

25 jaar Vlaamse Gezondheidszorg.

CARIESPREVENTIE EN ZORG VOOR HET PARODONTIUM

of hoe een gezond gebit bijdraagt tot preventie...

Inleiding: Prof. dr. L.MARTENS en Prof. dr. J. VANOBBERGEN

Moderator: Tandarts H. DELEYE VVVT

Het landschap waarin actueel tandheelkundige preventie wordt uitgevoerd is de laatste 50 jaar heel sterk gewijzigd.

Op verschillende aspecten binnen de mondzorg werd in deze periode heel wat vooruitgang geboekt. Dit resulteerde in aandacht voor efficiëntere preventieve en curatieve zorg voor de belangrijkste aandoeningen in de mond, zijnde cariës en gingivitis-parodontitis, aandacht voor het probleem van de tanderosie gekoppeld aan intrinsieke en extrinsieke determinanten, aandacht voor traumatologie zowel inzake preventie als inzake therapie, opsporing en preventie van tumoren.

Het grootste deel echter van de mondzorg wordt nog steeds opgeëist door de problematiek van cariës. Tevens zijn er vanuit preventief oogpunt veel parallellen met gingivitis-parodontitis (mondhygiëne). Er wordt dan ook speciaal aandacht geschonken aan dit item.

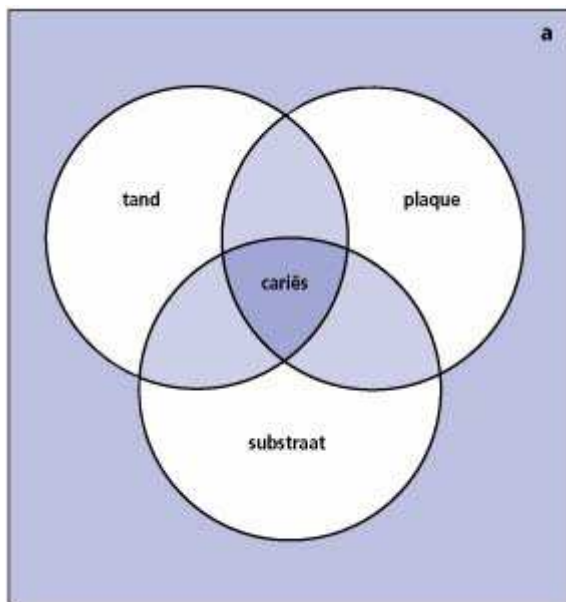
Wat cariës betreft heeft het definitief aanvaarden van de zuurtheorie van Miller waarbij aangenomen wordt dat de organische eindzuren bij het afbreken van suikers (voedselresten) verantwoordelijk zijn voor de ontkalking, geleid tot de doorbraak van de actuele preventie zoals we die nu kennen. Een gericht mondhygiëne advies en voedingsadvies is hierbij uitermate belangrijk.

Een bijzonder aspect is permanente aanwezigheid van fluoride in het mondmilieu. Fluoride werkt vertragend op het ontstaan en de progressie van cariës. Het natuurlijk herstel van initiële cariës via remineralisatie werd uitvoerig bestudeerd. Deze beide effecten boden nieuwe mogelijkheden voor preventieve interventies bij initiële cariës en hebben er toe geleid dat een meer weefselvriendelijke houding werd aangenomen bij het curatief behandelen van cariës.

Dit alles resulteerde in een verminderde prevalentie en incidentie van cariës, maar meteen ook in een gepolariseerde vorm van voorkomen van tandbederf in onze populaties. De overgrote meerderheid van pathologie is te vinden bij een kleinere, maar substantiële groep patiënten, die sterke aantasting van het gebit vertoont.

Zonder blijvende aandacht voor het probleem is de kans dus groot dat enerzijds tandbederf terug in ernst zal toenemen en dat de gezondheidsverschillen die wij actueel vaststellen zullen vergroten.

De bovenvermelde cariëstheorie zoals we die nu kennen houdt rekening met primaire, direct oorzakelijke factoren, die werden weergegeven via het bekende diagram van Keyes en Jordan (1963) (figuur).



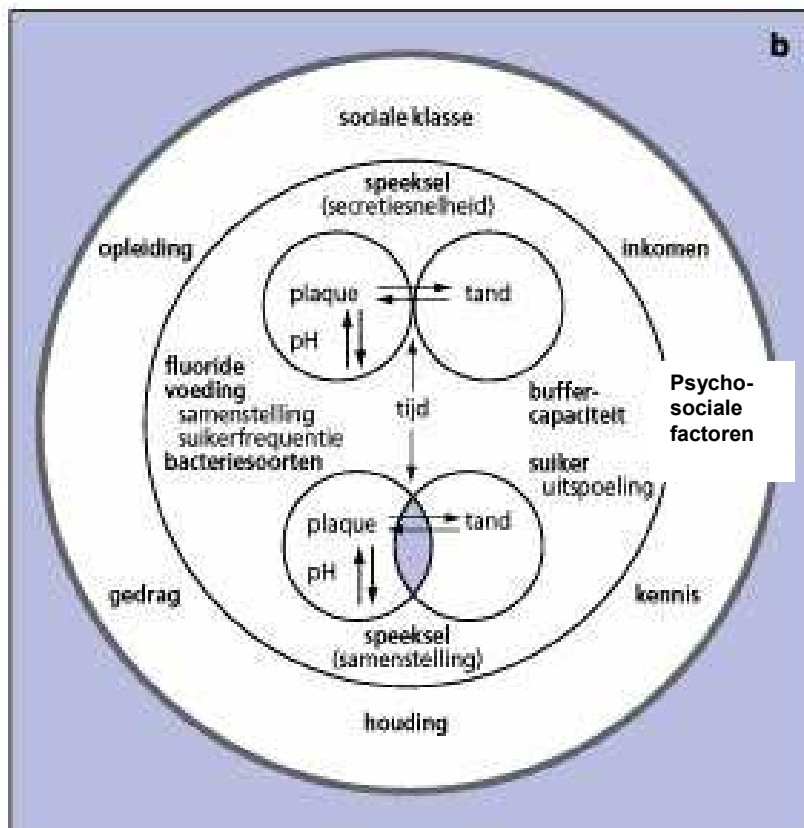
Diverse bacteriën (flora) zijn oorzaak van het tandbederf maar kunnen geen schade veroorzaken als ze niet beschikken over fermenteerbare koolhydraten (suikers).

Deze bacteriën bevinden zich in een microbiële laag die actueel biofilm wordt genoemd en zowel bacteriën als voedselresten als cellen bevat. Deze biofilm wordt in de volksmond plaque genoemd. Een goede mondhygiëne stelt zich dus tot doel de mond plaquevrij te houden. Plaque ligt ook aan de basis van de tandvleesontsteking.

Uitroeien van één bacteriesoort kan helpen bij het verhinderen van cariës, maar toch is het meteen bewezen dat heel wat bacteriën in de tandplaque zuur kunnen vormen, waarbij de ene soort vooral belangrijk is voor het initiëren van cariës en de andere vorm voor de progressie van cariës. Fluoride is een belangrijke gastheer factor, die naast het feit dat ze verantwoordelijk is voor de grote daling van de cariës prevalentie ook een rol speelt in de progressie en het vóórkomen van cariës. De posteruptieve fluoride inbouw, aanvaard als de belangrijkste inbouw, vindt vooral plaats in de

buitenste lagen van het glazuur, waardoor cariës eerder ontstaat als een soort 'onderhuidse' ontkalking.

Naast deze primair oorzakelijke factoren zijn actueel heel wat secundaire en tertiaire, niet noodzakelijk direct oorzakelijke factoren bekend die een belangrijk rol spelen in het multifactorieel proces van cariës. (figuur). Het belang van de 'tijd', het belang van het speeksel, maar ook de belangrijke invloed van de omgevingsfactoren (sociaal economische context, voedingsaanbod, media, ...) en psycho-sociale factoren (self-esteem, health locus of control, rookgedrag...), werden in het causaal model verwerkt. Ze worden weergegeven in het diagram van Fejerskov



De gevolgen van dit alles voor ons cariësmanagement zijn zeer indringend, maar nog niet steeds doorgedrongen tot de dagdagelijkse praktijkvoering. Het reversiebele karakter van cariës in zijn initiële vorm en de trage progressie hebben aanleiding gegeven tot onderzoek naar nieuwe detectiemethoden voor cariës. Vroege detectie biedt immers meer mogelijkheden tot preventieve therapie zoals gerichte mondhygiëne, lokale fluorideapplicatie en gebruik van antimicrobiële preparaten.

Apparatuur werd ontwikkeld waarmee zowel de intrinsieke fluorescentie van glazuur kan worden gemeten als de fluorescerende metaboliëten van de mondbacteriën.

Daarnaast werden procedures voor risico inschatting ontwikkeld die het mogelijk maken een gericht preventiebeleid te voeren aangepast aan het risico profiel van de individuele patiënt of bepaalde patiëntengroepen, nadat deze werden geïdentificeerd. Dit resulteert niet alleen in meer efficiënte klinische preventiestrategieën, maar ook tot een verhoogde economische effectiviteit. Ook op restauratief vlak heeft dit alles zijn consequenties. Terwijl vroeger alle putten en groeven werden uitgeboord en met metaalkleurige vullingen werden gevuld wordt vandaag minimaal invasief gewerkt en alles met klevende tandkleurige vulmaterialen hersteld.

De verfijnde diagnostiek en de meer nauwkeurige aanpak van de letsels vraagt ook naar een reorganisatie van werkmodaliteiten en bijsturen van de gezondheidszorg. Het definiëren van risico wordt per patiënt een must ! Wat recent aanvaard werd voor de parodontologie (DPSI-index) kan evengoed voor cariës waarbij men geen risico, laag risico en hoog risico perfect kan inschatten. Het is voorspelbaar dat een groot gedeelte van de hoog-risicogroep zal terug te vinden zijn in een deel van de bevolking dat moeilijk toegang krijgt tot de tandarts enerzijds of waar de tandarts geen affiniteit voor heeft anderzijds. Het betreft oa. personen met een handicap, geïnstitutionaliseerde personen, bejaarden, dementen, kansarmen...Voor deze groepen zijn heel wat van de behandelaspecten niet te bundelen in een prestatiegerichte geneeskunde.

De zorg voor specifieke hoog-risico patiënten groepen moet worden geoptimaliseerd door het creëren van nieuwe honoreringsmodaliteiten zoals forfaitaire vergoedingen, capitation, gesalarieerde gezondheidswerkers, Bij dit alles moet meteen ook gedacht worden aan speciaal opgeleide hulpkrachten.

Een goed gebit draagt bij tot preventie (zie titel)...oa. van hart-en vaatziekten...

Een verzorgd gebit verhoogt de 'quality of life' van de patiënt !

Onze grootste zorg voor de toekomst zal er dus in bestaan deze uitdagingen niet uit de weg te gaan en samen te werken aan het implementeren van deze nieuwe inzichten in de dagdagelijkse praktijkvoering van de komende jaren.

Gent, 14-02-2006