

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

- In deze uitgave
- Integer met Corona
 - Overdenkingen bij het nieuwe classificeren
 - Parodontale regeneratie
 - Van afstuderen naar de eerste visitatie
 - Nieuws

> Integer met Corona

Nu alle maatregelen tegen de verspreiding van het Coronavirus voor een groot deel afgeschaald zijn, voelt het wellicht dat we het virus overleefd hebben. Niet dat we onze werkzaamheden voorheen heel anders deden, maar het voelt als een soort nieuw begin. We konden gelukkig, in tegenstelling tot een flink aantal andere sectoren, onze werkzaamheden grotendeels steeds voortzetten. Dat werd zeker ook gewaardeerd door de patiënten, te meer omdat het besef kwam dat we het voorheen ook al goed deden op het gebied van infectiepreventie. De afgelopen periode heeft ons er wel weer toe aangezet dat alle infectie-preventie maatregelen en richtlijnen extra goed doorgenomen zijn met het hele behandelteam. We hebben de crisistijd overleefd en dat

mogen we best een beetje vieren. Vanaf nu kunnen we er vooral ons voordeel mee doen na een periode van kwetsbaarheid. Een biologieleraar zei ooit tegen de klas dat de virussen er eerder waren dan wij. Nu begin ik langzamerhand te begrijpen dat wij ons dus moeten aanpassen aan het virus. Verdediging is de beste aanval. Als het een beetje meezit zijn we nu goed voorbereid om een nieuwe viruscrisis te voorkomen. Als ik voor onze eigen werkvloer spreek, komen we in eerste instantie wellicht wat minder persoonlijk over door onder andere geen handen meer te geven, maar dat valt goed op te vangen door een stukje sociale anamnese. De beste bestrijding van het virus en andere ongemakken zit wellicht in het meer uitspreken van waardering voor

elkaar en minder hectisch en gestrest door het leven gaan. Een beetje meer rekening houden met het anoniem spuien van allerlei kreten op (a)sociale media en voorbereid zijn op alle mogelijke scenario's, kan bijdragen om op een creatieve manier te voorkomen dat we opnieuw zo kwetsbaar worden. Een crisis is eigenlijk een integriteitstest. Deels van mensen, systemen en procedures, maar vooral ook een live test; in hoeverre blijft je integriteit in stand tijdens een periode van hoge druk,

> Overdenkingen bij het nieuwe classificeren

Sinds juli vorig jaar hanteren de parodontologiepraktijken in Nederland het nieuwe, wereldwijde, classificatiesysteem van “staging” (stadiëren) en “grading” (graderen).

Dit systeem is opgesteld door de European Federation of Periodontology (EFP) en de American Academy of Periodontology (AAP). Tijd om de eerste ervaringen te delen. Het model van “stadiëren en graderen” is overgenomen vanuit de oncologische geneeskunde. Dit maakt het mogelijk de ernst van de aandoening, complexiteit van de behandeling, ziekte progressie en systemische effecten te beschrijven. De eerste onderzoeken laten zien dat er sprake is van een goede overeenstemming tussen de oude en nieuwe classificatie van parodontitis (Ortigara et al. 2021). Onder behandelaren, die de classificatie toepassen, bestaat er een gemiddeld tot hoge consistentie en nauwkeurigheid (Marini et al. 2020). In Nederland is ervoor gekozen om de classificatie te vereenvoudigen naar analogie van de Britse Vereniging voor Parodontologie. De reden hiervoor is de wens om het systeem werkbaar te houden voor de algemene praktijk. De wijze waarop parodontitis geclassificeerd dient te worden is duidelijk beschreven in een voorgaande editie van dit bulletin en is tevens terug te

	Diagnose en Uitgebreidheid		Stadium (Stage)	Graad (Grade)		Risico Factor
Leeftijd Geslacht	Parodontitis	Lokaal Gegeneraliseerd	Beginnend (I) Gematigd (II) Gevorderd (III) Vergevorderd (IV)	Langzaam (A) Matig (B) Snel (C)	Progressief	Roken Diabetes
	Molaar/Incisief	Parodontitis				

vinden op de website van de NVvP. Een eerste analyse van eigen data laat zien dat bij het stadiëren van de uitgebreidheid van parodontitis de classificatie 'lokaal gevorderd' of 'lokaal vergevorderd' veel naar voren komt. De oorzaak hiervan ligt bij de spelregels van het stadiëren waarbij de locatie met de grootste botafbraak leidend is. In de oude “Van der Velden classificatie” bestond meer ruimte voor nuancering. Zo is de diagnose lokaal ernstig gegeneraliseerd matige post-adolescente parodontitis mogelijk een betere weergave van de parodontale problematiek dan lokaal vergevorderd snel progressief. In de nieuwe classificatie wordt de werkelijke situatie mogelijk tekortgedaan. Er lijkt ook een toename te zien in het voorkomen van de classificatie 'uitbreid gevorderd' en 'vergevorderd'. De prevalentie van gegeneraliseerd vergevorderde parodontitis in Nederland is laag en er is meer sprake van gegeneraliseerd gematigde tot

gevorderde botafbraak. Het is voor de behandelaar en patiënt dan ook interessant om de gehele dentitie in ogenschouw te nemen en hierbij de ernst van de aandoening te beschrijven. In de nieuwe classificatie wordt de progressie van de parodontale afbraak weergegeven door deze te 'graderen'. Dit is de belangrijkste uitbreiding/toevoeging. De progressie zegt namelijk iets over de snelheid waarmee botafbraak plaatsvindt en, hieruit voortvloeiend, de noodzaak tot handelen. Hierbij wordt gekeken naar de mate van botverlies bij het element met de meeste botafbraak in relatie tot de leeftijd. Het probleem hierbij is echter dat, bij het beoordelen van het botverlies, enkel wordt gekeken naar het verleden (retrospectief). Dit zegt niet altijd iets over de toekomst. Parodontitis is immers een aandoening die niet lineair verloopt, maar wordt gekenmerkt door exacerbatie en remissie.

onzekerheid, onduidelijkheid en kritiek? Ik heb het antwoord ook niet direct, maar met enige lering uit het verleden wordt de kans op een nieuwe crisis kleiner en geen pandemische ramp. ●

EDWIN ZEUBRING

<PPT ENSCHEDE

<PPG GRONINGEN

> Parodontale regeneratie

De uitdaging bij iedere parodontale behandeling is het verkrijgen van een stabiele parodontale situatie. In sommige situaties is er de mogelijkheid om verloren weefsel zodanig te herstellen, dat de weefsels weer volledig hersteld worden. Dit noemt men parodontale regeneratie en is het ultieme doel bij parodontale behandeling, maar is voor beperkte indicaties (angulaire botdefecten, furcaties en mucogingivale chirurgie) geïndiceerd. Bij parodontale regeneratie wordt er gestreefd naar een nieuwe aanhechting van bindweefsel, functionele epitheliale aanhechting, nieuw wortelcement en herstel

van de alveolaire bothoogte. Om dit te kunnen bereiken zijn cellen afkomstig van het parodontaal ligament noodzakelijk en moeten bindweefsel-, bot en epitheliale cellen worden uitgesloten. Hiervoor zijn de volgende factoren noodzakelijk: een stabiele wondgenezing, primaire wondsluiting en ruimte voor de te herstellen weefsels.

Regeneratietechnieken
Er zijn verschillende materialen, die heden ten dage worden gebruikt voor parodontale regeneratie. De belangrijkste zijn glazuurmatrixeiwitten en membranen welke zonodig ondersteund worden met een

botsubstituut of een combinatie hier van. De materialen hebben ieder hun eigen indicatiegebied, maar worden in de parodontologie voornamelijk toegepast bij angulaire botdefecten > 3 mm, buccale furcaties graad II en bij recessiebedekking. Nu zal uitsluitend stil worden gestaan bij het gebruik in angulaire botdefecten en furcaties. Voorafgaand aan iedere parodontale chirurgische behandeling dient er eerst een goede mondhygiëne en lage bleedingsindex te zijn bereikt. Indien dit niet het geval is voorafgaand een initiële parodontale behandeling en aanvullende instructie mondhygiëne noodzakelijk.

Verder worden deze materialen bij rokers zelden toegepast wegens de significant mindere aanhechtingswinst.

Glazuurmatrixeiwitten
Glazuurmatrixeiwitten zijn eiwitten afgescheiden door de epitheliale wortelschede van Hertwig tijdens de tandontwikkeling, die een belangrijke rol spelen bij glazuur- en cementvorming. De eiwitten zijn van porcine afkomst en hebben als doel het nabootsen van het proces, dat plaatsvindt tijdens de ontwikkeling van het worteloppervlak en parodontale weefsels. ▶

<GELRELAND
PARODONTOLOGIE

Verder zorgt het voor uitsluiting van bindweefsel-, bot en epitheliale cellen om het parodontaal ligament en wortelcement de mogelijkheid te geven zich weer te herstellen. Wortelcement is van essentieel belang voor de vorming van nieuw parodontaal steunweefsel aangezien in de cementlaag het parodontaal ligament vasthecht. Deze eiwitten hebben een beperkt indicatiegebied en zijn met name geschikt voor 2-3 wandige smalle botdefecten met een diepte van meer dan 3 mm en molaren met furcatiegraad II. Bij andere indicaties kan een aanvulling met een botsubstituut worden overwogen of membranen ondersteund door een botsubstituut.

Membranen

Er zijn twee typen membranen: resorbeerbare- en niet resorbeerbare membranen. Het doel van membranen is het uitsluiten van epitheelcellen en stimuleren van de groei van het wortelcement en parodontaal ligament. De membranen dienen biocompatibel te zijn en een goede weefselintegratie te hebben. Verder moeten ze ruimte creëren en epitheelcellen uitsluiten. De membranen dienen makkelijk in gebruik te zijn en om deze reden wordt tegenwoordig vaak gekozen voor resorbeerbare membranen. Deze membranen vereisen geen extra ingreep om te verwijderen, veroorzaken minder complicaties en zijn makkelijker in gebruik. Een nadeel is wel de grotere kans op collaps en om dit te vermijden wordt bij niet-ondersteunde botdefecten vaak een botsubstituut gebruikt. Membranen kunnen in tegenstelling tot glazuurmatrixeiwitten wel worden gebruikt bij 1-wandige botdefecten en verder zijn de indicaties gelijk. Uit systematische reviews is aangetoond, dat zowel membranen als glazuurmatrixeiwitten bij angulaire botdefecten significant betere resultaten geven als resectieve chirurgie.

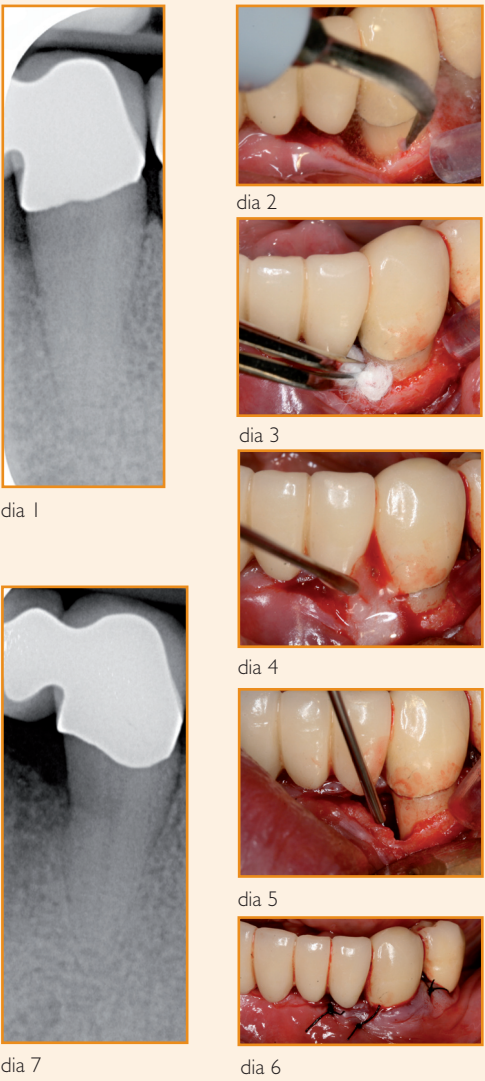
Casus glazuurmatrixeiwitten

Ter illustratie van de behandeling is gekozen voor een casus waarbij gebruik is gemaakt van paro-

DE JUISTE INDICATIEVOOR HET GEBRUIK VAN REGENERATIEMATERIALEN			
Goede mondhygiëne en lage bleedingsindex (PI en BI < 15%)			
Angular botdefect > 3 mm			
Defecttype	3-wandig botdefect	1-2-wandig smal botdefect met botondersteuning voor membraan	1-2-wandig breed botdefect zonder botondersteuning voor membraan
Materiaal	Glazuurmatrixeiwitten	Resorbeerbaar membraan of glazuurmatrixeiwitten met botsubsituut	Resorbeerbaar membraan met botsubsituut

odontale regeneratie met glazuurmatrixeiwitten bij een zeer belangrijke pijler (de 33) van een 9-delige brug. De patiënt werd verwezen wegens zeer diepe pockets bij de 33. Tijdens het eerste onderzoek waren er pockets tot 10 mm aanwezig, een te hoge plaque- en bleedingsindex en röntgenologisch een angular botdefect (dia 1). Er is gestart met een initiële parodontale behandeling en aanvullende instructie mondhygiëne. Drie maanden na deze behandeling waren de pockets gereduceerd tot 7 mm en was de mondhygiëne optimaal voor parodontale regeneratieve chirurgie. Deze behandeling is niet resectief en het weefsel dient behouden te blijven om nadien de wond primair te kunnen sluiten, zodat het materiaal afgedekt is. Om dit te bereiken wordt de papil behouden door een zogenaamde “papilla preservation technique” en nadien wordt het ontstekingsweefsel uit de papil en angulaire botdefect verwijderd (dia 2). Als het defect volledig vrij is van ontstekingsweefsel wordt de diepte van het defect gemeten (minimaal 3 mm diep) en beoordeeld of het een driewandig botdefect betreft. Bij een een- of tweewandig botdefect wordt gekozen voor een combinatie van glazuurmatrixeiwitten met een botsubstituut of membranen ondersteund door een botsubstituut. Indien het een botdefect betreft dat minder dan 3 mm diep is zal worden

gekozen voor een botcorrectie en resectieve chirurgie. Het defect is geschikt voor glazuurmatrixeiwitten en het worteloppervlak wordt gedroogd met steriele wattenbolletjes of gazen (dia 3). Nadien wordt gedurende twee minuten een pH neutrale 24% EDTA wortel conditioner aangebracht met als doel verwijdering van de “smeerlaag” en exposure van de collageen matrix van het dentine-oppervlak (dia 4). Dit zorgt voor een betere aanhechting van de glazuurmatrixeiwitten. Nadien wordt het worteloppervlak weer gedroogd en de glazuurmatrixeiwitten aangebracht (dia 5). Direct daarna wordt er gehecht en primair gesloten (dia 6). Post-operatief wordt er twee keer daags gespoeld met chloorhexidine gedurende twee weken. Nadien worden de hechtingen verwijderd en vindt er een post-operatief nazorg protocol gedurende een half jaar plaats. Het is gedurende die periode belangrijk, dat er in het gebied waar het regeneratiemateriaal is aangebracht niet wordt gesondeerd of subgingivaal gereinigd. Een half jaar na de ingreep vindt er een evaluatie plaats en wordt er een röntgenfoto vervaardigd (dia 7). Zes maanden na de ingreep zijn de pockets maximaal 3 mm en is er röntgenologisch botingroei zichtbaar. Deze situatie zorgt voor een gezond en goed te onderhouden parodontium. ●



RICHARD KOOP

>Van afstuderen naar de eerste visitatie

Na het afstuderen wordt er meestal gewerkt in een teamverband in een verwijspraktijk voor parodontologie (en implantologie). Je kan je voorlopige erkenning krijgen bij de NVvP en vervolgens kies je een mentor die jou begeleidt richting je eerst visitatie door de NVvP, waarbij je je definitieve erkenning krijgt. Dit proces duurt 2 á 3 jaar. In deze jaren verbeter je je praktische en klinische vaardigheden in parodontale diagnostiek, chirurgie en implantologie, maar je voert ook bij een aantal patiënten zelf de initiële parodontale behandeling uit. Na je eerste definitieve erkenning word je na vijf jaar weer geëvalueerd.

In het eerste jaren als parodontoloog verdiep je je meer in de opgedane kennis die je bij de opleiding hebt vergaard. Je krijgt meer praktische ervaring, omdat je veel meer (verschillende) patiënten ziet. Je ziet veel meer en veel sneller 'werk' van jezelf terug, waardoor je je continu blijft ontwikkelen. Dit is soortgelijk aan de eerste jaren na de opleiding tandheelkunde, waarbij je ook op tempo komt en veel praktische ervaring opdoet. Dit leerproces zorgt voor veel uitdagingen en is vooral heel leuk. In dit proces komt het kritisch redeneren, reflecteren en evidence-based denken terug,

wat zowel tijdens de post-initiële opleiding als bij de opleiding tandheelkunde belangrijk was. Hierbij zetten we vooral ook een praktijk gerichte visie naast.

Een groot verschil met de opleiding is, dat er meer vrijheid is en je niet meer onder supervisie werkt. Je leert snel beslissingen maken betreffende behandelplanning en er moet regelmatig snel geschakeld worden. Wel wordt er nog veel overlegd en onderling cases besproken en word je verder getraind door je meer ervaren collega's. Voordeel is dat alle collega's dezelfde opleiding hebben gedaan en net als jij ook die ontwikkelingen hebben doorgemaakt en weten tegen welke dingen je aanloopt.

Tijdens je opleiding raak je gewend aan veel studeren en 'lange dagen' maken. Ook in de praktijk blijft het hard werken en wat voor iedereen in het begin wennen blijft is de administratie die daar bij hoort. Hoe kan je zo kort en bondig mogelijk een patiënt beschrijven met de bijbehorende behandelplannen en wat ook belangrijk is hoe kan je zo duidelijk mogelijk je behandelplan uitleggen aan de patiënt.

Wat veel overeenkomt met de opleiding, is dat de aandacht voor de patiënt en de specifieke mond- en gezondheidssituatie belangrijk blijft. Het behandelplan is niet gericht op het behandelen van elementen, maar meer gericht op patiënten, waarbij gebaseerd wordt op wetenschappelijk onderzoek. Onderling is er meer overleg, omdat je meer patiënten ziet dan tijdens je opleiding. Ook word je één van de centrale aanspreekpunten voor behandelplanning en meer complexe problematiek en diagnostiek. Je werkt binnen een team met andere collega's en je hebt naast je praktische werkzaamheden ook vaak een sturende rol binnen de praktijk. Dit is ook één van de redenen dat het belangrijk is om eerst ervaring op te doen in de algemene praktijk, voordat er gestart wordt met de post-initiële opleiding. Je moet weten hoe een algemene praktijk werkt en waar een tandarts en mondhygiënist tegenaan kunnen lopen en hoe je communiceert met zowel de patiënten als de verwijzers.

Al met al vinden wij ons eerste jaar als parodontoloog heel snel gegaan. Terugkijkend hebben we op meerdere werk- en persoonlijke vlakken veel progressie geboekt. ●

KIRSTEN BUURMA, GERRY KARLIS, NEKTARIOS TSOROMOKOS

>Nieuws

Verhuizing / verbouwing PPT

Nadat de PPT circa 25 jaar gevestigd was aan de Auke Vleerstraat te Enschede was het tijd voor een verbouwing of verhuizing. De keuze viel op verhuizing op het moment dat een zeer geschikt pand, op steenworp afstand van de 'oude' locatie, beschikbaar kwam. Vanaf het moment dat er concreet plannen gemaakt moesten worden, zaten we nog midden in de periode van de coronacrisis. De nieuwe locatie op de eerste verdieping aan de Institutenweg 10 is, met een uitbreiding van zeven naar negen behandelkamers in zijn geheel ruimer van opzet, en biedt daardoor onder andere meer



mogelijkheden voor het geven van lezingen. Met de inrichting is rekening gehouden om werkzaam te zijn met de meest moderne materialen. Met beproefde nieuwe technieken op het gebied van parodontale en (pre-) implantologische behandelmethodes wordt een hoge mate van tevredenheid bij de naar ons verwezen patiënten geconstateerd. Dit geldt zeker ook op het gebied van regeneratie van verloren gegaan kaakbot.

De nieuwe locatie geeft voor minimaal de volgende 25 jaar goede mogelijkheden voor verwijzingen die gerelateerd zijn aan alle vormen van parodontale- en peri-implantaire hulpvragen met een streven naar steeds meer multidisciplinaire samenwerking met andere specialisaties / differentiaties op tandheelkundig gebied. ●

EDWIN ZEUBRING

>Praktijk info

PPG locatie **Groningen** Ubbo Emmiussingel 17
9711BB Groningen • tel. 050-3130064
e-mail: info@paropraktijkgroningen.nl
www.paropraktijkgroningen.nl

PPG locatie **Veendam** Molenstreek 13
9641HA 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

Nieuw adres per 1-7-'21:
PPT Institutenweg 10 • 7521 PK Enschede
tel. 053-4300024
e-mail: info@paropraktijkwente.nl
www.paropraktijkwente.nl

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

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

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

GELRELAND PARODONTOLOGIE
Groenmarkt 22 • 7201 HZ Zutphen
tel. 085-2732335 • e-mail: info@gelreland.nl
www.gelreland.nl

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

<PPT ENSCHEDE
<PPZ ZWOLLE
<PPF GOUTUM

<PPT ENSCHEDE