

Nieuwsbulletin Paro N.O.

[Parodontologiepraktijken Noord- en Oost-Nederland]

Nr 7 • Mei 2009

Eindredactie: Nico Corba
Vormgeving: Aat Doek BNO

In deze uitgave

- Paro
- Vooraankondiging N.O. Nederlands Mondhygiënistens Symposium
- Trauma van occlusie bij implantaten
- SSP congres 2008 in Genève
- EAO-congres te Warschau
- Donatie Beatrix Kinderziekenhuis
- Nieuws

PARODONTOLOGIE PRAKTIJK GRONINGEN
parodontologie en implantologie

PPZ Parodontologie Praktijk Zwolle
parodontologie & implantologie

PP Parodontologie Praktijk Twente

PPF PARODONTOLOGIE PRAKTIJK FRIESLAND
PARODONTOLOGIE - IMPLANTOLOGIE

PARODONTOLOGIE
PRAKTIJK EMMEN

UMCG Centrum voor Tandheelkunde en Mondzorgkunde

> Paro

Toen de HBO-opleiding tot mondhygiënist een 4-jarige werd en vanaf dat moment veel aandacht werd besteed aan de uitbreiding van het primaire takenpakket, waaronder het behandelen van eenvoudige caviteiten ("leren boren"), viel het ons op dat er minder belangstelling was voor de stages parodontologie in onze praktijken. Dat is begrijpelijk vanwege de aan het bovenstaan-

de verbonden onderwijskundige inspanning als het opnieuw invullen en herschrijven van het onderwijs, maar ook te betreuren, omdat stagiairs in de diverse paropraktijken veel klinische kennis en kunde kunnen opdoen die ze in hun latere beroepsleven heel hard nodig hebben. Ze kunnen daar de parodontitispatiënten behandelen waaraan binnen het reguliere onderwijs een groot gebrek is.

Gelukkig lijkt het tij te keren. Ook studenten beseffen het belang van de parodontale preventie en therapie en geven dat meer en meer te kennen aan hun opleiders waardoor de vraag naar stageplaatsen weer begint aan te trekken. De opleidingen bieden veelal een differentiëerend parodontologie aan voor die studenten die zich extra in de parodontologie willen verdiepen.

Collega Parodontoloog Schelte Fokkema, hoofddocent Mondzorgkunde in Amsterdam en Utrecht, spant zich in om dit voor de opleidingen zoveel mogelijk centraal te regelen. Dat is een goede zaak want een gezond gebit staat nog steeds op een gezond fundament. •

NICO CORBA

<PPZ ZWOLLE

> Vooraankondiging N.O. Nederlands Mondhygiënistens Symposium

In samenwerking met de Parodontologiepraktijken van N.O. Nederland wordt door het UMCG - Centrum voor Tandheelkunde en Mondzorgkunde een middag voor mondhygiënistens georganiseerd in het UMCG.

Aan de hand van casuïstiek zullen alle aspecten, beslisprocedures en vervolprotocolen en de communicatie rond de parodontale herbeoordeling worden besproken. Naast medewerkers uit de N.O. Parodontologiepraktijken zal ook prof.dr. A.J. van Winkelhoff een bijdrage aan het symposium leveren. Nadere informatie volgt, maar reserveer alvast in de agenda: **24 september 2009, 13.30 - 17.00 uur, UMCG.**

Nadere informatie volgt, maar reserveer alvast in de agenda: **24 september 2009, 13.30 - 17.00 uur, UMCG.**

Vanaf begin juni kunt u zich overigens alvast aanmelden via het inschrijfformulier op www.wenckebachinstituut.nl •

<UMCG GRONINGEN

> Trauma van occlusie bij implantaten

Dit is het derde artikel dat handelt over het voorkomen van problemen met implantaten.

Occlusale overbelasting van implantaten kan tot problemen leiden zoals het verlies van osseointegratie, losraken van abutment-schroeven en fractureren van porselein, suprastructuren, schroeven of zelfs volledige implantaten. Het creëren van goede occlusale- en articulatiepatronen is dan ook van groot belang.

De verankering van implantaten in de kaak bestaat uit een directe verbinding tussen het implantaat en het bot. Er is dus geen parodontaal ligament aanwezig. En dat maakt een groot verschil met natuurlijke elementen. Normaal gesproken heeft een implantaat niet veel moeite met het verwerken van verticale krachten. Laterale krachten worden wel moeilijker verwerkt. Laterale krachten op natuurlijke elementen worden opgevangen door het parodontaal ligament. Te zware laterale krachten leiden tot een verbreding van de parodontalspleet rondom het element en de tand of kies vertoont daardoor een grotere mobiliteit zonder dat aanhechtingsverlies is opgetreden. In combinatie met een aanwezige parodontitis kan dat echter wel leiden tot aanhechtingsverlies en een versnelde botafbraak met specifieke angulaire defecten. De reactie van het peri-implantaire weefsel op excessieve occlusale en laterale krachten wordt niet geheel begrepen. Maar wat wel duidelijk is, is dat de osseointegratie verloren gaat en uiteindelijk wordt het implantaat mobiel en gaat het verloren.

Maar wanneer worden krachten te groot? Daar zijn natuurlijk geen richtlijnen voor op te stellen. Wel weten we dat occlusale krachten sterk variëren tussen onze patiënten. De occlusale- en articulatiepatronen en eventuele parafunctionaliteiten zijn van groot belang. Daarnaast zijn factoren zoals de locatie van het implantaat, de grootte en het oppervlak van het implantaat van invloed evenals de botkwaliteit en -kwaliteit. Deze factoren zal de implanterende en restaurerende clinicus in overweging moeten nemen bij het opstellen van het behandelplan.

Gezien deze moeilijk te doorgronden processen zal ik toch trachten een aantal richtlijnen te geven die wij hanteren bij het maken van een behandelplan.

Botkwaliteit. Indien de botkwaliteit onvoldoende is moeten wij een afweging maken of we bot regenereren, een korter of minder breed implantaat plaatsen of extra implantaten plaatsen.

Botkwaliteit. Dit is vrijwel niet in te schatten voorafgaand aan de behandeling. Verminderde kwaliteit kan eventueel worden gecompenseerd door het plaatsen van meer en/of grotere implantaten.

Het solitaire implantaat. Verticale krachten kunnen normaal gesproken worden opgevangen. Let wel op dat wanneer een patiënt licht dichtbij er geen occlusaal contact is. Pas wanneer er stevig wordt doorgebeten mag een implantaat occlusaal contact maken. Laterale krachten op de

restauratie moeten worden vermeden. Zorg dat deze krachten worden opvangen door de natuurlijke dentitie. Bij een dentitie met een gezond gereduceerd parodontaal steunweefsel is dit best lastig omdat bij articulatie de natuurlijke elementen vaak meebewegen (secundair trauma van occlusie). Spalken van de natuurlijke dentitie kan dan uitkomst bieden.

Twee naast elkaar staande implantaten ten behoeve van solitaire verblokte kronen of een brug. Hierbij gelden dezelfde regels als bij een solitair implantaat. Het is vrijwel altijd aan te raden om de implantaten te verblokken zodat ze beter bestand zijn tegen eventuele laterale krachten. In sommige situaties kan het te overwegen zijn om articulatie geleidingsbanen te creëren bv. door het aanbrengen van een porseleinen veneer palatinaal van de boven cuspidaat (composiet slijt vaak te snel) zodat er een goede hoektandgeleiding ontstaat. Beperkte laterale belasting in groepsfunctie is eventueel te overwegen indien de implantaten voldoende robuust zijn, de kroon-implantaat verhouding niet meer is dan 1:1 en de botkwaliteit goed is (zoals bv. in de onderkaak).

Drie of meerdere implantaten ten behoeve van solitaire verblokte kronen of een brug. Met drie implantaten kan een stabiele driepoot worden gecreëerd. Deze driepoot is dan in staat om laterale krachten te verwerken. Hiermee kan nu dus zelfs de occlusie en articulatie worden gedragen. Weliswaar blijft een balans vinden met de resterende natuurlijke dentitie uiterst belangrijk.



Deze patiënte meldde zich met een knarsend geluid dat van het recent gerestoreerde meest distale implantaat afkomstig was. Er zat beweging in het implantaat. Bij nader onderzoek bleek dat het verloren was. De reden is hoogstwaarschijnlijk trauma van occlusie. Het was niet duidelijk waarom hier een (oversized) kroon is gemaakt met een cantilever en niet is gekozen voor een driedelige brug.

Bruxisme. Op zich hoeft bruxisme geen contra-indicatie te zijn voor implantaat therapie. Ook hierbij geldt dat een perfect opgezette occlusie en articulatie uiterst belangrijk zijn. Het maken van een nightguard is een absolute must. Mocht die niet gedragen worden dan fractureren op zijn minst stukken porselein. Bij sterk gebradeerde dentities zal dan ook een volledige nieuwe opbouw van de occlusie moeten worden overwogen.

In het kort:

- 1 Onderschat de invloed van occlusie en articulatie niet.
- 2 Wees uiterst nauwkeurig met het instellen van de occlusie en articulatie en controleer dit jaarlijks omdat het occlusale patroon inslijt
- 3 Verblok implantaten waar mogelijk
- 4 Vervaardig een nightguard bij enige verdenking van bruxisme •

OLAF VETH

<PPZ ZWOLLE

> SSP congres 2008 in Genève

Op uitnodiging van de SSP (Zwitserse vereniging voor parodontologie) kon ik als gast deelnemen aan het congres met als titel: "Tendensen in de parodontologie".

Op de dag voor het hoofdcongres vond in besloten kring een symposium plaats over **antibioticum in de parodontologie**. Er werden verschillende studies bekeken en besproken.

Het volledig mechanisch verwijderen van de subgingivale biofilm heeft absolute prioriteit.

Uit de literatuur is bekend dat het systemisch toedienen van een ondersteunend antibioticum tijdens een volledige initiële therapie een positieve invloed heeft op het behandelresultaat.

De resultaten van een groot deel van deze studies werden echter beoordeeld voor een groep en er werd niet gekeken naar de individuele situatie van de patiënt. Men wees in dit kader op de betekenis van bacteriologisch onderzoek.

Alleen de patiënten bij wie door bacteriologisch onderzoek subgingivaal Porphyromonas gingivalis werd aangetroffen bleken baat te hebben bij antibioticum medicatie. Het beste resultaat van initiële therapie werd in de meeste studies pas na meer dan 9 maanden gevonden. Op dit moment bestaan er geen adequate preparaten voor de toediening van locale antibiotica. De wetenschappers zullen hiervoor samen met de industrie nieuwe strategieën moeten ontwikkelen. •

ERIK MEIJER



<PPT ENSCHEDÉ

> EAO-congres te Warschau

Van 18 tot 20 september 2008 vond in Warschau het congres van de 'European Academy of Osseointegration (EAO)' plaats. Van de PPG was collega Lie ook aanwezig. Het is een congres dat jaarlijks in Europa wordt georganiseerd en de implantologie van meerdere kanten belicht. Enkele leerzame of opvallende zaken zullen wij hieronder belichten.

Men is het erover eens dat voor implantologische behandelingen in het esthetisch veeleisende frontgebied, bot- en weefselopbouw vrijwel altijd nodig zijn om tot een zo stabiel mogelijk eindresultaat te komen. (Vaak ook in meerdere sessies.) Van belang is om zich te realiseren dat bij elke toegepaste techniek de veranderingen in bot en gingiva nog lang doorgaan. Met name de

drie jaar grens na het plaatsen van de suprastructuur blijkt een kritische grens. Pas dan worden de echte veranderingen zichtbaar (voorbeeld: afname dikte van vestibulaire weefsels bij een implantaat gedragen kroon). Nazorg begint gelukkig steeds meer aandacht te krijgen, ook bij de volledig edentate patiënten met een implantaat gedragen constructie. Deze groep heeft vaak beperkte tandheelkundige hulp gezocht in het verleden en is zeker ook gebaat bij een strikt nazorgprogramma.

Peri-implantitis kreeg opvallend weinig aandacht. Het bleef beperkt tot enkele onderzoeksposters die de eventuele mogelijkheden lieten zien om de ontstane botdefecten met autoloog bot en/of botsubstituten te behandelen. Een opvallende poster van

een behandelaar uit Iran betrof een casus waar een, in onze ogen, heftige techniek werd besproken: Een niet goed geplaatst implantaat werd na osseointegratie ongeveer 5 minuten door middel van een elektrotroom "behandeld". Na zo'n 10 dagen kon het implantaat eenvoudig worden geëxplanteerd.

Professor Quiryne uit België liet zien dat bij edentate patiënten een implantaatgedragen prothese vanuit het oogpunt van de patiënt even goed functioneerde in de onder- en bovenkaak als een vaste constructie op implantaten. In de bovenkaak had deze uitneembare constructie verreweg de voorkeur. Goed om zich dit te realiseren aangezien het beeld vaak is dat een vaste constructie als superieur voor de patiënt wordt gezien.

Op het gebied van de behandeling van een extractie alveole bleek er verschil te bestaan tussen behandelaars (wel of niet direct opvullen van een alveole).

Experimenteel dierenonderzoek laat zien dat verschillende technieken de resorptie van bot en gingiva kunnen beperken, maar echter nooit 100% kunnen voorkómen. Andere onderwerpen die aandacht kregen waren implantologische behandelingen bij ouderen, de toepassingen van cone-beam röntgentechnieken en computergestuurde implantaat-behandelingen met boormal. Onderzoek laat zien dat de laatst genoemde techniek mogelijkheden biedt, maar een bepaalde beperkte onnauwkeurigheid altijd aanwezig blijft. •

MELLE VROOM / LODEWIJK GRÜNDEMANN

<PPF LEEUWARDEN

> Seminars info

PPT

De Parodontologie Praktijk Twente is gestart met een updating van de seminars voor verwijzers. We hebben reeds veel verwijzpraktijken mogen ontvangen en zouden ons verheugen op een aanvraag van de verwijzers (tandartsen en mondhygiënisten) die nog niet deel hebben genomen.

Seminar 1 is gedacht voor het gehele behandelteam. Tijdens deze avond zal informatie worden gegeven over indicatie voor verwijzen, maar ook over de behandelstappen van de verwezen patiënt. Het seminar 2 is vooral gedacht voor mondhygiënisten. Wanneer is uitgebreidere gespecialiseerde zorg nodig en hoe bespreek ik dat met de tandarts en de patiënt? Moet de initiële therapie opnieuw? Waar gebeurt de nazorg en recall?

Heeft u belangstelling; op aanvraag is het mogelijk deel te nemen aan de volgende seminars .

1. Wanneer verwijzen? (gehele verwijzpraktijk team)
2. Zo werkt de PPT (mondhygiënist in Twente)
3. Paro-endo probleem? Vanaf september 2009 (verwijzer, tandarts/mondhygiënist)

Bij interesse aanmelden PPT: tel. 053-4300024 of fax 053-4340151

> Praktijk info

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

PPG lokatie Veendam Molenstreek 13
9641 HA Veendam • tel. zie PPG

PPZ Groot Weezenland 15 • 8011 JV Zwolle
tel. 038-4222003 • fax 038-4224367
www.paropraktijkzwolle.nl

PPT Auke Vleerstraat 5 • 7521 PE Enschede
tel. 053-4300024 (4352777, collegiale lijn)
fax 053-4340151 • www.ppt-enschede.nl

PPF Noordersingel 98 • 8917 BD Leeuwarden
tel. 058-2160462 • fax 058-2160517 • www.parofries.nl

PPE Boslaan 6 • 7811 GJ Emmen
tel. 0591-645005 • fax 0591-619350

UMCG Ant. Deusinglaan 1
9713 AV Groningen • tel. 050-3633092 • fax 050-3632696
Afspraken polikliniek en halitose 050-3637505

> Donatie Beatrix Kinderziekenhuis

Op 15 januari 2009 vond de laatste officiële handeling plaats in het kader van de lustrumviering van de Parodontologie Praktijk Groningen. Genodigden voor de festiviteiten



Johan van Dijk en Anneke Tjassing (UMCG) voor de ingang van het Beatrix Kinderziekenhuis, na de overhandiging van de financiële donatie.

25 jaar PPG op 12 september 2008 werd gevraagd om met hun cadeau bij te dragen aan een financiële ondersteuning van het project "internet aan bed" van het Beatrix Kinderziekenhuis van het UMCG te Groningen. Dit project stelt de jonge patiënten in staat tijdens hun verblijf in de kliniek via internet contact te onderhouden met ouders, familie, vrienden en school. Uiteindelijk werd € 8500,- bijeengebracht, een bedrag waar zowel de PPG als de kinderkliniek door was verrast. Op 15 januari jl werd dit bedrag overhandigd. Een korte rondleiding op de kinderkliniek maakte duidelijk hoe ontzettend belangrijk dit project voor de patiëntjes is.

Vanaf deze plaats iedereen hartelijk bedankt voor de bijdrage •

> Nieuws

BESTUUR NVvP

Op 21 april, tijdens de algemene ledenvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie, heeft Jan Jansen afscheid genomen als voorzitter. Zijn termijn was tot een eind gekomen. Jan, bedankt voor alle energie die je in het reilen en zeilen van de NVvP hebt gestoken. Gelukkig is er een waardig opvolger. Erik Meijer bekleedt inmiddels de functie van voorzitter NVvP. We wensen hem veel succes toe.

PPG

Na het officiële afscheid van de praktijk heeft Johan van Dijk met het oog op de continuïteit van de praktijkwerkzaamheden nog een tijdje fulltime doorgewerkt. Op 1 juli 2009 zal hij gedurende enige tijd nog één dag in de week patiënten blijven behandelen, vooral gericht op het afronden van behandelingen in zijn eigen patiëntenbestand.

Meteen na de zomer verwachten wij een nieuwe parodontoloog te kunnen verwelkomen, Menke de Smit, op dit moment bezig met de laatste loodjes aan de parodontologie opleiding van de Katholieke Universiteit te Leuven (B). Menke heeft de opleiding tandheeskunde in Groningen gevolgd. Naast de klinische werkzaamheden in de PPG zal ze bij de opleiding Tandheeskunde in Groningen aan een promotieonderzoek werken. Wij zullen haar in het volgende nieuwsbulletin nader introduceren. Met het aantrekken van collega de Smit houden wij de behandelcapaciteit zowel op het gebied van de parodontologie als de implantologie goed op peil.

PPT

De PPT heeft een nieuwe Website: www.ppt-enschede.nl
Door de toename van de hoeveelheid verwijzingen is helaas de wachttijd voor de

start vande actieve parodontale behandeling 4 tot 6 maanden geworden.

We zien vooral een toename van ernstige ver gevorderde vormen van parodontitis, soms zelfs in combinatie met problemen rond implantaten.

Dit maakt nogmaals duidelijk hoe belangrijk het systematisch screenen van de patiënt in de tandartspraktijk is.

PPZ

Aernout Kraaijenhagen heeft met ingang van 1 maart jl. de PPZ verlaten. Hij woont in Amsterdam en het reizen kostte hem dermate veel tijd dat hij deze stap heeft moeten nemen.

Gelukkig kon Ellart van de Weerdhof, over wie wij in het vorige Nieuwsbulletin reeds berichtten, de werkzaamheden van Aernout probleemloos overnemen zodat er geen capaciteitsprobleem is ontstaan.

<PPG GRONINGEN

<PPG GRONINGEN

<PPT ENSCHEDÉ

<PPZ ZWOLLE