

“Orthodontie risicofactor voor ontstaan gingivarecessie”

Interview met Guido Rhemrev, tandarts-parodontoloog en gespecialiseerd in plastische parodontale chirurgie

TEKST: MARIEKE EPPING
FOTO'S: CHARLES DUMAS

Guido Rhemrev is als een van de weinigen in Nederland gespecialiseerd in de behandeling van gingivarecessies. Met microchirurgie helpt de Amsterdamse tandarts-parodontoloog zijn patiënten vaak enorm vooruit. Door zijn werk altijd te documenteren en te reflecteren op zijn eigen behandelingen, kunnen ook vakgenoten van zijn ervaringen profiteren. Tijdens het congres PARO2015 op 6 februari 2015 zal Rhemrev uitgebreid op de gingivarecessie ingaan. Dental Tribune sprak met Rhemrev over zijn interessante aandachtsgebied.

Plastische parodontale (micro)chirurgie is niet het meest bekende tandheelkundige specialisme. Hoe bent u in dit deelgebied terechtgekomen?

Het was zeker niet wat ik aan het begin van mijn carrière in mijn hoofd had. In eerste instantie wilde ik geneeskunde studeren en arts worden. Nadat ik was uitgeloot, ben ik voor Tandheelkunde gegaan. Wat me hierin aansprak was de zelfstandigheid in het uitoefenen van het vak: je hoeft toch minder, of althans op een andere manier, verantwoordelijkheid af te leggen dan wanneer je in het ziekenhuis werkt.

Tijdens mijn studie vond ik het al interessant hoe weefsel re-

geert op een behandeling en hoe het geneest. Natuurlijk leerde ik ook over restauraties en extracties, maar ik vond vooral het grote geheel daarachter boeiend, hoe alles biologisch met elkaar verweven is. Ik had daarom mijn zinnen gezet op een specialisatie tot kaakchirurg, maar net op dat moment werd ingevoerd dat je daarvoor ook de gehele studie geneeskunde moest doorlopen. Dat vond ik te lang gaan duren. Nadat ik later ook de vervolopleiding tot tandarts-parodontoloog had afgerond, kwam de microchirurgie in beeld.

Toen kwamen uw beide interessegebieden dus samen: de parodontologie en de (kaak)chirurgie. Hoe heeft u zich dit zeldzame vak eigen gemaakt?

Ik zag mijn collega Frank Abbas al het een en ander aan microchirurgie doen - kroonverlengingen, gingivectomieën, ook al wat recessiebedekkingen - en bewonderde de verfijning van operatietechnieken. Met wat ik van hem leerde, uit boeken haalde en op cursussen opstak heb ik me het vak eigen gemaakt. Daarbij heb ik alles wat ik deed secuur gedocumenteerd, zodat ik kon reflecteren op goede en minder goede uitkomsten. Door mezelf steeds te verbeteren en bij te leren, heb ik mij het specialistische deelgebied van de

plastische parodontale (micro)chirurgie eigen gemaakt.

Die naam wekt de suggestie dat uw interesse vooral cosmetisch is...

De behandeling is zeker niet gericht op esthetiek: bijna al deze ingrepen hebben als doel het tandvlees in de oorspronkelijke vorm te herstellen en een aandoening te verhelpen. Dat het eindresultaat een 'mooier' beeld oplevert is meegenomen, maar absoluut niet het einddoel.

Met welke aandoening komen patiënten het meeste bij u?

Het grootste deel van mijn patiënten wordt doorverwezen vanwege gingivarecessies. Zij hebben een of meerdere blootliggende wortels en hebben daar vaak veel last van: de wortels en elementen zijn gevoelig en pijnlijk, het tandvlees eromheen is ontstoken en bloedt vaak. Bovendien is het gebit hierdoor lastig schoon te maken. Met een chirurgische ingreep bedekken we de blootliggende wortels.

Wat zijn de oorzaken van een gingivarecessie?

Bij een gingivarecessie is het kaakbot tussen tandvlees en element verdwenen. Dit kaakbot is van belang voor de architectuur van het tandvlees: de dikte ervan, en verticaal gezien de verhouding gingiva/mucosa. Zonder kaakbot wordt het tandvlees heel dun en daardoor kwetsbaar. Er zijn minder bloedvaten, dus bij een beschadiging van het tandvlees kan het nauwelijks meer herstellen. Ook een infectie kan dan een probleem zijn: er zijn weinig bloedvaten om de cellen van je immuunsysteem bij de plaats van infectie te krijgen. Verder is er geen ruimte om een ontsteking te laten ontstaan, voor alle afweerstoffen als cytokines, voor zwellingen, enzovoort. Als je lichaam merkt dat het een infectie niet kan aanpakken, kan het weefsel op die plek worden afgestoten om het overige weefsel te beschermen. Dat resulteert in een 'teruggetrokken' gingiva en een blootliggende wortel.



Een botdehiscentie, een terugtrekking van het kaakbot, kan verschillende oorzaken hebben. Er kan een onderliggende aandoening achter zitten, of er kan sprake zijn van parodontitis waardoor het bot wordt aangetaast. Ook een orthodontische behandeling in het verleden kan de boosdoener zijn: de meeste patiënten die naar mij zijn verwezen voor de behandeling van een gingivarecessie, hebben in het verleden orthodontie gehad. Ook uit de literatuur weten we inmiddels dat orthodontie een verhoogd risico geeft op het later ontwikkelen van een gingivarecessie.

“Poetstrauma's veroorzaken geen gingivarecessies”

Hoe kan orthodontie een botdehiscentie veroorzaken?

Elk mens heeft een bepaalde genetische blauwdruk: in je genen ligt al vast hoe je schedel er ongeveer uitziet en je kaak gevormd wordt. Dat geldt ook voor hoe de tanden in die kaak geplaatst zijn. Bij een orthodontische behandeling verander je de skeletale en de dentale verhoudingen. Dat kan, maar er zitten grenzen aan hoeveel je kunt veranderen ten opzichte van die genetische blauwdruk. Die begrenzingsnoemen we de 'genetisch bepaalde envelop'.

Bij orthodontie worden elementen altijd naar buiten verplaatst. Naar binnen toe is immers geen ruimte over. Daarbij verplaatst ook het kaakbot waar het element in staat. Verplaatst je de elementen te ver, buiten de genetisch bepaalde envelop, dan

gaat het kaakbot niet meer mee. Op de plek waar die genetische grens wordt overschreden, ontstaat dan een botdehiscentie. We zien dan een U-vormige terugtrekking van het bot, waarvan de punt bij de apex ligt en het breedste punt bij de tandhals. Die botdehiscentie ligt aan de basis van een mogelijke gingivarecessie.

Het is dus achterhaald om poetstrauma's als veroorzakers van gingivarecessies aan te wijzen?

Absoluut. Enkel een poetstrauma kan geen gingivarecessie veroorzaken. Het kan wel het proces versnellen, wanneer het tandvlees al verzwakt is door een gebrek aan onderliggend kaakbot. Maar de voorwaarde voor een gingivarecessie is dat er geen kaakbot onder het tandvlees zit. Anders kan die wortel niet bloot komen te liggen. In een gezonde mond zal een poetstrauma natuurlijk het tandvlees beschadigen en theoretisch gesproken zou je zo hard kunnen poetsen dat je het tandvlees geheel wegpoetst, maar dan kom je alsnog uit op het kaakbot, niet op de tandwortel.

Hoe kan een gingivarecessie worden behandeld?

Een recessiebedekking is in feite het 'opdikken' van het lokaal te dunne tandvlees, zodat het kan herstellen na een infectie of trauma. Dit doe je door een stuk bindweefsel van dezelfde patiënt te transplanteren, bijvoorbeeld uit het verhemelte. Dat vergt een nauwgezette chirurgische ingreep: het ontvangende weefsel wordt losgemaakt en vastgehecht aan het transplantaat. De bloed-

> lees verder op pagina 6



**PRAKTIJKBEGELEIDING
INTERIM MANAGEMENT
TRAINING**

www.roovos.nl info@roovos.nl 020- 330 61 84

- De Tandarts aan de Leiding
- Communicatietrainingen voor assistenten
- Teamtrainingen op maat:
 - communicatie
 - samenwerken
 - omgaan met lastig gedrag

Onze ervaring is úw succes



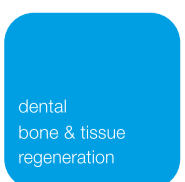
More than a partnership. A synergy of strengths.



GBR-procedures zijn niet meer weg te denken bij een implantaatbehandeling en worden steeds vaker toegepast. Als marktleider in de implantologie en restauratieve tandheelkunde speelt Straumann in op deze trend door samen te werken met botiss. botiss is een toonaangevende producent en ontwikkelaar van kwalitatief hoogwaardige tandheelkundige regeneratieve materialen.

- Tandheelkundige regeneratieve materialen voor elke indicatie en vereiste.
- Alles wat u nodig heeft voor een implantaatbehandeling: implantaten, regeneratieve materialen en prothetiek.

Meer informatie: (030) 600 89 00, verkoop@straumann.com, www.straumann.nl.



> vervolg van pagina 4

vaten van het transplantaat worden aan de bloedvaten van het receptorgebied vastgehecht, zodat het transplantaat doorbloed en gevoed wordt. Door lokale groeifactoren groeit het getransplanteerde bindweefsel uit tot gingivaweefsel. Uiteindelijk verdwijnt zo'n 60 tot 70% van het transplantaat, omdat het integreert in de gingiva (zie ook de casus op pagina 7).

Het gebruik van transplantatieweefsel is essentieel in de behandeling. Zonder weefsel om de gingiva weer te 'verlijmen', kun je het aangedane weefsel niet opdikken. Als het tandvlees dun blijft, is er geen mogelijkheid tot herstel. In de bovenkaak kan een gingivarecessie soms zonder transplantaat worden behandeld, want daar is het weefsel vaak minder uitgedund en is er dus wel ruimte om te opereren.

Hoe belastend is deze ingreep voor de patiënt?

Patiënten hebben van deze ingreep evenveel last als van een

conventionele flap-operatie. Ze voelen de anesthesie aan het begin en vervolgens is het een pijnloze ingreep. De behandelduur varieert van één tot drie uur. Over het algemeen hebben patiënten nauwelijks postoperatieve pijn, maar uiteraard krijgen ze stevige pijnstilling mee. Wel kan er zwelling optreden na de ingreep.

Na twee weken mogen de hechtingen eruit en na zes weken kunnen we zeggen dat het gebied

“*Transplantatieweefsel is essentieel voor het succes van een recessiebedekking*”

goed is geheeld. We spreken dan van een gematureerd wondgebied: bijna maximale genezing. Na drie maanden kunnen we beoordelen of de behandeling succesvol is geweest. Het behandelde weefsel blijft niet langer een zwakke plek, doordat we bij de ingreep met het transplantaat hebben gezorgd dat het weefsel weer een gezonde dikte heeft gekregen.

Welke ontwikkelingen hebben een belangrijke rol gespeeld in de vooruitgang van dit vakgebied?

Door het beschikbaar komen van nieuwe technieken en een verfijning van de chirurgie is gezocht naar andere toepassingsmogelijkheden ervan. Zo kwam men uit bij gingivarecessies: waar je eerst niet de mogelijkheden had het teruggetrokken tandvlees te herstellen, werd door die nieuwe techniek het mogelijk microchirurgisch te transplanteren en de recessie weer te bedekken. Daarom is documentatie zo belangrijk: als je kunt terugkijken naar je eerder vastliep, kun je startpunten voor nieuwe technieken vinden. Zo kun je zomaar een aandoening die onbehandelbaar lijkt, zoals gingivarecessie jaren bekend stond, toch van een behandeling voorzien.

Weet de algemeen practicus voldoende van de behandeling van gingivarecessies?

Lange tijd was de gedachte dat er niets te doen was aan een gingivarecessie. Nadat ik enige tijd bezig was met het uitvoeren van deze behandeling en het documenteren daarvan, ben ik infor-



matiefolders gaan maken en verspreiden om bekend te maken dat deze aandoening inmiddels wel degelijk te behandelen was. Ook ben ik informatieavonden gaan verzorgen, bij mij op de praktijk. Daar vertelde ik over de behandelmogelijkheden en liet ik zien dat ik de techniek van een recessiebedekking beheerste. Ik denk dat inmiddels een derde van de tandartsen weet dat een gingivarecessie te behandelen is. Dat is nog niet genoeg, maar als je bedenkt dat dat toen ik begon misschien één van de twintig lag, is het toch flinke winst.

Wat kan de algemeen practicus zelf doen?

Een tandarts die niet geschoold is in de parodontale plastische chirurgie raad ik ten zeerste af zelf een gingivarecessie te behandelen. Een goede tandarts heeft voldoende kennis om zijn patiënt goed te behandelen en informeren, maar weet ook wanneer hij moet doorverwijzen. Zonder de juiste techniek kan ingrijpen de recessie alleen maar erger maken. Het belangrijkste is dat hij goed in te gaten houdt of hij een gingivarecessie ziet ontstaan, of zijn patiënt een risico hierop loopt.

Waar moet een algemeen practicus op letten om vroegtijdig een gingivarecessie te ontdekken?

Parodontitis, of gingivitis die zich kan ontwikkelen tot een parodontitis, is natuurlijk iets om in de gaten te houden. Hierdoor kan een onderliggend botdefect ontstaan en het tandvlees kwetsbaar worden. Daarnaast moet de tandarts onderkennen dat een in het verleden ondergane orthodontische behandeling een grote risi-

cofactor is voor het ontwikkelen van gingivarecessies. Aangezien elk jaar meer kinderen een orthodontische behandeling krijgen, loopt een almaar groeiende groep een verhoogd risico.

Tandartsen moeten bij deze patiënten vooral het onderfront in de gaten houden. Daar is de gingiva dunner dan in de zijdelingse delen of het bovenfront. Dat dunne weefsel in combinatie met de draadspalk die vaak achter de onderfrontelementen is geplaatst, kan ervoor zorgen dat die elementen rond de draadspalk gaan draaien. 'Helikopterstand' noem ik dat. Die verplaatsing is een extra trigger voor een gingivarecessie. Samen met orthodontisten Charlotte Prahel en Brigitte Bokhout - het team waarmee ik samenwerk op het gebied van recessiebedekkingen - heb ik een advies uitgebracht aan tandartsen om de draadspalk te verwijderen wanneer de patiënt dertig jaar is. Dat is de leeftijd dat de groei en verplaatsing van de tanden voltooid is; je ziet de groeicurve van het lichaam rond die leeftijd ook afvlakken. De draadspalk langer laten zitten doet meer kwaad dan dat de patiënt er nog profijt van heeft.

Welke rol kan de mondhygiënisten spelen bij het voorkomen of ontdekken van gingivarecessies?

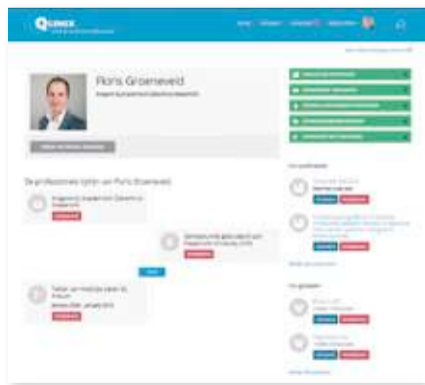
Mondhygiënisten kunnen dit probleem goed signaleren, omdat zij veel met de gehele mond en het tandvlees bezig zijn. Gingivarecessies zijn bekend terrein voor mondhygiënisten, doordat zij weten dat na het behandelen van parodontitis vaak een gingivarecessie optreedt. Dat is inherent aan de behandeling.



Qlinix - Het online kennisnetwerk voor medische professionals

Qlinix is een besloten online gemeenschap, exclusief toegankelijk voor BIG-geregistreerde artsen, tandartsen en apothekers. Op Qlinix kunt u vakinformatie met collega's delen, uw artikelen en voordrachten publiceren of het laatste nieuws binnen uw specialisme ontvangen. U kunt contact leggen met vakgenoten, groepen beginnen en oud-collega's of studiegenoten terugvinden.

Maar het meest unieke van Qlinix is de mogelijkheid collega-artsen in consult te vragen. Leg een casus voor aan een individuele collega, of een groep collega's met een specifieke expertise. De beslotenheid van het platform maakt dat een casus veilig en enkel met medische professionals kan worden besproken.



Meld u gratis aan op www.qlinix.nl

en ontvang tevens gratis toegang tot klinischdiagnostiek.nl

Besloten community voor artsen, tandartsen en apothekers

- ✓ Deel vakinformatie met collega's
- ✓ Toon uw presentaties, artikelen en voordrachten
- ✓ Consulteer een collega of een expert
- ✓ Vorm besloten groepen voor communicatie en het delen van vakinformatie
- ✓ Blijf in contact met studiegenoten en (oud-)collega's

Qlinix is een initiatief van:

Geneskundeboek.nl

PRELUM
MEDISCHE WERK | NACHRIJEN

{AccreDidact

Casus

TEKST EN FOTO'S: GUIDO RHEMREV



1 Tijdens eerste consult: patiënt is verwezen voor een recessiebedekking. Duidelijk is hier de 'helikopterstand' zichtbaar in het onderfront: de 32 staat fors naar buccaal geïnclineerd, de 33 fors naar linguaal.



2 Occlusale opname van de 32 en 33 in 'helikopterstand': Stand en positie van deze elementen wijkt volkomen af van die van de overige frontelementen en correspondeert niet met de situatie bij orthodontische afbehandeling meer dan tien jaar geleden (patiënt is 24 jaar oud).



3 Orthodontische herbehandeling wordt uitgevoerd. Duidelijk zichtbaar is de spontane ingroei van gingiva naar de gingivarecessie toe: de recessie neemt af in lengte en breedte.



4 Occlusale opname van de orthodontische herbehandeling. Hier is zichtbaar dat de 33 en 32 terug in de tandboog orthodontisch zijn getoet.



5 Opname van de situatie tijdens chirurgie. Een flap is afgeschoven, waarbij een transplantaat uit het gehemelte is gefixeerd met hechtingen op de radices van de 33 en 32.



6 Parodontale situatie bij de 32 en 33, één jaar na chirurgie.

Leren studenten Tandheelkunde in de huidige opleidingen iets over recessiebedekkingen of plastisch parodontale chirurgie?

De ingreep zit niet in de tandheelkundige basisopleiding, tenzij een clinicus die de studenten begeleidt die toevallig noemt. Ook chirurgische technieken worden nauwelijks behandeld: de stage op de kaakchirurgie duurt nog maar een week of twee, en hechten leren studenten summier. In de opleiding tot parodontoloog komt het onderwerp wel aan bod, maar de aandacht is

algemeen praktijk, door de tandarts of de mondhygiënist, kan worden uitgevoerd. Complexe gevallen van parodontitis zullen uiteraard nog wel bij de verwijspraktijk terechtkomen, en ook hiervoor zullen parodontologen geschoold moeten zijn in de plastische parodontale (micro)chirurgie, voor bijvoorbeeld recessiebedekkingen of regeneratie van parodontale defecten. Daarnaast zal het aantal gingivarecessies toenemen, doordat behandeling door de mondhygiënist steeds gangbaarder wordt en daarmee het absolute aantal patiënten dat een parodontale behandeling ondergaat.

Moet er minder orthodontie worden uitgevoerd, om patiënten te behoeden voor een gingivarecessie?

Ik denk niet dat er minder orthodontie moet worden uitgevoerd, maar dat orthodontisten rekening moeten houden met de genetische blauwdruk van hun patiënt. Ze moeten de grenzen in kaart brengen om daar hun behandeling op af te stemmen. Dat kan goed met behulp van een cone beam CT-scan. Aan de hand van het 3D-beeld van kaak en elementen kan bepaald worden binnen welke grenzen er met orthodontie valt te laveren. In de toekomst zie ik daarom een CBCT standaard worden bij aanvang van een orthodontische behandeling.

Mocht er dan toch de wens zijn de grenzen te overschrijden, dan zal de orthodontist in overleg moeten gaan met zijn patiënt, en voorstellen om niet voor orthodontie, maar voor een chirurgische behandeling te kiezen, of voor een combinatie van de twee. Een chirurgische ingreep kan bijvoorbeeld een recessiebedekking na afloop zijn, maar ook een osteotomie. Elke orthodontist zal zich ervan bewust moeten zijn dat een gingivarecessie geen ondenkbaar gevolg van zijn behandeling is. ■

“Orthodontisten moeten rekening houden met de genetische blauwdruk van patiënten”

minimaal. De aandacht ligt daar vooral bij de behandeling van parodontitis. Deze specifieke aandoening en de behandeling ervan vallen daar natuurlijk niet direct onder. Maar ik zie wel steeds meer parodontologen die zich na hun opleiding verder in het onderwerp verdiepen.

Hoe ziet u de toekomst van de plastische parodontale chirurgie? Welke ontwikkelingen gaan we tegemoet?

Steeds meer parodontologen zullen zich gaan richten op plastische parodontale (micro)chirurgie, omdat parodontitis in toenemende mate al in een vroeg stadium wordt ontdekt. In die gevallen is nog adequate (chirurgische) behandeling mogelijk. Ook zullen patiënten met milde parodontitis minder vaak naar een parodontologiepraktijk worden verwezen, omdat de behandeling gemakkelijker in de

QualityPractice

Tandheelkunde

Al 10 jaar!

De zekerheid van topklinische nascholing



BEKIJK HET NIEUWE PROGRAMMA EN WORD LID

www.qualitypractice.nl