

PREVENTIE
DIAGNOSE
BEHANDELPLAN
PATIËNTGERICHT

SAME
KNOWLEDGE
BETTER CARE

MODULE 05 –

PARODONTOLOGIE

Van biofilm tot behandelplan.

*Gezonde
mond.
Sterkere
toekomst.*

Gezond parodontium

gingiva

parodontaal
ligament

alveolair bot

Aangedaan parodontium

biofilm en tandsteen

ontstoken gingiva

parodontale pocket

botverlies



parodontium
herkennen.



ontsteking en
afbraak
onderscheiden.



onderzoek en
classificatie
begrijpen.

MINDMAP 75 | Anatomie van het parodontium

GINGIVA



- Bekleedt en beschermt de onderliggende structuren
- Bestaat uit orale, sulculaire en junctionele epitheel
- Rijk doorbloed en immuunactief
- Zorgt voor een afgesloten sulkus rond de tand

PARODONTAAL LIGAMENT



- Bindweefsel tussen cementum en alveolair bot
- Bestaat uit collageenvezels, fibroblasten, bloedvaten en zenuwen
- Schokdemping en krachtverdeling
- Zorgt voor proprioceptie
- Maakt remodellering van bot en cementum mogelijk

WORTELCEMENT



- Dunne, gemineraliseerde laag op het worteloppervlak
- Bestaat uit acellulair en cellulair cementum
- Hechtingsplaats voor Sharpey-vezels van het parodontaal ligament
- Beschermst dentine en draagt bij aan aanhechting

ALVEOLAIR BOT



- Vormt de tandkas (alveole)
- Bestaat uit compacta en spongiosa
- Past zich continu aan belasting aan (remodellering)
- Bundelt de parodontale vezels via Sharpey-vezels
- Biedt steun en stabiliteit aan de tand

AANHECHTING



- Junctioneel epitheel hecht aan het wortelcement via hemidesmosomen
- Bindweefselhechting door inserterende collageenvezels (Sharpey-vezels)
- Vormt een functionele eenheid die de tand in de alveole verankert

KLINISCHE BETEKENIS

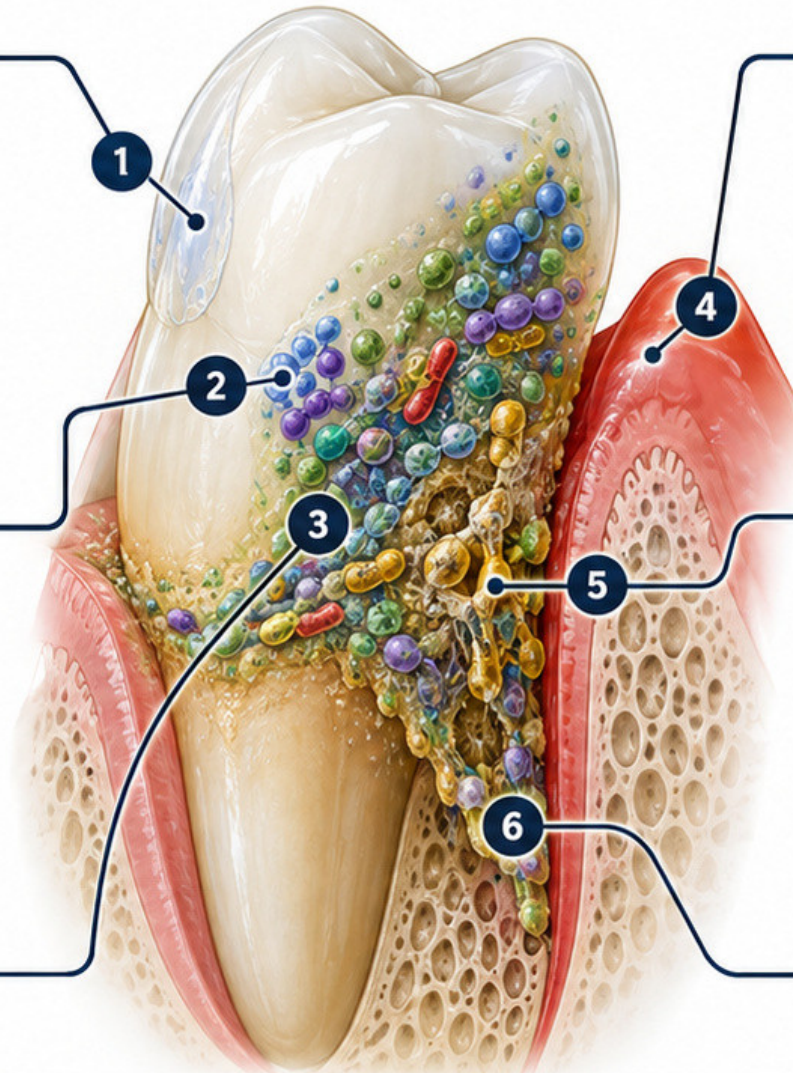


- ✓ Essentieel voor stabiliteit en functie
- ✓ Ontsteking kan leiden tot verlies van aanhechting, botafbraak en uiteindelijk tandverlies (parodontitis)
- ✓ Belangrijk bij diagnostiek, behandelplan en nazorg
- ✓ Kennis van de anatomie is de basis voor parodontale therapie en implantologie

*Gezonde parodontale weefsels,
een stevige basis voor de toekomst*

PARODONTALE BIOFILM

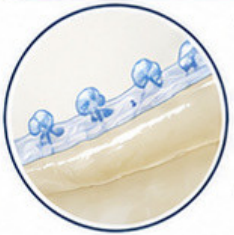
VAN PELLICLE TOT PARODONTALE AFBRAAK



BIOFILM IN CONTEXT

MICRO-ORGANISMEN. GASTHEER. EVENWICHT.

1 PELLICLE



- Binnen enkele minuten vormt een aangehechte, acellulaire pellicle op het tandoppervlak.
- Bestaat uit speekselwitten, glycoproteïnen en lipiden (bijv. mucinen, proline-rijke eiwitten).
- Biedt bindingsplaatsen voor bacteriën (receptoren).

De pellicle is de startlaag voor bacteriële kolonisatie.

2 VROEGE KOLONISATOREN



- Eerste adherentie van vooral gram-positieve, facultatief anaerobe soorten (bijv. *Streptococcus* spp., *Actinomyces* spp.).
- Hechten direct aan de pellicle en vormen microkolonies.
- Produceren extracellulaire polymeren (EPS) die verdere aanhechting mogelijk maken.

Vroege kolonisatie creëert het fundament voor een complexe biofilm.

3 VOLWASSEN BIOFILM



- Meersoortige, gestructureerde biofilm met aërobe en anaerobe bacteriën.
- Ingebed in een matrix van EPS (polysachariden, eiwitten, eDNA).
- Communicatie via quorum sensing en metabole samenwerking.
- Toenemende aanwezigheid van parodontopathogenen (bijv. *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia*, *Treponema denticola*).

Een volwassen biofilm is veerkrachtig en moeilijk te verwijderen.

4 GINGIVALE GASTHEERRESPONS



- Bacteriële producten (bijv. LPS, fimbriae, proteasen) activeren de aangeboren immuunrespons.
- Vrijgave van cytokinen (bijv. IL-1 β , TNF- α), chemokinen en MMP's.
- Klinisch: gingivale inflammatie (erytheem, oedeem, bloedingsneiging).

De ontstekingsrespons is een afweerreactie op de biofilm.

5 ECOLOGISCHE DYSBIOSE



- Verandering in omgevingscondities (bijv. meer anaërobie, hogere eiwitbeschikbaarheid, pH-daling) selecteert voor pathogene soorten.
- Verschuiving van symbiose naar dysbiose leidt tot een pro-inflammatoir microbiel profiel.
- Geassocieerd met parodontale weefselafbraak.

Dysbiose is een verstoring van het ecologisch evenwicht tussen biofilm en gastheer.

6 DAGELIJKSE PLAQUECONTROLE



- Mechanische disruptie van de biofilm verstoort de aanhechting en maturatie.
- Verwijdert bacteriën, matrix en voedingsstoffen.
- Helpt een gezonde, evenwichtige biofilmomgeving te behouden.
- Ondersteunt parodontale gezondheid als onderdeel van professionele zorg.

Regelmatige en effectieve plaqueverwijdering houdt het biofilmproces in een vroeg stadium.



VAN BIOFILM NAAR BOTVERLIES

ONTSTEEKING | WEEFSELAFBRAAK | FUNCTIONEEL VERLIES

1 BIOFILM EN DYSBIOSE

- Tandplak is een multispecies biofilm.
- Bij verstoring van de balans (dysbiose) nemen parodontopathogenen toe (o.a. *P. gingivalis*, *T. forsythia*, *T. denticola*).
- Hun producten activeren het immuunsysteem en houden de ontsteking in stand.



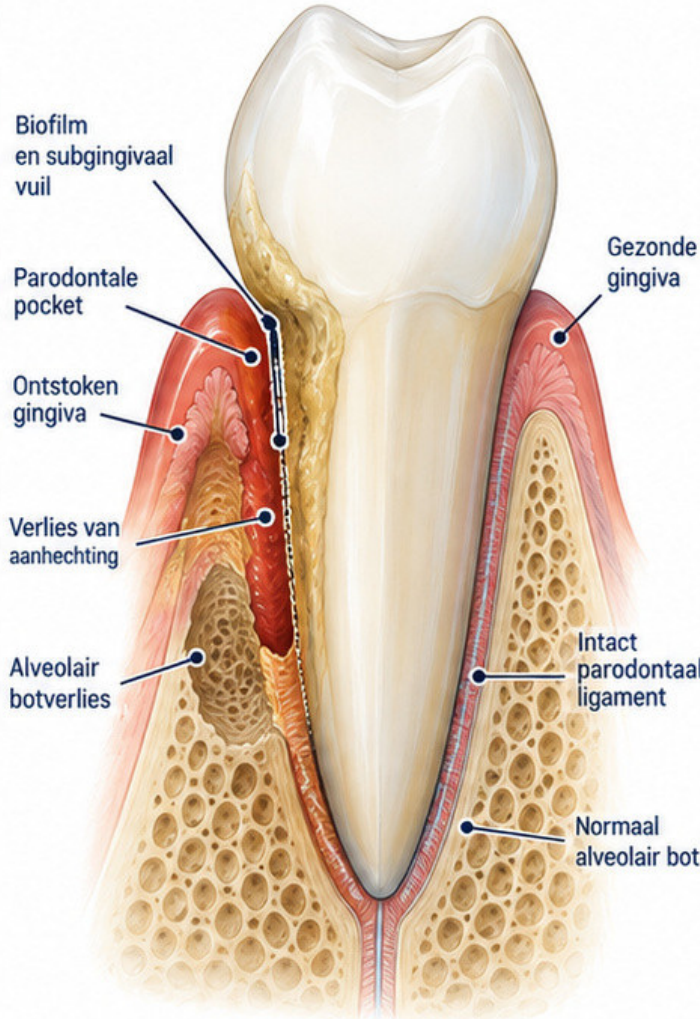
2 KLINISCH AANHECHTINGSVERLIES

- Migratie van het junctionele epitheel apicaal door ontsteking.
- Toename van de afstand tussen glazuur-cementgrens (CEJ) en pocketbodem = klinisch aanhechtingsverlies (CAL).
- Niet reversibel, wel te stabiliseren met passende zorg.



3 POCKETVORMING

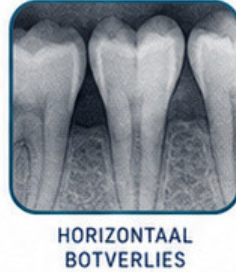
- Ontsteking leidt tot afbraak van collageen en parodontaal ligament.
- Het sulcusepitheel transformeert tot een diepere parodontale pocket.
- Kenmerken: verhoogde sondediepte, bloeden bij sonderen (BOP) en vaak suppuratie.



De parodontale weefsels in balans houden begint met begrip.

4 RADIOGRAFISCH BOTVERLIES

- Alveolair botverlies zichtbaar op röntgenfoto's (bitewing, periapicaal).
- Kenmerken: horizontaal en/of verticaal botverlies, verbreding van de parodontale ruimte.
- Radiografisch botverlies ondersteunt de diagnose en het stadium.



5 RISICOFACTOREN

- Roken (sterkste modificeerbare factor).
- Slechte mondhygiëne en hoge biofilmbelasting.
- Genetische en immunologische aanleg.
- Systeemziekten (o.a. diabetes mellitus).
- Levensstijlfactoren (stress, voeding).
- Iatrogene factoren (o.a. overhangende restauraties).



6 DIAGNOSE EN PROFESSIONELE ZORG

- Diagnose op basis van anamnese, klinisch onderzoek (PS, BOP, CAL), röntgenfoto's en risicoprofiel.
- Classificatie en stadiëring volgens de richtlijnen (2017).
- Professionele zorg: supragingivale en subgingivale instrumentatie, herbeoordeling en langdurige ondersteuning (recall).
- Doel: ontsteking controleren, verdere weefselaafbraak voorkomen en stabiliteit behouden.



ZES ASPECTEN SAMEN VOOR EEN TOTAALBEOORDELING

Ernst • Complexiteit • Uitgebreidheid • Prognose • Behandeling • Documentatie

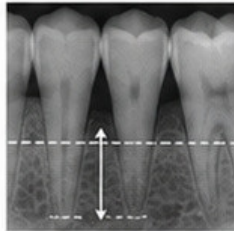
1 ERNST VAN AANHECHTINGSVERLIES

- Klinische aanhechtingsverlies (CAL) bepaalt de ernst (stadium).
- Grootste interdentaal CAL is leidend.
- Indeling (EFP/2018):
Stadium I: 1–2 mm
Stadium II: 3–4 mm
Stadium III: ≥ 5 mm
Stadium IV: ≥ 5 mm + tandverlies door parodontitis of complexe factoren.



2 BOTVERLIES

- Röntgenologisch botverlies (RBL) ondersteunt de ernstbepaling.
- Beoordeel hoogte en patroon (horizontaal of verticaal).
- Vergelijk met leeftijdsgerelateerde normen.
- Grootste botverlies is leidend voor het stadium (I–IV).



RBL = afstand van CEJ tot botniveau

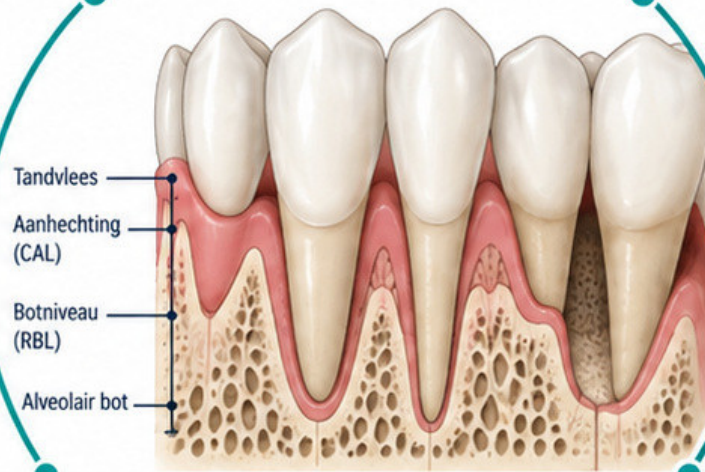
3 TANDVERLIES DOOR PARODONTITIS

- Aantal verloren tanden door parodontitis bepaalt mede het stadium.
- Stadium III: ≤ 4 tanden verloren door parodontitis.
- Stadium IV: ≥ 5 tanden verloren door parodontitis.
- Andere oorzaken van tandverlies tellen niet mee (bijv. cariës, trauma, endodontisch).



Tandverlies door parodontitis

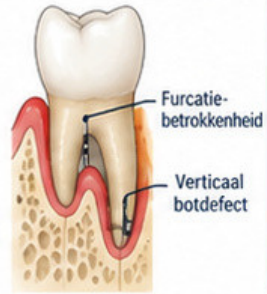
PARODONTAAL OVERZICHT



KLINISCHE EN RADIOLOGISCHE INFORMATIE SAMEN BEOORDELEN

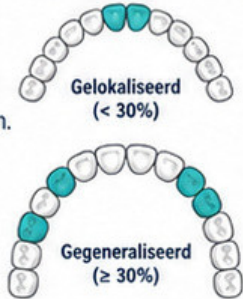
4 COMPLEXITEIT

- Lokale factoren die de behandeling kunnen bemoeilijken (graad A, B of C).
- Bijv. diepe pockets, verticale botdefecten, furcatiebetrokkenheid, mucogingivale problemen.
- Graad C: uitgebreide complexiteit en/of multidisciplinaire benadering nodig (stadium IV).



5 UITGEBREIDHEID EN DISTRIBUTIE

- Percentage betrokken elementen.
- Gelokaliseerd: $< 30\%$ van de elementen.
- Gegeneraliseerd: $\geq 30\%$ van de elementen.
- Distributie: vooral molaren/incisieën of een gelijkmatig patroon.
- Belangrijk voor diagnostiek, prognose en behandelstrategie.



6 BEHANDELPLANNING EN DOCUMENTATIE

- Integreer alle bovenstaande aspecten.
- Stel het stadium (I–IV), de graad (A–C) en de uitgebreidheid vast.
- Leg bevindingen, risico's en behandelplan duidelijk vast in het dossier.
- Gebruik dit voor communicatie, follow-up en evaluatie.

- ☒ Diagnose (stadium & graad)
- ☒ Behandelplan
- ☒ Risicofactoren
- ☒ Follow-up
- ☒ Evaluatie

Van inzicht naar impact

OdontoMaps

KENNIS IN KAART VOOR EEN GEZONDERE MOND

Parodontale zorg begint met het totaalplaatje

EDUCATIEF MATERIAAL
GEEN KLINISCHE RICHTLIJN

MINDMAP 80 | Gradering

1 SNELHEID VAN PROGRESSIE



- Beoordeel veranderingen in de tijd (klinisch en röntgenologisch).
- Snelle progressie: duidelijk botverlies en/of CAL-toename in korte periode (bijv. ≥ 2 mm in 5 jaar).
- Langzame progressie: minimale veranderingen over meerdere jaren.

Hoe sneller de progressie, hoe hoger de graad (risico).

GRADERING: PROGRESSIERISICO EN BOTNIVEAU

Lager risico

Hoger risico

Stadium I (mild)



Botverlies < 15%

Stadium II (matig)



Botverlies 15 – 33%

Stadium III (ernstig)



Botverlies > 33%

Stadium IV (zeer ernstig)



Botverlies vaak > 50% (+ complexe kenmerken)

TOENEMEND PROGRESSIERISICO

De gradering combineert huidige destructie (stadium) met risicofactoren voor toekomstige progressie (graad).

2 DIRECTE EN INDIRECTE EVIDENTIE



Directe evidentie (van progressie)

- Longitudinale röntgenfoto's tonen botverlies.
- Toename van klinische aanhechtingsverliezen (CAL).
- Toenemende pocketdiepte over de tijd.

Indirecte evidentie (voor verhoogd risico)

- Diepe pockets (≥ 6 mm).
- Meerdere sites met bloeding bij sonderen.
- Botverliespatroon (verticaal/angulair).
- Aanwezigheid betrokkenheid.
- Eerdere episode(s) van snelle progressie.

3 PERCENTAGE BOTVERLIES TEN OPZICHTE VAN LEEFTIJD



Relateer de hoeveelheid botverlies aan de leeftijd van de patiënt.

- < 0,25 → laag risico
- 0,25 – 1,0 → matig risico
- > 1,0 → hoog risico

Formule:

$$\frac{\% \text{ botverlies}}{\text{leeftijd (in jaren)}} = \text{ratio}$$

Een hogere ratio wijst op een groter risico op verdere progressie.

4 ROKEN



- Rokeer is een belangrijke risicofactor voor progressie.
- Hoe meer sigaretten per dag, hoe hoger het risico.
- Ook na stoppen blijft een verhoogd risico aanwezig (risico neemt geleidelijk af).

Roken verhoogt het risico op verdere parodontale destructie, onafhankelijk van andere factoren.

5 DIABETES EN GLYKEMIE



- Slecht gereguleerde diabetes mellitus is geassocieerd met een hoger risico op progressie.
- Beoordeel de metabole regulatie (bijv. HbA1c).
- Een HbA1c $\geq 7\%$ wijst op verhoogd risico (in combinatie met andere factoren).

Goede glykemische regulatie kan het risico op progressie verlagen.

6 RISICO-INSCHATTING EN FOLLOW-UP



- Integreer alle factoren tot een totale graad (A: laag, B: matig, C: hoog).
- Gebruik de uitkomst voor het bepalen van de recall en intensiteit van de nazorg.
- Voorbeeld follow-up (indicatief):

Graad A	→ 6 – 12 maanden
Graad B	→ 3 – 6 maanden
Graad C	→ 1 – 3 maanden
- Herbeoordeel het risico periodiek.

De frequentie van follow-up is afhankelijk van het individuele risicoprofiel.

Leer. Begrijp. Pas toe.

Deze infographic is uitsluitend bedoeld voor educatieve doeleinden en geeft geen individueel behandeladvies.

MINDMAP 81 | Parodontaal onderzoek

1 MEDISCHE EN TANDHEELKUNDIGE ANAMNESE



- Algemene gezondheid en medicatie (bijv. diabetes, immuunsuppressie, bisfosfonaten, antistolling)
- Roken en leefstijl
- Parodontale voorgeschiedenis en eerdere behandelingen
- Klachten en verwachtingen

> Relevante risicofactoren en context in kaart brengen.

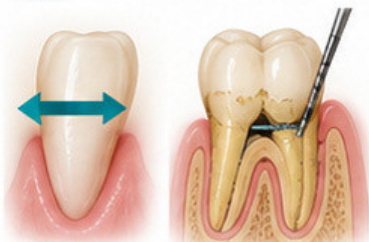
2 PLAQUE EN BLOEDING



- Aanwezigheid en verdeling van plaque (bijv. PLN of PCR)
- Bloedingsneiging na sonderen (BoP, in %)
- Indicator voor ontsteking en behandelmotivatie

> Plaque en bloeding geven inzicht in de huidige ontstekingsactiviteit.

5 MOBILITEIT EN FURCATIES



- Mobiliteit beoordelen (0 = geen, 1 = licht, 2 = matig, 3 = ernstig)
- Furcaties classificeren (Grade 0-III)
- Belangrijke aanvullende informatie bij parodontale aantasting

> Mobiliteit en furcaties geven inzicht in de functionele prognose.

Meten is weten



KLINISCH ONDERZOEK
+
PARODONTALE REGISTRATIE

Bucaal	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
PD (mm)	2	3	3	2	2	3	2	2	3	3	2	2	3	3
CAL (mm)	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1
BOP (+/-)	+	+	-	-	+	-	-	-	+	+	-	-	-	+
Mobiliteit (0-3)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Furcatie (0-III)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	II	-	-	-

> Volledige en systematische registratie per element.

3 POCKETDIEPTES



- Meten op 6 locaties per element
- Aflezen in millimeters (ringmarkeringen op sonde)
- Verhoogde pocketdieptes kunnen wijzen op parodontale aantasting
- Altijd in samenhang met andere parameters beoordelen

> Pocketdieptes geven inzicht in de diepte van de sulcus/pocket.

4 KLINISCH AANHECHTINGSNIVEAU



- Afstand van glazuur-cementgrens (CEJ) tot bodem van de pocket
- Berekend uit pocketdiepte + eventuele recessie
- Geeft de mate van parodontaal weefselverlies weer
- Essentieel voor monitoring in de tijd

> Het klinisch aanhechtingsniveau laat zien hoeveel verankering verloren is gegaan.

6 RÖNTGENBEELD EN VERSLAGLEGGING



- Röntgenologisch beoordelen van botniveau en botdefecten
- Aanvullend op het klinisch onderzoek
- Systematisch en reproduceerbaar verslagleggen (bijv. parodontiumstatus)
- Basis voor diagnose, behandelplan en evaluatie

> Röntgenbeeld en verslaglegging maken het totaalbeeld compleet.



SYSTEMATISCH



OBJECTIEF



BETROUWBAAR



PATIËNTGERICHT

*Vandaag inzicht.
Morgen een gezondere glimlach.*

MINDMAP 82 | Pocketdiepte en recessie

1 VANAF GINGIVALE MARGE



- Sonde parallel aan tandlangsas
- Meten vanaf de gingivale marge (GM)
- Normaal: sulcus 1–3 mm
- Verdiept: pocket ≥ 4 mm

Parodontale sonde

Gingivale marge (GM)



- Recessie = afstand CEJ – GM
- Positieve waarde bij apicaal gelegen GM
- Geen recessie bij GM op of coronaal van CEJ (0 mm of negatief)

3

POCKETDIEPTE



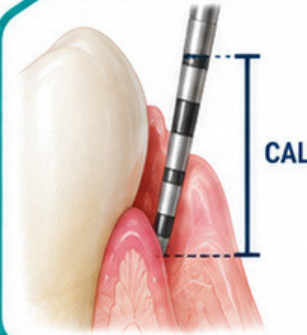
- PD = afstand GM tot bodem pocket
- Onderdeel van parodontale sondering
- Normaal: 1–3 mm
- Verdiept: ≥ 4 mm (verhoogd risico)

CEJ

Pocket

4

KLINISCHE ATTACHMENT LEVEL (CAL)



- CAL = PD + recessie
- Afstand van CEJ tot bodem pocket
- Geeft cumulatief verlies van aanhechting
- Belangrijk voor diagnose en monitoring

5

PSEUDOPOCKET VERSUS ATTACHMENT LOSS



Pseudopocket

- Vergrote, gezwollen gingiva
- Verdiepte sulcus/pocket
- Geen attachment loss (CAL normaal)



Echte pocket met attachment loss

- Pocket door aanhechtingsverlies
- Vaak recessie aanwezig
- Verhoogde CAL

POCKETDIEPTE, RECESSIE EN CAL
SAMEN GEVEN INZICHT IN DE
PARODONTALE STATUS

OdontoMaps
— DENTALE KENNIS IN BEELD —

6

MEETVARIATIE EN REGISTRATIE

Lichte druk
($\pm 0,20$ N)



Juiste meting

Te veel druk
($> 0,25$ N)



Te diepe meting

- Gebruik lichte, constante druk ($\pm 0,20$ N)
- Meet op 6 punten per element
- Ronde af op hele millimeters
- Houd rekening met interbeoordelaarsvariatie (± 1 mm)
- Registreer systematisch en reproduceerbaar

1 REFERENTIEPUNT: CEJ

- Het klinisch aanhechtingsniveau (CAL) wordt gemeten vanaf de cement-glazuurgrens (CEJ).
- De CEJ is een vast anatomisch referentiepunt.
- Altijd de CEJ lokaliseren en markeren voordat je meet.



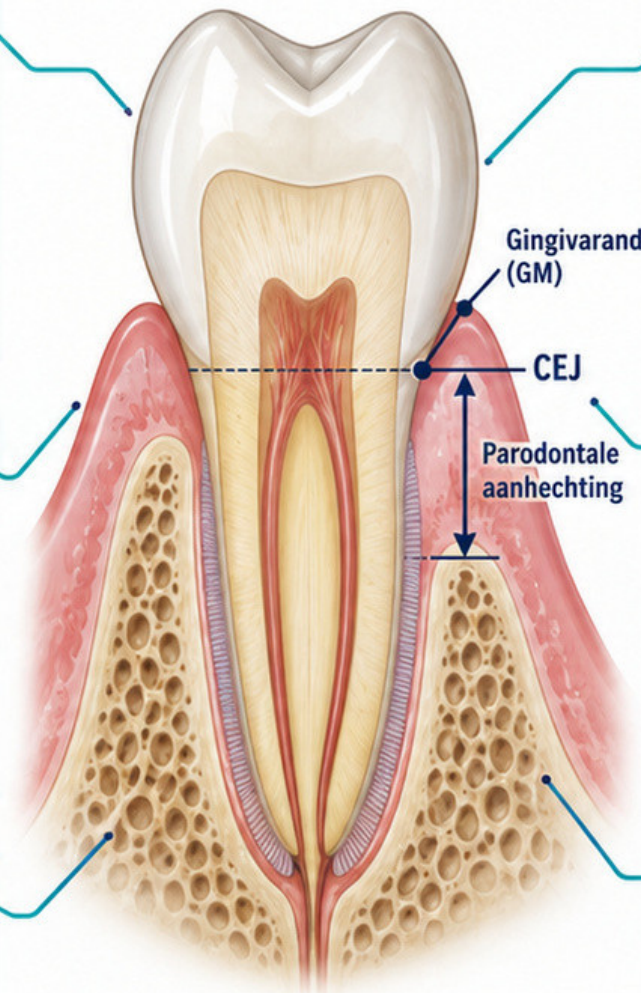
2 POCKETDIEPTE PLUS RECESSIE

- $CAL = \text{pocketdiepte (PD)} + \text{gingivarecessie (REC)}$.
- PD: afstand van de gingivarand tot de bodem van de pocket.
- REC: afstand van de CEJ tot de gingivarand (apicaal = positief, coraal = negatief).

$$CAL = PD + REC$$

3 AANHECHTINGSVERLIES

- Een verhoogd klinisch aanhechtingsniveau betekent aanhechtingsverlies.
- Ontstaat door parodontale infectie en botverlies.
- Kan ook niet-parodontale oorzaken hebben (bijv. recessie door traumatisch poetsen).
- Vergelijk met eerdere metingen om progressie te beoordelen.



**EEN STABIELE AANHECHTING
IS DE BASIS VOOR EEN GEZONDE TOEKOMST**

4 INTERPROXIMAAL METEN

- Meet aan de mesiale en distale zijde van elke tand.
- Gebruik een parodontale sonde en houd deze parallel aan de lange as van de tand.
- Noteer de hoogste waarde per zijde voor het beloop van de aandoening.
- Interproximaal is de aanhechting vaak eerder aangetast.



5 CHARTING

- Registreer per tand: PD, REC en CAL (6 meetpunten: M, MB, B, L, DB, D).
- Gebruik een parodontale sonde met millimetermarkeringen.
- Noteer recessie met + en gingivale overgroei met -.
- Leg bevindingen vast in een parodontiumstatus of -kaart.

16	M	MB	B	L	DB	D
PD	3	4	2	2	5	4
REC	+1	0	0	-1	+2	+1
CAL	4	4	2	1	7	5

Voorbeeld van een parodontiumkaart

6 INTERPRETATIE MET ANDERE BEVINDINGEN

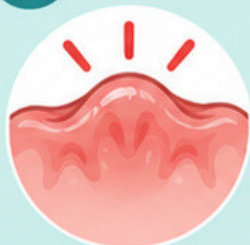
- Beoordeel CAL altijd in samenhang met:
 - Bloedingsneiging bij sonderen (BOP)
 - Röntgenologisch botverlies
 - Mobiliteit
 - Furcatiebetrokkenheid
 - Klinische recessie en gingivale biotype
 - Risicofactoren (bijv. roken, diabetes)
- Gebruik alle bevindingen samen voor diagnose, prognose en behandelplan.



MINDMAP 84 | Bloeding na sonderen

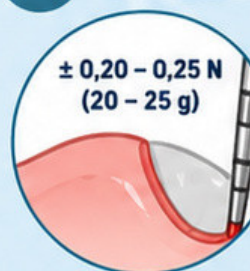
STANDAARDISATIE • GOEDE REGISTRATIE • IN CONTEXT INTERPRETEREN • IN DE TIJD VOLGEN

1 TEKEN VAN ONTSTeking



- BOP wijst op een ontstoken gingiva (gingivitis).
- Gaat samen met roodheid, zwelling en verhoogde bloedvatdoorlaatbaarheid.
- Vaak reversibel bij goede mondhygiëne.

2 VOORZICHTIG EN GESTANDAARADISEERD SONDEREN



- Gebruik een parodontale sonde met lichte, constante kracht ($\pm 0,20 - 0,25 \text{ N}$).
- Sondeer zachtjes in de sulcus, rondom de tand.
- Volg een vaste volgorde en techniek voor betrouwbare resultaten.

3 REGISTRATIE OP LOCATIE NIVEAU



- Noteer BOP per element en per sondeerlocatie (meestal 6 locaties).
- Gebruik een gestandaardiseerde registratiemethode (bijv. paro-status).
- Scoreer als aanwezig (ja/nee) of percentage bloedende locaties.

4 PLAQUE EN GINGIVALE STATUS



- BOP hangt sterk samen met plaque-accumulatie.
- Beoordeel ook plaque-index, gingivale roodheid, zwelling en consistentie.
- Gebruik de informatie om mondhygiëne-instructie en een passend behandelplan te geven.

5 BEPERKINGEN EN VALSE POSITIEVEN



- BOP is niet specifiek voor parodontitis.
- Kan ook voorkomen bij: recent sonderen, trauma, harde tandenborstel, orthodontische beweging, hormonale veranderingen (bijv. zwangerschap), medicatie of systeemziekten.
- Interpreteer BOP altijd in samenhang met andere klinische en radiologische bevindingen.

6 HERBEOORDELING IN DE TIJD



- BOP is een dynamische parameter.
- Gebruik herregistratie om het effect van preventie en behandeling te evalueren.
- Een afname van BOP wijst op een betere gingivale gezondheid.
- Blijf periodiek beoordelen en motiveer de patiënt voor langdurige mondhygiëne.

BLOEDING NA SONDEREN (BOP)
Bloedend tandvlees na voorzichtig sonderen is vooral een teken van ontsteking.



- Hoeveelheid tandplak objectief beoordelen
- Mondhygiëne en poetsinstructie evalueren
- Verandering in de tijd monitoren
- Motivatie van de patiënt vergroten

Meetbaar maken wat je ziet.

OdontoMaps
DENTAL EDUCATION

PLAQUE-INDICES

Beoordelen van tandplak voor preventie en begeleiding



Zichtbare plak, betere mondgezondheid!

Veelgebruikte scoresystemen:

- Silness & Loe (0–3)
- O'Leary (0–100%, per oppervlak)
- Turesky (0–3, na kleuring)



Hogere score = meer zichtbare plak.

3 OPPERVAKKEN EN SITES

- Meestal 4 oppervlakken per tand: mesiaal, distaal, buccaal, linguaal/palatinaal
- Vaak wordt een aantal indexelementen gebruikt (bijv. 6, 11, 16, 26, 31, 36, 46)
- Score per oppervlak of als percentage van met plak bedekte oppervlakken



Consistente sites zorgen voor goede vergelijking.

4 PLAKKLEURING

- Met disclosing agent (vloeistof, tablet of gel)
- Maakt tandplak zichtbaar door kleuring
- Patiënt spoelt, kleur blijft op plak
- Vergemakkelijkt scoren en motivatie



Kleur maakt het verschil zichtbaar.

5 REPRODUCEERBAARHEID



- Gebruik een gestandaardiseerde methode
- Duidelijke instructies en kalibratie
- Bij voorkeur dezelfde beoordelaar
- Goede verlichting en droge oppervlakken
- Regelmatige herhaling verhoogt betrouwbaarheid

Eenduidig scoren = betrouwbare resultaten.

6 GEBRUIK SAMEN MET GINGIVALE BEVINDINGEN

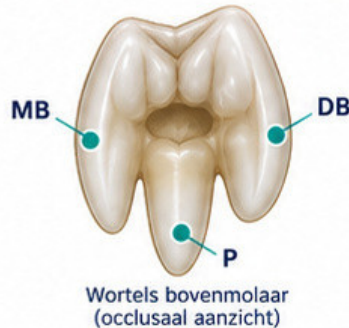


- Combineer plaque-index met gingivale index
- Geeft een completer beeld van de mondgezondheid
- Helpt bij het stellen van de diagnose en het evalueren van de behandeling
- Gebruik de uitkomsten voor gerichte preventie en recall

Tandplak en gingiva horen bij elkaar.

1 FURCATIE ANATOMIE

- Furcatie = vertakking van de wortels bij multiroots elementen.
- Komt voor bij boven- en ondermolaren.
- Bovenmolaren: meestal 3 wortels (mesiobuccaal, distobuccaal, palatinaal).
- Ondermolaren: meestal 2 wortels (mesiaal en distaal).
- Furcaties kunnen in vorm en opening variëren.



3 NABERS SONDE

- Speciaal ontworpen met een gebogen, stomp uiteinde.
- Maakt horizontale sondering van de furcatie mogelijk.
- Voorzien van milimetermarkeringen (vaak 3-6-9-12 mm).
- Gebruik in combinatie met klinisch en röntgenologisch onderzoek.



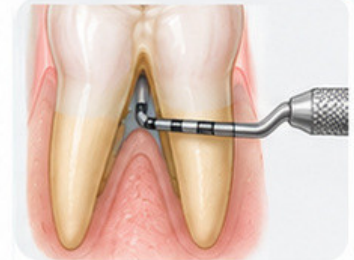
5 RÖNTGENOLOGISCHE BEOORDELING

- Bitewings zijn de eerste keuze.
- Zoek naar: radioluentie in de furcatie, verlies van interradiculair bot, verbreding van de PDL-ruimte.
- Meerdere angulaties kunnen nodig zijn.
- Röntgenfoto's onderschatten vaak de werkelijke ernst.
- Altijd combineren met klinisch onderzoek.



2 HORIZONTALE SONDERING

- Gebruik een furcatie sonde met milimetermarkeringen.
- Voer de sonde horizontaal de furcatie in, parallel aan het occlusale vlak.
- Beweeg lichtjes mesiaal en distaal.
- Noteer de maximale horizontale penetratie (in mm).
- Sonderen met lichte, gecontroleerde druk; overmatige kracht vermijden.



4 CLASSIFICATIE OVERZICHT

- Meest gebruikt: classificatie van Glickman.
- Gebaseerd op de mate van horizontale penetratie.
- Hogere klassen = ernstiger betrokkenheid.
- Ook verticale component kan aanwezig zijn (niet in alle classificaties).



6 BEHANDELIMPLICATIES EN ONDERHOUD

- Behandeling afhankelijk van ernst, prognose, mondhygiëne en patiëntfactoren.
- Mogelijke opties: niet-chirurgisch debridement, resectie, tunnelpreparatie of extractie.
- Regelmatige controle en optimale plaquecontrole zijn essentieel.
- Onderhoud met versterkte mondhygiëne en korte recall-intervallen.
- Geen individuele behandeladviezen: altijd afweging per patiënt.



REGELMATIGE
CONTROLE



OPTIMALE
PLAQUECONTROLE



LANGE TERMIJN
BEHOUD

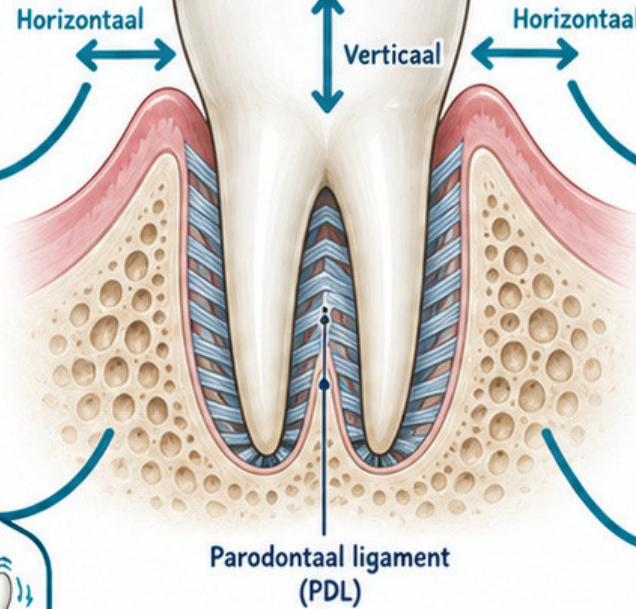
*Meer inzicht.
Betere mondzorg.*

1 Fysiologische beweging

- Elke tand heeft een kleine, normale beweeglijkheid.
- Ca. 0,05–0,2 mm, vooral horizontaal.
- Door elasticiteit van het parodontaal ligament (PDL).
- Is geen teken van pathologie.

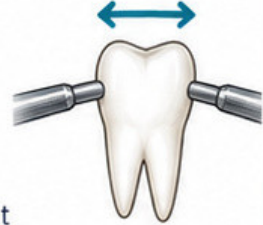


BEWEGING VERTELT EEN VERHAAL



2 Horizontale mobiliteit

- Test met twee instrumenten (bv. spiegelstelen).
- Voorzichtig wisselend duwen en trekken in horizontale richting.
- Vergelijk met buurelementen.
- Toegenomen horizontale mobiliteit past bij afname van parodontale steun.



Horizontale test

3 Verticale mobiliteit

- Test door axiale druk en lichte tractie (op-en-neer beweging).
- Normaal vrijwel niet aanwezig.
- Verticale mobiliteit duidt vaak op ernstige parodontale afbraak of combinatielesies.



Verticale test

4 Occlusie en ontsteking in context

- Overbelasting (trauma ex occlusie) kan mobiliteit verergeren.
- Parodontale ontsteking (biofilm) leidt tot verlies van steunweefsel.
- Vaak is er een combinatie van beide.
- Beoordeel altijd het geheel: occlusie, parodontale status en risicofactoren (zoals bruxisme).



5 Gradering en documentatie

- Gebruik een gestandaardiseerde schaal (Miller).
- Vergelijk met buurelementen.
- Leg bevindingen vast in het dossier (graad, richting, datum).
- Monitor veranderingen in de tijd.

Graad	Omschrijving
0	Geen mobiliteit
I	≤ 1 mm (horizontaal)
II	> 1 mm (horizontaal)
III	Horizontaal én verticaal

Het PDL werkt als een schokdemper: het staat kleine bewegingen toe en verdeelt kauwkrachten.

Gezonde steun. Sterkere tanden. Op lange termijn.

6 Herbeoordeling na behandeling

- Behandel de oorzaak (bv. parodontale therapie, occlusale aanpassing).
- Geef het weefsel tijd om te herstellen (meerdere maanden).
- Herbeoordeel mobiliteit en vergelijk met de initiële meting.
- Stabilisatie of afname van mobiliteit is een positief teken.



MINDMAP 88 | Radiologisch botverlies

RADIOLOGISCH BOTVERLIES

WAT JE ZIET, WAT HET BETEKEN EN WAT DE LIMITATIES ZIJN

1 BITEWING EN PERIAPICALE OPNAMES

Geschikt voor het beoordelen van het alveolaire botniveau.



Bitewing
(interproximaal)

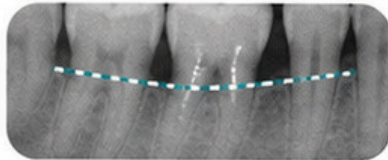


Periapicaal
(per element)

Bitewings: beste keuze voor interproximaal bot.
Periapicaal: nuttig voor lokaal en apicaal bot.

3 HORIZONTAAL BOTVERLIES

Gelijkmatig verlaagd botniveau,
parallel aan de lijn tussen de CEJ's.



Vaak geassocieerd met
chronische parodontitis.

5 PROJECTIE EN LIMITATIES

Een 2D-opname kan het werkelijke botniveau
onder- of overschatten.

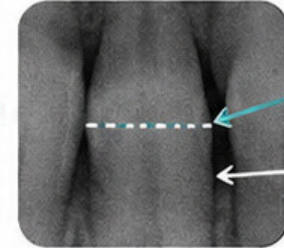


- Superpositie van anatomische structuren
- Projectie- en angulatiefouten
- Geen bucco-linguale informatie
- Beperkte detectie van kleine defecten

Interpreteer altijd in samenhang met de klinische situatie.

2 CEJ ALS REFERENTIEPUNT

Het botniveau wordt beoordeeld ten opzichte
van de glazuur-cementgrens (CEJ).



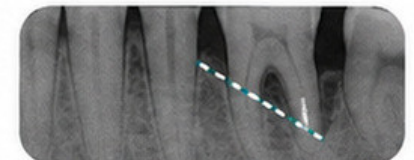
CEJ
(glazuur-cementgrens)

Alveolair botniveau

Meet de afstand van CEJ tot het botniveau
(in mm) voor een objectieve beoordeling.

4 VERTICAAL BOTVERLIES

Hoekig botdefect met een schuin
verloop van het botniveau.



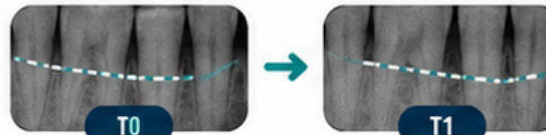
Vaak geassocieerd met een hoger
risico op verdere progressie.

ALVEOLAIR BOTNIVEAU RONDOM TANDEN

Beoordeel de hoogte en het beloop ten opzichte van de CEJ.

6 LONGITUDINALE VERGELIJKING

Vergelijk opnames in de tijd om progressie
te beoordelen.



Een afname van het botniveau in de tijd
wijst op progressie.

6 COMBINEREN MET KLINISCHE GEGEVENS

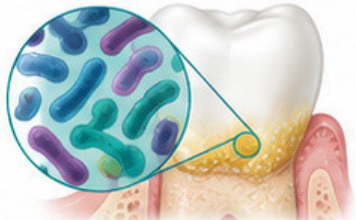
Radiologisch botverlies vertelt niet het hele verhaal.



- Combineer met de klinische aanhechtingsniveaus (CAL)
- Houd rekening met pocketdieptes, bloeden en plaque
- Beoordeel risico en progressie in samenhang

Klinisch aanhechtingsniveau (CAL) = recessie (REC) + pocketdiepte (PD).

1 PLAQUE / BIOFILM DE PRIMAIRE TRIGGER



- Bacteriële biofilm op tanden en worteloppervlakken
- Induceert een inflammatoire hostrespons
- Noodzakelijke, maar niet voldoende factor voor parodontitis

ZONDER PLAQUE GEEN PARODONTITIS
Maar de ernst wordt bepaald door aanvullende risico's.

2 ROKEN VERHOOGT RISICO EN VERSLECHTERT BELOOP



- 2–6× hoger risico op parodontitis
- Ernstiger weefselverlies en slechtere behandelrespons
- Nicotine beïnvloedt immuunrespons en doorbloeding

ROKEN IS EEN BELANGRIJKE, MODIFICEERBARE RISICOFACITOR
Stoppen met roken is geassocieerd met een beter parodontaal beloop.

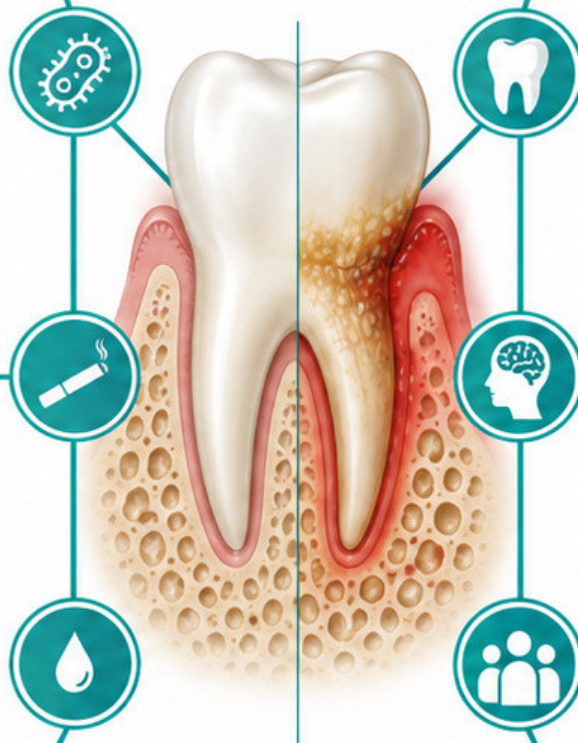
3 DIABETES EN GLYCEMISCHE REGULATIE HYPERGLYKEMIE VERHOOGT GEVOELIGHEID



- Slechtere wondgenezing en verhoogde inflammatoire respons
- Hoger risico op parodontitis en sneller progressief beloop
- Betere glykemische regulatie is geassocieerd met gunstiger parodontale uitkomsten

DIABETES IS EEN BELANGRIJKE, DEELS MODIFICEERBARE RISICOFACITOR
Goede metabole regulatie draagt bij aan een betere parodontale gezondheid.

LOKALE EN SYSTEMISCHE
FACTOREN BEÏNVLOEDEN
DE HOSTRESPONS



RISICOFACTOREN WERKEN
VAAK SAMEN EN KUNNEN
ELKAAR VERSTERKEN

4 EERDERE PARODONTITIS VERHOOGDE VATBAARHEID



- Eerdere parodontitis is een sterke voorspeller voor recidief
- Restpockets, botverlies en een veranderde microbiële balans
- Vraagt om langdurige monitoring en ondersteunende parodontale zorg

EEN VOORGESCHIEDENIS VAN PARODONTITIS IS EEN NIET-MODIFICEERBARE RISICOFACITOR
Blijvende alertheid is aangewezen.

5 STRESS / MEDICATIE (CONTEXT) KUNNEN RISICO VERHOGEN



- Chronische stress kan de immuunrespons en gedragingen (zoals mondhygiëne) negatief beïnvloeden
- Bepaalde medicatie (bijv. immunosuppressiva, calciumantagonisten, anticonvulsiva) kan parodontale weefselreacties of plaque-retentie beïnvloeden

STRESS EN BEPAALDE MEDICATIE ZIJN CONTEXTFACTOREN
Niet altijd te modificeren, maar wel relevant in de risicobeoordeling.

6 MODIFICEERBARE VERSUS NIET-MODIFICEERBARE FACTOREN OVERZICHT

✓ MODIFICEERBAAR

- Plaque / mondhygiëne
- Roken
- Glykemische regulatie (bij diabetes)
- Stressmanagement (gedeeltelijk)
- Medicatie (indien mogelijk)

— NIET-MODIFICEERBAAR

- Eerdere parodontitis
- Leeftijd
- Genetische predispositie
- Geslacht
- Systemische aandoeningen (aanwezigheid, niet de behandeling)

MEER INZICHT IN RISICOFACTOREN. EEN STERKERE BASIS VOOR PARODONTALE ZORG.



1. UITLEG DIAGNOSE

BEGRIIP GEEFT RICHTING

- Leg in begrijpelijke taal uit wat parodontale aandoeningen zijn.
- Gebruik afbeeldingen of een gebitsmodel.
- Benadruk dat het om een chronische aandoening gaat, waarbij eigen inzet essentieel is.

"Ontstoken tandvlees kan verbeteren als we het samen aanpakken."



3. POETSINSTRUCTIE

SCHOON MAAFT GEZOND

- Gebruik een zachte tandenborstel en de Bass-techniek (45° naar de tandvleesrand).
- Poets 2x per dag, 2 minuten.
- Reinig alle tandvlakken, ook de achterkant.
- Laat het zo nodig voordoen en oefenen.

"Rustig, kleine bewegingen, laat de borstel het werk doen."



5. MOTIVATIE EN BARRIÈRES

LUISTER, DENK MEE, VIND OPLOSSINGEN

- Vraag naar wat helpt en wat het lastig maakt (bijv. tijd, routine, behendigheid, kosten).
- Erken eventuele twijfels of weerstand.
- Zoek samen naar praktische oplossingen.
- Geef positieve en realistische feedback.

"Elke stap telt. Het gaat om wat wél lukt."



2. GEZAMENLIJKE DOELEN

SAMEN MAKEN WE HET HAALBAAR

- Bespreek wat de patiënt belangrijk vindt (bijv. een gezonde mond, fris gevoel, behoud van eigen tanden).
- Stel samen realistische en meetbare doelen.
- Sluit aan bij de mogelijkheden en de leefstijl van de patiënt.

"Wat zou u willen bereiken? Laten we kijken wat haalbaar is."



4. INTERDENTAAL REINIGEN

OOK TUSSEN DE TANDEN TELT

- Gebruik ragers die passen bij de ruimtes tussen de tanden (verschillende maten).
- Reinig 1x per dag, bij voorkeur 's avonds.
- Beweeg rustig in en uit, zonder te forceren.
- Laat het zo nodig voordoen en oefenen.

"Een rager bereikt waar de tandenborstel niet kan komen."



6. TEACH-BACK EN FOLLOW-UP

CONTROLLEREN, ONDERSTEUNEN, VOLHOUDEN

- Laat de patiënt in eigen woorden uitleggen en zo nodig voordoen.
- Geef ruimte voor vragen.
- Plan een vervolgspraak en evalueer de voortgang.
- Blijf motiveren en pas de instructie aan waar nodig.

"Kunt u mij laten zien hoe u dit thuis gaat doen? We blijven het samen volgen."



*Informatie + Vaardigheden + Motivatie
= Gezonde gewoontes*



SAMEN
STERKER



GEZONDER
VANDAAG



DUURZAAM
MORGEN

OdontoMaps®

KENNIS. VAARDIGHEDEN. EEN GEZONDERE TOEKOMST.

MINDMAP 91 | Niet chirurgische behandeling

BIOFILM VERWIJDEREN | ONTSTEEKING VERMINDEREN | WEER GEZONDE TANDTONGESTREUNING

1 MONDHYGIËNE-INSTRUCTIE

DE BASIS VOOR EEN STABIEL RESULTAAT

- Uitleg over biofilm, ontsteking en het belang van zelfzorg
- Instructie en oefenen van effectieve reiniging (bijv. tandenborstel, interdental ragers)
- Motiveren en vaardigheden aanpassen aan de patiënt
- Controleren en bijsturen

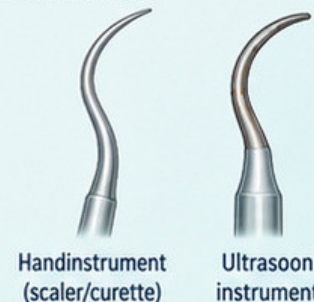


MINDER BIOFILM
GEZONDER PARODONTIUM
EEN STABIELERE TOEKOMST

2 SUPRA- EN SUBGINGIVALE INSTRUMENTATIE

VERWIJDEREN VAN BIOFILM EN TANDSTEEN

- Supragingivaal: verwijderen van plaque en tandsteen boven de gingivarand
- Subgingivaal: verwijderen van biofilm en tandsteen in de parodontale pocket
- Gebruik van handinstrumenten en/of ultrasone apparatuur
- Systematisch, element voor element
- Continue aandacht voor ergonomie, zicht en tactiele controle



3 WORTELOPPERVLAKE-REINIGING

EEN SCHONE WORTEL VOOR HERSTEL

- Verwijderen van achtergebleven biofilm, tandsteen en verontreinigd cement
- Gladde, schone worteloppervlakken bevorderen reattachement van weefsel
- Gebruik van curettes en eventueel ultrasone instrumenten
- Controleren met sonde en tactiele feedback
- Zorgvuldig, zonder onnodige beschadiging van het worteloppervlak



VOOR
Bevuilde wortel
biofilm en tandsteen
ontstoken weefsel

NA
Schone wortel
minder ontsteking
herstel van weefsel

PRECIEZE INSTRUMENTATIE
GEZONDERE WEEFSELS
DUURZAMERE RESULTATEN

4

LOKALE ANESTHESIE (INDIEN NODIG)

COMFORT VOOR EEN EFFECTIEVE BEHANDELING

- Overweeg lokale anesthesie bij gevoelige elementen of diepe pockets
- Keuze van techniek afhankelijk van de situatie (infiltratie of geleidingsanesthesie)
- Controleer effectiviteit en werk pijnvrij
- Een comfortabelere patiënt maakt grondigere reiniging mogelijk



Comfort
bevordert
kwaliteit
van zorg.

5 WEEFSELHERSTEL

HET PARODONTIUM KRIJGT DE KANS TE HERSTELLEN

- Na verwijdering van de biofilm vermindert de ontsteking
- De gingiva kan minder gezwollen zijn en strakker aansluiten
- Klinische parameters, zoals pocketdiepte en bloeding bij sonderen, kunnen verbeteren
- Herstel verloopt per individu verschillend en is afhankelijk van de initiële situatie en de mate van plaquecontrole
- Blijvende mondhygiëne is essentieel voor stabiliteit



Gezond
weefsel
functioneert
beter.

6

HERBEOORDELING

EVAUEREN EN VERDER PLANNEN

- Beoordeel klinische parameters (bijv. pocketdiepte, bloeding bij sonderen, plaque)
- Vergelijk met de beginsituatie
- Bespreek de resultaten met de patiënt
- Bepaal samen de vervolgstappen op basis van de individuele situatie
- Blijvende aandacht voor mondhygiëne en risicofactoren



- ✓ Pocketdiepte
- ✓ Bloeding bij sonderen
- ✓ Plaque
- ✓ Bespreken
- ✓ Vervolgplan

MINDMAP 92 | Chirurgische behandelprincipes

Evalueer • Begrijp • Stel bij • Borg

1

PATIËNTGERAPPORTEERDE KLACHTEN



- Vraag naar verandering in klachten
- Bloedend tandvlees?
- Gevoeligheid?
- Mondgeur?
- Comfort en kauwfunctie?
- Tevredenheid en motivatie?

Klachten verminderen past bij herstel, maar afwezigheid van klachten sluit ziekte niet uit.

2

PLAQUE EN BLOEDEN BIJ SONDEREN



- Beoordeel plaque-index (bijv. FPS)
- Noteer bloedend tandvlees (BOP, %)
- Vergelijk met baseline
- Bespreek mondhygiëne en poetstechniek

Minder plaque en bloeding duidt op betere ontstekingscontrole.

5

RISICOPROFIEL



- Herbeoordeel risicofactoren
- Roken (ja/nee, hoeveelheid)
- Diabetes (instelling)
- Algemene gezondheid
- Mondhygiëne en compliance
- Parodontale voorgeschiedenis
- Genetische en andere factoren (indien bekend)

Een actueel risicoprofiel helpt de frequentie van nazorg te bepalen.

6

PROGNOSE (GEUPDATE) EN NAZORGPLAN



- Stel prognose per element of gebitselement
- Classificeer: gunstig / twijfelachtig / ongunstig
- Bespreek bevindingen met de patiënt
- Stel individueel nazorgplan op (recallfrequentie)
- Leg afspraken vast en motiveer langdurige mondzorg

Stabiele conditie vraagt om levenslange ondersteuning en controle.

3

POCKETDIEPTE EN AANHECHTINGSNIVEAU



- Meet pocketdieptes (PD)
- Beoordeel klinisch aanhechtingsniveau (CAL)
- Vergelijk met baseline
- Zoek naar winst of stabiliteit
- Let op mogelijke progressie

Minder diepe pockets en stabiele of toegenomen aanhechting zijn positieve tekenen.

4

RESTPOCKETS EN AANDACHTSPUNTEN



- Identificeer restpockets (bijv. ≥ 5 mm)
- Beoordeel locatie en oorzaak (plaque, anatomie, furcatie)
- Bepaal noodzaak van aanvullende behandeling
- Plan gerichte monitoring

Restpockets vragen om blijvende aandacht en een gerichte aanpak.

PARODONTAAL STATUS: VAN ONTSTEKING NAAR HERSTEL

BASELINE



HERBEOORDELING



ONTSTEKING VERMINDERD - WEEFSELS STABIELER

ZELFDE GEBIT - EEN GEZONDERE TOEKOMST

EEN STAP VERDER - SAMEN NAAR DUURZAME MONDGEZONDHEID

ONDERSTEUNENDE PARODONTALE ZORG

SAMEN STABIEL, OP WEG NAAR DE TOEKOMST

1 INDIVIDUEEL RECALL

- Interval op basis van risicoprofiel en stabiliteit
- Meestal 3-6 maanden
- Flexibel bij veranderende omstandigheden

"De juiste zorg, op het juiste moment."



2 PLAQUECONTROLE ONDERSTEUNEN

- Motivatatie en instructie
- Evaluatie van mondhygiëne
- Aanpassen van hulpmiddelen
- Gericht op een biofilmarme situatie

"Samen voor een gezonde basis."



3 PARODONTAAL STATUS UPDATEN

- Regelmatige herbeoordeling
- Registreren van pocketdieptes, bloeding en plaque
- Vergelijken met eerdere metingen
- Signaleren van veranderingen

"Meten is weten, volgen is vooruitzien."



5 ONDERHOUDS-INSTRUMENTATIE

- Verwijderen van supragingivale en subgingivale biofilm en tandsteen
- Zacht en doelgericht
- Aangepast aan de klinische situatie
- Comfortabel en effectief

"Schoon vandaag, stabiel morgen."



4 RISICOFACTOREN ONDERSTEUNEN

- Roken (stoppen of minderen)
- Diabetes (goede instelling)
- Stress (bespreken en verwijzen)
- Overige factoren (bijv. medicatie, systemische aandoeningen)

"Minder risico, meer perspectief."



6 VROEGTIJDIGE DETECTIE VAN RECIDIEF

- Let op tekenen van ontsteking (bloeding, zwelling, toegenomen pocketdieptes)
- Bespreek klachten en veranderingen
- Tijdig bijsturen en zo nodig verwijzen

"Kleine signalen, groot verschil."



VOORKOMEN • BEHOUDEN • TIJDIG INGRIJPEN

VOOR EEN STABIELE LANGE TERMIJEN



MINDMAP 94 | Herbeoordeling en prognose

1 INDICATIE NA HERBEOORDELING

Alleen chirurgisch als niet-chirurgisch onvoldoende effect heeft.



- Herbeoordeling 8–12 weken after niet-chirurgische therapie (PSR, PPD, BOP).
- Restpockets ≥ 6 mm, persisterende bloeding of complexe anatomie (furcatie, diepe botdefecten).
- Goede mondhygiëne en motivatie.
- Realistische behandelverwachting.

3 REGENERATIEF VERSUS RESECTIEF

Doel bepaalt de techniek.

REGENERATIEF

- Behouden en opbouwen van steunweefsel.
- Bij intraosseuze defecten (favorabele morfologie).
- Vaak met botsubstituut en/of membraan.



RESECTIEF

- Verwijderen van pocket door botrecontouring.
- Bij ongunstige morfologie en moeilijk te reinigen gebieden.
- Doel: stabiele, reinigbare situatie.



5 RISICO'S EN TOESTEMMING

Informeel, bespreek en leg vast.



- Bespreek voordelen, alternatieven en mogelijke complicaties (bloeding, infectie, recessie, sensibiliteit, verminderde esthetiek).
- Stem verwachtingen af.
- Verkrijg geïnformeerde toestemming en leg vast in het dossier.

2 TOEGANG: LAPCONCEPT

Een goed ontwerp geeft zicht, ruimte en behoud van weefsels.



- Incisies afgestemd op het doel (Full-thickness of papilla-sparing).
- Voldoende toegang en zicht op wortel en botdefect.
- Minimale weefseltrauma en behoud van bloedvoorziening.
- Spanningvrije sluiting mogelijk maken.

4 WEEFSELBEHOUD

Behoud van keratiniseerd weefsel en papillen is essentieel.



- Spaar papillen en keratiniseerd weefsel waar mogelijk.
- Gebruik minimaal invasieve technieken.
- Zorg voor goede flappositie en spanningsvrije sluiting.
- Denk aan esthetiek en langetermijnstabiliteit.

6 POSTOPERATIEVE MONITORING EN VERWIJZING

Evalueer de genezing en borg het resultaat.



- Controle na 1 week (wondgenezing) en 4–6 weken (klinische parameters).
- Beoordeel pocketdiepte, BOP, plaque en patiënttevredenheid.
- Onderhoudstherapie (SPT) is essentieel.
- Verwijs bij complicaties of onvoldoende resultaat naar een parodontoloog.

*“Toegang vandaag,
stabiele parodontale gezondheid
morgen.”*

MINDMAP 95 | Integratiekaart parodontologie

1

GEZONDHEID EN ONTSTEKING

Van balans naar dysbiose

Gezond parodontium

- Dunne biofilm
- Geen ontsteking
- Intacte aanhechting
- Geen botverlies
- Bloedt niet



gezond

Gingivitis (reversibel)

- Meer biofilm (dysbiose)
- Ontstekingsreactie
- Rood, gezwollen
- Bloedt bij sonderen
- Geen aanhechtingsverlies



gingivitis

2

DIAGNOSE

Anamnese, klinisch en röntgenologisch

Anamnese

- Medisch en dentale anamnese
- Rookgedrag, leefstijl
- Parodontale voorgeschiedenis
- Klachten en verwachtingen



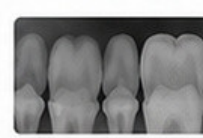
Klinisch onderzoek

- Sondediepte (6 punten)
- Bloedingsindex (BOP)
- Recessies, furcaties
- Mobiliteit
- Plaque- en tandsteenindex



Röntgenologisch

- Bitewings en/of status
- Botniveau en botdefecten
- Periapicale afwijkingen
- Aanvullend: CBCT



3

STAGE EN GRADE

Ernst, complexiteit en progressie

Stage (I–IV)

- I: mild (≤ 2 mm CAL)
- II: matig (3–4 mm CAL)
- III: ernstig (≥ 5 mm CAL)
- IV: zeer ernstig
 - complexe factoren
 - masticatoire disfunctie

Grade (A–C)

- A: langzaam progressief
- B: matig progressief
- C: snel progressief
- Gebaseerd op o.a.
 - botverlies/leeftijd
 - rookgedrag
 - systemische factoren

Gebruik de nieuwe classificatie (2018) als kader voor diagnose en behandelkeuzes.



4

RISICOFACTOREN

Beïnvloeden ontstaan en progressie

Niet te beïnvloeden

- Leeftijd
- Genetische aanleg
- Geslacht
- Anatomische factoren (bijv. wortelvorm, furcaties)

Te beïnvloeden

- Slechte mondhygiëne (biofilm)
- Roken (belangrijkste!)
- Diabetes mellitus (slechte regulatie)
- Stress
- Obesitas
- Sociaal-economische factoren
- Systemische ziekten en medicatie (bijv. immunosuppressie, xerostomie)

Hoe meer risicofactoren, hoe hoger de kans op progressie. Gebruik dit in de behandelplanning en motivational interviewing.

5

ACTIEVE BEHANDELING

Etiologisch, op maat en doelgericht

Initiële fase (niet-chirurgisch)

- Instructie en motivatie
- Verbeteren mondhygiëne
- Supragingivale reiniging
- Subgingivale instrumentatie (scaling en root planing)
- Risicofactoren aanpakken (o.a. roken, DM)

Aanvullend (indien nodig)

- Lokale antimicrobiële middelen
- Chirurgische behandeling (bijv. flap, regeneratie)
- Correctie van plaque-retentieve factoren (vullingen, randen)
- Multidisciplinaire aanpak (bijv. orthodontie, prothetiek)

Doel: ontsteking elimineren, verdere afbraak stoppen, functioneel resultaat behouden.

6

HERBEOORDELING EN ONDERHOUD

Evalueren, stabiliseren en voorkomen

Herbeoordeling (8–12 weken)

- Klinische parameters (PD, BOP)
- Patiëntgebonden factoren
- Uitkomst: verdere behandeling of over naar nazorg

Parodontale nazorg (SPT)

- Individueel interval (meestal 3–6 mnd)
- Mondhygiëne en motivatie
- Subgingivale reiniging waar nodig
- Controle risicofactoren
- Levenslange nazorg

Stabiele situatie = succes. Voorkom recidief door regelmatige controle en gerichte nazorg.