

Gingivarecessie:

Wat moet je ermee?

Tijdens het reguliere mondonderzoek valt ons oog regelmatig op gingivarecessies. In de meeste gevallen wordt hier onvoldoende aandacht aan besteed. Bij de afwezigheid van verdiepte ontstoken pockets worden gingivarecessies dus vaak voor lief genomen. Gingivarecessies vallen onder de mucogingivale afwijkingen en komen meestal verspreid in de dentitie voor.

Algemeen is aanvaard dat er een relatie bestaat tussen leeftijd en het voorkomen ervan. Vaak is ook de omvang van gingivarecessies gerelateerd aan leeftijd. Als deze op het oog verder geen klachten veroorzaken wordt de aandacht, vaak onterecht, verplaatst naar de structuren er omheen. Opvallend is hoe weinig gingivarecessies worden vastgelegd tijdens het parodontale onderzoek. En dan zit het er opeens: een ernstige gingivarecessie. De snelheid waarmee deze mucogingivale afwijking zich manifesteert is soms verbazingwekkend hoog. Meldingen van ernstige recessievorming binnen 1 jaar zijn geen uitzondering. Progressieve laesies vertalen de snelheid waarmee de gingiva lokaal degenerereert. Degeneratie leidt tot necrose met ernstig aanhechtingsverlies tot gevolg. Dus gingivitis kan zonder pocketvorming leiden tot aanhechtingsverlies met een recessie tot gevolg. Is hier sprake van parodontitis? Eigenlijk niet, want het parodontale bot is nooit aangetast. Daarentegen is het parodontium wel degelijk aangetast! Er kan sprake zijn van verlies van aanhechting tot ver onder de glazuur cement grens. Het kan dus het risico inluiden op ernstige aantasting van het mucogingivale complex en zelfs het verlies van een gebitselement. Hoe kan het dan dat zonder een verleden van parodontitis het alveolaire bot niet is aangetast? Vaak moet er dan naar het verleden van de patiënt gekeken worden. Is de patiënt vatbaar voor gingivarecessies en hoe bepaal ik dat? Het individuele risicoprofiel wordt bepaald aan de hand van een gedegen risicoanalyse bij aanvang van de behandeling. Dat is de eerste keer dat de patiënt bij ons in de stoel wordt uitgenodigd. Deze verantwoordelijkheid ligt dus bij de behandelaar. In het hieronder gepresenteerde stuk wordt in gegaan op de laatste feiten geïllustreerd met een aantal voorbeelden.

In de literatuur wordt veelal gesproken over typering van gingivarecessies. Wat is de eigenlijke achterliggende oorzaak? Eigenlijk is er sprake van 5 typen gingivarecessie. Een recessie differentieert zich in: gingivitis, trauma, destructieve parodontitis, migratie en orthodontische behandeling

Typering recessies

Gingivarecessie die optreedt ten gevolge van gingivitis is het meest bekende type. Zonder gingivitis kan het mucogingivale complex niet

worden aangetast. Dit complex wordt ondersteund door het onderliggende alveolaire bot. De alveole rondom het gebitselement wordt gevormd door de buccale en linguale botlamel. Bij velen manifesteren zich openingen in deze alveole. Dit zijn de zogenaamde botfenestraties. Deze fenestraties kunnen zowel in de buccale maar ook in de linguale botlamel liggen. Het alveolaire bot ontbreekt dus lokaal op de worteloppervlakken zonder dat daarbij het parodontium is aangetast. Als er sprake is van een begrenzing met bot rondom een dergelijke opening in de lamel spreekt men van een fenestratie. Is er sprake van een coronale onderbreking in de lamel dan is er sprake van een botdehiscentie. Een botdehiscentie is gerelateerd met een verhoogd risico op recessievorming. Helaas is het nagenoeg onmogelijk om vooraf aan de recessievorming een botdehiscentie vast te stellen. Bij een patiënt met een dun biotype gingiva kan het onderliggende worteloppervlak ter plaatse van de dehiscentie wat oplichten. Het oogt wat 'wittig'. In het geval van een dik biotype gingiva waarbij sprake is van dikkere gingiva ontbreekt dit klinische beeld. Het tweede type gingivarecessie kan worden toebedeeld aan trauma. Voor een gezond parodontium is niet alleen het behalen van een



Gingivarecessie ten gevolge van gingivitis. De recessie reikt ver in het mucogingivale complex. Tandplak is aanwezig op het blootliggende worteloppervlak. Apicaal is reeds cariës zichtbaar. Mucosa is zichtbaar geïrriteerd en ontstoken.



Gingivarecessie na uitgebreide orthodontische behandeling. Lokaal zijn poetstraumata zichtbaar. Er is sprake van een dun biotype. Duidelijke symptomen van gingivitis ontbreken en plak is afwezig.

adequaat niveau van mondhygiëne. Ook de manier waarop dit generaliseerd wordt is van groot belang. Excessief poetsen leidt in de regel tot poetstraumata. Dit uit zich op de gingiva met huidlaesies en op het worteloppervlak met cervicale abrasiën. Cervicale abrasiën zijn vaak gepolijst.

Ultrasone reiniging

Van groot belang is dus de instructie van mondhygiëne. Het verbeteren ervan na de vorming van een ernstige gingivarecessie kan soms leiden tot spontaan herstel. Het is bekend dat voor het verwezenlijken van een optimale mondhygiëne de patiënt een aantal keer kort achter elkaar terug moet komen ter controle van het plakniveau en voor het geven van aanvullende instructies. Maar ook de uitvoering van de mondhygiëne moet geëvalueerd worden. Deze 'feedback' is nodig voor de patiënt als leercurve om gedragsveranderingen vast te kunnen stellen. Controle op de uitvoering wordt vaak als lastig beschouwd. Hiervoor moet de patiënt soms letterlijk bij de hand genomen worden om zijn acties te sturen. Dat leidt vaak tot wat onwennige situaties in de professionele relatie tussen patiënt en behan-

delaar, zeker als het leeftijdsverschil en de maatschappelijke status meespelen. Het risico op poetstrauma door excessief poetsgedrag kan worden vergroot door onvoldoende aandacht te besteden aan controle op de uitvoering. Een patiënt kan al jaren het gevoel hebben dat hij adequaat poetst 'want er zit toch geen plak?' zonder zich de consequenties ervan te realiseren. Hier kan dus indirect sprake zijn van een iatrogeen trauma: door onvoldoende begeleiding poetst de patiënt inadequaat met als gevolg gingivarecessie door trauma. Hoe vaak horen we wel niet 'ik moest toch op het tandvlees poetsen?' Fout, met de borstelkop er niet op maar er tegen aan!

Andere trauma's aan het mucogingivale complex kunnen veroorzaakt worden door overbehandeling of het gebruik van te scherp instrumentarium in de parodontale nazorgfase. Dit is het iatrogene trauma. Nog steeds wordt door sommigen met argusogen gekeken naar ultrasonische gebitsreiniging in de initiële parodontale therapie. Door vele studies is het effect van ultrasone gebitsreiniging bewezen. Juist in de nazorgfase kan op kwetsbare plekken gebruik worden gemaakt van deze apparatuur. Kwetsbare plekken zijn ondiepe sulci in dun biotype gingiva. Deze zijn verhoogd vatbaar voor recessievor- →



Gingivarecessie ten gevolge van trauma. De interdental papillen vertonen kleine huidlaesies ten gevolge van excessief poetsen. De blootliggende worteloppervlakken vertonen geen plak en 'spiegelen' het opvallende licht.



Gingivarecessie ten gevolge van destructieve parodontitis. Parodontale behandeling is > 20 jaar geleden uitgevoerd. Er is nu sprake van een gereduceerd parodontium met vergevorderd aanhechtingsverlies.

kenniszaken

→ ming. Het parodontium is makkelijk te beschadigen met gingivarecessie tot gevolg. Een ultrasone behandeling biedt de mogelijkheid op een atraumatische wijze te reinigen.

Als laatste kan een gingiva trauma veroorzaakt worden door automutilatie. Hiervan wordt vaak melding gemaakt bij mongoloïde patiënten. Maar automutilatie komt ook regelmatig voor bij de 'normale' patiënt. Een framepje wat niet lekker zit, maar consequent op zijn plek wordt geduwd, waarbij de ankers of het kunsthars gruwelijk over het tandvlees schuiven. De pen die gebruikt wordt als bijstok of als tandenstoker. Niet te vergeten die ene patiënt die zelf een scaler op de kop heeft weten te tikken en daarmee ongehinderd zonder enige kennis dagelijks zijn interdentale ruimtes schoon houdt.

Destructieve parodontitis leidt tot aantasting van het parodontium met verlies van aanhechting en gingivarecessie als klinisch gevolg. Het is evident dat parodontitis een multicausaal probleem is en dat behandeling ervan gedifferentieerde zorg behoeft.

Migratie van elementen

Migratie van gebitselementen kan spontaan optreden door bijvoorbeeld een prematuur contact, een occlusaal trauma of door de natuurlijke verplaatsing van de gebitselementen in de processus alveolaris, – de zogenaamde 'mesial drift'. Een prematuur contact kan ontstaan door een (nieuwe) restauratie waarbij de occlusie en articulatie onvoldoende is gecontroleerd. Dit leidt tot overbelasting waarbij de gebitselementen in de tandboog gaan wijken van het premature contact af. Een lokale botfenestratie of botdehiscentie kan daarbij in omvang toenemen. Bij de juiste predisponerende factoren zoals plak, gingivitis, poetstraumata en/of dun biotype neemt het risico op recessievorming toe. Van belang is om al in een vroeg stadium de tandarts hierop te wijzen.

Elementen verplaatsen

Tandmigratie kan echter ook optreden tijdens of na een orthodontische behandeling. Lang heeft men in de veronderstelling geleefd dat gebitselementen grenzeloos verplaatst kunnen worden in de processus alveolaris. De laatste jaren komt men hier van terug. Uit



Gingivarecessie na orthodontie. De gingivarecessies zijn buccaal gelokaliseerd. Het gehele muco-gingivale complex staat zichtbaar gespannen. Gebitselementen zijn buiten de 'genetisch bepaalde enveloppe' geplaatst.



Spontane migratie van onderfront elementen, waarbij de elementen mogelijk door parafunctionalities of door "mesial drift" uit de alveolaire processus zijn gedrukt.

dierexperimentele studies is namelijk gebleken dat de coronale begrenzing van de buccale botlamel naar apicaal verdwijnt als een gebitselement orthodontisch te ver naar vestibulair wordt geplaatst. De linguale en buccale corticalis van de processus alveolaris vormen dus een natuurlijke barrière waartussen de elementen verplaatst kunnen worden. Als een element toch door de corticalis wordt geplaatst, schendt men deze barrière en verdwijnt het bot. In de literatuur wordt daarom ook wel gesproken over het schenden van de genetisch bepaalde enveloppe. Bij de behandeling van deze mucogingivale problematiek moet op tijd de expertise van de orthodontist ingeroepen worden. Helaas is herbehandeling vaak niet mogelijk of te invasief en biedt een recessiebedekking de enige oplossing. Gingivarecessies komen regelmatig voor in de dentitie en zijn sterk afhankelijk van een aantal factoren zoals hierboven beschreven. Het moge duidelijk zijn dat tijd hier een cruciale rol speelt: hoe eerder je erbij bent, hoe sneller je er wat aan kan (laten) doen. De rol van zowel de mondhygiënist, de orthodontist als de parodontoloog mag in deze niet worden onderschat.

*Guido Rhemrev (1971) is universitair docent/stafid van de afdeling parodontologie van ACTA. Sinds 2004 werkt hij als parodontoloog/implantoloog bij de Kliniek voor Parodontologie in Amsterdam. ←