Het niveau van de mondgezondheid en mondverzorging van patiënten met het syndroom van Sjögren

Samenvatting. Het syndroom van Sjögren, dat onder andere wordt gekenmerkt door monddroogheid, kan gepaard gaan met een verhoogde kans op cariës en orale infecties. In een groep van 50 patiënten met het syndroom van Sjögren werden de mondgezondheid en het niveau van de mondverzorging onderzocht. Deze bevindingen werden afgezet tegen een groep van 61 gezonde personen. Aantasting van de cervicale regio van de gebitselementen werd veel vaker gezien bij patiënten met het syndroom van Sjögren dan bij de controlepersonen ($p < 0,001$). Bovendien besteedden patiënten met het syndroom van Sjögren meer aandacht aan hun mondzorg. Dit uitte zich onder andere in het frequenter gebruik van interdentale reinigingsmiddelen ($p = 0,004$) en fluoridemondspoelingen ($p < 0,001$). Aanbevolen wordt dat tandartsen en mondhygiënist hun patiënten vaak zien, bijvoorbeeld driemaandelijks, vanwege onder andere het verhoogde risico op het ontwikkelen van cariës.

Bootsma B, Gier E de, Oort S, Delli K, Vissink A. Het niveau van de mondgezondheid en mondverzorging van patiënten met het syndroom van Sjögren
 Ned Tijdschr Tandheelkd 2020; 127: 35-41
 doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2020.01.19080>

LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel kent u:

- de etiologie en prevalentie van het syndroom van Sjögren;
- de tandheelkundige verschijningsvormen;
- het verschil in DMFS tussen patiënten met Sjögren en een controlegroep;
- de extra preventieve maatregelen.

INLEIDING

Het syndroom van Sjögren is een chronische, systemische, inflammatoire auto-immuunziekte, die wordt gekenmerkt door een lymfocytair infiltratie van exocrien klierweefsel (Delli et al, 2014). Vooral de traan- en speekselklieren zijn bij het syndroom van Sjögren betrokken. De wereldwijde prevalentie van het syndroom van Sjögren ligt in de orde van 0,06% (Qin et al, 2015). Het syndroom van Sjögren komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen, in de verhou-

ding 9:1 (Maslinska et al, 2014). De meest voorkomende orale gevolgen van het syndroom van Sjögren zijn cervicale cariës, branderig gevoel, schimmelinfecties, dysfagie, dysgeusie en zwelling van de speekselklieren (López-Pin-tor et al, 2015).

Het niveau van de mondgezondheid en de mate van tandheelkundige zorg die Sjögrenpatiënten genieten, is onvoldoende bekend. Om te beoordelen of de mondgezondheid en de tandheelkundige zorg verschilt tussen patiënten met het syndroom van Sjögren en gezonde controlepersonen werd een inventariserend onderzoek uitgevoerd.

MATERIAAL EN METHODE

In een correlatieve prospectieve onderzoeksopzet werden tussen 2 augustus en 25 oktober 2018 patiënten met de diagnose het syndroom van Sjögren geïncludeerd. Alle dentate patiënten met het syndroom van Sjögren die de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) in deze periode bezochten voor hun jaarlijkse controle, wer-

WAT WETEN WE?

Patiënten met het syndroom van Sjögren hebben een grotere kans op het ontwikkelen van cariës en orale infecties.

WAT IS NIEUW

Aantasting van de cervicale regio van de gebitselementen wordt vaker gezien bij patiënten met het syndroom van Sjögren.

PRAKTIJKTOEPASSING

Gerichte preventie is noodzakelijk, namelijk frequentere controles door een tandarts en/of mondhygiënist en het frequent appliceren van geschikte fluoridepreparaten.

Item	Score
Afwijkend speekselklierbipt: focale lymfocyttaire sialoadenitis en focus score ≥ 1	3 punten
Aanwezigheid van SSA (Ro)+ antistoffen in het bloed	3 punten
Ongestimuleerde speekselproductie $\leq 0,1$ ml/min	1 punt
Schirmer ≤ 5 mm/5 min van ten minste een oog	1 punt
Oculaire kleuringsscore ≥ 5 (of van Bijsterveld score ≥ 4) van ten minste een oog	1 punt

Tabel 1. ACR-EULAR classificatiecriteria voor het primaire syndroom van Sjögren (Shiboski et al, 2017). Patiënten worden als Sjögrenpatiënt geclassificeerd bij een score van minstens 4 punten. De classificatiecriteria zijn bedoeld voor een zo homogeen mogelijke inclusie van patiënten voor onderzoeken. Aangezien er geen diagnostische criteria voor het syndroom van Sjögren bestaan, worden deze classificatiecriteria ook vaak gebruikt als diagnostische criteria. Alvorens te beoordelen of een patiënt aan de classificatiecriteria voldoet, moet deze klagen over een droog gevoel in de ogen (dagelijks gevoel van droge ogen gedurende ten minste 3 maanden, terugkerend zandkorrelgevoel of gebruik van kunsttranen gedurende ten minste 3 maanden) of in de mond (dagelijks gevoel van monddroogheid gedurende ten minste 3 maanden, het vaak moeten drinken bij het eten van droog voedsel).

den benaderd om deel te nemen aan dit onderzoek. Bij alle patiënten was de diagnose syndroom van Sjögren vastgesteld op basis van de ACR-EULAR-classificatiecriteria (tab. 1). De controlegroep bestond uit 61 personen zonder het syndroom van Sjögren, die stonden ingeschreven in de tandartspraktijk Van Asperen Tandheelkunde te Bolsward. De onderzoeksgroep werd vergeleken met de controlegroep met een vergelijkbare leeftijd en geslacht (afb. 1; tab. 2). De personen in de controlegroep kwamen voor een periodiek mondonderzoek bij de tandarts. Tijdens dit bezoek werden zij benaderd om deel te nemen aan dit onderzoek. Patiënten met een volledige gebitsprothese werden uitgesloten voor dit onderzoek (afb. 1). De Medisch-Ethische Toetsingscommissie (METc) van het UMCG heeft het onderzoeksprotocol goedgekeurd (M18.234459). Voorafgaand aan het onderzoek werd aan alle deelnemers gevraagd een informed-consentformulier te tekenen.

Een gestandaardiseerde en gevalideerde vragenlijst met 19 gesloten vragen werd gebruikt om de variabelen geslacht, leeftijd, ziektes gerelateerd aan mondproblematiek, frequentie tandartsbezoek, frequentie mondhygiënistbezoek en mondhygiënegewoonten te meten (Schuurhuis et al, 2011; Groenewegen et al, 2019). Na het invullen van de vragenlijst werden de onderzoeksdeelnemers klinisch

onderzocht. Tijdens het klinisch onderzoek werd op gestandaardiseerde wijze informatie verzameld over de gebitsstatus, cariësactiviteit, parodontale status, aantasting van de cervicale regio van de gebitselementen en aanwezigheid van vaste en/of uitneembare gebitsprothesen. Het klinisch onderzoek werd uitgevoerd met behulp van kunstlicht, een mondspiegel, een sonde en een pocketsonde. De gegevens van het klinisch onderzoek werden vastgelegd conform de DMFS-index (Decayed, Missing, Filled, Surface), waarbij de derde molaren werden uitgesloten.

De data werden geanalyseerd met behulp van het statistische programma IBM Statistical Package for the Social Sciences, (SPSS, versie 25). Met behulp van de Fisher's exacttoets werd getoetst of het verschil in de categorische variabelen tussen de onderzoeksgroep en de controlegroep significant was. De data zijn op normaliteit getoetst. De continue data van de onderzoeksgroep en de contro-

Afb. 1. Stroomdiagram van de inclusie van de onderzoeksdeelnemers.

	Sjögren- patiënten (n = 50)	Controle- groep (n = 61)
Leeftijd (m ± sd)	57,8 ± 13,0	50,2 ± 15,2
Geslacht [n (%)]		
Man	5 (10,0)	5 (8,2)
Vrouw	45 (90,0)	56 (91,8)
Diabetes mellitus [n (%)]	4 (8,0)	-
Parkinson [n (%)]	-	-
Reumatoïde artritis [n (%)]	16 (32,0)	-
Systemische lupus erythematodes [n (%)]	5 (10,0)	-
Droge mond		
Nee, nooit	-	44 (72,1)
Af en toe	7 (14,0)	16 (26,2)
Al langer dan 3 maanden	43 (86,0)	1 (1,6)
Roken		
Nee	48 (96,0)	56 (91,8)
Dagelijks	1 (2,0)	3 (4,9)
Wekelijks	1 (2,0)	1 (1,6)
Gezelligheidsmomenten	-	1 (1,6)

Tabel 2. Demografische gegevens van de onderzoeksdeelnemers.

legroep zijn met elkaar vergeleken met de Mann-Whitney U-Toets. Om statistische significantie te definiëren zijn p-waarden gebruikt. Verschillen worden hierbij significant beschouwd als $p < 0,05$.

RESULTATEN

In totaal werden tijdens de inclusieperiode 50 patiënten met het syndroom van Sjögren en 61 controles geïncludeerd (afb. 1). Alle patiënten die werden benaderd voor dit onderzoek stemden in met deelname. De demografische gegevens van de geïncludeerde proefpersonen staan in tabel 2. De gemiddelde leeftijd van de patiënten met het syndroom van Sjögren en de controlepersonen verschilde niet significant van elkaar. De verhouding tussen het aantal vrouwen en mannen was 9:1 in de Sjögrengroep en 11:1 in de controlegroep. Met uitzondering van monddroogheid waren er geen demografische verschillen tussen de onderzoeksgroep en de controlegroep.

Patiënten met het syndroom van Sjögren bezochten significant vaker hun tandarts en significant minder vaak hun mondhygiënist (tab. 3). Interdentale reiniging werd significant vaker uitgevoerd door Sjögrenpatiënten dan door controlepersonen. Ook gebruikten Sjögrenpatiënten vaker een mondspoelmiddel en was er een sterke tendens dat zij vaker hun tanden poetsten.

In tabel 4 staan de resultaten van het klinisch onderzoek. De DPSI-score is hoger bij de controlegroep. Opvallend was het significante verschil in de aantasting van de cervicale regio ($p < 0,001$); 30,0% van de patiënten met het syndroom van Sjögren had te maken met tekenen van gegeneraliseerde cervicale aantasting (afb. 2). Dit werd niet gezien in de controlegroep. Bij de controlepatiënten bestond de cervicale aantasting vooral uit cariës

	Sjögren- patiënten (n = 50) n (%)	Controle- groep (n = 61) n (%)	p*
Bezoek tandarts			< 0,001
Nooit	1 (2,0)	-	
Bij klachten	2 (4,0)	3 (4,9)	
Per 12 maanden	3 (6,0)	21 (34,4)	
Per 9 maanden	3 (6,0)	5 (8,2)	
Per 6 maanden	34 (68,0)	32 (52,5)	
Per 4 maanden	2 (4,0)	-	
Per 3 maanden	5 (10,0)	-	
Bezoek mondhygiënist			0,001
Nooit	17 (35,0)	4 (6,6)	
Bij klachten	-	1 (1,6)	
Per 12 maanden	2 (4,0)	6 (9,8)	
Per 9 maanden	-	3 (4,9)	
Per 6 maanden	26 (52,0)	43 (70,5)	
Per 4 maanden	1 (2,0)	-	
Per 3 maanden	4 (8,0)	4 (6,6)	
Soort tandenborstel			0,388
Elektrisch	25 (50,0)	38 (62,3)	
Manueel	14 (28,0)	11 (18,0)	
Beide	11 (22,0)	12 (19,7)	
Frequentie poetsen			0,085
Eenmaal daags	3 (6,0)	9 (14,8)	
Tweemaal daags	36 (72,0)	47 (77,0)	
Driemaal daags	10 (20,0)	5 (8,2)	
Viermaal daags	1 (2,0)	-	
Fluoride in tandpasta			0,418
Geen idee	7 (14,0)	14 (23,0)	
Bewust zonder	-	2 (3,3)	
Onbewust zonder	1 (2,0)	2 (3,3)	
Onbewust met	6 (12,0)	9 (14,8)	
Bewust met	36 (72,0)	34 (55,7)	
Interdentale reiniging			0,004
Geen	4 (8,0)	-	
Als er iets tussen zit	3 (6,0)	1 (1,6)	
Wekelijks	3 (6,0)	8 (13,1)	
Om de dag	5 (10,0)	20 (32,8)	
Dagelijks	23 (46,0)	24 (39,3)	
Vaker dagelijks	12 (24,0)	8 (13,1)	
Mondspoeling gebruik			< 0,001
Geen	30 (60,0)	56 (91,8)	
Eigen initiatief	8 (16,0)	3 (4,9)	
Advies van professional	12 (24,0)	2 (3,3)	
Tongreiniging			0,393
Nooit	27 (54,0)	43 (70,5)	
Wekelijks	6 (12,0)	6 (9,8)	
Bij niet gevoelige tong	1 (2,0)	-	
Dagelijks	10 (20,0)	8 (13,1)	
Tweemaal daags	5 (10,0)	4 (6,6)	
Driemaal daags	1 (2,0)	-	

*p-waarde bij vergelijking van de onderzoeksgroep met de controlegroep: Fisher's exact toets

Tabel 3. Gegevens over de mondverzorging van de onderzoeksdeelnemers.

	Sjögrenpatiënten (n = 50) gem ± sd (min-max)	Controlegroep (n = 61) gem ± sd (min-max)	p*
Totale DMFS-index	44,7 ± 21,1 (0,0-93,0)	37,9 ± 23,9 (2,0-108,0)	0,126
Aantal missende gebitselementen, per gebitselement	3,8 ± 4,4 (0,0-18,0)	2,9 ± 4,3 (0,0-20,0)	0,312
Aantal implantaten, per gebitselement	0,4 ± 1,3 (0,0-7,0)	0,4 ± 1,1 (0,0-7,0)	0,480
Occlusale cariës en/of restauraties, per vlak	7,1 ± 4,1 (0,0-15,0)	7,4 ± 3,7 (1,0-16,0)	0,711
Interdentale cariës en/of restauraties, per vlak	13,3 ± 8,6 (0,0-37,0)	10,4 ± 8,0 (0,0-37,0)	0,041
Cervicale cariës en/of restauraties, per vlak	2,6 ± 3,8 (0,0-15,0)	4,1 ± 4,1 (0,0-16,0)	0,002
Aantal kronen, per gebitselement	3,6 ± 4,0 (0,0-13,0)	1,7 ± 2,8 (0,0-11,0)	0,010
	n (%)	n (%)	p**
Gegeneraliseerde cervicale aantasting			< 0,001
Niet aanwezig	35 (70,0%)	61 (100%)	
Wel aanwezig	15 (30,0%)	-	
DPSI-score			
0	-	-	
1	8 (16,0%)	-	
2	11 (22,0%)	18 (29,5%)	
3-	24 (48,0%)	34 (55,7%)	
3+	-	-	
4	7 (14,0%)	9 (14,8%)	
Partiële plaatprothese en/of frameprothese			1,000
Niet aanwezig	46 (92,0%)	56 (91,8%)	
Wel aanwezig	4 (8,0%)	5 (8,2%)	
Volledige gebitsprothese boven- of onderkaak			1,000
Niet aanwezig	49 (98,0%)	60 (98,4%)	
Wel aanwezig	1 (2,0%)	1 (1,6%)	
* p-waarde bij vergelijking van de onderzoeksgroep met de controlegroep: Mann Whitney U-toets			
** p-waarde bij vergelijking van de onderzoeksgroep met de controlegroep: Fisher's exact toets			

Tabel 4. Gegevens over de mondgezondheid van de onderzoeksdeelnemers.

of een restauratie van enkele gebitselementen, bij de Sjögrenpatiënten was vooral sprake van een gegeneraliseerde combinatie van cariës, erosie en/of abfractie. Bovendien waren bij patiënten met het syndroom van Sjögren meer gebitselementen voorzien van een kroon. Wanneer een tandarts of mondzorgkundige het vermoeden heeft dat aan het typische cariëspatroon een verminderde speekselsecretie ten grondslag ligt, is het zinvol om een speekselklierfunctie-onderzoek uit te voeren. Dit is een eenvoudige test die elke tandarts of mondzorgkundige kan uitvoeren. Wanneer uit dat onderzoek blijkt dat de secretiesnelheid van totaalspeeksel lager is dan 0,3 ml/min in rust en/of lager is dan 0,7 ml/min na stimulatie, zijn aanvullende fluorideadviezen nodig naast het optimaliseren van de mondhygiëne. Herhalen van dit onderzoek is zinvol als blijkt dat het ingestelde fluoridebeleid onvoldoende is bij een goede therapietrouw en tevens de mondhygiëne goed is. Als de speekselsecretie verder is afgenomen, moet het fluoridebeleid worden geïntensiveerd (zie intermezzo 1).

Uit de onderzoeksgroep leden 16 patiënten naast het syndroom van Sjögren ook aan reumatoïde artritis. Dit is

een progressieve auto-immuunziekte die zicht uit in symmetrische aantasting van perifere gewrichten met name de vinger- en teengewrichten, wat het uitvoeren van de zelfzorg bemoeilijkt en belemmert, waardoor de mondgezondheid kan verslechteren (Häkkinen et al, 2005; López-Pintor et al, 2015). Subanalyses toonden geen significant verschil tussen het niveau van de mondgezondheid en mondverzorging van patiënten met het syndroom van Sjögren met of zonder reumatoïde artritis (bij het online-artikel zijn deze resultaten te raadplegen).

DISCUSSIE

Het kenmerkendste verschil in mondgezondheid tussen de Sjögrenpatiënten en de controlepersonen was, naast het gevoel van monddroogheid en de verminderde speekselsecretie, het veel frequenter voorkomen van gegeneraliseerde aantasting van de cervicale regio van de gebitselementen. Daarnaast bezochten Sjögrenpatiënten vaker hun tandarts en besteedden zij meer aandacht aan hun mondverzorging.

De aantasting van de cervicale regio toonde bij Sjögrenpatiënten een gemengd beeld van erosie en cariogene ac-

Extra aandacht voor cervicale cariës en erosie bij Sjögren

Afb. 2. Aantasting van de cervicale regio van verschillende patiënten met het syndroom van Sjögren met kenmerken van zowel erosie als cariës: Cervicale aantasting van gebitselementen met kenmerken van vooral erosie (a), cervicale aantasting van gebitselementen met tevens forse occlusale slijtage (b), cervicale aantasting van gebitselementen met tekenen van tandcariës (c).

tiviteit. Vergelijkbare laesies worden gezien bij patiënten met door straling geïnduceerde hyposalie en hyposalie als gevolg van medicamentgebruik of drugs (Jansma et al, 1992a, Brand et al, 2008; Aliko et al, 2015). De etiologie achter dit fenomeen is multifactorieel. Verondersteld wordt dat de verminderde zelfreiniging van de mond, de veranderde speekselamenstelling, de verschuiving in orale flora naar cariogene bacteriën, bijvoorbeeld *S. mutans*, *Lactobacillus*-soorten, en het veranderde voedingspatroon een rol spelen (Vissink et al, 2003). Jansma en collega's (1988) onderzochten in een in vivo-model het ontstaan van aan hyposalie gerelateerde tandcariës (Jansma et al, 1988). Zij toonden aan dat dit proces erg snel verliep en bestond uit een combinatie van erosie en carieuze aantasting van tandweefsels. Een vergelijkbaar mechanisme vindt waarschijnlijk ook plaats bij Sjögrenpatiënten. Met andere woorden, door de veranderde omstandigheden in de mond van Sjögrenpatiënten worden de tandweefsels gevoelig voor cariës, erosie, abfractie en slijtage (Chaudhury et al, 2016).

Om de beschreven aantasting van tandweefsels te voorkomen, wordt naast een zorgvuldige mondhygiëne het gebruik van fluorideapplicaties sterk aangeraden (Vissink et al, 2003). In een in situ-model is aangetoond dat om de dag applicatie van een neutrale fluoridegel (1% NaF) met behulp van splints het effectiefste schema is om aantasting van tandweefsels te voorkomen (Jansma et al, 1992b). In mildere vormen van monddroogheid kan ook worden volstaan met dagelijks gebruik van een fluoridemonspoeling (intermezzo 1). Aangezien het ontwikkelen van aantasting van de gebitselementen bij Sjögrenpatiënten grote gelijkenis vertoont met de aantasting van gebitselementen door andere oorzaken van monddroogheid, wordt aanbevolen om bij Sjögrenpatiënten een vergelijkbaar schema te volgen. Aangezuurde vormen van fluoride moeten worden vermeden. Dergelijke fluoridepreparaten kunnen leiden tot mucosale irritatie, brandende pijn, erytheem en/of pijn waardoor de patiënt vaak niet therapietrouw is (Beumer et al, 1979a; Beumer et al, 1979b; Vissink et al, 2003). Bovendien is voor de snelle inbouw van fluoride in tandglazuur speeksel nodig en dit ontbreekt juist bij deze patiëntencategorie. Met andere woorden, bij gebruik van een aangezuurde gel wordt wel het glazuur opgelost, maar treedt onvoldoende remineralisatie op, waardoor zelfs

meer aantasting van het glazuur zou kunnen ontstaan.

Een van de hypothesen van dit onderzoek was dat Sjögrenpatiënten een slechtere mondgezondheid hebben dan gezonde personen. Christensen en collega's (2001) rapporteerden dat zij bij Deense Sjögrenpatiënten een significant hogere DMFT (Decayed, Missing or Filled Teeth)-score vonden ten opzichte van een gezonde controlegroep (Christensen et al, 2001). In het onderhavige onderzoek werd een dergelijk verschil in DMFS-score tussen de Sjögrenpatiënten en controlepersonen niet gezien. Een mogelijke verklaring voor dit verschil kan liggen in de toegepaste inclusiecriteria; in het hier beschreven onderzoek werden patiënten met een volledige gebitsprothese geëxcludeerd. Patiënten met een slechte(re) mondgezondheid zijn daardoor mogelijk niet gerekruteerd. Dezelfde criteria werden echter ook toegepast bij het aanwerven van de controlegroep, waardoor deze mogelijke selectiebias wordt beperkt. Een andere verklaring zou kunnen liggen bij de bijna 2 decennia die zijn verstreken tussen het onderzoek van Christensen en collega's (2001) en het onderhavige. Het is mogelijk dat Sjögrenpatiënten zich de afgelopen 2 decennia bewuster zijn geworden van de orale en tandheelkundige gevolgen van het syndroom van Sjögren en actiever met hun mondgezondheid bezig zijn. De lagere DPSI-score in de groep van patiënten met het syndroom van Sjögren wijst in deze richting.

CONCLUSIE

Patiënten met het syndroom van Sjögren laten vaker aantasting van de cervicale gebitsregio zien dan controle-

VOOR UW PATIËNTEN

Voor patiënten met het syndroom van Sjögren is de website van de patiëntenvereniging Nationale Vereniging Sjögrenpatiënten erg informatief en behulpzaam.
www.nvsp.nl

Nationale Vereniging
Sjögrenpatiënten

INTERMEZZO 1. MONDADVIEZEN VOOR PATIËNTEN MET HET SYNDROOM VAN SJÖGREN

Mondhygiëneadviezen

- Poets 3x per dag met een zachte tandenborstel. Poets de tanden en kiezen minimaal 2 minuten met de juiste fluoridetandpasta, afhankelijk van de leeftijd (volwassenen 1.500 ppm).
- Na het poetsen niet naspoelen met water, maar laat de fluoride op de tanden en kiezen zitten.
- Gebruik dagelijks interdentale reinigingsmiddelen die uw tandarts/ mondhygiënist adviseert.
- Bezoek regelmatig een tandarts en mondhygiënist in verband met een verhoogd cariërisico.

Voedingsadviezen

- Eet/ drink maximaal 7x per dag. Dit zijn 3 hoofdmaaltijden (ontbijt, lunch, avondeten) en maximaal 4 tussendoortjes per dag. Water, koffie en thee mag de hele dag worden gedronken, maar dan wel zonder suiker.
- Na eten of drinken minstens 2 uur niets meer innemen.
- Een uur voor het poetsen geen zure producten eten of drinken, zoals fruit en frisdrank.
- Geen eten of drinken nuttigen na het tandenpoetsen 's avonds. Ook niet meenemen naar bed.

Aanvullende fluorideadviezen

- Bij patiënten die in rust een speekselsecretie van onder de 0,3 ml/min en bij gestimuleerd onder de 0,7 ml/min is het verstandig om aanvullend fluoridegebruik te adviseren:
- 3x per dag met fluoridetandpasta poetsen.
 - Met de vinger fluoridetandpasta aanbrengen op gevoelige/ kwetsbare plekken.

- Een neutraal fluoridemondspoelmiddel 0,05%.
- Een neutrale fluoridegel 1%.
- Eventueel fluoridekappen om de dag gebruiken met 1% natriumfluoridegel.
- Fluorideapplicatie toedienen tijdens controles (Duraphat™).

Bij niet verlaagde speekselsecretie maar wel verhoogde cariësactiviteit:

- Mondspoelmiddel met 0,05% natriumfluoride ter ondersteuning (1 maal daags).

Bij verlaagde speekselsecretie maar geen toegenomen cariësactiviteit:

- Geen extra fluoridebeleid hanteren, maar mondhygiëne zo blijven handhaven.

Bij verlaagde speekselsecretie en toegenomen cariësactiviteit:

- Fluoridekappen vervaardigen met het fluoriderecept van 1% natriumfluoride. Om de dag de fluoridekappen met de fluoridegel laten gebruiken.

Drogemondadviezen

- Suikervrije kauwgom gebruiken.
- Regelmatig spoelen met water (ook etensresten wegspoelen i.v.m. cariërisico).
- Speekselsubstituten (gel, spray en/of mondspoelmiddel).
- Tandpasta zonder menthol (speciaal voor xerostomie patiënten of juniortandpasta).

personen. Mondzorgverleners moeten deze patiënten waarschuwen voor dit fenomeen. Daarnaast is het frequent bezoeken van een tandarts en mondhygiënist en het frequent appliceren van geschikte fluoridepreparaten (zie intermezzo 1) aan te bevelen.

LITERATUUR

- * Aliko A, Wolff A, Dawes C, et al. World Workshop on Oral Medicine VI: clinical implications of medication-induced salivary gland dysfunction. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2015; 120: 185-206.
- * Beumer J, Curtis T, Harrison R. Radiation therapy of the oral cavity: sequelae and management, Part 1. *Head Neck Surg* 1979a; 1: 301-312.
- * Beumer J, Curtis T, Harrison R. Radiation therapy of the oral cavity: sequelae and management, Part 2. *Head Neck Surg* 1979b; 1: 392-408.
- * Brand HS, Dun SN, Nieuw Amerongen AV. Ecstasy (MDMA) and oral health. *Br. Dent. J* 2008; 204: 77-81.
- * Chaudhury NM, Proctor GB, Karlsson NG, Carpenter GH, Flowers SA. Reduced Mucin-7 (Muc7) Sialylation and altered saliva rheology in Sjögren's syndrome associated oral dryness. *Mol Cell Proteomics* 2016; 15: 1048-1059.
- * Christensen LB, Petersen PE, Thorn JJ, Schiødt M. Dental caries and dental health behavior of patients with primary Sjögren syndrome. *Acta Odontologica Scandinavica* 2001; 59: 116-120.
- * Delli K, Spijkervet FK, Kroese FG, Bootsma H, Vissink A. Xerostomia. *Monogr Oral Sci* 2014; 24: 109-125.
- * Groenewegen H, Bierman WFW, Delli K, et al. Severe periodontitis is more common in HIV- infected patients. *Journal of Infection*; 2019: 78:171-177.
- * Häkkinen A, Kautiainen H, Hannonen P, Ylinen J, Arkela-Kautiainen M, Sokka T. Pain and joint mobility explain individual subdimensions of the health assessment questionnaire (HAQ) disability index in patients with rheumatoid arthritis. *Ann. Rheum. Dis* 2005; 64: 59-63.
- * Jansma J, Vissink A, Gravenmade EJ, Josselin de Jong E de, Jongebloed WL, Retief DH. A model to investigate xerostomia-related dental caries. *Caries Res* 1988; 22: 357-361.
- * Jansma J, Vissink A, Jongebloed WL, s-Gravenmade EJ. Xerostomie-gerelateerde cariës. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1992a; 99: 225-232.
- * Jansma J, Vissink A, Spijkervet FK, et al. Protocol for the prevention and treatment of oral sequelae resulting from head and neck radiation therapy. *Cancer* 1992b; 70: 2171-2180.
- * López-Pintor RM, Fernández Castro M, Hernández G. Oral involvement in patients with primary Sjögren's syndrome. Multidisciplinary care by

dentists and rheumatologists. *Reumatología Clínica (English Edition)* 2015; 11: 387-394.

- * Maslinska M, Przygodzka M, Kwiatkowska B, Sikorska K. Sjögren's syndrome: still not fully understood disease. *Rheumatol Int* 2014; 35: 233-241.
- * Qin B, Wang J, Yang Z, et al. Epidemiology of primary Sjögren's syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis* 2015; 74: 1983-1989.
- * Schuurhuis JM, Stokman MA, Roodenburg JL, et al. Efficacy of routine pre-radiation dental screening and dental follow-up in head and neck oncology patients on intermediate and late radiation effects. A retrospective evaluation. *Radiother Oncol* 2011; 101: 403-409.
- * Shiboski CH, Shiboski SC, Seror R, et al; American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism classification criteria for primary Sjögren's syndrome: A consensus and data-driven methodology involving three international patient cohorts. *Arthritis Rheumatol* 2017; 69: 35-45.
- * Vissink A, Burlage FR, Spijkervet FK, Jansma J, Coppes RP. Prevention and treatment of the consequences of head and neck radiotherapy. *Crit Rev Oral Biol Med* 2003; 14: 213-225.

SUMMARY

The level of oral health and oral care in patients with Sjögren syndrome

Sjögren syndrome, characterised by, among other things, dry mouth, can be associated with an increased risk of caries and oral infections. The level of oral care and oral health in a group of 50 patients with Sjögren syndrome was assessed. These findings were compared with a group of 61 healthy controls. Damage to the cervical area of the teeth was much more frequently seen in patients with Sjögren syndrome than in the control group ($p < 1.001$). Moreover, patients with Sjögren syndrome paid more attention to their oral care. This expressed itself, among other things, by the more frequent use of interdental cleaning agents ($p = 0.004$) and fluoride mouthwashes ($p = 0.001$). It is recommended that dentists and dental hygienists see their patients often; every three months, for example, on account of, among other things, the increased risk of developing caries

AUTEURSINFORMATIE

B. Bootsma¹, E. de Gier¹, S. Oort², K. Delli², A. Vissink²

Uit ¹de Hanzehogeschool Groningen van het Centrum voor Tandheelkunde en Mondzorgkunde en ²de afdeling Mond-, Kaak- en Aangezichtschirurgie van het Universitair Medisch Centrum Groningen/Rijksuniversiteit Groningen. ¹Beide auteurs hebben in gelijke mate bijgedragen

Datum van acceptatie: 1 november 2019

Adres: mw. dr. K. Delli, UMC Groningen, Postbus 30001, 9700 RB Groningen

k.delli@umcg.nl

DANKWOORD

De auteurs bedanken Van Asperen Tandheelkunde voor de gelegenheid die deze praktijk hen heeft geboden om de controlegroep te kunnen includeren.

OP WWW.NTVT.NL

Zie voor onderstaande bijlagen met tabellen het online artikel (doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2020.01.19080>) of de QR-code.

Bijlage 1. Resultaten subanalyses van het niveau van de mondgezondheid en mondverzorging van patiënten met het syndroom van Sjögren met of zonder reumatoïde artritis.