

Nieuwsbulletin Paro N.O.

[Parodontologiepraktijken Noord- en Oost-Nederland]

Nr 21 • Mei 2016

Eindredactie: Edwin Zeubring
Mail de redacteur: edwin.zeubring@paropraktijktwente.nl
Vormgeving: Aat Doek BNO

In deze uitgave

- Synergie
- Smalle implantaten versus implantaten met een reguliere diameter; een samenvatting
- Richtlijn peri-implantitis
- Osteogenics Global Bone Graft Symposium
- Het voorkómen van peri-implantaire ontstekingen
- Nieuws

> Synergie

Een actueel onderwerp is 'verwijzen naar een praktijk voor parodontologie'. Specialistische behandelingen worden daar frequent uitgevoerd, waardoor een hoge kwaliteit wordt gewaarborgd. Voldoende vlieguren maken zeg maar: Net als in de cockpit wordt gewerkt met 'checklisten'. Parodontitis heeft vrijwel nooit een enkele oorzaak. Het paroprotocol fungeert ook als checklist. In een praktijk voor parodontologie wordt dagelijks, naast het technisch handelen, veel aandacht gegeven aan de risicofactoren, waaronder de medische achtergrond en het gedrag van de patiënt met in het bijzonder de zelfzorg. In de jaren dat ik in de algemene praktijk werkzaam was, bleek het wel eens lastig deze aandacht aan elke patiënt te geven. Niet iedereen

bleek even gemotiveerd om de zelfzorg op een constant hoog niveau te krijgen en/of te houden. Als behandelaar in een verwijssituatie is het een genoegen dat patiënten over het algemeen gemotiveerd zijn. Dikwijls heeft een dergelijke patiënt een behandelhistorie, waarbij extern al een vorm van intensieve parodontale behandeling is uitgevoerd. De vraag die mij regelmatig wordt gesteld door verwijzers is waarom er na verwijzing niet meteen chirurgisch wordt behandeld. Soms is er een langer voortraject nodig. De verlenging van de niet-chirurgische therapie heeft o.a. als doel verder verbeteren van de mondhygiëne, management van risicofactoren en optimaliseren van de parodontale conditie. Om een maximaal resultaat van

de parodontale chirurgie te verkrijgen is een plaquescore van maximaal 20 procent een vereiste. Tevens is het doel van de aanvullende behandeling zoveel mogelijk chirurgie te voorkomen, in het bijzonder in de esthetische zone, of de gebieden die chirurgische behandeling behoeven in omvang zo klein mogelijk te houden. Door de combinatie van de externe voorbehandeling en de behandeling in de parodontologie praktijk wordt dan een optimaal resultaat bereikt. Na de actieve behandelperiode kan het soms wenselijk zijn dat ter bestendiging van het behaalde resultaat, in het bijzonder bij een hoge vatbaarheid voor parodontitis, de nazorg voor

een bepaalde tijd in de praktijk voor parodontologie te indiceren. Dit om de kans op terugval in deze kwetsbare fase zoveel mogelijk te reduceren. Hierbij is het handhaven van een optimale mondhygiëne van groot belang. Als het resultaat stabiel is, mede doordat de patiënt een bewijs van goed gedrag heeft geleverd, kan de nazorg weer extern plaatsvinden. Het streven is om de patiënt in principe op een zo kort mogelijke termijn terug te verwijzen. Graag discussieer ik hierover verder met u op 10 juni in Apeldoorn tijdens het congres "Team zorg(t) voor het parodontium". •

EDWIN ZEUBRING

> Smalle implantaten versus implantaten met een reguliere diameter; een samenvatting

Smalle diameter implantaten (SDI) worden onder andere toegepast in de sterk geresorbeerde mandibula. Een smalle diameter betekent een reductie in de totale contactoppervlak tussen het implantaat en kaakbot. De vraag komt vervolgens naar boven of het implantaat voldoende geosseointegreerd is om de krachten tijdens belasting te weerstaan. Overbelasting kan namelijk marginaal botverlies tot gevolg hebben. Doel van dit retrospectieve onderzoek is om de klinische- röntgenologische metingen en patiënttevredenheid van SDI's te vergelijken met standaard diameter implantaten (RDI) geplaatst in de edentate onderkaak ter ondersteuning van een volledige prothese door middel van een knop of Locator verankering.

Materiaal en methode

Retrospectief werden over een periode van zeven jaar 119 patiënten geïncludeerd. De patiënten ontvingen twee 3.3 mm of 4.1 mm diameter standaard titanium implantaten in de onderkaak ter ondersteuning van een volledige prothese. Tijdens de controle afspraken na één en drie jaar werden de volgende parameters onderzocht: klinische peri-implantaire conditie, prothetische complicaties, marginaal botverlies en patiënttevredenheid.

Resultaten

Tijdens de driejarige onderzoeksperiode gingen er geen implantaten verloren. Gemiddeld botverlies was significant hoger in de SDI groep in vergelijking met de RDI groep. Op implantaat niveau werd er meer marginaal botverlies opgemerkt aan distale

zijde ongeacht implantaat diameter en lengte. Implantaten met een Locator verankering laten significant meer botverlies (0.38mm) zien dan implantaten met een knopverankering na een evaluatie periode van twee jaar ($P=0.006$). Patiënt tevredenheid was significant hoger voor SDI's en de locatorverankering.

Conclusie

Deze bevindingen suggereren dat tijdens de eerste drie jaar na plaatsing van het implantaat smalle diameter implantaten meer marginaal botverlies laten zien dan een standaard diameter implantaat in patiënten met een edentate onderkaak. Ongeacht de diameter van het implantaat werd meer botverlies waargenomen bij een locatorverankering in vergelijking met een knopverankering.



Bovenste foto: knop. Onderste foto: locator

Zweers J, van Doornik A, Hogendorf EAH, Quirynen M, Van der Weijden GA. Clinical and radiographic evaluation of narrow- vs. regular-diameter dental implants: a 3-year follow-up. A retrospective study. Clin. Oral Impl. Res. 26, 2015, 149–156 •

JEROEN ZWEERS

> Richtlijn peri-implantitis

In een samenwerking van de NVOI en de NVvP is eind 2015 de richtlijn **diagnostiek, preventie en behandeling van peri-implantaire infecties** tot stand gekomen. De afgelopen maanden stonden in het teken van de presentatie ervan door de auteurs (A. Louropoulou, Y. de Waal, F. van der Weijden en D. Wismeijer). In deze richtlijn wordt aangegeven welke risicofactoren er zijn voor het ontwikkelen van peri-implantaire infecties (peri-implant mucositis en peri-implantitis). Allereerst zijn er de technische/iatrogene factoren zoals een inadequate positionering van het implantaat, cementresten, inadequate

randaansluiting en beperkte reinigbaarheid. Daarnaast zijn er een aantal risicofactoren. Deze indicatoren zijn o.a. een ontoereikende mondhygiëne; hier zal dus adequaat op ingespeeld moeten worden. Daarnaast hebben patiënten met een geschiedenis van parodontitis een verhoogd risico op peri-implantaire infecties. Het is dan ook een open deur dat patiënten met bestaande parodontitis voor implanteren eerst parodontaal behandeld moeten worden, zodat er een gezond parodontium ontstaat. Rokers hebben een verhoogde kans op het ontwikkelen van peri-implantitis. Al deze factoren zullen dus aan de orde moeten

komen, indien implantologie in een behandelplan overwogen wordt (dat wil dus zeggen: goede voorzorg). Na implanteren is een goede nazorg van belang om peri-implantaire problemen zo vroeg mogelijk te kunnen detecteren en te behandelen. Zo zullen regelmatig pocketmetingen uitgevoerd moeten worden. Deze gegevens kunnen dan worden vergeleken met de baseline metingen, die ongeveer 6-8 weken na het plaatsen van suprastructuren zijn gedaan. Op regelmatige basis zal daarnaast röntgeninformatie moeten verkregen (o.a. een jaar na plaatsing) die eveneens

met de baseline moet worden vergeleken. Gezien de onvoorspelbaarheid van de behandeling van peri-implantaire infecties, is het voorkomen ervan nog steeds de beste garantie voor succes. Over de behandeling van peri-implantaire infecties is in voorgaande edities van dit bulletin uitgebreid aandacht besteed. Indien er nog onduidelijkheid bestaat over de diagnostiek en/of behandeling, neem dan gerust contact op met een parodontoloog. Voor meer informatie over de richtlijn kijk op: <http://nvoi.nl/nieuws/4521/richtlijn-peri-implantaire-infecties.html>. •

GEERTEN-HAS TJAKKES

> Osteogenics Global Bone Graft Symposium

Op 1 en 2 april j.l. vond in Phoenix Amerika een symposium plaats waar diverse bot- en weefsel opbouwtechnieken werden gepresenteerd. Hierbij kwam ook het gebruik van niet resorbeerbare membranen naar voren, een thema welke op Europese congressen vrijwel nooit wordt belicht. Interessant was dat de organiserende firma (Osteogenics) de sprekers alle ruimte gaf om ook over materialen te spreken die van andere firma's afkomstig waren. Een van de redenen om dit symposium te bezoeken was dat Melle Vroom was uitgenodigd om een lezing te

geven over de toepassing van d-PTFE membranen bij het uitvoeren van btopopbouwen. In zijn lezing werden ook enkele voorlopige resultaten besproken van een lopend onderzoek naar een nieuwe fixatietechniek voor dit soort membranen. Bij de overige voordrachten kwam goed naar voren dat er diverse technieken voor weefsel- en btopopbouwen worden toegepast. De mate van onderbouwing met literatuur is echter wisselend. Opvallend was dat er veel aandacht was voor de minimale invasieve sinuslift.



Ook daar werd ervaren dat de methode technieksensitief, succesvol en vooral erg patiënt-vriendelijk is.

Voorafgaande aan het symposium werd samen met Lorentz Domburg (Memodent) een bezoek gebracht aan het weefselinstituut Life-Net in Virginia Beach. Hier hebben wij een rondleiding gehad en uitleg gekregen over de werkwijze van donorselectie tot aan de verschillende allogene weefsels die worden gebruikt. Een erg indrukwekkende dag voor ons om mee te maken. ●

LODEWIJK GRÜNDEMANN & MELLE VROOM

<PPF LEEUWARDEN

> Het voorkómen van peri-implantaire ontstekingen

Het maken van een mooie maar ook reinigbare kroon op een implantaat is een ware kunst en verdient heel veel aandacht. Het is toch uiteindelijk letterlijk en figuurlijk de kroon op uw werk! Maar daar blijft het niet bij want succes wordt pas echt gevierd als 10 jaar later de situatie nog precies zo is als bij het plaatsen van de kroon op het implantaat.

Recentelijk is een grote Zweedse studie gepubliceerd, de zogenaamde Derks studie. Er is retrospectief gekeken naar het succes van implantaten die geplaatst zijn in 2003. Implantatenbehandelingen worden vergoed in Zweden door de verzekering en het is dan ook te achterhalen welke patiënten implantaten hebben gekregen. Negen jaar na dato zijn van de 25.000 patiënten a-selectief 2765 patiëntendossiers onderzocht. Van deze groep hebben 596 patiënten een klinisch onderzoek ondergaan. Derks heeft gekeken naar vroegtijdig implantaatverlies, laat implantaatverlies en het ontstaan van peri-implantitis en dit vergeleken met welke implantaten zijn geplaatst. Er waren globaal 4 groepen implantaten die geplaatst zijn. Straumann, Nobel Biocare, Astra en een vierde groep bestaande uit o.a. Biomet, 3i, Lifecore, Frialit en XiVe. Het werd duidelijk dat in zijn algemeenheid er weinig verschil is in het gebruikte implantaatmerk met alleen een positieve uitzondering voor het merk Straumann, welke iets beter scoorde. De grootste verschillen werden echter verklaard door de ervaring van de behandelaar (zie tabel).

Implant brands:		Patiënt				
A Straumann		Predicted probability: moderate/severe peri-implantitis				
B Nobel Biocare						
C Astra Tech						
D Remaining						
Prosthetic therapy: specialist	Periodontally Healthy	<4 implants	0%	1%	1%	1%
	Periodontitis	≥4 implants	3%	10%	9%	14%
Prosthetic therapy: general practitioner	Periodontally Healthy	<4 implants	1%	3%	3%	5%
	Periodontitis	≥4 implants	11%	30%	29%	38%
Prosthetic therapy: general practitioner	Periodontally Healthy	<4 implants	1%	3%	3%	5%
	Periodontitis	≥4 implants	10%	30%	29%	39%
Prosthetic therapy: general practitioner	Periodontally Healthy	<4 implants	1%	3%	3%	5%
	Periodontitis	≥4 implants	32%	63%	61%	70%

Daarnaast kwamen, zoals verwacht, de aanwezigheid van parodontitis en roken als risicofactoren naar boven.

Wat kunnen we hieruit leren? In mijn opinie is het steeds maar weer volgen van goed en gedegen protocol kritisch voor het best mogelijke lange termijn resultaat. Hierin hebben alle betrokken behandelaars hun eigen verantwoordelijkheid. Binnen de parodontologiepraktijken hebben we dit protocol als volgt vormgegeven:

1. Intake consult, onderzoek inclusief parodontaal onderzoek met parodontiumstatus, diagnose en opstellen zorgplan
2. Medische fase (overleg met huisarts, medisch specialist, aanpassen van medicaties etc)
3. Hygiënische fase: parodontale voorbehandeling en eventuele extracties
4. Correctieve fase: parodontaal chirurgie, plaatsen implantaat in juiste prothetische positie, eventueel harde en zachte weefsel regeneratie, plaatsen suprastructuur
5. Nazorgfase: additionele mondhygiëne instructie, nulmeting, nazorg volgens het CIST protocol (Cumulative Interceptive Supportive Therapy) en evaluatie lange termijn

In veel gevallen worden de suprastructuren door u, onze verwijzers en algemeen practici, geplaatst. En dat is prima! De kroon op het werk moet wel voldoen aan de eisen van reinigbaarheid, esthetiek en functie. Hiervan behoort de reinigbaarheid van de suprastructuur de hoogste prioriteit te hebben. Het creëren van het juiste emergence profile



Bovenste foto: pre-op. falende I I
Onderste foto: 1 jaar post-op. na plaatsen implantaat

van de, bij grote voorkeur, verschroefde restauratie is ongelofelijk belangrijk. Het vormen van een team met uw parodontoloog en tandtechniker en communicatie onderling levert u de mooiste kroon op uw werk op! ●

Literatuur: Derks et al. J Dent Res 2015; 94(3):44S-51S en Derks et al. J Dent Res 2016; 95(1): 43-49 (kopieën op te vragen bij de PPZ)

OLAF VETH

<PPZ ZWOLLE

> 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
info@deparodontoloog-groningen.nl
www.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

> Nieuws

PPT

- Per 1 januari is parodontoloog Richard Koop 2 dagen werkzaam in de PPT.
- Per 1 mei is Jeroen Zweers gestopt met

Tandartsen opgelet ! schuif aan bij: Met de parodontologen in gesprek

14 september 2015 was er voor de mondhygiënisten van Noordoost Nederland een avond georganiseerd door de 4 noordelijke parodontologie praktijken. Deze avond was goed bezocht en werd ook zeer goed gewaardeerd.

Het succes is de aanleiding om deze avond ook voor tandartsen te gaan organiseren. Onder het motto: 'Met de parodontologen in gesprek' is het de bedoeling om in kleine wisselende groepen (in de vorm van table clinics) met parodontologen in gesprek te gaan.

Relevante thema's in de parodontologie zullen tijdens deze avond aan bod komen en staan vooral in het teken van kennisuitwisseling en toepasbaarheid in de praktijk. Diverse klinische situaties (wat zou jij in de praktijk doen?) en onderwerpen zoals wat sonderen we eigenlijk bij tanden/implantaten en wanneer verwijzen worden besproken.

Vooraf staan broodjes en soep klaar en tussendoor hapjes en drankjes.



Team zorg(t) voor het parodontium

- Datum: Vrijdag 10 juni 2016
- Locatie: Orpheus, Apeldoorn
- Tijd: 08:30 - 17:00 uur
- Inschrijven kan via: www.hoytemastichting.nl/cursusaanbod/paro-10-juni-2016

Voor tandartsen, mondhygiënisten en assistenten

zijn werkzaamheden in de PPT en zal hij deze continueren in de PPG (Groningen) en PPF (Leeuwarden).

<PPT ENSCHEDE