Parodontale gezondheid en zwangerschap

Wereldwijd eindigt één op de vijf zwangerschappen ongunstig. Denk aan vroeggeboorte, laag geboortegewicht, pre-eclampsie en foetaalverlies. Miskramen en doodgeboorte vormen daarmee een groot klinisch, psychologisch en volksgezondheidsprobleem. De oorzaken zijn complex en multifactorieel, maar één factor krijgt de laatste jaren steeds meer wetenschappelijke aandacht: de mondgezondheid van de moeder. Wat als tandheelkundige professionals hierin een verschil kunnen maken? ***Yalda Ahmadzai en Nina Nijland***

De mond staat niet los van de rest van het lichaam. Parodontitis is een chronische ontstekingsziekte die niet stopt bij de gingiva. Via het bloed en ontstekingsmediatoren kunnen pathogenen een ontsteking veroorzaken die ver buiten de mondholte reikt. Onderzoek toont al langer een verband aan met hart- en vaatziekten, diabetes en reumatoïde artritis.
Maar de relatie met ongunstige zwangerschapsuitkomsten is nog lang niet volledig in kaart gebracht. Juist binnen dit complexe en multifactoriële speelveld groeit de aandacht voor de mogelijke rol van mondgezondheid tijdens de zwangerschap.

Parodontitis en ongunstige zwangerschapsuitkomsten

Parodontitis is wereldwijd een van de meest voorkomende chronische aandoeningen. In 2010 werd ernstige parodontitis geschat op ruim 743 miljoen gevallen, en de prevalentie van zo'n 11% is sindsdien nauwelijks gedaald (Kassebaum et al., 2014). Bij zwangere vrouwen is de mondgezondheid extra kwetsbaar. Hormonale veranderingen, waarbij oestrogeen en progesteron gehalte stijgen, verhogen de doorbloeding en gevoeligheid van de gingiva en kunnen ontsteking verergeren.

De mondholte herbergt meer dan 600 bacteriesoorten en vormt daarmee een van de meest diverse microbiële omgevingen van het menselijk lichaam (Dewhirst et al., 2010). Bij parodontitis verschuift de bacteriële samenstelling richting een dysbiose: grampositieve commensalen maken plaats voor gramnegatieve anaeroben zoals ***Porphyromonas gingivalis, Fusobacterium nucleatum*** en ***Treponema denticola*** (Socransky et al., 1998). Deze pathogenen zijn niet passief. Ze produceren virulentiefactoren die de lokale weefselafweer ondermijnen en tegelijkertijd de systemische inflammatoire respons activeren (Lamont et al., 2018). Zodra de epitheliale barrière van het parodontium is aangetast, kunnen bacteriën en hun componenten, zoals lipopolysacchariden, de bloedbaan bereiken.

Er zijn twee biologische mechanismen voorgesteld die kunnen verklaren hoe parodontitis kan bijdragen aan ongunstige zwangerschapsuitkomsten. Bij de directe route verspreiden orale bacteriën en hun componenten zich via de bloedbaan naar het foe-



V.l.n.r: een gezonde mond, mond met gingivitis en een mond met ernstige parodontitis

to-placentaire complex (Sanz et al., 2013). Daarnaast wordt ook een mogelijke opstijgende infectieroute via de urogenitale tractus beschreven, bijvoorbeeld na oraal-genitaal contact (Cobb et al., 2017; Sanz et al., 2013). De indirecte route verloopt via ontstekingsmediatoren die worden geproduceerd als reactie op ontsteking in de parodontale weefsels. Deze mediatoren, waaronder cytokinen en acute faseeiwitten, kunnen in de systemische circulatie terechtkomen en zo de placenta en de foetale ontwikkeling beïnvloeden (Sanz et al., 2013).

Enerzijds kunnen parodontale pathogenen een ontstekingsreactie opwekken binnen het foetoplacentaire complex. Anderzijds kan het de regulatie van lokale groeifactoren verstoren in structuren zoals het myometrium, de vruchtvliezen, de placenta, het vruchtwater en de foetale circulatie. Opvallend is dat *Fusobacterium nucleatum,* een bekende parodontale pathogeen, ook is aangetoond in placentaweefsel en vruchtwater van vrouwen met een vroeggeboorte of doodgeboorte. Dit geeft biologische geloofwaardigheid aan de hypothese dat orale bacteriën kunnen bijdragen aan ongunstige zwangerschapsuitkomsten.

Wat benadrukt dient te worden, is dat een miskraam een complex probleem betreft, waarbij de etiologie doorgaans multifactorieel van aard is. Parodontitis is dan ook niet aangetoond als causale factor, maar zou wel een relevante bijdrage kunnen leveren. Voor de klinische praktijk onderstreept dit het belang van vroege interventie: het reduceren van de parodontale bacteriën is niet alleen goed voor het gebit, maar mogelijk ook voor de zwangerschap.

Effect van behandeling op de zwangerschapsuitkomst

De vraag of parodontale behandeling tijdens de zwangerschap ook de uitkomst van de zwangerschap verbetert, heeft de afgelopen twee decennia tot wetenschappelijke onderzoeken geleid met wisselende resultaten.

Een meta-analyse van 20 gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's) met ruim 8.000 deelnemers liet zien dat niet-chirurgische parodontale behandeling gepaard ging met een significant lagere kans op perinatale sterfte, minder vroeggeboorte én een hoger geboortegewicht. Het risico op vroeggeboorte nam af, en het gemiddelde geboortegewicht steeg met ruim 200 gram in de behandelde groep. Dit zijn klinisch relevante effecten (Bi et al., 2021). Toch moeten deze bevindingen met de nodige voorzichtigheid bekeken worden, want het beschikbare bewijs is niet eenduidig. Bevindingen zijn inconsistent: studies verschillen sterk in studie-opzet, tijdstip van behandeling en populatiekenmerken. Bovendien werd de parodontale status in sommige studies via zelfrapportage gemeten, wat misclassificatie niet uitsluit en geobserveerde associaties kan verdoezelen, zoals zichtbaar in het grote preconceptie cohort met 826 miskramen dat géén significante associatie met parodontitis vond (Bond et al., 2023).

Een mogelijke verklaring voor deze inconsistentie ligt in het tijdstip van ingrijpen. Parodontale behandeling in het tweede trimester is mogelijk te laat om placentaire kolonisatie door parodontale pathogenen te voorkomen. Interventies vóór de conceptie zouden theoretisch effectiever kunnen zijn, maar hier is nog geen goed wetenschappelijk onderzoek naar gedaan. Als deze theorie inderdaad klopt, is het belangrijk parodontale screening en behandeling te doen bij voorkeur voordat bevruchting plaatsvindt. De beschikbare evidentie wijst dus in de richting van een verband, maar is nog niet eenduidig genoeg voor definitieve conclusies.

Zwangerschapsgingivitis

Hoewel parodontitis in verband is gebracht met ongunstige zwangerschapsuitkomsten, is een dergelijke relatie voor gingivitis vooralsnog niet aangetoond, mede door gebrek aan gericht onderzoek. Tijdens de zwangerschap treden hormonale veranderingen op die leiden tot een verhoogde ontstekingsgevoeligheid en toenemende doorbloeding van de gingiva. De prevalentie van zwangerschapsgingivitis is hoog: zo'n 60–75% van de zwangere vrouwen krijgt hiermee te maken. Vaak begint het in het tweede trimester en is reversibel na de bevalling.

Wanneer en hoe behandelen?

In Nederland bestaat geen specifiek behandelprotocol voor zwangerschapsgingivitis of parodontitis bij zwangere vrouwen; in de praktijk worden vaak de richtlijnen van de European Federation of Periodontology (EFP) als leidraad gehanteerd.

Zwangerschap vormt geen contra-indicatie voor het verlenen van adequate mondzorg. Het primaire doel is preventie, waarbij nadruk ligt op mondhygiene-instructies en mechanische plaque verwijdering. Wel wordt geadviseerd om invasieve behandelingen bij voorkeur niet in het eerste trimester uit te voeren, vanwege de organogenese van de foetus. In deze periode is het embryo het meest gevoelig voor medicatie, infecties en systemische stress. Een invasieve ingreep is een tandheelkundige handeling waarbij de integriteit van weefsels wordt doorbroken zoals de gingiva, het parodontium, het bot of de tandstructuur zelf, vaak gepaard gaand met bloeding en penetratie in steriele weefsels. Voorbeelden hiervan zijn extracties, chirurgie, diepe subgingiva gebitsreiniging, endodontische behandelingen, en incisie en drainage van abcessen.

Het tweede trimester wordt over het algemeen beschouwd als de meest geschikte periode voor tandheelkundige behandelingen zoals parodontale therapie en extracties, omdat deze meestal veilig zijn voor zwangere patienten. Echter, deze behandelingen kunnen een tijdelijke bacteriëmie veroorzaken, een milde ontstekingsreactie opwekken en fysiologische stress geven. Daarom dient bij deze ingrepen toch zorgvuldig te worden afgewogen welke behandelingen echt nodig zijn, om onnodige interventie zoveel mogelijk te vermijden.

Het derde trimester brengt praktische bezwaren met zich mee zoals verminderd ligcomfort.

Educatie

Educatie van aanstaande moeders is van groot belang, aangezien er veel onwetendheid bestaat over tandheelkundige zorg tijdens de zwangerschap. Dit kennisgebrek beperkt zich overigens niet alleen tot aanstaande moeders, maar komt ook voor bij medische professionals zoals huisartsen, verloskundigen en gynaecologen. Dit is niet het gevolg van onkunde, maar eerder te wijten aan onvoldoende scholingsmogelijkheden op dit gebied. Kortom, er is nog veel werk aan de winkel! **d**

De mond staat niet op zichzelf

Het **congres Orale Gezondheid in Medisch Perspectief** belicht de sterke samenhang tussen mondgezondheid, chronische ziekten en complexe zorg. Je ontdekt hoe factoren zoals leefstijl, veroudering, zwangerschap en aandoeningen als diabetes en hart- en vaatziekten invloed hebben op de mond.
Speciaal voor **tandartsen en mondhygiënisten** biedt dit congres praktische inzichten voor het omgaan met complexe zorgvragen en kwetsbare patiënten. Het congres vindt plaats op **vrijdag 12 juni in het Miele Experience Center in Vianen.**

Aanmelden kan eenvoudig via de QR-code

De auteur

Yalda Ahmadzai, mondhygiënist en Nina Nijland, parodontoloog NVvP.

De literatuurlijst is op te vragen bij de redactie en in te zien bij het artikel online op www.dentista-magazine.nl