

## Uit de paropraktijk: Recessie: reden tot zorg!

Gingivarecessie is de meest zichtbare vorm van parodontale afbraak, patiënten beschrijven parodontitis vaak als "terugtrekkend tandvlees" en associëren dit met het ouder worden. Alhoewel wij als behandelaars er middels adequate voorlichting en preventie naar streven dat patiënten een leven lang hun eigen tanden, zonder parodontaal verval, behouden, is een geringe mate van recessie en papilverlies bij ouderen niet geheel te vermijden.

In toenemende mate zien we ook bij jonge individuen (<25 jaar) ernstige gingivarecessies, die wel degelijk het levenslange behoud van gebitselementen kunnen bedreigen. Onderzoek (Proefschrift Dr. A-M. Renkema, 2014; 1, 2.) laat zien dat een gering percentage draadspalken in de retentiefase actief kan worden. Niet geheel duidelijk is hoe dit komt, maar het losraken van spalken en met enige vertraging opnieuw vastzetten daarvan en para-functionele krachten die door bijv. nagelbijten en het (ongewild) bijten op piercings ontstaan, spelen hierbij een rol. Met name in het onderfront waar de alveolus en het parodontium geleet op de normale anatomie (=de biologische enveloppe) al een geringe dimensie hebben, komen deze risicofactoren samen. Dit vanwege het feit dat juist para-functionele krachten door nagelbijten en bijv. tong piercings en draadspalken in het onder front kunnen samenkomen met draadspalken, dit vanwege de permanente retentie van die elementen na orthodontie.

Van groot belang is daarom dat met name bij patiënten met een zgn. "dun gingiva biotype", die in de retentiefase na orthodontie voor periodiek mondonderzoek de tandarts of mondhygiënist bezoeken, gecontroleerd wordt of enerzijds er sprake is van het (deels) losraken van de spalk en of dat de as-richting van gespalkte elementen aan veranderingen onderhevig is. Een van de beste methoden hiervoor is om van incisaal het onderfront te beoordelen op eventuele standsveranderingen. In het tijdperk van digitale fotografie is te overwegen dit ook vast te leggen. Alhoewel veel recessies niet snel progressief zijn, zal een element dat door de retentieraad actief verplaatst wordt steeds meer recessie vertonen. Dit kan zelfs tot verlies van de betreffende elementen leiden en een expectatief beleid in dit soort gevallen is dan ook een verkeerde benadering.

### Casus I.

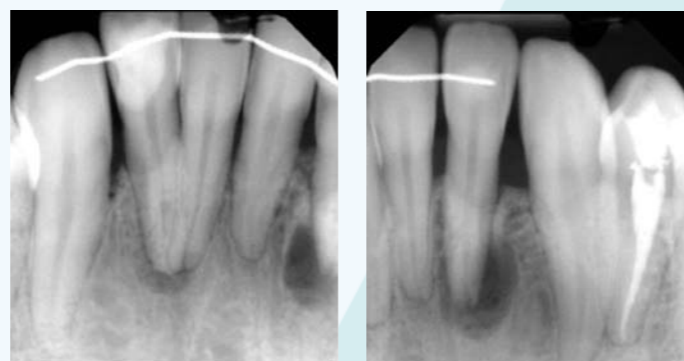
47 jarige patiënte: Progressieve recessie heeft tot avitaliteit van de 32 en 42 geleid.



Afb. a. Actieve spalk heeft elementen verplaatst.



Afb. b. 43 & 31-32 naar linguaal, 42 en 32 naar buccaal.



Afb. c. en d. Aanhechtingsverlies tot rondom de apices van de 32 en 42 (de elementen zijn tot autologe etsbruggen geconverteerd).

Een tijdige multi-disciplinaire benadering waarbij, onder begeleiding van een mondhygiënist voor een adequate plaque-beheersing, eerst middels een orthodontische herbehandeling het door recessie aangedane element weer binnen "de biologische enveloppe" gebracht wordt, is de enige benadering die aan de vereisten voor een succesvolle regeneratie van het verloren gegane parodontium middels een bindweefseltransplantatie voldoet. Indien de radix van het door recessie aangedane element niet binnen de "biologische enveloppe" staat, is de kans op volledig en langdurig weefselherstel minder groot.

### Casus II.

Laat een 33 jarige patiënte zien waar de 42 door een actieve retentiedraad ernstig naar buccaal is verplaatst. Na orthodontische herbehandeling is mede door mondhygiënistische begeleiding de recessie al aanzienlijk afgenomen. Doordat het worteloppervlak door blootstelling aan de mondholte is geïnfecteerd persisteert een cleft-vormig recessiedefect.



Afb. a. en b. laten effect van actieve retentiedraad zien, 42 naar buccaal, 43 naar linguaal verplaatst.



Afb. c. d. en e. laten zien wat het effect van de orthodontie op de recessie is met nieuwe retentiedraad in situ.

Sinds de jaren 70 zijn verschillende operatietechnieken ontwikkeld om parodontaal weefselherstel te realiseren en momenteel is consensus dat de zgn. tunneltechniek (Zabalegui, IJPRD 1999; 3) de beste techniek is voor regeneratie van recessiedefecten. Verder is aanvullend gebruik van bio-actieve eiwitten (amelogenine) al ruim 20 jaar een bijzondere aanwinst om parodontale regeneratie te bevorderen. Tientallen publicaties laten significante klinische aanhechtingswinst zien en histologisch nieuwvorming van wortelcement, parodontaal ligament en bot. (Koop, J.Periodontology, 2012; 4).

Met een nieuwe retentiedraad in situ is tpv. de 42 onder lokaal-anesthesie via de recessie een submucosale tunnelpreparatie gemaakt. Na instrumentatie van het geïnfecteerde worteloppervlak behandeling met EDTA-gel en amelogenine is een subepitheliaal bindweefseltransplantaat in de tunnel ingebracht en is de cleft microchirurgisch over het transplantaat gesloten.



Afb. f. bindweefseltransplantaat icm. applicatie amelogenine in situ, cleft microchirurgisch gesloten.



Afb. g. en h. laten de genezing na 6 maanden zien, de toename van de gingivadikte is evident en de kans op recidive van deze recessie is uiterst gering.

Verder zien we eveneens bij oudere patiënten door traumatische poetstechnieken, ook waar er geen sprake is van ernstige afwijkingen in de tandstand, ernstige gingivarecessies ontstaan. Op het moment dat de worteloppervlakken bloot komen te liggen, blijken deze worteloppervlakken kwetsbaar voor het ontstaan van poetsgroeven, erosies en wortelcariës, bovendien kunnen deze elementen pijnklachten geven door dentinegevoeligheid, met name koude prikkels zijn voor veel patiënten pijnlijk.

Poetsgroeven kunnen natuurlijk met adhesieve restauraties opgevuld worden, maar hechting aan worteloppervlakken van deze restauraties houdt niet altijd stand, sommige kl.V restauraties blijken bovendien zodanig plaque-retentief dat



gingivitis en/of secundaire cariës ontstaat, met op lange termijn weer de noodzaak voor revisie van deze restauraties en verder parodontaal weefselverlies.

Dit falen van kl.V restauraties wordt door patiënten als storend ervaren en ook de toegenomen tandlengte die het gevolg is van voormelde kl.V restauraties wordt door veel patiënten als, onderhoudsgevoelig (vanwege verkleuringen), onnatuurlijk en minder fraai ervaren.

Wanneer worteloppervlakken parodontaal regeneratief succesvol behandeld worden, zal geen verdere erosie of anderszins hard weefselverlies optreden, kl.V restauraties worden voorafgaand aan de operatieve behandeling verwijderd en kunnen dus ook niet meer falen.

**Casus III.**

laat een 50-jarige patiënte zien met ernstige recessies en poetsgroeven tpv. met name de 13-14 en 23 en in mindere mate de 12-22, verder had patiënte ook in de onderkaak ernstige recessies tpv. de 33-35 en 43-45, tpv. de 33-35, 43 en 45 waren de kl.V restauraties verloren gegaan, tpv. de 33 is sprake van een verkleuring tgv. vroegere wortelcariës. Patiënte had de wens voor weefselherstel middels parodontale regeneratie vanwege het herhaalde falen van de adhesieve restauraties, de onnatuurlijke tandlengte en klachten vanwege de gevoeligheid van deze elementen.



Afb. a. Recessies 13-14 en 23 met poetsgroeven, geringere recessie in regio 12-22.



Afb. b en c. Tunnelpreparatie via recessie met speciale donkere, niet-reflectieve tunnel instrumenten.



Afb. d. BWT uit palatum boven op tunnel gelegd, dit wordt nog uitgerekt bij het inhechten.



Afb. e. donorlocatie met extensie naar tuber om vanaf één zijde van het palatum een adequate lengte van het BWT te verkrijgen.



Afb. f. direct post-operatief na aanbrengen BWT icm. amelogenine.



Afb. g. 2 weken post-operatief.



Afb. h. 18 maanden post-operatief.



Afb. i. 34-33 wortelcariës 33, 43-45, kl.V restauratie 44 nog in situ.



Afb. j. en k. 44 na verwijderen kl.V restauratie en 33 na verwijderen wortelcariës.



Afb. l. m. en n. 1-zijdig bindweefseltransplantaat, zo gesplitst (l. 54mm, m. 28+32mm = 60mm) dat maximale lengte gehaald wordt incl. sluiting donorlocatie met continu doorlopende lushechting.



Afb. o. en p. na inhechten BWT icm. applicatie amelogenine.



Afb. q. regio 33-35 en 44-45 na genezing, let vooral op de toename van de weefseldikte in de regio van de prominente radices halverwege de radixlengte. Volledige transformatie naar een veel gunstiger gingiva biotype.

Samenvattend zijn er verschillende redenen om zorg aan gingiva-recessie te besteden, dit enerzijds om in extreme situaties zelfs behoud van elementen veilig te stellen en anderzijds op een duurzame wijze weefselherstel middels parodontale regeneratie te realiseren waar traditionele benaderingen tekort schieten.

Verder kan er toch niets mooier zijn dan herstel van een parodontaal weefseldefect met een volledig en functioneel nieuw parodontium, restitutio ad integrum!

Giles de Quincey  
Met dank aan dr. H. Greter, orthodontist Eindhoven

#### Bibliografie:

1. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2013 Feb;143(2):206-12. doi: 10.1016/j.ajodo.2012.09.018. Development of labial gingival recessions in orthodontically treated patients. Renkema AM1, Fudalej PS, Renkema A, Kiekens R, Katsaros C.
2. Eur J Orthod. 2013 Apr;35(2):249-55. doi: 10.1093/ejo/cjs045. Epub 2012 Jul 24. Gingival recessions and the change of inclination of mandibular incisors during orthodontic treatment. Renkema AM1, Fudalej PS, Renkema A, Bronkhorst E, Katsaros C.
3. The International journal of periodontics & restorative dentistry Apr;19(2):199-206. Treatment of multiple adjacent gingival recessions with the tunnel sub-epithelial connective tissue graft: a clinical report. Zabalegui I, Sicilia A, Cambra J, Gil J, Sanz M. (1999)
4. J Periodontol. 2012 Jun;83(6):707-20. doi: 10.1902/jop.2011.110266. Epub 2011 Nov 3. Periodontal regeneration with enamel matrix derivative in reconstructive periodontal therapy: a systematic review. Koop RI, Merheb J, Quirynen M.



## Nieuws

Conceptversie open voor commentaar

# 'Perio Focus green paper': wat vindt u ervan?

Via publicatie van de 'Perio Focus green paper' proberen de EFP, de AAP (American Society of Periodontology) en de APSP (Asian Pacific Society of Periodontology) op globaal niveau diagnose en behandeling van parodontitis op de kaart te zetten.

Zij vragen hiermee de aandacht van (mond)zorg-professionals, onderwijsinstellingen, beleidsmakers en betalende partijen in de gezondheidszorg, alsmede het algemene publiek om (toegang tot) parodontale zorg te verbeteren. Ook de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) wordt hierin betrokken.

**Wetenschappelijk onderbouwde uiteenzetting**  
De voorgenomen publicatie is een heldere en wetenschappelijk onderbouwde uiteenzetting van het belang van (vroeg) diagnostiek en (gespecialiseerde) behandeling van parodontitis. Zelfs in de meest ontwikkelde landen veroorzaakt parodontitis een aanzienlijke ziektelast en hebben grote delen van de bevolking moeite om gezondheidsinformatie en professionele zorg te bereiken.

**Actiepunten**  
De publicatie komt met een aantal voor de hand liggende actiepunten ten aanzien van preventie, diagnostiek en behandelstrategie van parodontale aandoeningen. De implementatie daarvan zal in grote mate afhankelijk zijn van de nationale gezondheidssystemen en de middelen die zij ervoor reserveren.

**Wat vindt u ervan?**  
Op onze site leest u de complete publicatie. Alhoewel de deadline 1 April 2016 was, vindt uw dringende commentaar vast nog wel gehoor bij: [greenpaper@efp.org](mailto:greenpaper@efp.org). Vergeet u niet om de regel- en paragraafnummers te vermelden (hiervoor kunt u gebruikmaken van de regels naast de tekst). De uiteindelijke versie zal in het Journal of Clinical Periodontology gepubliceerd worden.

Menke de Smit, parodontoloog

## Twee EFP-Awards voor Edwin Winkel



Maar liefst twee onderscheidingen kreeg prof. dr. Edwin Winkel tijdens de General Assembly van de EFP onlangs in Berlijn: de (zeldzaam uitgereikte) Distinguished Service Award en de EFP Board Service Award. Winkel kreeg de onderscheidingen als dank voor zijn niet-aflatende inzet voor de EFP in de afgelopen 25 jaar. Plannen voor een bijzonder nieuw initiatief heeft hij al: "Halitose verdient een wereldwijd professioneel platform."

"Ik kijk terug op een hele mooie tijd," zegt Edwin Winkel, doelend op de 25 jaar waarin hij samen met anderen de EFP heeft opgebouwd. "Letterlijk 'from scratch on' hebben we een gezonde professionele organisatie opgebouwd, die wereldwijd erkend wordt als toonaangevend in de parodontologie. Vanuit de EFP zijn er bijvoorbeeld ook in Brussel veel relaties gelegd met organisaties als de WHO, waardoor parodontologie steeds meer een meer duidelijke positie krijgt in de medische wereld. Dat zijn wel ontwikkelingen waar we trots op mogen zijn. Die inzet heeft ook mijzelf veel gebracht. Het is prettig om voor je vakgebied bezig te zijn en om andere landen te helpen met het meer op de kaart zetten van parodontologie. Daarnaast heb ik bijzondere internationale vriendschappen opgebouwd."

**Mooie erkenning**  
Na 25 jaar stopt Edwin met zijn actieve deelname aan EFP-commissies, waarvan de laatste 6 jaar vooral stonden in het teken van de External Affairs Committee, zijn voorzitterschap van deze commissie heeft hij inmiddels overgedragen aan Tiernan