## Wat te doen bij een zeer pijnlijke acute necrotiserende parodontitis?

# Acute parodontale aandoeningen

*Acute parodontale aandoeningen ontwikkelen zich snel en kunnen het parodontium en de omliggende structuren ernstig aantasten. Ze gaan vaak gepaard met pijn, weefselafbraak en infectie, waardoor tijdige interventie essentieel is. Een van de meest ingrijpende vormen is een acute necrotiserende parodontale aandoening. Deze conditie vereist spoedzorg, aangezien het niet alleen hevige klachten veroorzaakt, maar ook kan leiden tot een snelle destructie van het parodontium en de prognose van aangedane elementen negatief beïnvloedt. Hoe herken je deze aandoening in de algemene praktijk en, belangrijker nog, hoe ga je ermee om?*

### Necrotiserende parodontale aandoeningen. Wat moet je weten?

Necrotiserende parodontale aandoeningen (NPA) zijn zeldzaam maar bijzonder destructief en vereisen snelle en adequate behandeling. In de classificatie van 1999 werden necrotiserende ulceratieve gingivitis en necrotiserende ulceratieve parodontitis onder dezelfde noemer geplaatst. Onderzoek suggereert dat deze aandoeningen verschillende stadia van dezelfde ziekte kunnen zijn, gezien de overeenkomsten in etiologie, klinisch beeld en behandelstrategie. De term 'ulceratieve' werd later geschrapt, omdat ulceratie een gevolg is van necrose. Patiënten met NPA lopen een verhoogd risico op recidieven, en in sommige gevallen kan de aandoening een chronisch karakter aannemen, met een trager verloop van weefselafbraak.

Diagnostiek: hoe stel je de juiste diagnose?

De prevalentie van NPA varieert afhankelijk van de onderzochte populatie. In tandheelkundige klinieken wordt een prevalentie van acute necrotiserende gingivitis (ANG) van 0,5%–3,3% gerapporteerd (Herrera, Retamal-Valdes, Alonso, & Feres, 2018). De diagnose wordt gesteld op basis van klinische kenmerken. Bij ANG ziet men vaak pijn, spontane bloeding, necrose en ulceratie van de interdentale papillen, evenals halitose. Extra-oraal kunnen lymfeadenopathie en soms zelfs koorts optreden. Acute necrotiserende parodontitis (ANP) vertoont dezelfde kenmerken, maar gaat tevens gepaard met parodontaal aanhechtingsverlies en botafbraak.

Etiologie: waarom krijgt de ene patiënt het wel en de andere niet?

Welke factoren vergroten het risico op NPA? Waar moet je altijd naar vragen wanneer een patiënt met deze problematiek in je stoel zit? In alle gevallen spelen er risicofactoren een rol die de immuunrespons beïnvloeden. Denk bijvoorbeeld aan roken, overmatig alcohol gebruik, ondervoeding (tekorten aan vitamine en mineralen), stress en systemische aandoeningen zoals HIV/AIDS, ongereguleerde diabetes mellitus, status na chemotherapie (Herrera et









1. Intake tandarts oktober 2023
2. OPT-intake tandarts oktober 2023
3. Intake parodontoloog december 2023
4. Intake parodontoloog december 2023

al., 2018). Toch blijft een NPA primair een infectieziekte, waarbij een slechte mondhygiëne, bestaande gingivitis of parodontitis en lokale plaque-retentiefactoren een cruciale rol spelen. Zeer oude studies uit 1894 en 1896 konden al een verband leggen met spirocheten en fusiforme bacteriën, wat sindsdien herhaaldelijk is bevestigd (Rowland, 1999).

Door alert te zijn op de risicofactoren en tijdig in te grijpen, kan ernstige schade aan het parodontium worden beperkt. In dit artikel wordt een casus besproken van een patiënte die naar mij werd verwezen. Je leest hoe ik haar situatie heb beoordeeld en welke stappen in heb ondernomen om de aandoening effectief te behandelen.

## Casus: acute necrotiserende parodontitis bij een 31-jarige patiënte

**Intake**

In oktober 2023 kwam een 31-jarige vrouw voor een intake in een algemene tandartspraktijk in Amsterdam. Haar laatste gebitsreiniging en controle waren vier jaar geleden in Roemenië, haar thuisland, waar ze ook een initiële parodontale behandeling had ondergaan. Nu poetste ze tweemaal daags elektrisch en gebruikte af en toe floss.

Tijdens het onderzoek stelde de tandarts een PPS-score van 3 3 / 3 3 vast en viel een onrustig aspect van de gingiva op, met name in het bovenfront (**afbeelding 1**). Mevrouw had op dat moment geen klachten. De OPT (**afbeelding 2**) werd beoordeeld en het behandelplan was extractie van de 18, 28, 38 en 48, gevolgd door verwijzen naar een parodontoloog voor verdere parodontale diagnostiek en behandeling.

**Eerste consult bij de parodontoloog**

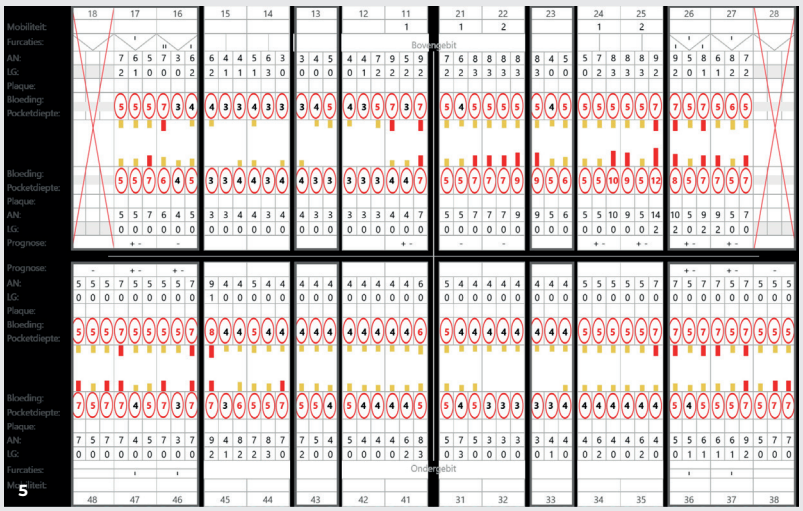
In december 2023 zag ik de patiënte voor het eerst (**afbeelding 3 en 4**). Sinds haar laatste tandartsbezoek had ze plotseling ernstige pijn ontwikkeld. Ze kon haar gingiva nauwelijks aanraken, niet poetsen, niet eten en zelfs drinken was pijnlijk. Haar grootste wens was om zo snel mogelijk van de pijn af te komen.

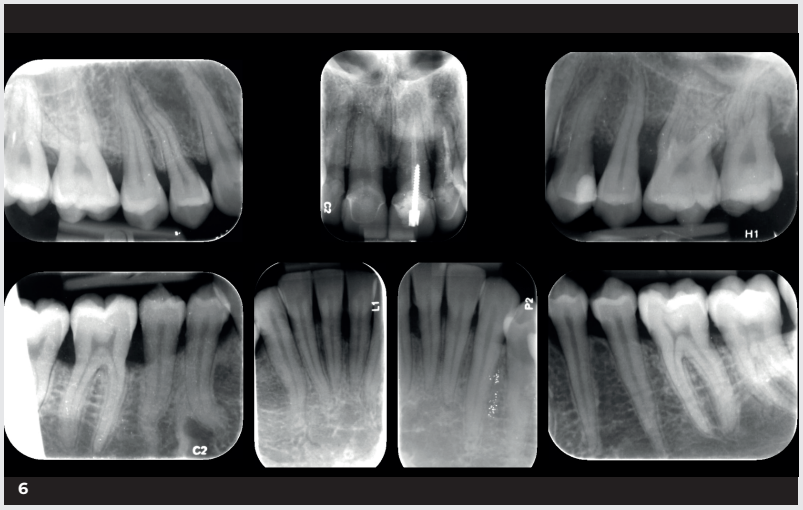
Tijdens de medische anamnese gaf ze aan gezond te eten, met voldoende groenten en fruit. Wel had ze de laatste weken extreme stress en leed ze aan slaapgebrek. In haar jeugd had ze een trauma aan haar bovenfront opgelopen, waardoor de 12, 11, 21, 22 waren afgebroken en gerestaureerd. De 21 en 22 zijn toen endodontisch behandeld en waren momenteel klachtenvrij.

**Klinisch onderzoek en diagnostiek**

Bij het klinisch onderzoek vielen een sterke halitose geur, spontane bloeding en grote hoeveelheid plaque en tandsteen op. Opvallend waren ook de losliggende necrotiserende papillen in het bovenfront en bij de 24 en 25. De snelle progressie ten opzichte van oktober 2023 was opmerkelijk!

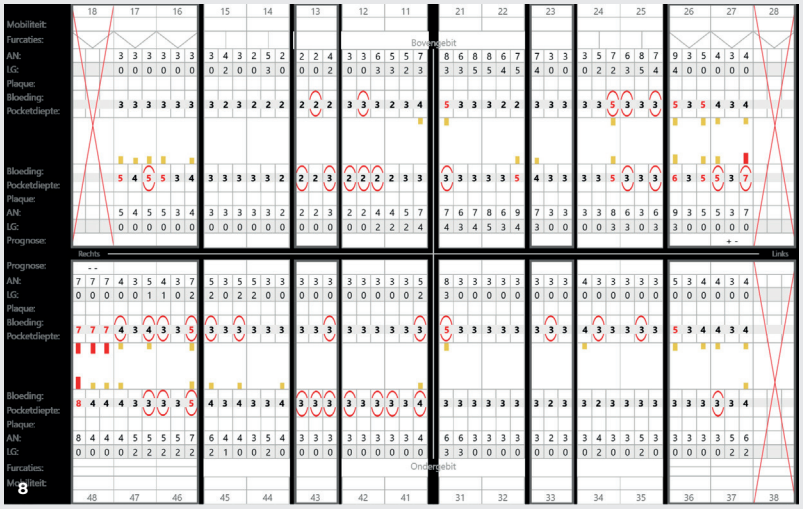
Bij het maken van de parodontiumstatus (**afbeelding 5**), bleek de patiënte gegeneraliseerd diepe tot zeer diepe pockets te hebben, met de maximale pocketdiepte van 12mm en 100% bloeding. Daarnaast waren er mobiele elementen (11, 21, 22, 24, 25) en furcatieproblematiek bij meerdere kiezen (17, 16, 26, 27, 37, 36, 46, 47). Percussie was negatief en de koudetest







5. Parodontiumstatus intake parodontoloog december 2023
6. Röntgenstatus intake parodontoloog december 2023
7. Evaluatie 3 maanden na initiële behandeling; februari 2024
8. Evaluatie 3 maanden na initiële behandeling; februari 2024



was positief voor alle elementen, behalve bij de endodontisch behandelde de 21 en 22. De kroonranden in het bovenfront sloten niet optimaal aan. Het was prettig dat ik hier kon sonderen; bij veel patiënten met NPA is dit te pijnlijk en kan dit pas als je hebt verdoofd tijdens de initiële behandeling.

Het röntgenologische onderzoek (**afbeelding 6**) toonde botafbraak tot circa 60% van de radixlengte bij de 25, 26 en 27, evenals peri-apicale radiolucenties bij de 21 en 22. De distale radix van de 27 was peri-apicaal suspect.

De prognose van de 16, 21, 22, 38 en 48 was slecht wegens de hoeveelheid aanhechtingsverlies, gecombineerd met furcatieproblematiek (16), endodontische en restauratieve problematiek (21, 22) en onbereikbaarheid voor mondhygiëne (38, 48). De prognose van de 17, 11, 24, 25, 26, 27, 37, 36, 46, 47 was dubieus wegens de hoeveelheid aanhechtingsverlies.

**Diagnose en behandelplan**

Alle verzamelde informatie bracht mij tot de volgende diagnose:

- Een 31-jarige vrouw met acute necrotiserende parodontitis, gegeneraliseerd stadium III, graad C
- Parodontitis apicalis 21, 22

Het volgende behandelplan werd opgesteld en uitgevoerd:

1. Bloedonderzoek: HbA1c, vitaminen en mineralen (vitamine B12, C, D, ijzer, magnesium), HIV-waarden (aantal CD4-cellen), cholesterolwaarden (LDL, HDL en totaal cholesterol)
2. Advies over leefstijl en risicofactoren
3. Extractie 38 en 48 tijdens initiële behandeling
4. Initiële behandeling onder lokale anesthesie
5. Controle en nazorg na zes weken
6. Evaluatie na drie maanden

Antibiotica zou kunnen worden gebruikt als het een casus betreft met systemische problematiek, maar hoeft zeker niet standaard voorgeschreven te worden. Mocht er voor antibiotica worden gekozen, heeft metronidazol de voorkeur wegens de aanwezige anaerobe bacteriën (Gasner & Schure, 2025). In deze casus is geen antibiotica gebruikt.

**Behandeling en verloop**

Al tijdens de intake besprak ik al de leefstijladviezen zoals gezonde voeding, voldoende slaap, lichaamsbeweging en stressmanagement. De patiënte was gemotiveerd en startte direct met verbeteringen.

De initiële behandeling werd nog dezelfde dag gestart en uitgevoerd in twee zittingen met een week tussen beide sessies. Ik gaf haar mondhygiëne instructies, maar ook chloorhexidine spoeling 0.12% (PerioAid) voor een week aangezien zij wegens pijn niet direct kon poetsen. Na drie dagen startte ze het geadviseerde mondhygiëne protocol, tweemaal daags elektrisch poetsen en eenmaal daags ragers. Bij de tweede behandeling bracht ze de resultaten van haar bloedonderzoek mee, welke geen afwijkingen vertoonden. De huisarts was overigens enorm blij met onze holistische benadering, dit was mooi om te zien. De belangrijkste etiologische factoren in deze casus waren dus slechte mondhygiëne, aanwezige parodontitis, plaque-retentiefactoren slaapgebrek en stress. Vanaf de tweede zitting was de mondhygiëne perfect; ze had constant een plaque-index <5%. Erg knap in deze dentitie met verschillende niveaus van gingivahoogte!

Tijdens de 6-weekse nazorg was er aanzienlijke verbetering: de 38 was geëxtraheerd, de pijn was verdwenen, de pockets waren gegeneraliseerd sterk aan het reduceren en er was vrijwel nergens meer bloeding na sonderen. De patiënte had haar slaapritme hersteld en haar stressniveau was gedaald. Wegens haar werk hebben we besloten de extractie van de 48 uit te stellen.

**De evaluatie na drie maanden**

In februari 2024 werd de evaluatie gedaan (**afbeelding 7 en 8**). De bloedingsindex was gedaald naar 22%, maar de plaque-index was gestegen naar 25% door verminderde interdentale reiniging tijdens de laatste week. Restpockets (>5mm) waren aanwezig bij de 26, 27 en 48. Zwelling en roodheid waren roodheid en recessies waren ontstaan.
De patiënte uitte een wens om het bovenfront esthetisch te verfraaien, met name de black triangles en kroonranden. Aangezien de parodontale situatie nog niet stabiel genoeg was, besloten we samen dit uit te stellen. Het behandelplan bestond uit:

1. Extractie van de 48
2. Parodontale nazorg elke drie maanden, met focus op de zelfzorg en her-instrumentatie van diepe pockets
3. Herbeoordeling na 1 jaar

**Herbeoordeling na 15 maanden**

De 48 was ondertussen geëxtraheerd. Helaas ontstond er een parodontaal abces aan de 27 en was er sprake van terminaal aanhechtingsverlies, waardoor ook dit element geëxtraheerd was. De herbeoordeling werd gedaan in februari 2025, 15 maanden na de initiële behandeling. Mevrouw was ontzettend gemotiveerd bezig met haar mondhygiëne. De bloedingsindex was gedaald naar 17% en de plaque-index naar 10%. De parodontale situatie zag er stabiel uit; de 'eindpunten' van parodontale behandeling waren bereikt (**afbeelding 9**) (Sanz et al., 2020), behalve bij de 26MP waar nog één bloedende pocket van 5mm aanwezig was. Deze zal goed in de gaten worden gehouden tijdens de nazorg. De gingiva had een gezonde roze kleur en lag strak rond de elementen. Typisch voor de behandeling van ANP is het verlies van









9. Herbeoordeling parodontiumstatus 15 maanden na initiële behandeling; februari 2025
10. Herbeoordeling frontale foto 15 maanden na initiële behandeling; februari 2025
11. Herbeoordeling laterale foto 15 maanden na initiële behandeling; februari 2025
12. Lachende foto 15 maanden na initiële behandeling; februari 2025

de papillen, wat hier in deze casus duidelijk zichtbaar is (**afbeelding 10-12**).

**Restauratief behandelplan en overwegingen**

Ondanks de verbeterde parodontale gezondheid bleef de wens bestaan om het bovenfront esthetisch te verbeteren. Nu de situatie gezond was, kon dit gebeuren. Ik verwees de patiënte naar collega Dr. P. de Kok (restauratief tandarts NVvRT) en J.H.P. Cossé (implantoloog NvOI) bij de Kliniek voor Parodontologie Amsterdam (KvPA). Het voorgestelde plan bestond uit:

1. Parodontale nazorg iedere drie maanden en herbeoordeling over 1 jaar
2. Extractie 21 en 22 en vervaardiging van een partiële prothese
3. Botopbouw vanuit de kin of het retromolaargebied
4. Plaatsen van implantaten 21 en 22
5. Eventuele chirurgische kroonverlenging 11 en 12 (afhankelijk van het uiteindelijke gingiva niveau)
6. Vervaardiging van kronen op implantaten 21 en 22, en vervangen van bestaande indirecte restauraties op de 11 en 12

Orthodontie is overwogen, maar hier zag de patiënte uiteindelijk vanaf wegens tijd en geld. De keuze voor extracties werd gemaakt vanwege de endodontische en parodontale problematiek van de 21 en 22. Deze elementen zijn verzwakt wegens de grote stiften en het parodontale aanhechtingsverlies. Een andere reden is het feit dat er in deze casus met geen andere mogelijkheid een harmonieuze gingiva contour kan worden gecreëerd. Enkel kroonverlenging van de 12 en 11 was geen optie, aangezien de elementen anders te lang zouden worden en incisaal kan niet worden ingekort wegens een dan niet kloppende curve. Over een brug na opbouw van bot en zachte weefsels zou nog kunnen worden nagedacht. Echter, het beslijpen van de gave 23 had niet onze voorkeur.

## Dankwoord

Graag wil ik de patiënte bedanken voor haar inzet en vertrouwen gedurende deze behandeling. Ook dank aan mijn collega's Paul de Kok en Johan Cossé van de KvPA voor hun expertise en samenwerking. Het restauratieve plan wordt binnenkort gestart en in kijk uit naar het eindresultaat! **d**

## De auteur

Drs. Nina Nijland, parodontoloog NVvP

## Referenties

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