is gesprek met student mondzorgkunde Marije van der Meer

(LG) Waarom heb jij voor de differentiatie parodontologie gekozen?

Ik vind de parodontologie interessant omdat dit in mijn ogen de basis van alles is. Ik merkte dat ik voor mijn gevoel over te weinig informatie beschikte om mijn latere werk goed te kunnen doen. Ik hoorde van andere mondhygiënisten die ook de differentiatie hebben gedaan dat zij nog veel aanvullende informatie tot zich hebben kunnen nemen waar zij veel aan hebben gehad. Ik wil straks graag mijn werk zo goed mogelijk doen en daarom wilde ik graag deze differentiatie doen.

(LG) Wat is het verschil tussen de informatie vanuit de opleiding en wat je leert in de stage bij de parodontologiepraktijk?

Er is veel meer wetenschappelijke ondersteuning en dat je de parodontologie veel

wetenschappelijker gaat benaderen, berekenen en toepassen.

(LG) Als je alleen de literatuurverdieping zou volgen en niet de praktische stage met intensieve ondersteuning en begeleiding door de mondhygiënist of parodontoloog, zou je dan hetzelfde effect bereiken?

Nee, zeker niet! Doordat de parodontoloog en de mondhygiënist vaak bij de behandeling zitten en direct vragen stellen om zo terug te koppelen naar de literatuur die we geleerd hebben gaat dit pas leven en ga je dingen herkennen. Ik ben mij nu ook veel meer bewust waarom een pocket ontstaat en vraag mijzelf dat nu ook de hele tijd af. Ook zie ik nu veel meer het belang van röntgenfoto's bij de behandeling.

(LG) Als we kijken naar de klinische begeleiding wat valt je dan op?

Op skillslab leer je wel de benodigde vaardigheden maar zodra je met patiënten gaat

werken wordt de begeleiding minder intensief. In de PPF zit er meestal een mondhygiënist of parodontoloog naast wanneer je aan het behandelen bent. Soms wordt de behandeling overgenomen om dingen te laten zien of te verduidelijken. Er wordt tijdens de behandeling direct bijgestuurd in de uitvoering van de handelingen en er wordt vaak gevraagd waarom je de dingen doet zoals je deze doet. Hierdoor is het besef ontstaan hoe moeilijk het is om een element goed te reinigen en hoeveel tijd daar in gaat zitten. Als ik deze begeleiding en directe terugkoppeling niet had gekregen was ik mij daar niet zo bewust van geworden. Een ander groot verschil is dat er heel veel meer tijd dan gedacht gaat zitten in de instructie en begeleiding van een patiënt tot een goede dagelijkse mondhygiëne. Ik had het idee dat een patiënt dat veel sneller zou oppakken. Ik besef nu dat dit niet zo snel gaat en dat daar heel veel begeleiding en blijvende zorg in gaat zitten.

(LG) Is het stellen van een juiste diagnose veranderd?

Ja dat is zeker veranderd. Doordat ik veel eerste onderzoeken heb meegekoken en ik door vragen van de parodontoloog gedwongen werd na te denken over de situatie heb ik meer kunnen ervaren wat belangrijk is voor het stellen van een juiste diagnose. Op de opleiding was er weinig mogelijkheid voor het aanleren van een juiste diagnose gericht op de parodontologie. Door dit nu veel vaker gedaan te hebben heb ik daar veel meer inzicht in gekregen.

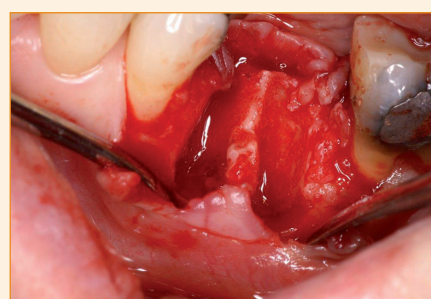
(LG) Je bent nu bijna klaar met de differentiatie. Als je nu achteraf terug kijkt zou je dan opnieuw de keuze maken voor de differentiatie parodontologie?

Volmondig: JA! Ik ben blij dat de opleiding deze differentiatie heeft aangeboden. Dit is voor mij toch echt wat het beroep van mondhygiënist inhoudt! •

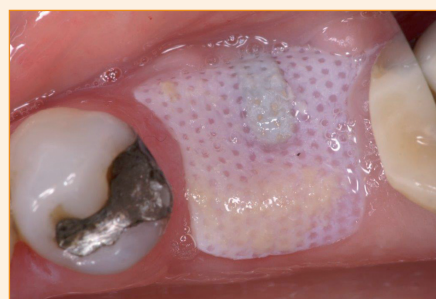
LODEWIJK GRÜNDEMANN

> Klinische casus niet resorbeerbaar membraan (Cytoplast)

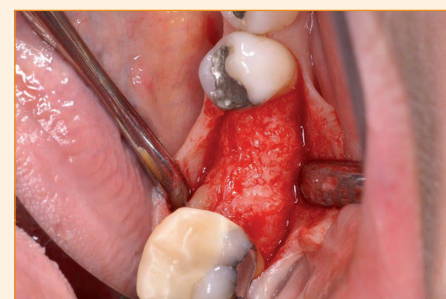
In de jaren tachtig is er in de tandheelkunde de opkomst geweest van niet-resorbeerbare membranen (Gore-Tex). De resultaten waren vanaf het begin veelbelovend bij de toepassing van botaugmentatie of parodontale regeneratie. Een groot nadeel van de toen veel gebruikte Gore-Tex membraan was dat bij het bloot komen te liggen van dit



1 direct na extractie 36



2 5 weken na verwijderen 36



3 klinisch beeld voorafgaand aan plaatsing implantaat

membraan, door het opentrekken van de wondranden, dit vaak gepaard ging met het ontstaan van ontstekingen. Het gevolg was vaak een mislukking van de behandeling. Sinds de beschikbaarheid van een verder doorontwikkeld niet-resorbeerbaar membraan (Cytoplast), is dit nadeel opgeheven. De reden hiervoor is dat dit membraan niet doorlaatbaar is voor bacteriën.

Sinds enkele jaren gebruiken wij dit membraan bij botophogingen, parodontale regeneratie maar ook direct na een extractie. Hiermee wordt veel bot behouden direct na een extractie en kan ook direct een botopbouw worden uitgevoerd. In de praktijk blijkt dat hoe meer botverlies het element laat zien voorafgaand aan extractie hoe meer herstel/opbouw mogelijk is.

Bij deze behandeling laten wij het niet-resorbeerbare membraan (wit van kleur) expres voor een deel blootliggen. Indien u dit bij een patiënt ziet betekent dit dus niet dat de behandeling mislukt is. Een voorbeeld van een dergelijke behandeling is hier geïllustreerd met drie klinische beelden. •

MELLE VROOM

> Patiënten gezocht voor onderzoek naar behandeling peri-implantitis

Systemic antibiotic therapy (amoxicilline plus metronidazole) as an adjunct to surgical treatment of peri-implantitis; a single blind randomized controlled study.

Er is op dit moment nog geen goede wetenschappelijke onderbouwing voor het gebruik van antibiotica in de behandeling van peri-implantitis. Door onderzoeker Yvonne de Waal, verbonden aan het UMCG, is recent een vergelijkend onderzoek hiernaar opgezet. Het onderzoek vindt plaats in de Parodontologie Praktijk Groningen (PPG). In het onderzoek wordt het peri-implantitis behandelprotocol waarbij geen antibiotica wordt gegeven vergeleken met het

behandelprotocol waarbij wel antibiotica wordt gegeven. Het onderzoek is opgezet als een randomized, single blind controlled trial (RCT). Vooraf aan het onderzoek moet het mondhygiëneniveau en de parodontale situatie onder controle zijn (PI ≤ 20 en geen overige restpockets > 5 mm). Indien niet het geval volgt eerst behandeling hiervan. Hierna zal het betreffende implantaat (of implantaten) chirurgisch worden behandeld, indien nodig resectief. Behandeling van peri-implantitis waarbij regeneratieve behandeling geïndiceerd is is uitgesloten zodat alleen het effect van antibiotica op het behandelresultaat wordt onderzocht en 'bias' van andere behandelinterventies wordt voorkomen.

Het behandelresultaat wordt geëvalueerd na drie maanden en na een jaar wat betreft de microbiologie, aanhechtingsniveau en het botniveau. Door middel van dit onderzoek hopen we meer duidelijkheid te krijgen in het effect van het gebruik van antibiotica in de behandeling van peri-implantitis. Voor dit onderzoek hebben we echter patiënten en dus uw verwijzingen van patiënten met peri-implantitis nodig! Uiteraard wordt uw patiënt uitgebreid voorgelicht in het hoe en waarom van het onderzoek en blijft de patiënt na voorlichting nadrukkelijk de keuze houden om al of niet aan het onderzoek deel te nemen. •

JUDITH STOOKEN

> Nieuws

DE PARODONTOLOOG

Nieuwe paropraktijk in Groningen

Sinds januari 2015 is er in Groningen een nieuw verwijzingsadres voor parodontologie en (peri) implantologie geopend. Geerten-Has Tjakkes en Kina Timmer hebben nu ook zakelijk hun krachten gebundeld, in hun praktijk aan het Helperplein in Groningen. Op de feestelijke opening van 13 februari j.l. konden collega's feestelijk kennismaken met de praktijk. Naast hun werk bij De Parodon-



tooloog zijn Geerten-Has en Kina werkzaam op het Centrum voor Tandheelkunde en Mondzorgkunde van het UMCG. Voor verwijzingsmogelijkheden en meer informatie kijk op www.deparodontoloog-groningen.nl. •

PPF

De PPF heeft dit jaar meegedaan met de week voor de mondhygiënist. Op zaterdag

21 maart is een open dag gehouden in onze praktijk waar patiënten terecht konden voor een kosteloze DPSI screening. Bij de meeste patiënten namen wij beperkte problemen waar. Bij enkele werd echter parodontitis geconstateerd en werd het advies gegeven om contact op te nemen met de huisarts. Het verbeteren van onze website heeft onze constante aandacht. Een nieuw onderdeel is een introductiefilmpje welke op de startpagina staat. Hierin wordt de PPF geïntroduceerd en beschreven welke parodontale en implantologische behandelingen worden uitgevoerd. •

>Cursus info

PPZ

De PPZ verleent zijn medewerking aan de organisatie van het programma van het komende congres voor tandartsen en mondhygiënisten van de Dr. G.J. van Hoytema stichting dat op vrijdag 19 juni aanstaande plaatsvindt in De Cantharel te Apeldoorn. De titel van het congres is 'Implantologie, vóór- en nazorg anno 2015'. Tijdens dit congres komen vrijwel alle aspecten van de implantologie aan bod die voor de algemene tandheelkundige praktijk van belang zijn. Vooral voor die praktijken die de (vaak complexe) chirurgische plaatsing van implantaten niet willen uitvoeren is dit congres bij uitstek geschikt. In deze praktijken wordt wel vaak de indicatie gesteld, de patiënt wordt parodontaal gescreend en eventueel voorbehandeld, de suprastructuur wordt gemaakt en de noodzakelijke nazorg wordt verleend. Zie www.hoytemastichting.nl

>Praktijk info

PPG Lokatie Groningen Ubbo Emmiusingel 17
9711 BB Groningen • tel. 050-3130064
fax 050 3186968 • e-mail: info@parogron.nl
www.parogron.nl

PPG Lokatie Veendam Molenstreek 13
9641 HA Veendam • tel. /e-mail/website: zie PPG

PPZ Groot Weezenland 15 • 8011 JV Zwolle
tel. 038-4222003
e-mail: info@paropraktijkzwolle.nl
www.paropraktijkzwolle.nl

PPT Auke Vleerstraat 5 • 7521 PE Enschede
tel. 053-4300024
e-mail: info@paropraktijktwente.nl
www.paropraktijktwente.nl

PPF Bredyk 1b, 9084 AG Goutum
tel. 058-2160462 • fax 058-2160517
e-mail: info@parofries.nl • www.parofries.nl

PPE Boslaan 6 • 7811 GJ Emmen
tel. 0591-645005 • fax 0591-619350
e-mail: paro-emmen@live.nl
www.paro-emmen.tandartsennet.nl

DE PARODONTOLOOG Helperplein 21
9721 CX Groningen • tel. 050-7271511
www.deparodontoloog-groningen.nl
info@deparodontoloog-groningen.nl

UMCG Ant. Deusinglaan 1 • 9713 AV Groningen
tel. 050-3633092 • fax 050-3632696
Afspraken polikliniek en halitose 050-3637505
e-mail: CTM@med.umcg.nl • www.ctm.umcg.nl