

Desolate dentitie als gevolg van wortelcariës

Samenvatting. Een 88-jarige patiënt werd verwezen naar een tandarts-geriatrie wegens een verwaarloosde dentitie en met de wens er weer fatsoenlijk uit te zien. Het verval van de dentitie bleek het gevolg van cognitieve en fysieke achteruitgang en polyfarmacie. De onlangs verschenen Klinische Praktijkrichtlijn (KPR) 'Wortelcariës bij (kwetsbare en zorgafhankelijke) ouderen' geeft handvatten om achteruitgang van de dentitie door wortelcariës bij ouderen te voorkomen. Kernpunten zijn het tijdig herkennen van risicofactoren, de inzet van extra fluoridemaatregelen en het intensiveren van de professionele mondzorg. Kort gezegd: een oudere niet uit het oog verliezen. Hiermee kan verwoesting van het gebit, waar een oudere patiënt tot dan toe goed voor heeft gezorgd, worden voorkomen.

Maarel-Wierink CD van der. Desolate dentitie als gevolg van wortelcariës

Ned Tijdschr Tandheelkd 2020; 127: 153-156

doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2020.03.20004>

LEERMOMENT

Bij signalering van risicofactoren voor wortelcariës, zoals verslechtering van mondhygiëne, polyfarmacie en/of hyposialie-inducerende medicatie, is voorschrijven van 5.000 ppm fluoridetandpasta raadzaam. Wanneer het voor een oudere (tijdelijk) niet mogelijk is om naar de mondzorgpraktijk te komen, kan een huisbezoek voor controle en inzet van extra preventieve maatregelen essentieel zijn.

CASUS

Een 88-jarige man met de ziekte van Parkinson en cognitieve achteruitgang ten gevolge van de ziekte van Alzheimer werd verwezen door zijn huistandarts naar een tandarts-geriatrie. Reden van verwijzing was complexe geriatrie problematiek en complexe medisch-tandheelkundige interactie. Veel van de gebitselementen van de patiënt waren afgebroken en de patiënt zou geen uitneembare gebitsprothese wensen.

ANAMNESE

De medische anamnese toonde behalve de ziekten van Parkinson en Alzheimer een in 2007 doorgemaakt hart-

infarct, een vitamine B12-deficiëntie en osteoporose. De osteoporose werd gediagnosticeerd bij de constatering van ingezakte rugwervels in 2013. Eerst werd de osteoporose behandeld met FosamaxTM tabletten (bisfosfonaat), maar sinds 2 jaar krijgt de patiënt 2 keer per jaar denosumab-injecties (60 mg/ml subcutane injecties). De volgende medicamenten werden eveneens door de patiënt gebruikt: SinemetTM (anti-Parkinsonmedicatie), lanoxin (tegen hartfalen), citalopram (antidepressivum), fenprocoumon (vitamine K-antagonist), Calci chew/vit-D3 (calcium met vitamine D), rosuvastatine (cholesterolverlager) en hydrocobamine vitamine B12-injecties (1 keer per 2 maanden).

Uit de tandheelkundige anamnese bleek dat de patiënt er graag weer fatsoenlijk uit wil zien. Hij heeft altijd een representatieve functie bekleed en het verval van zijn gebit paste niet bij zijn verzorgde persoon. De patiënt poetste iedere avond met een handtandenborstel en was gewend om regelmatig een tandenstoker te pakken. Hij wilde eigenlijk geen uitneembare gebitsprothese, zoals ook bleek uit de verwijsbrief.

DIAGNOSTIEK

Bij intraoraal onderzoek werd een verwaarloosde dentitie met veel wortelresten aangetroffen. De dentitie in de onderkaak leek desolaat en geconcludeerd werd dat deze niet



Afb 1. Panoramisch röntgenopname vervaardigd bij eerste bezoek van de 88-jarige patiënt aan de tandarts-geriatrie. In gebitselementen 17, 33, 32 en 41 was cariës te zien en cariës profunda werd aangetroffen bij gebitselementen 14, 25, 37, 31, 43 en 45. Gebitselementen 16, 12, 11, 23, 24 hadden een kroon. Van radix relicta was sprake bij gebitselementen 15 (met periapicale ontsteking), 13, 21, 22, 42, 44 en 46.

te behouden was. Op de vervaardigde panoramische röntgenopname was de *status praesens* goed te zien (afb. 1).

De diagnose met etiologie werd geformuleerd als 'een gemutileerde dentitie door ernstige cariësactiviteit, waarschijnlijk ten gevolge van veranderingen in de kwantiteit en kwaliteit van speeksel door polyfarmacie en hyposaliv-inducerende medicatie en afname van de mondhygiëne ten gevolge van de ziekten van Parkinson en Alzheimer.

Voordat een behandelplan kon worden opgesteld, werd de medisch-tandheelkundige interactie (MTI) in kaart gebracht. Hieruit bleek dat met de volgende aspecten in de behandeling rekening moest worden gehouden:

1. De patiënt gebruikte fenprocoumon, een vitamine K-antagonist. Bij extracties moet dan 24 uur tevoren de stollingstijd van het bloed (de INR-waarde) worden bepaald. Deze mag niet hoger dan 3,5 zijn. Vooraf moet een recept tranexaminezuurmondspoeling 5% worden meegeven. Volgens de Richtlijn Antitrombotica dient



Afb. 2. Een voorbeeld van door wortelcariës aangetaste dentitie.

na een extractie de wond hiermee walsend gespoeld te worden, dan wel te worden gebeten op een gaasje gedrenkt in de tranexaminezuurmondspoeling (KIMO, 2019). Bij ouderen met cognitieve problemen is het laatste advies eenvoudiger uit te leggen dan wel (met hulp) uit te voeren.

2. Gebruik van denosumab-injecties hebben een 0,01-0,1% risico op osteonecrose. Aanbevolen wordt voor extracties een antibioticumprofylaxe voor te schrijven. In deze casus werd gekozen voor een 10-daagse clindamycinekuur (3x daags 600 mg, 1 dag voor de extracties starten) (Bermúdez-Bejarano et al, 2017).
3. Door de cognitieve beperking zullen uitleg en behandeling meer tijd kosten. Het is belangrijk hier rust voor te creëren, korte zinnen te gebruiken en de patiënt de tijd geven om de informatie te verwerken. Een hand op iemands arm geeft rust en vertrouwen.
4. Door de achteruitgang van motoriek ten gevolge van de ziekte van Parkinson en achteruitgang van cognitie is ondersteuning bij de dagelijkse mondverzorging nodig om het niveau van mondhygiëne te verbeteren.
5. Bij de ziekte van Parkinson kan er sprake zijn slikproblemen, waardoor tijdens de behandeling verslikken en aspiratie kan optreden. Aanbevolen wordt de stoel niet te ver achterover te leggen, goed af te zuigen bij gebruik van water en de patiënt de tijd en rust te geven om goed te slikken.

BEHANDELING

De patiënt wenste nog steeds geen uitneembare gebitsprothese. Die wens is begrijpelijk als een patiënt tot op hoge

leeftijd zijn eigen dentitie heeft kunnen behouden. De dentitie van deze patiënt is echter in een te slechte staat om tot functieherstel te komen zonder uitneembare gebitsprothese. Natuurlijk zou een totaalextractie en een volledige gebitsprothese in de boven- en onderkaak tandheelkundig gezien een goede behandelkeuze zijn geweest. Het was echter de vraag of deze patiënt zou kunnen wennen aan een uitneembare gebitsprothese met bedekking van het palatum. Wanneer achteraf zou blijken dat hij deze niet kan accepteren, zou zijn mond weliswaar gezond zijn maar een edentate mond zonder gebitsprothese zou niet voldoen aan de wens van de patiënt er weer fatsoenlijk uit te zien.

Rekening houdend met de medisch-tandheelkundige interacties werd gekozen voor extractie van gebitselementen 17, 15, 14, 13, 21, 22, 25 en van de restdentitie in de onderkaak (gebitselementen 46 t/m 41, 31 t/m 33 en 37). Gebitselementen 16, 12, 11, 23, 24 en 26 bleven behouden. Vervolgens werd gekozen voor vervaardiging van een frame in de bovenkaak en een volledige gebitsprothese in de onderkaak. Om cariësactiviteit tegen te gaan werd tandpasta met 5.000 ppm fluoride voorgeschreven en werd voortaan bij iedere controle (3-4 keer per jaar) een fluorideapplicatie gedaan. De patiënt en zijn partner zagen op tegen de behandeling en daarom werd ervoor gekozen de behandeling in 2 fases uit te voeren en te beginnen met de bovenkaak in verband met de vraag voor verbetering van de esthetiek.

De extracties verliepen gecompliceerd, radices braken regelmatig af. Toch hield de patiënt dankzij het inlassen van pauzes de behandeling goed vol. Er werd Spongostan® in de alveoles gebracht en de alveoles werden overhecht. Er werd instructie gegeven over wat te doen bij een eventuele nabloeding of andere nabezwaren. Daarnaast werd het belang van het afmaken van de antibioticumkuur benoemd. Na 6 weken werd gestart met het vervaardigen van een frame voor de bovenkaak. Dat was eerder dan gebruikelijk, maar de wens voor verbetering van esthetiek speelde hierin een rol. Rebasen zou op een later tijdstip nog altijd mogelijk zijn.

Vier maanden nadat het frame was geplaatst en er nazorg is verleend, bleek de patiënt goed gewend aan de frameprothese in de bovenkaak. Zijn vrouw gaf aan dat het moeite kostte om haar man aan het tandenpoetsen te krijgen. Zij hielp hem met het uitnemen van het frame en het poetsen van de tanden. Met haar ondersteuning lukte het wel. Nu was eigenlijk fase 2 aangebroken, namelijk behandeling van de onderkaak. Omdat behandeling van de bovenkaak echter veel voeten in de aarde had gehad en het de patiënt en zijn vrouw veel energie had gekost, wensten zij de behandeling van de onderkaak nog even uit te stellen. Om de belasting voor hen te verminderen werd besloten jaarlijks 1 controle in de praktijk uit te voeren en 2-3 huisbezoeken per jaar te plannen voor controle en preventieve maatregelen, zoals fluorideapplicaties. De behandeling van de onderkaak moet nog worden gepland.

BESCHOUWING

De dentitie van de in deze casus beschreven patiënt was

CONSEQUENTIES VAN RICHTLIJN WORTELCA-RIËS BIJ KWETSBAAR OUDEREN

- Bij wortelcariës, verslechtering van de mondhygiëne, polyfarmacie en/of hyposialie-inducerende medicatie de interval voor het periodiek mondonderzoek verkorten.
- Beschikken over actueel medicatieoverzicht in verband met risico op medicatie-geïnduceerde hyposialie. Gebruik zo nodig Advies Droge Mond.
- Diagnostiek wortelcariës door visuele en tactiele inspectie.
- Aanvullende diagnostiek met behulp van bitewing-röntgenopnamen.
- Diagnose wortelcariës: 5.000 ppm fluoridetandpasta 1 of 2 maal daags gebruiken.
- Aanvullende maatregel bij wortelcariës: professioneel aanbrengen van 5% NaF-vernisl of vloeistof op geëxposeerde worteloppervlakken.
- Bij polyfarmacie of hyposialie-inducerende medicatie (nog geen diagnose wortelcariës): 1-2 maal daags tandenpoetsen met 5.000 ppm fluoridetandpasta
- Uitstellen restauratieve behandeling zo lang remineralisatie te verwachten is met intensiveren preventieve (zelf)zorg.

De klinische praktijkrichtlijn 'Wortelcariës (bij kwetsbare en zorgafhankelijke ouderen)', zie <https://www.hetkimo.nl/richtlijnen/wortelcaries-bij-ouderen/introductie/> of de QR-code:



Advies Droge Mond, zie <https://www.ivorenkruis.nl/userfiles/file/Ivoren%20Kruis%20Advies%20Droge%20Mond.pdf> of de QR-code:



verwoest door wortelcariës. De vraag is of dit had voorkomen kunnen worden. De klinische praktijkrichtlijn (KPR) 'Wortelcariës bij (kwetsbare en zorgafhankelijke) ouderen' geeft handvatten om achteruitgang van de dentitie door wortelcariës bij kwetsbare ouderen te voorkomen (KIMO, 2019). In deze specifieke situatie van de 88-jarige patiënt met de ziekten van Parkinson en Alzheimer betekent dit dat al in een vroeg stadium gestart had kunnen worden met het poetsen met 5.000 ppm fluoridetandpasta, in ieder geval bij de eerste tekenen van wortelcariës, maar eigenlijk was het nog beter geweest op het moment van uitbreiding van de medicatielijst. Polyfarmacie is immers een belangrijke risicofactor voor wortelcariës. Wanneer het voor een oudere door omstandigheden (tijdelijk) niet mogelijk is om naar de tandartspraktijk te komen, kan een huisbezoek voor controle, gebitsreiniging, instructie om het niveau van dagelijkse mondverzorging te behouden of te verbeteren en de inzet van extra preventieve maatregelen van groot belang zijn.

DISCUSSIE

In de KPR 'Wortelcariës bij (kwetsbare en zorgafhankelijke) ouderen' wordt beschreven dat wanneer er sprake is van wortelcariës, of van verslechtering van de mondhygiëne, of van polyfarmacie en/of hyposialie-inducerende medicatie, waardoor de speekselsecretie afneemt, het raadzaam is de termijn voor het periodiek mondonderzoek te verkorten (zie kader met QR-code naar deze richtlijn) (KIMO, 2019). Het aanbevolen interval is afhankelijk van de algemene conditie van de patiënt en andere risicofactoren, maar duurt ten hoogste 6 maanden. Met andere woorden: als een patiënt iedere 6 maanden voor een periodiek mondonderzoek naar de mondzorgpraktijk kwam, is het raadzaam bij de genoemde indicaties de termijn terug te brengen naar 3 of 4 maanden.

Daarnaast wordt in de richtlijn aanbevolen te beschikken over een actueel medicatieoverzicht van de apotheek en bedacht te zijn op door medicatiegeïnduceerde hyposialie. Bij twijfel kan de tandarts de speekselsecretiesnelheid in rust en na stimulatie bepalen, zoals beschreven in het 'Advies Droge Mond' (zie kader met QR-codes) (Ivoren Kruis, 2017). Bij hyposialie als gevolg van medicatie kan de tandarts overleggen met de voorschrijver en de betrokken apotheker over eventuele aanpassing van de medicatie.

Visuele en tactiele inspectie wordt in de richtlijn aanbevolen als eerste optie voor diagnostiek van wortelcariës. Als op basis hiervan voor de eerste keer actieve wortelcariës wordt vastgesteld, wordt radiologisch onderzoek door middel van bitewing-röntgenopnamen aanbevolen om de proximale gebitsvlakken te beoordelen. Bij een historie van wortelcariës wordt aanbevolen het tijdsinterval van radiologisch onderzoek door middel van bitewing-röntgenopnamen te verkleinen.

Verder staat in de richtlijn dat ouderen bij wie reeds sprake is van wortelcariës het verstandig is tandpasta met 5.000 ppm fluoride voor te schrijven en hen te instrueren deze bij het tandenpoetsen 1 of 2 maal daags te gebruiken. Als dit onvoldoende effect heeft, wordt als extra maatregel aanbevolen professioneel een vernis of vloeistof met een grote concentratie fluoride (gebruikelijk is 5% NaF; 22.600 ppm fluoride) aan te brengen op alle geëxposeerde worteloppervlakken. Bij polyfarmacie en/of hyposialie-inducerende medicatie kan 1 of 2 maal daags tandenpoetsen met tandpasta met 5.000 ppm fluoride worden overwogen.

Volgens de richtlijn zou bij gevallen van wortelcariës restauratieve behandeling uitgesteld moeten worden door intensieve preventieve zelfzorg en eventueel professionele preventieve zorg, zoals het aanbrengen van een fluoridevernis. Het moment waarop besloten wordt tot restauratief behandelen hangt af van:

1. het risico op ernstige schade;
2. de geconstateerde of verwachte onvoldoende effectiviteit van de niet-restauratieve benadering;
3. de belastbaarheid van de patiënt.

Dit is kort samengevat in het kader 'Consequenties van richtlijn Wortelcariës bij kwetsbare ouderen'.

LITERATUUR

- * Bermúdez-Bejarano EB, Serrera-Figallo MÁ, Gutiérrez-Corrales A, et al. Prophylaxis and antibiotic therapy in management protocols of patients treated with oral and intravenous bisphosphonates. *J Clin Exp Dent* 2017; 9: 141-149.
- * Ivoren Kruis. Advies Droge Mond. Naarden: Ivoren Kruis, 2017.
- * KIMO. Wortelcariës bij (kwetsbare en zorgafhankelijke) ouderen. Utrecht: Kennisinstituut Mondzorg, 2019.
- * KIMO. Antitrombotica. Utrecht: Kennisinstituut Mondzorg, 2019.

SUMMARY

Ruinous dentition as consequence of root caries

An 88-year-old patient was referred to a geriatric dentist because of seriously neglected dentition and with the desire to look decent again. The deterioration of the dentition turned out to be the result of cognitive and physical decline and polypharmacy. The Clinical Practice Guideline (KPR) 'Root caries in (frail and care-dependent) older people provides recommendations to prevent deterioration of the dentition caused by root caries in older people. The timely recognition of risk factors, the use of additional fluoride measures and the intensification of professional oral care are the central points. In short: not to lose sight of an older patient. It can prevent the destruction of the teeth that the older patient has taken good care of until then.

AUTEURSINFORMATIE

C.D. van der Maarel-Wierink^{1,2}

Uit ¹de SBT Kliniek bijzondere tandheelkunde in Amsterdam en ²het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam

Datum van acceptatie: 15 januari 2020

Adres: mw. dr. C.D. van der Maarel-Wierink, SBT, Gustav Mahlerlaan 3004, 1081 LA Amsterdam
c.wierink@sbt.acta.nl