

[Parodontologiepraktijken Noord- en Oost-Nederland]



Scan QR code voor lezersenquête



Scan de QR code voor de digitale editie van dit bulletin en voor de uitgebreide versie mondonpnames behorende bij het artikel 'Traumacusus onderfont'

Nr 41 • Mei 2026

Eindredactie: Edwin Zeubring

Mail de redacteur: edwin.zeubring@paropraktijktwente.nl

Vormgeving: Easymail Print & Sign

In deze uitgave

- Regeneratie van kaakbot
- P-cademy
- Save the date
- Traumacusus onderfont
- 10 jaar De Parodontoloog

## > Regeneratie van kaakbot

Binnen de orale implantologie wordt het steeds duidelijker hoe verloren gegaan kaakbot hersteld kan worden en vooral langdurig behouden kan worden.

Tandartsen, parodontologen en kaakchirurgen staan regelmatig voor de keuze van het uitvoeren van een botopbouw voorafgaand aan het implanteren of dat er direct, immers, een implantaat geplaatst wordt met eventueel een aanvullende botopbouw. Etiologie, correcte klinische metingen en de juiste indicatiestelling ten behoeve van de behandelstrategie zijn hierbij essentieel, maar verschillen fundamenteel in biologische benadering.

Zowel de eigenschappen van gebruikte biomaterialen, als ook kennis het volume van het resterende autologe kaakbot zijn

essentieel om botaugmentatie procedures zo voorspelbaar mogelijk uit te voeren. Daarnaast is het van groot belang dat er begrip is van wondgenezing en infectiecontrole.

Technologische vooruitgang heeft het immers plaatsten van implantaten wellicht aantrekkelijker gemaakt. Ervaring, indicatiestelling en kunde van de behandelaar spelen een grote rol. Het is van belang een goede afweging te maken of er immers of traditioneel (verlaat) geïmplanteerd gaat worden en goed de tijd te nemen om die keuze aan de patiënt uit te leggen. Een goede mondhygiëne is essentieel voor succes op lange termijn. Bijzonder is dat slechte mondhygiëne niet altijd per se direct tot peri-implantitis leidt. De vraag is of je moet beginnen een implantologische

reconstructie wanneer niet aangetoond is dat er vooraf sprake is van een gezond parodontium met een goed niveau van mondhygiëne. Het gaat er dus vooral om wanneer je iets doet en hoe je iets doet.

In dit bulletin beschrijft collega Gründemann de pre-implantologische behandel fase van een door hem behandelde traumacusus waarbij bovengenoemde factoren goed aan de orde komen.

**PARO**  
PRAKTIJK GRONINGEN • PARODONTOLOGIE EN IMPLANTOLOGIE

**PPZ** Parodontologie  
Praktijk Zwolle  
parodontologie & implantologie

**PPT** Parodontologie Praktijk Twente  
Parodontologie • Implantologie

**PPF** PARODONTOLOGIE PRAKTIJK FRIESLAND  
PARODONTOLOGIE • IMPLANTOLOGIE

**DE PARO DONTOLOG**

gelreland  
parodontologie

**UMCG** Centrum voor Tandheelkunde en Mondzorgkunde

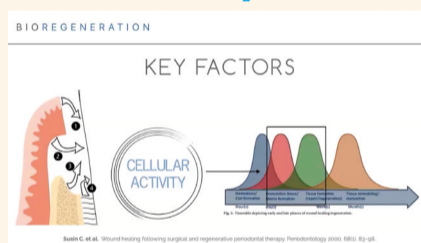
**Parodontologie Epe**

In het volgende bulletin zal de restauratieve fase gepubliceerd worden.

Edwin Zeubring

<PPT

## > P-cademy 2026



Op 6 maart j.l. vond er een nascholingsdag plaats voor parodontologen NVVP. Deze nascholing (P-Academy) vindt jaarlijks plaats. Spreker van deze dag was David Palombo, een parodontoloog uit Milaan. In zijn voordracht werd de focus gelegd op soft tissue management, chirurgische technieken voor botaugmentatie en implantaat gedragen restauraties.

Een belangrijk uitgangspunt bij implantologische behandelingen is het definiëren van een gezonde peri-implantaire situatie voordat wordt overgegaan tot prothetische restauratie. Volgens de huidige inzichten en conform richtlijnen van de European Federation of Periodontology (EFP) dient een implantaat geplaatst te worden binnen een biologisch

en restauratief gunstige positie. Hierbij zijn drie factoren belangrijk: positie van de restauratie, positie van het implantaat en volume van bot en de weke-delen. Voor een voorspelbaar en esthetisch bevredigend resultaat wordt voor een emergence profile doorgaans een afstand van circa 4 mm tussen botniveau en de CEJ van de restauratie als adequaat beschouwd.



Deze afstand draagt bij aan het behoud van gezond peri-implantair weefsel. Het belang van de peri-implantaire mucosale afsluiting werd hierbij benadrukt. Het epitheel vormt de belangrijkste barrière tegen de biofilm, terwijl het bindweefsel een ondersteunende rol speelt. In een mucositis-experiment van

Tonetti werd aangetoond dat dieper geplaatste implantaten meer tijd nodig hebben voor resolutie van ontsteking dan oppervlakkiger geplaatste implantaten.

Er werd ook uitgebreid ingegaan op de vascularisatie van gingivale flappen. Studies van onder andere McLean et al. (1995) en Nobuto et al. (1988) beschrijven dat het terminale deel van een flap gedurende de eerste drie dagen geen directe bloedvoorziening heeft en initieel afhankelijk is van plasmatische diffusie. Hierdoor gedraagt het terminale deel van een flap zich vergelijkbaar met een vrij gingivatransplantaat. Genezing is voorspelbaar, mits er voldoende onderliggend weefsel aanwezig is. Het interproximale weefsel heeft doorgaans een goede vascularisatie, voldoende dikte en hoogte, wat essentieel is voor succesvolle weefselmanipulatie. Het gebruik van interproximaal weefsel, lees de papil, wordt dan ook gebruikt als basis voor de coronaalwaarts verplaatste flap.

Er werd ook stilgestaan bij de principes van bot- en weefselregeneratie. De basisprincipes van regeneratie zijn de juiste cellen, op de juiste plaats en op het juiste moment. Hierbij spelen verschillende

celtypen een rol te weten zoals mesenchymale cellen (langzame cellen): 50–60 dagen en epitheelcellen (snelle cellen): 5–10 dagen. De regeneratieve behandeling is er op gericht dit te sturen. Succesvolle regeneratie is afhankelijk van drie sleutelcomponenten: voldoende vascularisatie (vascularisation), ruimte creëren, behouden (space maintenance) en bescherming van het wondgebied (site protection) in de helingsfase. In het laatste deel werden klinische casussen besproken met esthetische problemen in de frontregio, vaak veroorzaakt door malpositie van implantaten. Voor diagnostiek van dergelijke problemen werden vier belangrijke parameters genoemd: gingivahoogte, vormgeving suprastructuur, implantaatpositie en papilvorm en hoogte. Deze factoren helpen bij het analyseren van discrepanties tussen restauratie en omliggende gingiva en vormen de basis voor een behandelplan, waarbij mucogingivale correcties in sommige gevallen verbetering kunnen geven. Kortom een leerzame dag waar waarbij veel is opgestoken in het verhelpen van muco-gingivale problematiek bij natuurlijke elementen en implantaten. Maar het motto blijft: voorkomen is beter dan genezen.

Jeroen Zweers

<PPG

## > Save the date

**PPZ SYMPOSIUM**

**4 DECEMBER 2026 BUITENSOCIËTEIT ZWOLLE**

**13.00 – 17.00**

VOOR TANDARTSEN, TANDARTS-SPECIALISTEN EN MONDHYGIËNISTEN

ONDERWERPEN: PARODONTOLOGIE EN DE INTERACTIE MET DE IMPLANTOLOGIE, SOFT TISSUE GRAFTING

(RECESSIEBEDEKKING) EN AUTOTRANSPLANTATIE

KRT EN KRM PUNTEN

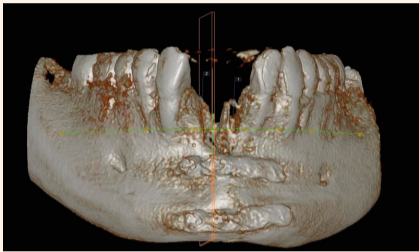
**REGISTRATIE VANAF SEPTEMBER**

**VIA DE PPZ**

## > Traumacacus onderfront

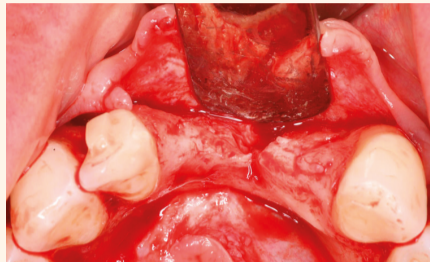


Patiënt, 28 jaar is in augustus 2024 verwezen door de huisstandarts. Na een val met de fiets zijn er drie onderfront elementen verloren gegaan en is door de kaakchirurg behandeld ivm een gebroken onderkaak in de mediaanlijn. Er werden twee osteosynthese plaatjes buccaal geplaatst.



Ik zie patiënt voor een eerste consult in september 2024. Duidelijk is te zien dat er al een goede genezing plaatsvindt en dat er erg veel schade is ontstaan.

De kaakwal is voor een behoorlijk gedeelte verdwenen. Tevens is er mucosaal weefsel en is het lipbandje in het botdefect gegroeid. Besloten is een kaakwalreconstructie uit te voeren met botgranulaat en een Cytoplast D-PTFE membraan met ondersteuning van 1 tentingschroef. Een machtigingsaanvraag werd gedaan bij de verzekering. De huisstandarts corrigeert met invisalign de stand van de 32



In februari 2025 vond de botopbouwprocedure plaats. Er is een mix van humaan (Oragraft) en runderbotgranulaat (Bio-Oss) gebruikt. Om het granulaat op zijn plaats te houden is gebruikt gemaakt van een groot Cytoplast titanium versterigd membraan.

De weefsels zijn zowel buccaal als linguaal ontlast waarbij linguaal voorzichtig te werk is gegaan om de ductus lingualis van de speekselklier en de nervus lingualis niet te beschadigen. Buccaal geldt hetzelfde voor de uitlopers van de nervus mentalis bij de ontlastingsincisie en de horizontale ontlasting.

Er is één tentingscrew gebruikt, schief gezet net naast de botbreuk en naar buccaal, om het inklappen en naar linguaal drukken van het complex te voorkomen. Er is een goede primaire sluiting verkregen.

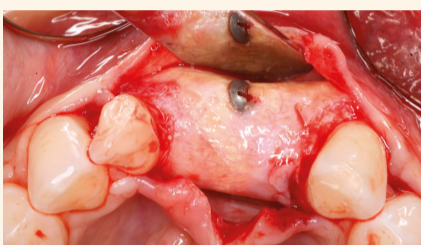
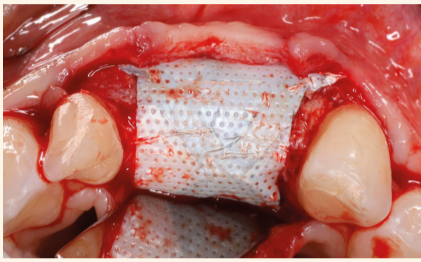


"Scan QR code 2 voor een uitgebreidere serie mondopnames van deze traumacacus"

Duidelijk is te zien dat we een goed bothoogtewinst hebben weten te bereiken.

Wij gebruiken al jaren geen antibiotica ondersteuning meer in standaard situaties bij implantologie en botopbouw. Vanwege de uitgebreidheid van deze operatie is bij uitzondering besloten: 3 dagen Amoxicilline 500 mg voor te schrijven ter ondersteuning.

In april 2025, drie maanden na chirurgie, zie ik de patiënt voor een tussentijdse controle. De situatie is goed onder controle en het herstel verloopt voorspoedig.



In mei 2025 wordt het membraan en de tentingscrew verwijderd en het weefsel weer primair gesloten om het bot de kans te geven verder uit te rijpen.

Bot groeit gemiddeld met 1mm per maand. Aangezien we hier ongeveer een 1cm hoogte winst hebben en een groot volume willen we toch wel een jaar wachten. Duidelijk is te zien hoeveel botherstel heeft plaatsgevonden en dat de botmassa een goede doorbloeding heeft. De wond wordt weer primair gesloten. Er werd door de huisstandarts een tijdelijke etsbrug gemaakt.



In november 2025 zag ik de patiënt weer met een prachtig stabiel herstel. Wat wel opvalt is dat er buccaal veel mucosaal weefsel aanwezig is.

Voor stabiliteit op de lange termijn is een brede zone gekeratiniseerd weefsel wenselijk, zeker ook rondom implantaten. Besloten is dan ook een vrij gingivatransplantaat buccaal te plaatsen. Er wordt een split-thickness flap uitgevoerd en een vrij gingivatransplantaat buccaal ingebracht.



Lodewijk Gründemann

<PPF

## > Praktijk info

**PPG locatie Groningen** Ubbo Emmiusingel 17  
9711 BB Groningen • tel. 050-3130064  
e-mail: info@paropraktijkgroningen.nl  
www.paropraktijkgroningen.nl

**PPG locatie Veendam** Molenstreek 13  
9641 HA Veendam • tel. /e-mail/website: zie PPG

**PPZ** Groot Weezenland 15 • 8011 JV Zwolle  
tel. 038-4222003  
e-mail: info@paropraktijkzwolle.nl  
www.paropraktijkzwolle.nl

**PPT** Institutenweg 10 • 7521 PK Enschede  
tel. 053-4300024  
e-mail: info@paropraktijktwente.nl  
www.paropraktijktwente.nl

**PPF** Bredyk 1b, 9084 AG Goutum  
tel. 058-2160462 • e-mail: info@parofries.nl  
www.parofries.nl

**DE PARODONTOLOOG** Helperplein 21  
9721 CX Groningen • tel. 050-7271511  
info@deparodontoloog-groningen.nl  
www.deparodontoloog-groningen.nl

**GELRELAND PARODONTOLOGIE**  
Groenmarkt 22 • 7201 HZ Zutphen  
tel. 085-2732335 • e-mail: info@gelreland.nl  
www.gelreland.nl

**UMCG** Ant. Deusinglaan 1  
9713 AV Groningen • tel. 050-3633092  
Afspraken polikliniek en halitose 050-3637505  
e-mail: ctm@umcg.nl • www.ctm.umcg.nl

**PARODONTOLOGIE EPE** Dwarsweg 11  
8161 CH Epe • tel. 0578-745031  
• www.parodontologieepe.nl

## > 10 jaar De Parodontoloog

Op 2 januari 2015 werd de eerste patiënt behandeld bij De Parodontoloog in Groningen. Sindsdien is de praktijk in Helpman gegroeid in meerdere opzichten.

De oprichters en bedenkers Geerten-Has Tjakkes en Kina-Timmer Tjakkes hebben de praktijk uitgebreid qua team en zorgaanbod, maar ook met bij- en nascholingsactiviteiten via Parodontologica. Inmiddels zijn we dus ruim 10 jaar verder en daarom werd op 28 september 2025 met verwijzers in de Rietschans in Haren stilgestaan bij het tweede lustrum van de praktijk.

Oude en nieuwe collega's werden getraakteerd op stampot wortels, want we koesteren het thema 'gehecht aan je wortels'. Op de avond werden hapjes en drankjes afgewisseld met twee lezingen.

Parodontoloog Renkse Thomas nam de toehoorders op een interactieve wijze mee in o.a. verschillende aspecten van diagnostische mogelijkheden om behandeluitkomsten te voorspellen. De klinische diagnostiek is vaak stap 1 om een beeld te krijgen van de ernst en de omvang van een probleem. Maar het is de combinatie met de röntgenologische informatie die meer inzicht geeft in het probleem, maar ook in de mogelijkheden tot herstel. Een goede analyse van deze gegevens kan helpen om de mate van herstel in te schatten.

Het geeft dan ook al richting aan de in te zetten behandeling. Is alleen een niet-chirurgische behandeling voldoende, of kan je al verwachten dat er een chirurgisch vervolg nodig is?



Het interpreteren van de röntgenfoto en het voorspellen van de ligging van het weefsel na behandeling bleek een uitdagende oefening.

Geerten-Has Tjakkes besprak verschillende behandelmogelijkheden van De Parodontoloog en daarmee dus ook de verwijsmogelijkheden. In de algemene praktijk is de richtlijn Parodontale Screening, Diagnostiek en Behandeling met daarin het stroomschema erg handig om te beoordelen waar je staat in het parodontale behandeltraject en welke mogelijkheden of aanbevelingen er zijn voor het vervolg.

Ook parodontale aspecten in relatie met de implantologie werden besproken. Er was tijdens en na de lezingen volop tijd voor intercollegiale discussie. Op laagdrempelige wijze werden verschillende onderdelen toegelicht. De laagdrempeligheid willen we blijven hanteren, collega's werden dan ook uitgenodigd om eens een dag(deel) mee te lopen in de praktijk.

Als dank werden de gasten bij vertrek getraakteerd op een bos worteltjes. Op naar het volgende lustrum!

Geerten-Has Tjakkes

<De Parodontoloog