



parodontologische
kliniek

Paro-info

september 2025



Afgelopen mei hebben onze parodontologen het Euro Perio Congress in Wenen bezocht. Van een aantal onderwerpen hebben wij voor u een samenvatting van de lezing gemaakt. Hierbij vindt u de eerste editie.

Prof. Nicola. West van de University of Bristol (UK) sprak over **de nadelige effecten van parodontitis.**

Parodontitis gaat gepaard met verschillende nadelige effecten in de mond die ook een aanzienlijke impact kunnen hebben op de systemische gezondheid. Dentine overgevoeligheid is één van de gevolgen in de mond. Dentineovergevoeligheid (DO), als gevolg van tandvleesrecessie, ontwikkelt zich vaak bij patiënten met gevorderde parodontale aandoeningen. Het wordt gedefinieerd als een korte, scherpe pijn die optreedt wanneer blootliggend dentine op de kroon en/of wortel van een gezonde, vitale tand wordt gestimuleerd door een natuurlijk voorkomende stimulus (meestal iets kouds). De pijn stopt bij het wegnemen van de stimulus, wordt zelden geassocieerd met één tand, kan episodisch zijn als de dentinetubuli veranderen van een afgesloten naar een gedeeltelijk of niet-afgesloten status. Deze gevoeligheid heeft een negatieve invloed op de kwaliteit van leven.

Waarom krijgen we deze pijn of gevoeligheid? De pijntheorie is de 'hydro-dynamische theorie van Brännström'. Normaal gesproken is er een langzame vloeistofstroom door de dentinetubuli. Recessie en tandslijtage veroorzaken blootliggende tubuli. Een stimulus op open tubuli, als die helemaal tot aan de pulpa open zijn, veroorzaakt een verandering (versnelling) in de vloeistofstroom door de tubuli heen, waardoor de zenuwuiteinden geprikkeld raken, hetgeen een pijnreactie in de vitale pulpa veroorzaakt.

Om deze pijnroute te activeren moet(en):

- 1) het dentine bloot liggen
- 2) de tubuli zijn blootgelegd; dit gebeurt vaak door erosie (extrinsieke en intrinsieke zuren) of abrasie (tandenborstel en tandpasta)
- 3) de dentinetubuli open zijn: van de orale omgeving tot aan de pulpa.

Professor West heeft een multicenter epidemiologisch onderzoek uitgevoerd naar de prevalentie en geassocieerde risicofactoren van DO bij 3551 gezonde volwassenen in 7 Europese landen. Er waren 2 manieren waarop de onderzoeksgegevens zijn verzameld: door klinisch onderzoek én gerapporteerd door de patiënt zelf. Bij het klinisch onderzoek werd met een koude luchtstroom bij de buccale / linguale cervicale rand van de aangewezen tanden een score van 0-3 (Schiff-schaal) op de pijnstimulus (waarbij 3 het meest pijnlijk) geregistreerd. De patiënt vulde een vragenlijst in. Daarbij werd tevens gevraagd naar het effect van DO op de kwaliteit van leven.

Uitkomsten van de door de patiënt zelf gerapporteerde dentine overgevoeligheid (DO):

Veel triggers stimuleren DO; kou is de meest voorkomend en heftigste trigger. Ook het gebruik van de afzuiger tijdens tandheelkundige behandeling wordt als pijnlijk ervaren. 38-47 jaar is de piektijd waarin patiënten DO ervaren. DO kan heel lang aanhouden; de meeste patiënten rapporteerden minstens meer dan 2 jaar last te hebben van DO, maar het kan ook meer dan 40 jaar aanwezig zijn. Het aantal triggers is ongeveer 2 voor elke patiënt.

Vrouwen ervaren meer pijn dan mannen.

Kwaliteit van leven wordt door DO (negatief) beïnvloed.

Er is meer gevoeligheid op buccale vlakken; de meest aangedane gebits-elementen zijn de 1e molaar en 1e premolaar in de bovenkaak en de centrale onderincisieven.

De Schiff (pijn)score correleerde vrij goed met de zelf gerapporteerde pijn.

Klinische bevindingen over recessies:

Recessie correleerde positief met leeftijd, en kwam buccaal het meest voor. Recessie is significant geassocieerd met DO.

Buccaal is er significant meer gingivarecessie aan dezelfde kant als de dominante poets-hand. Linguaal / palatinaal heeft dezelfde trend, maar is niet significant. Er was geen associatie tussen de dominante hand voor DO en de geregistreeerde pijnscore 2-3.

Recessie komt veel voor bij alle leeftijden: 88% van de deelnemers >1 tand met recessie (>1 mm).

50% van de deelnemers rapporteerden recessie, maar 23% van deze mensen wist niet of zij wel of geen recessie hadden.

Recessie >1 mm kwam veel voor, maar kwam vaker voor op buccale (87%) dan op linguale / palatinale vlakken (66%) .

De gemiddelde recessie bij 3516 deelnemers was 2,8 mm.

Een duur van DO van meer dan 2 jaar wordt geassocieerd met > 3 mm recessie.

Recessie lijkt meer geassocieerd te zijn met parodontale gezondheid dan met parodontitis (in dit cohort).

De oorzaak van recessies is multifactorieel.

Overige bevindingen uit de vragenlijst:

DO wordt geassocieerd met: stress, brandend maagzuur, braken, slaapmedicatie & antidepressiva, een droge mond en slechte adem.

Er is meer DO met een toename in de frequentie van de consumptie van zure voedingsmiddelen: bijvoorbeeld het consumeren van vruchtensappen / vruchtenthee tussen de maaltijden door.

Handmatig tandenpoetsen kan een trigger zijn voor DO.

DO kan geassocieerd worden met een slechtere gezondheid-gerelateerde kwaliteit van leven.

56% van de vrouwen versus 50% van de mannen gaf aan dat hun DO-pijn "van enige betekenis" of "zeer belangrijk" was.

Patiënten met DO hebben meer moeite om naar de tandarts te gaan.

Kwaliteit van leven:

Er is een scala aan door patiënten gerapporteerde effecten: pijn, functionele beperkingen en psychosociale effecten.

Mensen reageren op verschillende manieren op DO: dit uit zich in een verschil van overtuigingen (anders denken over de aandoening), of van gedrag (vermijden, aanpassen, compromissen sluiten, tolerant zijn)

De gerapporteerde effecten worden verminderd door thuisgebruik van professionele producten om DO te verlichten.

Waarom is er zo weinig aandacht voor DO vanuit de tandheelkundige professie? De impact ervan wordt onderschat, het tandheelkundig team zegt: "Het is gewoon gevoeligheid", en het verhaal van de patiënt is: "Het is er altijd, en ik wil geen watje zijn...". Tandheelkundige teams en patiënten worden geconfronteerd met een reeks psychosociale en praktische barrières die gesprekken over DO belemmeren, wat bijdraagt aan een 'onderdiagnose' van DO. Dentine overgevoeligheid is uitstekend meetbaar, is meestal beheersbaar en behandeling ervan kan de kwaliteit van leven verbeteren.

Aanbeveling voor tandheelkundige zorg bij DO:

- 1) Anamnese en diagnose : pijngeschiedenis, medische en tandheelkundige anamnese; klinisch en röntgenologisch onderzoek; identificatie van belangrijkste etiologische en predisponerende factoren.
Sluit andere pathologieën uit met een differentiële diagnose (barst /fractuur, vitale bleekbehandeling, endodontisch probleem, overbelasting, etc.).
- 2) Behandelplan: start het gesprek over DO, gebruik DO- vragenlijst, voltooi risicoanalyse (erosieve factoren, tandenpoetsgewoonten).
Identificeer en registreer tandslijtage, recessies , klinisch gediagnosticeerde DO.
Preventie: bewustwording, educatie, gedrags- en etiologische factoren, aanpassing, het stimuleren/motiveren van de patiënt, aanbeveling van bewezen effectief thuisgebruik (sensitive tandpasta's).
Professionele behandeling als de thuiszorg niet werkt; regelmatige follow-up, herbeoordeling en monitoring.

Wist u dat:

- Wij graag kennismaken met nieuwe verwijzers? Daarom organiseren we binnenkort een kennismakingsmoment.
- Wij uw mening erg op prijs stellen? Daarom willen wij u vriendelijk vragen om uw feedback over onze samenwerking te geven. Dit kan via de onderstaande link of QR-code. De enquête neemt slechts enkele minuten van uw tijd in beslag.



Vriendelijke groet,

Jacqueline Speelman, parodontoloog NVvP

Ilara Zerbo, parodontoloog NVvP

Julie Graswinckel, parodontoloog NVvP en implantoloog

Simone Cortellini, parodontoloog NVvP en implantoloog KU Leuven

Parodontologische Kliniek Den Haag ■ Koninginnegracht 56 ■ 2514 AE Den Haag

T 070 - 361 51 46 ■ E info@paro-den Haag.nl ■ www.paro-den Haag.nl