Samenvatting Advies Cariëspreventie

Het Advies Cariëspreventie bestaat uit een Basisadvies en een Aanvullend Advies.
Het Basisadvies is samengesteld uit de 3 Basisadviezen: Mondhygiëne, Fluoride en Voeding.
Bij elk van deze Basisadviezen hoort een Aanvullend Advies, die gezamenlijk het Aanvullend Advies Cariëspreventie vormen. Het Basisadvies geldt voor iedereen, terwijl het Aanvullend Advies is bedoeld voor mensen met cariësactiviteit.

Basisadvies Cariëspreventie

Het Basisadvies Cariëspreventie bestaat uit 3 Basisadviezen:

Basisadvies Mondhygiëne
- Poets de tanden en kiezen 2x per dag 2 minuten met de juiste fluoridetandpasta, afhankelijk van de leeftijd.
- Kinderen van 0 en 1 jaar 1x per dag tandenpoetsen met fluoridepeutertandpasta.
- Adviseer ouders of verzorgers de tanden van kinderen tot ongeveer 10 jaar ('s avonds) (na) te poetsen.

Basisadvies Fluoride
- **0 en 1 jaar:**
  vanaf het doorbreken van de eerste tand 1x per dag poetsen met fluoridepeutertandpasta (500-750 ppm fluoride).
- **2, 3 en 4 jaar:**
  2x per dag poetsen met fluoridepeutertandpasta (500-750 ppm fluoride).
- **5 jaar en ouder:**
  2x per dag poetsen met fluoridetandpasta (1.000-1.500 ppm fluoride). Dit kan een junior-, kinder- of een tandpasta voor volwassenen zijn.
- **Voor alle leeftijden:**
  raadpleeg voor alle andere vormen van fluoridegebruik de tandarts of mondhygiënist.

Basisadvies Voeding
- Maximaal 7x per dag eten of drinken. Dit zijn 3 hoofdmaaltijden (ontbijt, lunch, avondeten) en maximaal 4 tussendoortjes per dag. Vuistregel: Na eten of drinken minstens 2 uur niets meer nemen.
- Een uur voor het tandenpoetsen geen zure producten eten of drinken.
- Geen voeding of dranken na het laatste tandenpoetsen of mee naar bed nemen.

Controleer bij ieder Periodiek Mond Onderzoek (PMO) of er cariësactiviteit is en of het Basisadvies Cariëspreventie correct wordt uitgevoerd. Noteer uw bevindingen in het patiëntendossier en bespreek deze met de patiënt.

Aanvullend Advies Cariëspreventie

Het Aanvullend Advies Cariëspreventie kan gegeven worden wanneer er cariësactiviteit is, het Basisadvies niet kan worden gevolgd of onvoldoende effectief is.
Het aanvullende advies kan alleen in overleg met de patiënt worden vastgesteld. Als niet duidelijk is wat het effect van het Aanvullend Advies is of wat de oorzaak van de cariësactiviteit is of het cariësrisico niet kan worden verlaagd, pas dan (ter overbrugging) professionele fluoridetoepassingen toe.

Aanvullend Advies Mondhygiëne
- Geef een poetsinstructie.
- Bevorder het gebruik van relevante extra hulpmiddelen.

Aanvullend Advies Fluoride
- **Andere applicatiemethoden:**
  - Fluoridetandpasta aanbrengen met de vinger.
  - Poetsen combineren met fluoridespoelen.
- **Extra fluoridemaatregelen**
  - Een sterker geconcentreerde fluoridetandpasta.
  - Fluoridefrequentie verhogen (max. 4x dag) bijvoorbeeld door: - *extra tandenpoetsen*);*
    - *spoelen met fluoride-oplossing.*
  - Professionele fluoridetoepassingen (fluoridelak, -vloeistof of -gel).

Aanvullend Advies Voeding
- Geef individueel voedingsadvies, eventueel aan de hand van een door de patiënt bijgehouden voedingsdagboek.
- Overweeg verwijzing naar een diëtist.

Voor patiënten die tot aandachts- of risicogroepen behoren, zijn aparte Aanvullende Adviezen geformuleerd, zoals Mondzorg voor mensen met een verstandelijke beperking, het Advies Droge Mond en het Advies Preventie van wortelcariës.

**) Extra tandenpoetsen brengt risico op terugtrekkend tandvlees en slijtage met zich mee.*

Afbeelding 1. Samenvatting Advies Cariës Preventie, Ivoren Kruis

De nieuwe Klinische praktijkrichtlijn Mondzorg voor Jeugdigen nader belicht (deel 3)

Preventie en behandeling van cariës bij jeugdigen

Op 4 januari 2021 publiceerde het Kennisinstituut Mondzorg (KIMO) de nieuwe klinische praktijkrichtlijn 'Mondzorg voor Jeugdigen preventie en behandeling van cariës'. De klinische praktijkrichtlijn (KPR) is bedoeld voor (kinder)tandartsen, tandartsspecialisten en mondhygiënisten. Natuurlijk kunnen ook andere (mond)zorgverleners in de algemene praktijk – of daarbuiten – hun voordeel doen met deze KPR.

Het ontwikkelen van de richtlijn werd uitgevoerd door een Richtlijn Ontwikkel Commissie (ROC) onder voorzitterschap van em. prof. dr. A.M. Kuijpers-Jagtman, emeritus hoogleraar orthodontie Radboudumc. Meerdere NVvK leden hadden zitting in het ROC. Dit jaar zal een aantal auteurs namens de NVvK de richtlijnen nader belichten. In deze editie deel 3: De behandeling van blijvende elementen.

Inleiding

In de nieuwe KPR, met een duidelijke nadruk op preventie, worden vroege begeleiding en aansturing van de mondzorgverlener gevraagd. Zoals in het vorige deel reeds aangestipt, vergt dit ook voor de zorgverlener een andere manier van denken en handelen. Niet alleen begint een goede mondgezondheid – én het behouden daarvan – al op jonge leeftijd, daarnaast blijft het onderzoeken van een compleet beeld onmisbaar bij inschatting van het cariësrisico. Dit doet men door voldoende aandacht te besteden aan de anamnese – zowel op medisch, tandheelkundig als psychosociaal vlak. De basis hiervoor wordt gelegd vóór – of in ieder geval vanaf de doorbraak van de eerste melkelementen. De implementatie van de KPR is echter een voortschrijdende inspanning, immers, de overgang naar blijvende elementen is een kwetsbare periode en vraagt nieuwe afwegingen.

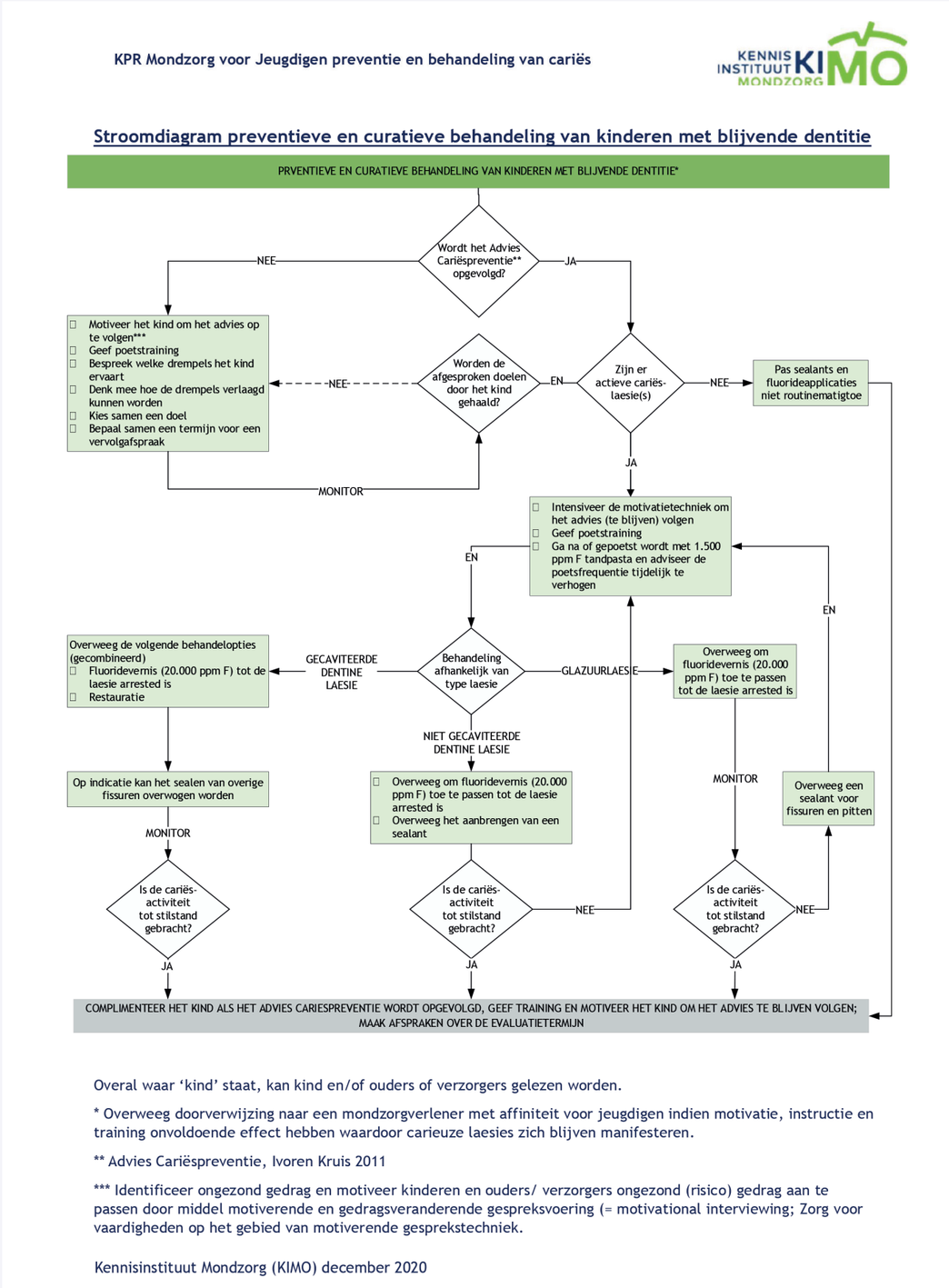
Een preventief beleid met een extra aandacht punt

Een belangrijk en steeds terugkomend advies in de nieuwe KPR is het opvolgen van het 'Advies Cariëspreventie' van het Ivoren Kruis (afb. 1). De toepassing hiervan dient tijdens elk consult aan bod te komen. Alhoewel dit dwingend klinkt, is het de enige manier om in kaart te brengen in welke mate de preventieve pijlers worden volgehouden. De drie pijlers worden daarom aangestipt: een adequate mondhygiëne, het tweemaal daags gebruiken van fluoridetandpasta (>1.000 ppm F^-) en doorvragen en overdragen van een gezond voedingspatroon. De KPR adviseert hiernaast om ouders de tanden van de kinderen (na) te laten poetsen tot een leeftijd van 10-12 jaar.

Dit heeft meerdere redenen. De eerste blijvende molaar breekt door in een kwetsbare periode: het kind is vaak nog niet handig genoeg om alle elementen goed schoon te houden. Daarnaast zijn dit de eerste occlusale vlakken van de blijvende elementen die door cariës kunnen worden aangetast. Een belangrijke oorzaak hiervan ligt in het feit dat tijdens de doorbraakperiode de eerste blijvende molaren een infrapositie hebben ten opzichte van het occlusale vlak van de reeds aanwezige melkmolaren (afb. 2).

Dit bemoeilijkt de reiniging en creëert een mogelijk extra risico voor het ontstaan van cariës. Het Advies Preventie fissuurcariës van het Ivoren Kruis speelt hier een belangrijke sturende rol. Hierin wordt geadviseerd om volgens de systematiek van 'Nexø' of 'Gewoon Gaaf' te werken en wordt afgeraden om routinematig sealants of fluorideapplicatie toe te passen. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat de toegevoegde waarde van routinematige toepassing van sealants en fluoride applicatie niet opweegt tegen de kosten van deze maatregelen, zij dienen daarom alleen toegepast te worden op indicatie.

Afbeelding 2. Infrapositie van een doorbrekende eerste blijvendemolaar in de bovenkaak



Afbeelding 3. Stroomschema preventie en curatieve behandeling van kinderen met blijvende dentitie

Behandeling van blijvende elementen

Zowel in de samenvatting als de volledige richtlijn worden in de KPR uitgebreid allerhande preventieve aspecten beschreven. Net zoals in de behandeling van melkelementen wordt er bij blijvende elementen ook onderscheid gemaakt tussen verschillende type laesies en de fase waarin het cariësproces zich bevindt. Middels een overzichtelijk stroomdiagram (afb. 3) wordt de mondzorgverlener een aantal keuzes gegeven waarop bepaald ingrijpen kan volgen. De richtlijn verdeelt per fase van de laesie de behandeling van blijvende elementen: glazuurlaesies (ICDAS 1-2), niet gecaviteerde dentine laesies (ICDAS 3-4) en gecaviteerde dentine laesies (ICDAS 5-6). Hieronder volgt een korte samenvatting van deze verschillende fases en de mogelijke klinische implicaties, alsmede de moeilijkheden die te verwachten zijn bij het toepassen hiervan.

Glazuurlaesies

Een duurzame behandeling voor kinderen met glazuurlaesies in blijvende elementen richt zich allereerst op het kind en diens ouder/verzorgers – en daarnaast op het element met de cariëslaesie. Een gesprek om in kaart te brengen of onderdelen van het Advies Cariëspreventie worden opgevolgd is de basis. Vaak is hier nog bijsturing nodig. Dit kan worden bewerkstelligd door het gebruik van motiverende gespreksvoering. De richtlijn geeft specifiek aandacht aan motivational interviewing (MI), maar hierbij kan zeker ook gedacht worden aan trainen van positieve en gelijkwaardige gespreksvoering in het algemeen, of bijvoorbeeld de Uitblinkers methode. Daarnaast wordt ook op elementniveau ingegrepen, waar nodig. Een groot voordeel van deze preventieve 2-traps aanpak is dat vanzelfsprekend alle elementen hiervan profiteren en cariëslaesies in de toekomst voorkomen kunnen worden. Het advies van de KPR is om in het geval van aanwezige actieve laesies – naast de bovengenoemde basis van het Advies Cariëspreventie – in sommige gevallen een tijdelijke fluoride maatregel in te zetten totdat de cariëslaesie tot stilstand is gekomen (een zogenaamde '*arrested laesie*'). Dit gebeurt dan naast 'motiveren, instrueren en training'; zoals dit in de richtlijn genoemd wordt (afb. 3.). Deze extra fluoride kan worden toegepast in de vorm van het gebruik van een fluoride tandpasta met hogere concentratie (1000-1500 ppm F), of door het verhogen van de poetsfrequentie. Het lokaal toepassen van een fluoridevernis van >20.000 ppm Fluoride (maximaal 4x/jaar) in geval van cariësactiviteit is een aanvullend advies in de richtlijn, om op deze manier het cariëspreces te deactiveren en de laesies "arrested" te krijgen. Het lokaal appliceren van fluoridevernis lijkt effectiever ten opzichte van fluoridegel en is tevens ook een veiligere optie. Er wordt minder fluoride gebruikt, omdat het slechts lokaal geappliceerd wordt en het risico op inslikken is vele malen kleiner.
Een sealant in pitten en fissuren wordt enkel geadviseerd wanneer de bovengenoemde behandelopties onvoldoende effect sorteren. Hierbij kan gekozen worden uit een kunsthars- of glasionomeer sealant, waarbij met name bij de kunsthars sealants het drooghouden van het werkterrein van wezenlijk belang is. Het gebruik van cofferdam lijkt in dat verband de beste optie.

Niet-gecaviteerde dentinelaesies

Onder de niet-gecaviteerde dentinelaesies vallen ten eerste de klinisch waarneembare doorschemeringen zonder glazuurafbraak als gevolg van cariës. Ten tweede vallen hieronder de laesies die waarneembaar zijn op röntgenopnames, begrensd tot het buitenste 1/3^{e} deel van het dentine. Het advies rond de aanpak en behandeling van niet-gecaviteerde dentine laesies komt in de KPR overeen met die van glazuurlaesies. In beide gevallen worden allereerst preventieve maatregelen gebruikt om het cariës proces tot stilstand te brengen, waarvan niet alleen het door cariës aangedane element profiteert, maar de hele dentitie. De KPR adviseert om de laesies vervolgens te monitoren. De mondzorgverlener dient in de gaten te houden of een gewenste gedragsverandering plaatsvindt en het cariësproces daarmee tot stilstand is gekomen. Hierbij wordt geadviseerd om een recall termijn aan te houden volgens een vaste systematiek, zoals die van het Deense 'Nexø model' of het 'Gewoon Gaaf' project. Hierbij kunnen licht- of röntgenfoto's een ondersteunende rol spelen. Middels deze beeldvorming kan worden vastgelegd of een doorschemering of laesie in een bepaald tijdsbestek wel of niet groeit. Ook de dossiervorming van de aangetroffen laesies volgens een systematisch cariës score systeem (zoals ICDAS) is te adviseren. Hierbij is in een oogopslag de status van de laesie zichtbaar en duidelijk, ook bij het wisselen van behandelaar. Net als bij de behandeling van glazuurlaesies dient bij onvoldoende effect van motiveren en tijdelijke applicatie van fluoridevernis, de overweging te worden gemaakt om een sealant aan te brengen in de fissuren en pitten.

Let op wat bovenstaand betekent: niet-gecaviteerde dentinelaesies worden in beginsel dus behandeld met lokale preventieve opties zoals fluoridevernis of

eventueel door het aanbrengen van een sealant, ook in geval van donkere doorschemeringen. Een invasieve behandeling wordt vooralsnog niet ingezet! Wanneer er sprake is van een approximale laesie die niet gecaviteerd is en/of op de röntgenfoto is voortgeschreden tot in het buitenste 1/3e deel is een intensief preventieprogramma nog steeds de eerste keus, waarbij approximale infiltratie, zoals ICON, van de carieuze laesie als micro-invasieve optie kan worden gekozen. Een kritische noot hierbij is dat het inschatten van het cariës risico van de patiënt hier wederom een belangrijke rol in speelt. Hier zal de behandelaar meerdere factoren in moeten meenemen, zoals onder andere compliance van de ouders/patiënt, de thuissituatie, maar bijvoorbeeld ook de medische situatie. Het risico op het voortschrijden van de cariës bij een niet therapietrouwe of ongemotiveerde patiënt blijft bestaan. Het is belangrijk om de patiënt bewust te maken van de eigen inbreng en verantwoordelijkheid hierin, waarbij voldoende ruimte geboden wordt om de patiënt een intensief, maar niet dwingend preventief programma aan te bieden.

Gecaviteerde dentine laesies

De algemene opvatting dat cariës die tot in het dentine is voortgeschreden, restauratief behandeld dient te worden lijkt achterhaald. Huidige inzichten maken duidelijk dat alleen het feit dat een laesie tot in het dentine is voortgeschreden, geen rechtvaardiging meer is voor restauratief ingrijpen. Invasief ingrijpen is alleen nog geïndiceerd wanneer er sprake is van cavitatie van de carieuze laesie. Pas dan is immers een niet te reinigen, oncontroleerbare situatie ontstaan – waarbij progressie van de cariës onvermijdelijk is. Dit geldt zowel voor occlusale laesies als laesies op de vrije vlakken. Bij proximale laesies is cavitatie meestal lastig te beoordelen en bieden röntgenopnames (bitewings) de mogelijkheid om de diepte van de caviteit te beoordelen. Uit onderzoek is gebleken dat laesies op bitewing opnames in het buitenste 1/3e deel van het dentine meestal niet gecaviteerd zijn, terwijl laesies in het middelste derde deel dat meestal wel zijn. Bij proximale laesies wordt de keuze tussen wel of niet invasief ingrijpen gelegd bij de grens tussen het buitenste en middelste derde deel op de röntgenfoto.
Om verwarring te voorkomen: *gecaviteerde* dentinelaesies moéten volgens de KPR dus juist wel worden hersteld door middel van een restauratieve behandeling. De restauratieve behandeling bestaat bij voorkeur uit een defect georiënteerde preparatie gericht op cariës verwijdering en het gebruik van composiet of hoog gevuld glasionomeercement als restauratiemateriaal. In het geval van diepe cariëslaesies wordt partiële excavatie toegepast om pulpaschade te vermijden. Op indicatie kunnen naast de vervaardigde restauratie vervolgens de overige aanwezige fissuren geseald worden.

Tot slot

In de KPR wordt de behandeling van carieuze laesies in de blijvende dentitie duidelijk stap voor stap beschreven. Evenals bij de behandeling van carieuze melkelementen is deze de richtlijn met name gericht op preventieve maatregelen. Het grootste verschil is met name te vinden in de behandeling van niet-gecaviteerde en gecaviteerde laesies. Bij niet-gecaviteerde laesies wordt een invasieve behandeling vooralsnog niet ingezet. Het is daarom van belang om de uitgebreidheid van de carieuze laesie te bepalen en de progressie ervan systematisch te documenteren, zodat er tijdig – en niet te vroeg of te laat – kan worden gekozen voor een behandelstrategie.

Het basis Advies Cariëspreventie is een belangrijke pilaar in de nieuwe KPR en in het bereiken van een goede mondgezondheid bij jeugdigen. Indien nodig kan dit basisadvies worden aangevuld met interventies in de vorm van extra fluoride, sealen op indicatie en eventueel restauratie van gecaviteerde laesies. Deze interventies zijn op element niveau, en dienen ter ondersteuning van een preventieve, kind-gecentreerde aanpak waar de gehele dentitie van zal profiteren.

Freya Duvekot is tandarts-pedodontoloog en werkt in een kinderverwijspraktijk in Leiden.