

Liever een extractie en een implantaat dan een endodontische behandeling

Voorstander

Gert Meijer, afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtchirurgie en vakgroep Implantologie & Parodontologie, Radboud Universiteit Nijmegen

■ Nog geen 10 jaar geleden werd in geval van pijnklachten aan een sterk gerestaureerd gebitselement meestal een wortelkanaalbehandeling uitgevoerd, waarna een kroon met stiftopbouw werd geplaatst. Mislukte dit, dan betekende dat extractie en vervolgens omslijpen van de buur-elementen ten behoeve van een conventionele brug, even de etsbrug buiten beschouwing gelaten. De komst van de implantaatgedragen kroon dwingt mondzorgverleners tot een andere denkwijze. Niet meer hoeft eindeloos in een bepaald gebitselement te worden geïnvesteerd om het te behouden. Een implantaat biedt immers een prachtig alternatief, waarbij ook nog eens de buur-elementen intact kunnen blijven. Voor het eerst in de geschiedenis is dit nu mogelijk! In geval van pijnklachten hebben mondzorgverleners dus de keuze: of investeren in het betrokken gebitselement of het vervangen door een implantaat. Hierbij spelen slagingskans, esthetische wens, duurzaamheid en kosten een belangrijke rol.

Het volgende voorbeeld kan de keuzemogelijkheid verduidelijken: een 18-jarige vrouw heeft een duidelijke pulpitis in een centrale incisie in de bovenkaak, waarin alleen een grote tweevlakscomposietrestauratie aanwezig is. Niemand zal bestrijden dat een endodontische behandeling de enige en juiste oplossing is. Behalve dat de patiënt nog te jong is voor plaatsing van een implantaat vanwege de mogelijke verticale uitgroei van het maxillaalcomplex, is bovendien na een wortelkanaalbehandeling nog geen uitgebreide restauratie nodig.

Stel nu dat een 45-jarige man dezelfde problemen heeft. Nu betreft het echter een incisie die in het verleden al endodontisch is behandeld. Op de röntgenopname zijn een periapicale radiolucentie, een onvolledig gevuld wortelkanaal en een stift met opbouw zichtbaar. Om deze incisie te behouden is het nodig de stift met opbouw te verwijderen, een succesvolle endodontische herbehandeling uit te voeren en vervolgens weer een kroon met opbouw te vervaardigen. Hierbij is het de vraag of verwijderen van de kroon met opbouw kans van slagen heeft, of een endodontische herbehandeling lukt en of na wortelkanaalpreparatie voldoende wanddikte overblijft om een stiftopbouw met kroon te dragen. Bovendien is een wortelfractuur niet uit te sluiten en is het niet mogelijk de patiënt te garanderen dat de incisie nog minimaal 10 jaar meegaat. Daarbij dient men zich ook te realiseren dat, indien de incisie alsnog verloren gaat ten gevolge van een wortelfractuur, de buccale botlamel dan ook deels zal zijn verdwenen en dit bemoeilijkt het plaatsen van een implantaat.

Door opruwtechnieken van het implantaatoppervlak is het succespercentage van implantaten, ook in de bovenkaak, sterk verbeterd. Indien de buccale cortex van de incisie van de 45-jarige man nog aanwezig is en dus verwacht mag worden dat na extractie geen botaugmentatie nodig is, is een implantaat met kroon te prefereren. Zelfs als de kosten 1,5 tot 2 keer zo hoog zijn als die van een endodontische herbehandeling plus kroon met stiftopbouw.

Er zijn geen prospectieve gerandomiseerde onderzoeken bekend waarbij afwisselend voor een endodontische herbehandeling of een implantaat is gekozen. Wel is gepubliceerd over succespercentages. Voor incisieven zijn deze voor beide behandelingen

hoger dan 90%. Ten aanzien van meerwortelige pre(molaren) geldt dat het succespercentage van wortelkanaalbehandeling lager is dan voor implantaten.

Om de moeilijkheidsgraad en het behandelrisico te bepalen, zijn zowel voor een wortelkanaalbehandeling als voor een implantaatbehandeling in de esthetische zone risicoprofielen beschikbaar. Door deze te gebruiken kan bij een hoge lachlijn, een uiterst dunne gingiva en hoge gingivapapillen van een esthetisch veeleisende patiënt de keus toch vallen op behoud van de incisie, zelfs al betekent dit verwijderen van de bestaande kroon, endodontische herbehandelen en vervaardigen van een nieuwe kroon met stiftopbouw.

Naar mijn mening kan men, indien op basis van een risicobepaling een endodontische (her)behandeling een kleine succeskans heeft, beter afscheid nemen van het betrokken gebitselement ten faveure van een implantaat. Zolang nog sprake is van een intacte buccale botlamel is het plaatsen van een implantaat een voorspelbare en duurzame behandeling, ook in esthetisch opzicht.



Tegenstander

Michiel de Cleen, tandarts-endodontoloog te Amsterdam

De endodontologie is de wetenschap van de preventie en de behandeling van parodontitis apicalis. Logischerwijs betekent dit dat alle behandelingen die gericht zijn op het in stand houden of bereiken van een gezonde periapex tot de endodontische behandelingen worden gerekend. Het spectrum van endodontische behandelingen strekt zich dan ook uit van de (in)directe pulpaoverkapping tot de periapicale chirurgie. De tandarts die in dit licht beweert dat een extractie en een implantaat te verkiezen zijn boven een endodontische behandeling en dit ook keer op keer in praktijk brengt, moet dan ook niet raar opkijken als hij wegens mishandeling de gevangenis indraait.

Door verreweg de meeste tandartsen wordt endodontische behandeling gebruikt als synoniem voor wortelkanaalbehandeling. Als we deze foute interpretatie voor het gemak overnemen, luidt de stelling: 'Liever een extractie en een implantaat dan een wortelkanaalbehandeling'. Zweeds onderzoek toonde aan dat de

meeste wortelkanaalbehandelingen geïndiceerd zijn vanwege pijnlijke aandoeningen: pulpitis en parodontitis apicalis. Bij pulpitis is de pulpa ontstoken door - in de meeste gevallen - cariës of een lekkende restauratie. Het verwijderen van het ontstoken pulpaweefsel zal de pijn zeer snel verhelpen en het grondig reinigen en afsluiten van het wortelkanaalstelsel, gevolgd door het aanbrengen van een goede coronaire

restauratie, zal ervoor zorgen dat lekkage van bacteriën afdoende wordt tegengegaan en dat de periapex gezond blijft. Uit alle relevante klinische onderzoeken komt onomstotelijk naar voren dat de behandeling van pulpitis een zeer goede uitkomst heeft. In het geval van parodontitis apicalis is de pulpa necrotisch en de pulpaholte geïnfecteerd. De behandeling van parodontitis apicalis verschilt in zoverre van die van pulpitis dat het moeilijker is een geïnfecteerde pulpaholte te desinfecteren dan een niet-geïnfecteerde pulpaholte te reinigen. Het is dan ook niet verrassend dat de uitkomst van een behandeling van een geïnfecteerde necrotische pulpa minder goed is die dan van een vitale ontstoken pulpa. Het is gewoon lastiger een parodontitis apicalis te genezen dan te voorkomen. Succes van een behandeling wordt in alle onderzoeken beoordeeld op een intraorale röntgenopname van de periapex. Wordt echter duurzaam behoud van een gebitselement als succes beschouwd, dan biedt recent Amerikaans onderzoek een bemoedigend houvast. Na wortelkanaalbehandelingen van bijna 1,5 miljoen (!) gebitselementen bleek 97% na 8 jaar nog functioneel.

Een wortelkanaalbehandeling is niet zonder nadelen. Met het openen van de pulpaholte verdwijnt weefsel en dat gaat ten koste van de resistentie van het gebitselement. Ook het reinigen en het vormgeven van de wortelkanalen leiden tot weefselverlies met vermindering van de sterkte. Knobbel- en vooral wortelfracturen na een wortelkanaalbehandeling resulteren soms in onherstelbare schade. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de laatste jaren een goede coronaire restauratie een steeds groter belang wordt toegedicht. De wortelkanaalbehandeling is niet klaar met het vullen van de wortelkanalen, maar pas bij het vervaardigen van de uiteindelijke restauratie. In veel gevallen zal dit een kroon (moeten) zijn.

Als voordeel van een endodontisch behandeld gebitselement boven een implantaatgedragen kroon springen allereerst de kosten in het oog. Een wortelkanaalbehandeling en een kroon kosten samen veel minder dan een implantaat en een kroon. Niet alleen in aanschaf, maar ook in de eerste 5 jaar daarna. In de tweede plaats is er de mogelijkheid om in de toekomst alsnog een andere oplossing te zoeken. Mochten onverhoopt onoplosbare problemen optreden, dan kan alsnog voor extractie en vervanging worden gekozen. De ontwikkelingen op het gebied van esthetiek en functionaliteit van implantaten staan niet stil. Wat vandaag nog niet mogelijk is, is over 5 jaar wellicht wel mogelijk. Met de keuze voor het behoud van een gebitselement wordt de mogelijkheid om gebruik te maken van toekomstige ontwikkelingen opengelaten. In de derde plaats verkiezen veel patiënten uit psychologisch oogpunt het behoud van een lichaamseigen gebitselement boven vervanging ervan door een lichaamsvreemd implantaat. Ten vierde: gebitselementen zijn immuun voor peri-implantitis.

Pas als een gebitselement na een wortelkanaalbehandeling verloren gaat, komt mogelijke vervanging ervan door een implantaatgedragen restauratie in beeld. Een oplossing die in de toekomst bovendien obsoleet zal blijken, want de verwachting is dat stamcelonderzoek over 20 tot 30 jaar een natuurlijk alternatief voor de huidige implantaten zal opleveren: een echt gebitselement in plaats van een nepkroon op een metalen schroef uit een doosje.

Wilt u reageren? Mail dan naar: redactielezerspost@ntvt.nl

at er over 20 tot 30 jaar op oplossing is... tijd even niet meer te lachen..

