

Een nieuwe chirurgisch minimaal invasieve techniek met glazuur matrix derivaat bij regeneratieve behandeling van intra-bony defecten.

Sinds 1982 zijn diverse technieken beschreven om parodontale intra-bony defecten regeneratief te behandelen. Vanuit meta-analyses blijken deze technieken klinisch aanhechtingswinst en pocketdiepte reductie te geven in vergelijking met een reguliere opklap. Recent is meer aandacht gekomen voor de chirurgische procedure zelf gericht op behoud van 'soft tissue' en primaire wondsluiting. Contaminatie van het regeneratieve materiaal is een kritische factor voor succes. Minimaal invasieve chirurgie (MIS) is een techniek gericht op minimale wonden, minimale flap opklap en een omzichtige benadering van 'soft' en 'hard' weefsels. Slechts case reports zijn aanwezig om de technieken te beoordelen waarbij geringe recessievorming en aanhechtingswinst optrad. Een nieuwe techniek (MIST) is beschreven voor enkelvoudige intra-bony defecten. Achtergrond voor deze techniek zijn de eerder beschreven 'modified papilla preservation technique (MPPT), de simplified papilla preservation technique (SPPT) en het gebruik van interne matras hechtingen. In deze studie wordt de nieuwe techniek beschreven en verslag gedaan van de eerste resultaten.

Cortellini P, Tonetti MS. A minimally invasive surgical technique with an enamel matrix derivative in the regenerative treatment of intra-bony defects: a novel approach to limit morbidity. J Clin Periodontol 2007; 34:87-93

Materiaal & Methode

Deze prospectieve case cohort studie werd uitgevoerd bij parodontitis patiënten die voorafgaand parodontaal (initieel en chirurgisch) behandeld werden. Drie maanden na behandeling werden de nulmetingen geregistreerd waaronder Full Mouth Plaque Scores (FMPS) en Full Mouth Bleeding Scores (FMBS), pocketdiepte (PD) en klinisch aanhechtingsniveau (CAL). Alle experimentele sites werden met MIST benaderd en zorgvuldig gereinigd. Microchirurgisch instrumentarium werd gebruikt. Bij een interdentale afstand van > 2mm werd de MPPT toegepast, bij < 2mm de SPPF. De incisies waren intrasulculair met minimale mesio-distale uitbreiding om precies 1-2 mm van de botrand vrij te leggen. Peroperatief werden de defecten gemeten. EDTA en EMD (Emdogain) werd aangebracht en gehecht met gemodificeerde interne matrashechtingen (6-0). Een nazorg programma werd gevolgd gedurende 1 jaar. Primaire sluiting van de flaps werd direct post operatief en wekelijks gedurende 6 weken gecontroleerd. Ook patiënten vragenlijsten werden 1 week post operatief ingevuld.

Resultaten

Bij 13 subjecten met 13 intra-bony defecten werd zes keer SPPF en zeven keer MPPT toegepast. FMPS en FMBS waren respectievelijk $11 \pm 3.4\%$ en $6.8 \pm 2.9\%$. Het klinisch aanhechtingsniveau was bij aanvang $8.7 \pm 2.7\text{mm}$ en pocketdiepten van $7,7 \pm 1.8\text{mm}$. De chirurgische behandelingsduur was 55.4 ± 6.5 min. Na 1 jaar waren de FMPS en FMBS significant lager ($6.9 \pm 2.5\%$ en $4.3 \pm 2.4\%$). Significant verbeterd waren het klinisch aanhechtingsniveau en de pocketdiepte ($3.8 \pm 2.2\text{mm}$ en $2.9 \pm 0.8\text{mm}$). Bij zeven sites trad 100% klinisch aanhechtingswinst op. De lokatie van de marginale gingiva was niet significant veranderd. Tien van de dertien patiënten rapporteerden dat zij de eerste week postoperatief na de tweede dag niet het gevoel hadden chirurgisch behandeld te zijn.

Discussie

Uit deze voorlopige resultaten blijkt dat de nieuwe MIST benadering van intra bony defecten succesvol is in aanhechtingswinst, pocketdiepte reductie en stabiliteit van de marginale

gingiva. Opvallend is de 100% aanhechtingswinst bij zeven van de 13 sites. De onderzoekers speculeren dat door minimale flap reflectie, het buiten de mucogingivale grens blijven en zonder periosteale incisies te werken chirurgische bijwerkingen (zoals: per-operatieve bloeding, het blootleggen van bot en bindweefsel en een te grote trekkracht van hechtingen op de interdentale wondranden) beperkt kunnen blijven.

De geringe chirurgische toegang door de microchirurgische benadering vraagt wel om micro chirurgische instrumentarium. Daarnaast kunnen de chirurgische ervaring en vaardigheden van groot belang zijn. Een goed opgezette grotere klinische studie is nodig om deze resultaten te bevestigen.

Jeroen Craandijk, tandarts-parodontoloog te Leiden