Nieuwsbulletin Paro N·O·

[Parodontologiepraktijken Noord- en Oost-Nederland]

Nr 42 • oktober 2026
Eindredactie: Edwin Zeubring en Melle Vroom
Mail de redacteur: mvroom128@gmail.com
Vormgeving: Easymail Print & Sign

Scan de QR-code voor de digitale versie van dit bulletin

Scan de QR-code voor wetenschappelijk artikel horend bij artikel 3; Endo vermomd als paro

In deze uitgave

Uitstel, maar geen afstel •
Mucosale dikte als sleutel tot esthetische stabiliteit rond implantaten •
Indicatiestelling antibiotica in de mondzorg •
Endo vermomd als paro •
PPZ Symposium •

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 Donto Loog
gelreland parodontologie
umcg Centrum voor Tandheelkunde en Mondzorgkunde
Parodontologie Epe

< PPT

> Uitstel, maar geen afstel

Als behandelaar probeer je voorafgaand aan een behandeltraject een tijdpad vast te leggen. Althans zo concreet mogelijk.

Er kan afgeweken van het oorspronkelijk geschetste tijdpad. In de praktijk is het wellicht wel eens zo dat we geneigd zijn de patiënt een zo kort mogelijk behandeltraject aan te bieden, maar als je van tevoren goed uitlegt dat een duurzaam resultaat op de lange termijn het belangrijkst is, dan heb je ook achteraf het vertrouwen van de patiënt het beste geborgd.

In het vorige bulletin werd door collega Gründemann een casus beschreven over trauma in het onderfront.

In mijn voorwoord gaf ik destijds aan dat de restauratieve fase in dit bulletin beschreven zou worden.

Deze fase heeft echter wat meer tijd nodig. De publicatie daarvan wordt waarschijnlijk tot de voorjaarseditie van 2027 uitgesteld. Dit uitstel betekent zeker geen afstel!

In dit bulletin is er naast aandacht voor endo-paroproblematiek, het gebruik of juist geen gebruik, van antibiotica in de mondzorg een casus beschreven die een mooie samenhang toont met de traumacasus onderfront.

Rest mij u mee te delen dat ik in verband met ziekte langere tijd niet werkzaam kan zijn als parodontoloog in de PPT. Via de PPZ is waarneming ingezet.

Daarnaast zal collega Melle Vroom (PPF) mijn taak als eindredacteur zo lang dat nodig is overnemen.

Edwin Zeubring

> Mucosale dikte als sleutel tot esthetische stabiliteit rond implantaten

In de beginperiode van de moderne implantologie, na het baanbrekende werk van Brånemark en zijn collega's, was het bereiken en behouden van osseointegratie de voornaamste uitdaging.

Door vooruitgang in implantaatgeometrie, oppervlaktetopografie en chirurgische protocollen is de overleving van implantaten inmiddels zeer voorspelbaar.

De hedendaagse implantologie richt zich daarom niet alleen op implantaatoverleving, maar ook op het langdurige behoud van de peri-implantaire gezondheid, de architectuur van de harde en zachte weefsels en stabiele esthetische resultaten.

Dit is vooral relevant in de anterieure maxilla, waar apicale migratie van de peri-implantaire mucosale rand de esthetiek kan compromitteren, zelfs bij klinisch gezonde implantaten met een succesvolle osseointegratie. In een recente prospectieve cohortstudie met een follow-upduur van vijf jaar evalueerden Tavelli et al. 133 anterieure implantaten bij 124 patiënten door middel van klinische metingen en echografie.

De onderzochte parameters omvatten de mucosale dikte op 1 en 3 mm apicaal van de mucosale rand (MT1 en MT3), de breedte van de gekeratiniseerde mucosa, de buccale botdikte en de aanwezigheid van buccale botdehiscenties.

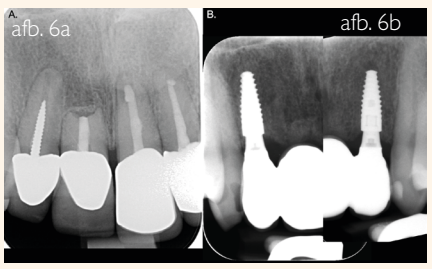
MT3 bleek de belangrijkste voorspeller van de langetermijnstabiliteit van de mucosale rand. De optimale drempelwaarde bedroeg 2,01 mm, terwijl een MT3 van minimaal 2,23 mm binnen dit cohort geassocieerd was met 100% stabiliteit. Hoewel deze waarde niet als een universele biologische grenswaarde kan worden beschouwd, suggereren de bevindingen dat voldoende mucosale dikte op een dieper niveau kan bijdragen aan de stabiliteit van de midfaciale mucosale rand.

De casus betreft een 65-jarige man met esthetische klachten over de vier bovenincisieven (afb. 1).



Hij was tevens ontevreden over de bestaande kronen en wenste een vaste prothetische oplossing.

Vanwege de endodontische en restauratieve toestand en de esthetische beperkingen werd de prognose van de incisieven als ongunstig beschouwd en werd extractie geadviseerd (afb. 6a).



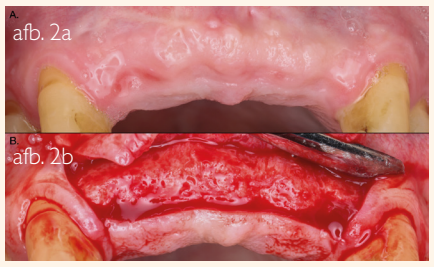
In plaats van onmiddellijk implantaten te plaatsen, werden de gebitselementen geëxtraheerd en werd een uitneembare partiële prothese vervaardigd.

Hierdoor ontstond tijd om de gingivale ontsteking onder controle te brengen, de mondhygiëne te verbeteren en de extractiealveolen te laten genezen.

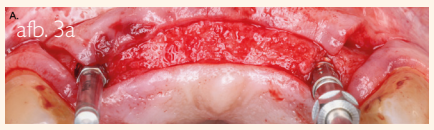
Onmiddellijke implantaatplaatsing ter hoogte van de 12 en 22 zou waarschijnlijk een meer apicale implantaatpositie en aanvullende augmentatie van de harde en zachte weefsels hebben vereist om het beperkte mucosale volume te compenseren en de implantaatcomponenten te maskeren.

Dit zou de voorspelbaarheid van de langetermijnstabiliteit van de zachte weefsels mogelijk hebben verminderd.

Vier maanden na de extracties vertoonden de alveolen een gunstige genezing (afb. 2a + 2b).

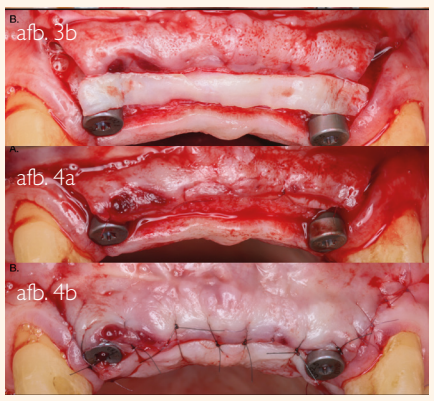


De implantaten werden volledig binnen de contouren van het alveolaire bot en in prothetisch gestuurde driedimensionale posities geplaatst (afb. 3a).



Om de peri-implantaire mucosale dikte te vergroten, werd een vrij gingiva-autotransplantaat geoogst, gede-epithelialiseerd en over het meest coronale deel van de implantaten gepositioneerd.

Het transplantaat werd met resorbeerbare hechtingen gefixeerd (afb. 3b, 4a + 4b).



Na drie maanden was sprake van een ongecompliceerde genezing, met een duidelijke toename van de mucosale dikte en gunstige contouren van de zachte weefsels (afb. 5a + 5b).



Vervolgens werd een vierdelige implantaatgedragen brug vervaardigd (afb. 6b + 7)



Conclusie
Deze casus illustreert de ontwikkeling van een op implantaatoverleving gerichte behandeling naar weefselgestuurde implantaattherapie.

Ontstekingscontrole, geschikte timing, prothetisch gestuurde implantaatpositionering en gelijktijdige augmentatie droegen bij aan een dikker peri-implantair mucosaal fenotype.

Voldoende mucosale dikte kan belangrijk zijn voor een stabiele mucosale rand en voorspelbare esthetische resultaten op lange termijn.

Gerasimos Karlis

< PPZ

> Indicatiestelling antibiotica in de mondzorg

Op 19 maart jl. vond in het UMCG een klinische avond plaats naar aanleiding van het verschijnen van de KIMO-richtlijn Indicatiestelling antibiotica in de mondzorg.

Deze richtlijn is geschreven om het antibioticagebruik te beperken. Diverse specialisten uit het UMCG (apotheker, microbioloog, tandartsen en kaakchirurgen) spraken over de achtergrond en indicatie van antibioticagebruik.

Geerten-Has Tjakkes was uitgenodigd om een toelichting te geven over de deelgebieden parodontologie en (peri-) implantologie. Een aantal onderdelen worden hier besproken.

Necrotiserende parodontale aandoeningen
Een specifieke entiteit binnen de parodontale afwijkingen vormt de necrotiserende parodontale aandoeningen.

Een verlaagde afweer (bijv. door stress, eenzijdige voeding, slechte slaaphygiëne, roken) kan ervoor zorgen dat er in korte tijd een parodontaal probleem ontstaat met een aantal karakteristieke eigenschappen zoals afgevlakte papillen, foetor ex ore, pijn en soms koorts.

Deze afwijking kan worden behandeld als een klassieke parodontale behandeling met daarbij aandacht en dus ook aanpassing van de genoemde lifestylefactoren.

Indien er systemische symptomen zoals koorts bestaan kunnen antibiotica worden overwogen. Metronidazol is dan het middel van eerste keuze (zeven dagen driemaal daags 500 mg).

Parodontitis
Antibiotica ondersteuning kan in specifieke gevallen een aanvullende werking hebben op de niet-chirurgische parodontale behandeling, gemeten in pocketdieptereductie en aanhechtingswinst.

Er bestaat echter discussie over welke patiënten hier het beste bij gebaat zijn. Uit de literatuur blijkt dat de uitkomst van microbiologisch onderzoek geen indicatie vormt voor om te beoordelen wie wel of wie niet antibioticaondersteuning zou moeten krijgen. Enkele klinische kenmerken van parodontitis vormen een betere indicatie.
Het gaat dan om de snelheid van het ontstaan of snelheid van de progressie van de parodontitis. Het gaat dan vaak om jonge patiënten die hoog vatbaar zijn (bijv. graad C).

Antibiotica kunnen worden overwogen bij patiënten met parodontitis, gegeneraliseerd, gevorderd tot vergevorderd, snel progressief met een relatief plaque- en tandsteenvrije mond, en bij patiënten met een gedocumenteerde snelle progressie van botafbraak vanwege parodontitis.

In deze gevallen is metronidazol (7 dagen 3 dd 500 mg) het eerste middel van keuze. Amoxicilline als monokuur is niet geïndiceerd (niet werkzaam) bij parodontitis.

Bij complexe situaties zoals patiënten met goede zelfzorg en een slechte respons op een goed uitgevoerde parodontale behandeling, of jonge patiënten (<21 jaar) bij wie de parodontale afbraak bij voornamelijk de molaren en incisieven voorkomt (molaar/incisief patroon, de vroegere juveniele parodontitis) kan een combinatie van amoxicilline en metronidazol (bijvoorbeeld 7 dagen 3 dd 500 mg + 3 dd 500 mg) worden overwogen. Al met al dus een sterk beperkt indicatiegebied.

Als antibiotica worden overwogen, dan gelden een aantal principes voordat deze daadwerkelijk worden voorgeschreven.

De mechanische parodontale behandeling moet zorgvuldig (lege artis) kunnen worden uitgevoerd (antibiotica verwijderen geen tandsteen).

Daarbij moet de zelfzorg van een hoog niveau zijn en bij voorkeur moet de patiënt zijn gestopt met roken.

Het lastige is dat de parodontale behandeling over het algemeen wordt uitgevoerd door een mondhygiënist, die geen voorschrijfbevoegdheid heeft. Dan kan een tandarts een recept schrijven, maar die heeft lang niet altijd de patiënt gezien of weet in welk stadium van de behandeling deze patiënt verkeert. Hierdoor kan een onwenselijke situatie ontstaan.

Daarom is het aan te bevelen dat, zeker als het een jonge en dus kwetsbare patiënt betreft, het van belang is dat dat de behandeling op een zo hoog mogelijk niveau wordt uitgevoerd. Verwijzen naar een parodontologiepraktijk is dan geadviseerd. Of om daarover te overleggen met een parodontoloog.

Peri-implantitis
Hierover kunnen we wat korter zijn. Bij peri-implantitis is er geen indicatie om antibiotica voor te schrijven voor/tijdens of na een behandeling.

Geerten-Has Tjakkes

<De Parodontoloog en UMCG

> Endo vermomd als paro

Op het verkeerde been gezet door de furcatie

Een diepe pocket ter hoogte van de furcatie wordt begrijpelijkerwijs al snel in verband gebracht met een parodontaal probleem. Toch kan een endodontische infectie zich op vergelijkbare wijze naar het parodontium manifesteren. Bij endo-parodontale laesies kan het dan ook lastig zijn om vast te stellen waar de primaire oorzaak ligt.

In de hier getoonde rongten-casussen werd bij een klachtenvrije patiënt een opvallend diep, geïsoleerd sondeerdefect ter hoogte van de furcatie gevonden.

De furcatiesonde verdween een aanzienlijk eind onder het element, hetgeen aanvankelijk deed denken aan een fors parodontaal defect.

Furcatiekanalen: een anatomische bijzonderheid

Dat een endodontische infectie zich via een lateraal kanaal naar de furcatie kan uitbreiden, werd al in 1972 beschreven door Simon en Glick. Furcatiekanalen vormen een mogelijke verbinding tussen het wortelkanaalsysteem en het parodontium en kunnen daarmee een rol spelen bij het ontstaan of persisteren van een endo-parodontale laesie.

De gerapporteerde prevalentie varieert aanzienlijk. Haznedaroğlu et al (2003) onderzochten 200 geëxtraheerde molaren en vonden patente furcatiekanalen bij *24% van de maxillaire eerste molaren, 16% van de maxillaire tweede molaren, 24% van de mandibulaire eerste molaren en 20% van de mandibulaire tweede molaren.*

Een recenter micro-CT-onderzoek van Anderegg et al (2022) hanteerde een andere definitie en onderzoeksmethode. Zij vonden daadwerkelijk doorlopende interradiculaire kanalen bij *2,8% van de mandibulaire en 0,3% van de maxillaire molaren.*

De verschillen tussen deze onderzoeken illustreren dat de gerapporteerde prevalentie sterk afhankelijk is van wat precies als furcatie- of interradiculair kanaal wordt gedefinieerd.

Van herkennen naar behandelen

De klinische relevantie wordt fraai geïllustreerd door Kuoch et al in 2023 (scan QR-code). Aan de hand van twee casussen laten zij zien hoe een furcatiekanaal tijdens een endodontische behandeling onder vergroting kan worden geïdentificeerd. Het kanaal wordt vervolgens met een kleine K-file gepenetreerd, gereinigd en uiteindelijk geobtureerd. De röntgenbeelden laten zien dat het furcatiekanaal daadwerkelijk met vulmateriaal is gevuld.

Daarmee laten de auteurs zien dat het niet alleen mogelijk is een dergelijk kanaal te herkennen, maar dat een daadwerkelijk aanwezige verbinding ook endodontisch kan worden behandeld en gevuld.

De oorzaak van de furcatielaesie ligt in deze gevallen bij de infectie in het wortelkanaalsysteem: het furcatiekanaal vormt als het ware een route waarlangs de endodontische infectie zich naar het parodontium kan manifesteren. Wanneer de endodontische infectie succesvol wordt geëlimineerd, kan ook de furcatielaesie vaak genezen.

Na behandeling van het kanaalsysteem trad in de beschreven gevallen duidelijke genezing op, met botingroei ter hoogte van de furcatie.

De diagnostische valkuil

"Incidentele parodontitis bestaat niet", is een uitspraak die prof. Ubele van der Velden ons altijd voorhoudt. Die gedachte is ook hier behulpzaam: een geïsoleerde diepe furcatiepocket of solitaire interradiculaire radiolucentie verdient een brede differentiaaldiagnose.

Een valkuil is om de bevinding uitsluitend radiologisch op een bitewing of vanuit één discipline te beoordelen. Juist de combinatie van klinisch onderzoek, parodontaal sonderen, radiografie en pulpatesten kan helpen om een primaire parodontale laesie te onderscheiden van een afwijking met een endodontische oorsprong. Beoordeel bovendien niet alleen het verdachte element bij een koudetest, maar ook de buurelementen. Zeker bij oudere patiënten kan pulpa-obliteratie de respons minder betrouwbaar maken.

Conclusie

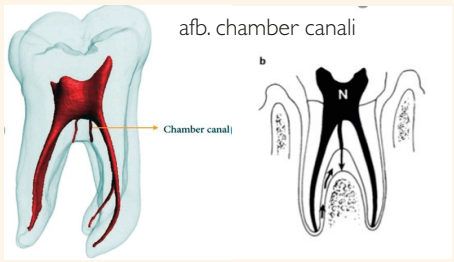
Een hoge furcatiesondeerwaarde hoeft niet per definitie een parodontale oorsprong te hebben.

Een anatomische variatie, zoals een furcatiekanaal, kan een route vormen waarlangs bacteriën vanuit het wortelkanaalsysteem het parodontium bereiken.

Wees daarom alert op de diagnostische valkuil: beoordeel een geïsoleerde furcatielaesie niet uitsluitend als een parodontaal probleem.

Zoek naar de oorzaak, test de pulpasensibiliteit en houd een endodontische oorsprong nadrukkelijk in de differentiaaldiagnose. Soms blijkt een ogenschijnlijk ernstig parodontaal defect uiteindelijk een endodontisch probleem dat verrassend mooi kan genezen, zoals te zien op bijgaande röntgenfoto's van voor- en na endodontische behandelingen door endodontoloog NVvE Jenneke de Jong van Endo Leeuwarden

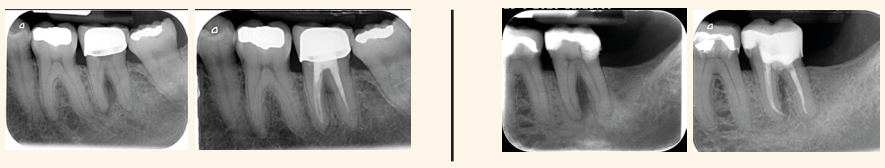
Renske Thomas,



afb. chamber canali

Weergave van de 'chamber canali' (pulpakamerkanalen); Simon en Glick (1972)

<Parodontologie Epe en De Parodontoloog



> Praktijk info

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

PPG locatie Veendam Molenstreek 13
9641HA 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

> PPZ Symposium

Programma
Symposium Parodontologie Praktijk Zwolle • *Vrijdag 4 december 2026*

13.00	Ontvangst	15.30-16.10	Nektarios Tsoromokos
13.30-13.35	Welkom door moderator Ellart van de Weerdhof	16.10-16.50	Gerasimos Karlis
13.35-14.30	Olaf Veth	16.50-17.00	Dankwoord en sluiting Ellart van de Weerdhof
14.30-15.00	Daniël Oortgiesen		
15.00-15.30	Pauze	17.00-18.00	Borrel

Het symposium wordt u gratis aangeboden door de PPZ en de firma Straumann.
Registratie voor aanmelding via www.paropraktijkzwolle.nl

of door gebruik te maken van de QR code KRT en KRM punten worden verstrekt na het bijwonen van het symposium.