

# Orale manifestaties van de ziekte van Crohn

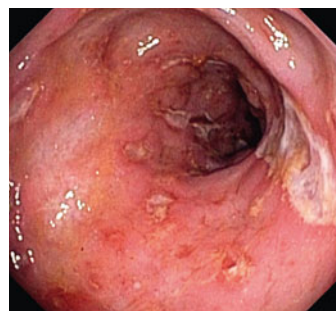
Bij de ziekte van Crohn staan darmklachten op de voorgrond. Orale manifestaties kunnen ook optreden. De beschreven prevalentie van orale manifestaties varieert tussen de 0,5% en 37%. De manifestaties kunnen voorafgaand aan of tegelijkertijd met de darmsymptomen voorkomen en kunnen worden onderverdeeld in specifieke en aspecifieke laesies. Bij de meeste patiënten zijn de laesies asymptomatisch, maar sommige patiënten ervaren ernstig ongemak. Orale manifestaties kunnen worden geclassificeerd als specifieke laesies, zoals diffuse labiale en buccale zwelling en cobblestones, en aspecifieke laesies zoals aften, pyostomatitis vegetans, cariës, gingivitis en parodontitis. Bij veel patiënten zorgen deze orale verschijnselen niet voor pijn of ongemak en behoeven geen behandeling. Voor patiënten die wel ongemak ervaren kan bijvoorbeeld pijn van aften worden verlicht met een lidocaïne-oplossing of een 0,1% dexamethasongel, en bij ulceraties of cobblestoning kunnen corticosteroiden worden ingezet. Het is raadzaam bij complexe gevallen de maag-, darm- en leverarts van de patiënt te consulteren.

Tan CXW, Boer NKH de, Brand HS. Orale manifestaties van de ziekte van Crohn  
Ned Tijdschr Tandheelkd 2018; 125: 15-20

doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2018.01.17174>

## Inleiding

De ziekte van Crohn en colitis ulcerosa zijn de 2 belangrijkste vormen van inflammatoire darmziekten ('inflammatory bowel diseases', IBD). Beide worden gekenmerkt door chronische, recidiverende ontstekingen van het gastro-intestinale stelsel, in het bijzonder het colon en terminaal ileum. Darmklachten staan op de voorgrond, maar extra-intestinale symptomen waaronder orale laesies kunnen ook optreden. Burrill Crohn beschreef in 1932 voor het eerst een chronische granulomateuze ontsteking van de dunne darmwand (enteritis regionalis) (Crohn et al, 1932). Deze chronische darmziekte is later de ziekte van Crohn genoemd. De ziekte van Crohn heeft vaak een onregelmatige verspreiding ('skip lesions') in het gastro-intestinale stelsel en kan voorkomen van mondholte tot anus, maar



Afb. 1. Endoscopie van het colon toont mucosa met ulceraties.



Afb. 2. Endoscopie van het terminale ileum toont typische 'skip lesions'.



Afb. 3. Endoscopie toont stenose van het colon met ulcera.

## Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel over de ziekte van Crohn:

- hebt u een overzicht van de epidemiologie, etiologie, diagnostiek en behandelmogelijkheden;
- kent u de asymptomatische, symptomatische, specifieke en aspecifieke orale manifestaties;
- kent u de tandheelkundige implicaties.

manifesteert zich voornamelijk in het terminale ileum en colon (afb. 1 en 2). De diagnose ziekte van Crohn wordt gesteld op basis van het klinische beeld, endoscopische, radiologische, histopathologische en/of biochemische bevindingen (Dignass et al, 2010).

De incidentie van de ziekte van Crohn vertoont geografisch een sterke variatie en wordt relatief weinig gediagnosticeerd in ontwikkelingslanden (Ahuja en Tandon, 2010). De leeftijd-gecorrigeerde incidentie in Nederland tussen 1991 en 2002 voor mannen en vrouwen was respectievelijk 4,84 en 7,58 per 100.000 personen per jaar (Van den Heuvel et al, 2017). Symptomen kunnen op iedere leeftijd optreden, maar manifesteren zich vooral op vroege en late volwassen leeftijd (Bradley et al, 2004; Padmavathi et al, 2014). Klinisch presenteert de ziekte van Crohn zich door buikpijn, diarree, rectaal bloedverlies, verminderde eetlust, gewichtsverlies, koorts en groeiachterstand bij kinderen (Dignass et al, 2010). De ziekte kenmerkt zich door episodes van ziekteactiviteit (exacerbaties) die worden afgewisseld met ziektevrije perioden (remissies).

Er zijn 3 verschillende fenotypes van de ziekte van Crohn: het stricturende, het penetrerende en het niet-stricturende/niet-penetrerende type (Satsangi et al, 2006). Bij het stricturende type leidt geleidelijke verdikking van de darmwand tot stenose of obstructie van het darmlumen met pijn, braken en gewichtsverlies tot gevolg (afb. 3).

Specifieke laesies	Aspecifieke laesies
Diffuse labiale en buccale zwelling	Aften
Cobblestones	Pyostomatitis vegetans
Andere specifieke laesies:	Cariës
Mucosale tags	Gingivitis en parodontitis
Diepe, lineaire ulcera	Andere aspecifieke laesies:
Mucogingivitis	Angulaire cheilitis
Granulomateuze cheilitis	Glossitis
	Gingiva hyperplasie
	Lichen planus
	Halitose
	Dysfagie
	Smaakverandering
	Verminderde speekselproductie
	Lymfadenopathie
	Secundaire fibrose
	Candidiasis

Tabel 1. Specifieke en aspecifieke orale laesies bij de ziekte van Crohn.

De penetrerende variant kenmerkt zich door het vormen van fistels tussen het maagdarmsstelsel en andere interne organen zoals de vagina of de blaas en/of externe fistels naar de huid. Anale en perianale fissuren, abscessen of fistels worden regelmatig waargenomen bij patiënten met de ziekte van Crohn en geven perianale pijn, jeuk of fecale incontinentie.

De exacte pathogenese van de ziekte van Crohn is nog niet geheel bekend. Er is echter toenemend bewijs dat de ziekte van Crohn het gevolg is van een inadequate immunrespons tegen darmflora en andere omgevingsfactoren in genetisch gepredisponerde personen (Loddo en Romano, 2015). Een bijdrage van genetische factoren wordt ondersteund door verschillen in prevalentie tussen etnische groepen, overerving binnen families, overeenkomsten in eeniige tweelingen en associatie met genetische syndromen. In totaal zijn er meer dan 150 risicogenen/loci beschreven die mogelijk een rol spelen bij de vatbaarheid voor de ziekte van Crohn (Ek et al, 2014). Ook omgevingsfactoren hebben een mogelijke bijdrage in de etiologie. Een verhoogde koolhydraatname, vooral van eenvoudige koolhydraten zoals glucose of fructose, is mogelijk een risicofactor voor het ontwikkelen van de ziekte van Crohn (Ruocco et al, 2007). Daarnaast vergroot roken het risico op de ziekte van Crohn en zorgt het bovendien voor een slechter klinisch beloop (Van der Heide et al, 2011).

De ziekte van Crohn is helaas zowel medicamenteus als chirurgisch niet te genezen. De behandeling daarom is gericht op symptoombestrijding, vermindering van de ontsteking tijdens exacerbaties, verbetering van de kwaliteit van leven, het induceren en behouden van remissies en het voorkomen van chirurgische interventies of complicaties. De behandeling is afhankelijk van de ziektelocatie, ernst en ziekte gerelateerde complicaties (Lichtenstein et al, 2009). De medicamenteuze behandeling bestaat uit corticosteroiden, immunomodulatoren en zogenaamde 'biologicals'



Afb. 4. Zwelling van de onderlip.

(Van Assche et al, 2010). Biologicals zijn geneesmiddelen die bestaan uit (fragmenten van) eiwitten, zoals cytokines en antilichamen. Thiopurines en methotrexaat worden voornamelijk gebruikt als immunosuppressieve onderhoudstherapie om het aantal exacerbaties te minimaliseren. Lokale of systemische corticosteroiden worden voorgeschreven om een remissie te induceren. De meest gebruikte biologicals zijn 2 monoclonale antilichamen gericht tegen tumornecrosefactor- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ), genaamd infliximab en adalimumab. Uiteindelijk hebben veel patiënten met de ziekte van Crohn een chirurgische behandeling met intestinale resectie nodig vanwege persisterende symptomen, obstructie of perforatie.

### Epidemiologie van orale manifestaties

Orale manifestaties bij een patiënt met de ziekte van Crohn werden voor het eerst in 1969 beschreven (Dudeney, 1969). Sindsdien is er een aantal artikelen verschenen over orale manifestaties bij patiënten met de ziekte van Crohn. De prevalentie van de orale manifestaties in deze groep loopt uiteen van 0,5% tot 37% (Bradley et al, 2004; Trost en McDonnell, 2005; Turkcapar et al, 2006; Michailidou et al, 2009; Rowland et al, 2010; Stein et al, 2010). Deze spreiding is mogelijk gerelateerd aan factoren zoals leeftijd en etniciteit van de onderzoekspopulatie, ervaring van de onderzoeker, definitie van ziekte gerelateerde laesies en eventuele behandeling van de patiënten ten tijde van het onderzoek (Rowland et al, 2010). Orale laesies komen frequenter voor bij kinderen dan bij volwassenen - een 3 jaar durend prospectief onderzoek toont orale laesies bij 41,7% van de kinderen met de ziekte van Crohn (Harty et al, 2005). Orale laesies kunnen voorafgaan aan intestinale ziekteactiviteit. Een retrospectief onderzoek onder 40 patiënten liet zien dat 42% van de patiënten van 1 tot 39 jaar, voordat zij werden gediagnosticeerd met de ziekte van Crohn, al orofaciale laesies hadden (Jurge et al, 2014). Tijdens intestinale ziekteactiviteit kunnen de orale laesies ernstiger zijn, maar ongeveer 30% van de patiënten vertoont orale laesies ondanks remissie van de ziekte (Rowland et al, 2010; Lankarani et al, 2013).

### Orale manifestaties

De ziekte van Crohn kan zich met verschillende vormen van orale manifestaties presenteren (Jurge et al, 2014).



Afb. 5. Plooiën en zwelling van de buccale mucosa: 'cobblestoning'.



Afb. 6. Kenmerkend 'cobblestone' aspect van de buccale mucosa.

Een evaluatie van 147 patiënten liet zien dat 42 patiënten (29%) zich presenteerden met 1 laesie, terwijl 12 patiënten (8%) zich presenteerden met meer dan 1 laesie (Stein et al, 2010). Orale manifestaties kunnen worden geclassificeerd als specifieke laesies, wanneer ze macroscopisch vergelijkbaar zijn met de endoscopisch waargenomen laesies in het gastro-intestinale stelsel, en aspecifieke laesies (tab. 1) (Scheper en Brand, 2002). De aspecifieke laesies kunnen gerelateerd zijn aan voedingsdeficiënties ten gevolge van chronische diarree, verminderde voedselinname, overgroei van de darmflora, intestinale resectie, malabsorptie of bijwerkingen van medicatie (Scheper en Brand, 2002; Fatahzadeh et al, 2009). Oedeem, ulcera en hyperplastische laesies op de buccale mucosa zijn de meest frequent voorkomende orale manifestaties (Stein et al, 2010). Deze laesies kunnen pijnlijk zijn, de mondhygiëne verminderen en zelfs leiden tot psychologische klachten (Boirivant en Cossu, 2012; Lankarini et al, 2013).

## Specifieke laesies

### *Diffuse labiale en buccale zwelling*

Diffuse zwelling is een van de meest voorkomende en kenmerkende presentaties van de ziekte van Crohn (Jurge et al, 2014). De zwelling is stevig bij palpatie, pijnloos, meestal hardnekkig, en kan zich manifesteren in de buccale mucosa en weke delen (afb. 4) (Chi et al, 2010; Harikishan et al, 2012). De zwelling is meestal zichtbaar in de lippen, maar kan zich uitbreiden naar het periorale gebied en andere delen van het gezicht. De zwelling van de lip kan diffuus en symmetrisch of juist gelokaliseerd zijn. De prevalentie van zwelling in de boven- en onderlip is gelijk (Jurge et al, 2014; Campbell et al, 2011b).

### *Cobblestones*

Granulomateuze zwellingen in de mondholte kunnen lijken op de zwellingen die worden gezien tijdens endoscopie van de darm bij patiënten met de ziekte van Crohn en worden 'cobblestones' (kinderkopjes) genoemd (afb. 5 en 6). De knobbels in de mucosa bestaan uit papels die laesies kunnen vormen. Deze ogen hyperplastisch met plooiën

en gezwollen mucosa met fissuren. Meestal worden deze laesies aangetroffen in de buccale mucosa, en kunnen worden afgewisseld met plooiën normaal epitheel (Zbar et al, 2012; Lankarani et al, 2013). Cobblestones kunnen pijnlijk zijn en klachten geven bij praten en eten (Troost en McDonnell, 2005).

### *Andere specifieke laesies*

Op verschillende plekken in de mondholte kunnen mucosale uitstulpingen worden waargenomen. Dit zijn kleine, gelokaliseerde zwellingen die meestal asymptomatisch zijn (afb. 7) (Jurge et al, 2014; Howell et al, 2012; Gale et al, 2015). Diepe ulceraties kunnen worden omgeven door hyperplastische randen en worden meestal waargenomen in het buccale vestibulum (afb. 8) (Chi et al, 2010). Deze ulcera zijn diep, hardnekkig en kunnen worden aangezien voor aften (Daley en Armstrong, 2007). Granulomateuze cheilitis is een zwelling van de lip als gevolg van granulomateuze ontsteking. Dit is zeldzaam en begint meestal in de adolescentie (De Castro Lopez et al, 2013).

## Aspecifieke laesies

### *Aften*

Aften zijn een van de meest voorkomende orale laesies bij de ziekte van Crohn en komen bij 20-30% van de patiënten voor (Veloso, 2011; Lankarani et al, 2013; Jurge et al, 2014). Aften kennen echter ook een hoge prevalentie (ongeveer 20%) in de algemene bevolking (Lankarani et al, 2013). Aften zijn ondiepe, rond tot ovaal gevormde laesies en kunnen bij palpatie granulaair aanvoelen (Daley en Armstrong, 2007). Ze kunnen pijnlijk zijn en geven vaak ongemak (Jurge et al, 2014). Ze ontstaan vaak spontaan en kunnen tegelijkertijd optreden met of voorafgaan aan intestinale ziekteactiviteit (Bradley et al, 2004). De relatie met exacerbaties is niet duidelijk (William et al, 2007).

### *Pyostomatitis vegetans*

Pyostomatitis vegetans kan voorkomen bij de ziekte van Crohn maar wordt vaker waargenomen bij colitis ulcerosa (afb. 9) (Troost en McDonnell, 2005; Fatahzadeh et al, 2009;





Afb. 7. Lineaire ulceratie.



Afb. 8. Lineaire ulceratie van het buccale vestibulum.

Lankarani et al, 2013). Deze orale laesies worden gekarakteriseerd door kleine wit tot gele pustels op een erythemateuze en oedemateuze mucosale achtergrond (Field en Llan, 2003; Trost en McDonnell, 2005; Fatahzadeh et al, 2009; Rowland et al, 2010; Boirivant en Cossu, 2012). Pyostomatitis vegetans wordt het meest frequent waargenomen op de buccale en gingivale mucosa, maar kan ook voorkomen op de tong of de mondbodem. De pustels kunnen ruptureren en in elkaar overgaan wat kan leiden tot een typisch 'snail-track' beeld (Field en Llan, 2003; Trost en McDonnell, 2005). Histologisch kenmerkend zijn microabcessen met veel eosinofielen (Salek et al, 2014).

### Cariës

Uit een aantal onderzoeken bleek dat cariës vaker voorkomt bij patiënten met de ziekte van Crohn dan bij controlepersonen (Schütz et al, 2003; Brito et al, 2008; Szymanska et al, 2014). Uit het onderzoek van Grössner-Schreiber et al (2006) bleek geen verschil in de DMFT-index maar

## De ziekte van Crohn heeft negatieve effecten op de mondgezondheid

wel een significant hogere prevalentie van dentinecariës bij IBD-patiënten vergeleken met gezonde controles. Een verklaring hiervoor zou het verschil in onderzoekspopulatie kunnen zijn, aangezien de groep IBD-patiënten ook patiënten met colitis ulcerosa omvatte (Grössner-Schreiber et al, 2006). Het aantal lactobacillen en *Streptococcus mutans* in het speeksel was verhoogd bij patiënten met de ziekte van Crohn in vergelijking met een controlegroep (Szymanska et al, 2014). Szymanska et al toonden in een onderzoek onder 235 patiënten met de ziekte van Crohn aan dat patiënten die chirurgische resectie ondergingen een hogere DMFT-index hadden vergeleken met de controlegroep, terwijl er geen verschil was tussen patiënten die geen chirurgische behandeling hadden ondergaan vergeleken met de controlegroep. De plaquescores waren eveneens significant verhoogd, waarbij mannen met de ziekte van Crohn een hogere prevalentie hadden dan vrouwen.

Ook de consumptie van zoete dranken was hoger onder patiënten met de ziekte van Crohn, wat in overeenstemming is met een onderzoek dat een verhoogde intake van suiker bij patiënten met de ziekte van Crohn liet zien (Schütz et al, 2003; Szymanska et al, 2014).

### Gingivitis en parodontitis

Tandvleesbloedingen zijn veelvoorkomend en ontstaan bij ongeveer 20% van de patiënten met de ziekte van Crohn (Brito et al, 2008). Een onderzoek onder 53 patiënten met een reeds lang bestaand ziekteproces liet geen significant verschil zien in de gingivitis-index tussen patiënten met actieve ziekte en patiënten in remissie. Een aantal onderzoeken heeft laten zien dat de prevalentie van parodontitis is verhoogd onder patiënten met de ziekte van Crohn in vergelijking met controlepersonen (Brito et al, 2008; Stein et al, 2010; Habashneh et al, 2012). Zo vonden Brito et al (2008) parodontitis bij 81,8% van patiënten met de ziekte van Crohn vergeleken met 67,6% in de controlegroep. Een andere groep vond een 'community periodontal index of treatment needs' (CPITN) score van 3 bij 57,8% van de patiënten, hetgeen duidt op een matig-ernstige parodontitis (Stein et al, 2012). Parodontitis in het melkgebit kan voorafgaan aan de intestinale verschijnselen en suggestief zijn voor de ziekte van Crohn (Sigush, 2004).

### Overige aspecifieke laesies

Enkele andere aspecifieke orale laesies die bij de ziekte van Crohn worden aangetroffen zijn angulaire cheilitis, glossitis als gevolg van voedingsdeficiëntie, gingivahyperplasie, lichen planus, halitose, dysfagie, smaakverandering, verminderde speekselproductie, lymfadenopathie, secundaire fibrose en candidiasis (Scheper en Brand, 2002; Schütz et al, 2003; Brito et al, 2008; Chi et al, 2010; Litsas, 2011).

### Orofaciale granulomatose

De term orofaciale granulomatose (ook wel afgekort tot OFG) wordt gebruikt om patiënten te beschrijven met orofaciale verschijnselen en andere symptomen van de ziekte van Crohn, echter zonder intestinale betrokkenheid (Wiesenfeld et al, 1985). Orofaciale granulomatose is een zeldzame chronische ontstekingsstoornis waarbij zwelling van de lip en het aangezicht het meest voorkomen



**Afb. 9.** Pyostomatitis vegetans bij Colitis Ulcerosa (Bron: dr. J.R. Mekkes, afdeling Dermatologie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam).



**Afb. 10.** orofaciale granulomatose. (Bron: dr. J.R. Mekkes, afdeling Dermatologie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam).

(afb. 10). De gingiva, buccale mucosa, tong, mondbodem en andere locaties in de mondholte zijn minder vaak aangedaan. Orofaciale granulomatose kan op iedere leeftijd voorkomen, maar lijkt vaker voor te komen bij kinderen en jongvolwassenen. Presentatie op de kinderleeftijd is geassocieerd met een verhoogd risico op een systeemziekte die enkele jaren na de eerste klachten kan optreden (Saalman et al, 2009; Jennings et al, 2015). Een systematisch literatuuronderzoek heeft aangetoond dat bij 40% van kinderen gediagnosticeerd met orofaciale granulomatose er gelijktijdig sprake is van de ziekte van Crohn, op grond waarvan de auteurs suggereren dat orofaciale granulomatose een subtype is van de ziekte van Crohn (Lazzerini et al, 2014). Desondanks staat het nog steeds ter discussie of orofaciale granulomatose een orale manifestatie van de ziekte van Crohn is of een aparte inflammatoire ziekte (Campbell et al, 2011b). Observatoire onderzoeken lieten zien dat het weglaten van uitlokkende factoren een effectieve behandeling van orofaciale granulomatose is. Een kaneel- en benzozatvrij dieet geeft goede resultaten bij 54-78% van de patiënten, bij wie 23% geen aanvullende behandeling nodig heeft. Dit is dan ook de aangewezen primaire behandeling, vooral bij jongere patiënten (Campbell et al, 2011a).

### Tandheelkundige implicaties

Zoals hierboven beschreven hebben patiënten met de ziekte van Crohn een verhoogd risico op het ontwikkelen van verschillende orale en dentale aandoeningen en behoeven daarom speciale aandacht van mondzorgverleners. Een onderzoek onder 2.085 patiënten met de ziekte van Crohn liet zien dat zij significant meer tandheelkundige behandelingen ondergaan vergeleken met een controlegroep. Het grootste verschil betrof gebitsprotheses, restauraties van de frontelementen en endodontologische behandelingen (Johanssen et al, 2015). Frequentie controles, strikte mondhygiëne en fluorideapplicatie wordt aanbevolen (Scheper en Brand, 2002). Het is belangrijk om patiënten te adviseren minder suiker- en koolhydraathoudend voedsel te nuttigen. Daarnaast is het gebruik van xylitol als suikervervanger relatief gecontra-indiceerd vanwege het risico op gastro-intestinale stoornissen (Scheper en Brand, 2002).

Bij patiënten die worden behandeld met methotrexaat wordt het gebruik van NSAID's en penicilline ontraden vanwege het risico op beenmergdepressie door gestoorde renale klaring van methotrexaat (Rampton, 2001).

Bij veel patiënten zorgen deze orale verschijnselen niet voor pijn of ongemak en behoeven geen behandeling (Lankarani et al, 2013). Sommige patiënten ervaren echter wel ongemak en voor hen zijn verschillende behandelopties mogelijk. De belangrijkste stap in de behandeling van de specifieke en aspecifieke orale laesies is het bewerkstelligen van remissie van de ziekteactiviteit in de darm (Daley en Armstrong, 2007). De pijn van aften kan worden verlicht door applicatie met een lidocaïne-oplossing of een 0,1% dexamethasongel. Ernstige of recidiverende laesies kunnen behandeld worden met systemische- of lokaal geïnjecteerde corticosteroiden. Zwelling van de lippen of diepe ulceraties kunnen worden behandeld met topische tacrolimus (0,5 mg/kg) en corticosteroidinjecties in de laesies. Cobblestoning kan worden behandeld met lokale corticosteroiden (Scheper en Brand, 2002; Rowland et al, 2010; Lankarani et al, 2013;).

Zoals eerder beschreven kunnen orale manifestaties bij de ziekte van Crohn voorafgaan aan de initiële gastro-intestinale symptomen. Zorgverleners moeten bedacht zijn op de mogelijke aanwezigheid van de ziekte van Crohn bij patiënten met bovenbeschreven orale manifestaties, vooral in combinatie met het familiair voorkomen van de ziekte van Crohn of klinische symptomen zoals buikpijn, diarree, gewichtsverlies en verminderde groei bij kinderen. In deze gevallen is verwijzing naar een maag-, darm- en leverarts aanbevolen.

### Conclusie

Patiënten met de ziekte van Crohn hebben een hoger risico op het ontwikkelen van orale gezondheidsproblemen en behoeven speciale aandacht van mondzorgverleners. In complexe gevallen is het raadzaam de maag-, darm- en leverarts van de patiënt te consulteren.

## Literatuur

- \* Ahuja V, Tandon RK. Inflammatory bowel disease in the Asia-Pacific area: A comparison with developed countries and regional differences. *J Dig Dis* 2010; 11: 134-147.
- \* Assche G van, Dignass A, Reinisch W et al. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Special situations. *J Crohn's Colitis* 2010; 4: 63-101.
- \* Boirivant M, Cossu A. Inflammatory bowel disease. *Oral Dis* 2012; 18: 1-15.
- \* Bradley PJ, Ferlito A, Devaney KO, Rinaldo A. Crohn's disease manifesting in the head and neck. *Acta Otolaryngol* 2004; 124: 237-241.
- \* Brito F, de Barros FC, Zaltman C, et al. Prevalence of periodontitis and DMFT index in patients with Crohn's disease and ulcerative colitis. *J Clin Periodontol* 2008; 35: 555-560.
- \* Campbell HE, Escudier MP, Patel P, Challacombe SJ, Sanderson JD, Lomer MCE. Review article: Cinnamon- and benzoate-free diet as a primary treatment for orofacial granulomatosis. *Aliment Pharmacol Ther* 2011a; 34: 687-701.
- \* Campbell HE, Escudier M, Patel P, et al. Distinguishing orofacial granulomatosis from crohn's disease: Two separate disease entities? *Inflamm Bowel Dis* 2011b; 17: 2109-2115.
- \* Chi AC, Neville BW, Krayner JOEW, Gonsalves WC. Oral manifestations of systemic disease. *Am Fam Physician* 2010; 82: 1381-1388.
- \* Crohn BB, Ginzburg L, Oppenheimer G. Regional ileitis; a pathologic and clinical entity. *J Am Med Assoc* 1932; 99: 1323-1328.
- \* Daley TD, Armstrong JE. Oral manifestations of gastrointestinal diseases. *Can J Gastroenterol* 2007; 21: 241-244.
- \* De Castro López MJ, Illade Quintero L, Martín Torres F, Cutrín Prieto JM. Read my lips: oral manifestations of systemic diseases. *J Pediatr* 2013; 163: 1784-1785.
- \* Dignass A, Assche G van, Lindsay JO, et al. The second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Current management. *J Crohn's Colitis* 2010; 4: 28-62.
- \* Dudeney TP. Crohn's disease of the mouth. *Proc R Soc Med* 1969; 62: 1237
- \* Ek WE, Amato MD, Halfvarson J. The history of genetics in inflammatory bowel disease. *Ann Gastroenterol* 2014; 27: 294-303.
- \* Fatahzadeh M, Schwartz RA, Kapila R, Rochford C. Orofacial Crohn's disease: an oral enigma. *Acta Dermatovenerol Croat* 2009; 17: 289-300.
- \* Field EA, Llan RBA. Review article: oral ulceration - aetiopathogenesis, clinical diagnosis and management in the gastrointestinal clinic. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 18: 949-962.
- \* Gale G, Östman S, Rekabdar E et al. Characterisation of a Swedish cohort with orofacial granulomatosis with or without Crohn's disease. *Oral Dis* 2015; 21: 98-104.
- \* Grössner-Schreiber B, Fetter T, Hedderich J, Kocher T, Schreiber S, Jepsen S. Prevalence of dental caries and periodontal disease in patients with inflammatory bowel disease: a case-control study. *J Clin Periodontol* 2006; 33: 478-484.
- \* Habashneh RA, Khader YS, Alhumouz MK, Jadallah K, Ajlouni Y. The association between inflammatory bowel disease and periodontitis among Jordanians: a case-control study. *J Periodontol Res* 2012; 47: 293-298.
- \* Harikishan G, Reddy NR, Prasad HAS. Oral Crohn's disease without intestinal manifestations. *J Pharm Bioallied Sci* 2012; 4: S431-S434.
- \* Harty S, Fleming P, Rowland M, et al. A prospective study of the oral

manifestations of Crohn's disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005; 3: 886-891.

- \* Heide F van der, Wassenaar M, Linde K van der. Effects of active and passive smoking on Crohn's disease and ulcerative colitis in a cohort from a regional hospital. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2011; 23: 255-261.
- \* Heuvel TR van den, Jonkers DM, Jeurings SF, et al. Cohort Profile: The Inflammatory Bowel Disease South Limburg Cohort (IBDSL). *Int J Epidemiol* 2017; 46: e7.
- \* Howell JL, Bussell RM, Hegarty AM, Zaitoun H. Service evaluation of patients with orofacial granulomatosis and patients with oral Crohn's disease attending a paediatric oral medicine clinic. *Eur Arch Paediatr Dent* 2012; 13: 191-196.
- \* Jennings VCE, Williams L, Henson S. Orofacial granulomatosis as a presenting feature of Crohn's disease. *BMJ Case Rep* 2015; 2015: bcr2013203005.
- \* Johannsen A, Fored MC, Håkansson J, Ekbohm A, Gustafsson A. Consumption of dental treatment in patients with inflammatory bowel disease, a register study. *PLoS One* 2015; 10: e0134001.
- \* Jurge S, Hegarty AM, Hodgson T. Orofacial manifestations of gastrointestinal disorders. *Br J Hosp Med (Lond)* 2014; 75: 497-501.

Op [www.ntvt.nl](http://www.ntvt.nl)

De rest van de literatuurlijst is beschikbaar in het online-artikel (<https://doi.org/10.5177/ntvt.2018.01.17174>).

## Summary

**Oral manifestations of Crohn's disease**

*Gastrointestinal symptoms are predominant in Crohn's disease. Oral manifestations may also occur. The prevalence of oral manifestations varies between 0.5% and 37%. The manifestations may coincide with or precede gastrointestinal symptoms, and can be subdivided into specific and non-specific lesions. In most patients, lesions are asymptomatic but some patients experience serious discomfort. Oral manifestations can be classified as specific lesions, such as diffuse lip and buccal swelling and cobblestones, and non-specific lesions, such as aphthous ulcers, pyostomatitis vegetans, caries, gingivitis and periodontitis. In many patients, these oral symptoms do not cause pain or discomfort and do not require treatment. For patients who do experience discomfort, pain caused by aphthous ulcers, for example, can be relieved with a lidocaine solution or a 0.1% dexamethasone gel, and corticosteroids can be used to treat pain caused by ulceration or cobblestoning. It is advisable in complex cases to consult the patient's gastroenterologist.*

## Bron

C.X.W. Tan<sup>1</sup>, K.H.N. de Boer<sup>2</sup>, H.S. Brand<sup>3</sup>

Uit <sup>1</sup>de afdeling Mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie/Orale pathologie van het VU medisch centrum/Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA), <sup>2</sup>de afdeling Maag- darm- en leverziekten van het VU medisch centrum in Amsterdam en <sup>3</sup>de afdeling Orale Biochemie van het ACTA.

Datum van acceptatie: 30 oktober 2017

Adres: dr. H.S. Brand, ACTA, Gustav Mahlerlaan 3004, 1081 LA Amsterdam  
h.brand@acta.nl