

(Con)natale gebitselementen: een rol voor kraamzorg en tandheelkundige zorg

Een baby werd 18 dagen na de geboorte via een verloskundige verwezen naar een tandarts in verband met de aanwezigheid van 2 op incisieven lijkende gebitselementen in de mandibula. Het bleek te gaan om 2 (con)natale gebitselementen met een verhoogde mobiliteit. Tandheelkundige behandeling in de vorm van 2 extracties was noodzakelijk.

Gambon DL. (Con)natale gebitselementen: een rol voor kraamzorg en tandheelkundige zorg

Ned Tijdschr Tandheelkd 2014; 121: 87-90

doi: 10.5177/ntvt.2014.02.13173

Gegeven

Een baby werd 18 dagen na de geboorte via een verloskundige verwezen naar een tandarts in verband met de aanwezigheid van 2 op incisief lijkende gebitselementen in de mandibula (afb. 1). De tandarts verwees het patiëntje naar een tandarts-pedodontoloog. De moeder was zeer ongerust na een waarschuwing dat de gebitselementen los konden komen en dat aspiratie mogelijk was.

Anamnese

De ouders vertelden dat de geboorte van hun dochtertje in het ziekenhuis goed was verlopen. De Apgar-test, waarbij wordt gekeken naar 5 vitale criteria, bestaande uit ademhaling, pols- en hartslag, spiertonus, kleur van de huid en reactie op prikkels, scoorde de beste waarde 10. Er werd een inspectie in de mond uitgevoerd, waarbij werd geconstateerd dat het verhemelte was gesloten en dat er in de mandibula 2 gebitselementen waren te zien. Bij de aanwezige zorgverleners was 1 verpleegkundige die eerder met het verschijnsel was geconfronteerd, maar verdere kennis waar het hier om handelde en wat te doen was niet aanwezig. Er werd wel een mondfoto gemaakt. De ouders kregen het advies de tandjes te poetsen met de vinger en een gaasje en peutertandpasta te gebruiken. Moeder deed gedurende anderhalve dag een poging haar dochtertje borstvoeding te geven, maar gezien de enorme gevoeligheid werd overgegaan op flesvoeding.

Zeventien dagen later was er een controle van de gezondheid van moeder en kind bij de kraamzorg buiten het ziekenhuis. Na melding van moeder dat zij soms lichte bloeding rond de tandjes zag, gaf een verloskundige het advies een tandarts te consulteren. Een waarschuwing dat de tandjes los konden komen en dat aspiratie mogelijk was, leidde tot een enorme ongerustheid bij de ouders. De daarop volgende nacht deed de moeder vrijwel geen oog dicht. De volgende dag vond het bezoek aan de tandarts plaats. De tandarts maakte een röntgenopname en constateerde verhoogde mobiliteit (afb. 3). De tandarts riep de hulp in van de tandarts-pedodontoloog.



Afb. 1. Baby met (con)natale gebitselementen.



Afb. 2. Neonatale gebitselementen met aanwezigheid van de schede van Hertwig, links linguale zijde, rechts buccale zijde.

Behandeling

Onderzoek toonde een edentate maxilla en een mandibula, waarbij 2 incisieven centraal in het onderfront aanwezig waren. De kroongrootte was normaal. De gingiva was gezond. De gebitselementen waren echter onvolkomen ontwikkeld en het glazuur niet goed verkalkt. De tanden stonden behoorlijk los, mobiliteitsgraad III. Er was geen laesie onder de tong zichtbaar. Gezien het gevaar van losraken van de tanden en mogelijk inslikken of aspireren werd in overleg met de ouders besloten de gebitselementen te verwijderen.

In de sulcus gingivalis rond de gebitselementen werd lidocaïne-zalf, die goed hecht aan het gingivaweefsel, aangebracht om het zachte weefsel te verdoven. Na enkele minuten werden beide gebitselementen 1 voor 1 geëxtraheerd (afb. 2). Met behulp van een gaasje werd vervolgens de nog

aanwezige zelf verwijderd en konden de gingivaranden naar elkaar worden gedrukt. De stolling vond vrijwel direct plaats. Tijdens de behandeling had de vader de baby op schoot en werd het hoofdje ondersteund door de assistent.

Diagnostiek en behandelingsmogelijkheden

Klinisch kunnen (con)natale en neonatale gebitselementen in 2 groepen worden verdeeld, afhankelijk van de mate van ontwikkeling (Anegundi et al, 2002):

1. Een volgroeide (con)natale of neonatale gebitselement die volledig is ontwikkeld en een goede prognose heeft.
2. Een onvolgroeide (con)natale of neonatale gebitselement die onvolkomen is ontwikkeld en een afwijkende weefselstructuur heeft, wat impliceert dat dit gebitselement een slechte prognose heeft.

De mogelijke klinische beelden in de mond zijn in 4 categorieën onder te verdelen (Anegundi et al, 2002; Singh et al, 2004):

1. Een schelpvormige kroon met beperkte hechting aan het zachte weefsel, waarbij de wortel ontbreekt.
2. Een solide kroon met beperkte hechting aan het zachte weefsel, met nauwelijks of geen wortel.
3. Eruptie van de incisale rand van de kroon door de gingiva.
4. Zwelling van de gingiva met een palpabel niet doorgebroken gebitselement.

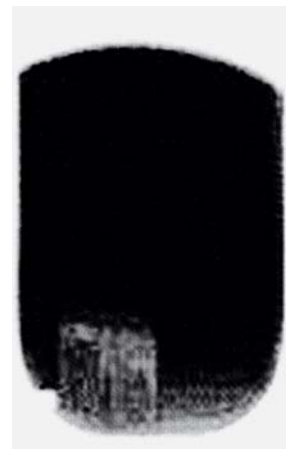
Op radiologische opnamen is het beeld van een gebitselement zichtbaar met een glazuurkap en dentine zonder pulpaholte.

Bij het stellen van een diagnose is het belangrijk de baby lichamelijk te onderzoeken en een uitgebreide anamnese af te nemen. De eerst aangewezen persoon daarvoor is de verloskundige of de gynaecoloog die bij de geboorte aanwezig was. Een tandarts zou betrokken moeten worden bij mondonderzoek wanneer er (con)natale gebitselementen aanwezig zijn. Klinische en radiologisch onderzoek is belangrijk om vast te stellen of het hier om normale tijdelijke gebitselementen gaat of dat het hier boventallige gebitselementen betreft (Anegundi et al, 2002).

Wanneer de mobiliteit groter is dan 2 mm, de mucosa ontstoken is, de (con)natale gebitselementen slecht zijn aangelegd of deze invloed hebben op het drinken van de baby, is extractie van de gebitselementen geïndiceerd (Singh et al, 2004). Geadviseerd wordt om het verwijderen van de (con)natale gebitselementen uit te stellen tot na de tiende levensdag. Wanneer directe extractie noodzakelijk blijkt, is er intramusculair 0,5-1,0 mg vitamine K noodzakelijk om nabloedingen te voorkomen. Na extractie is het van belang de achtergebleven tandpapil en de schede van Hertwig door curettage te verwijderen. Wanneer dit wordt nagelaten kunnen wortelachtige structuren zich alsnog ontwikkelen. Het is mogelijk dat na de extractie van de gebitselementen, wanneer deze niet boventallig zijn, de buurelementen naar mesiaal migreren. Tot het zesde levensjaar zal verdere doorbraak van de blijvende mandibulaire incisieven moeten worden afgewacht. Later ruimtegebrek en crowding in de mandibula zijn in de blijvende

dentitie niet toe te schrijven aan migratie na vroegtijdige extractie (Roa en Mathad, 2009).

Goed aangelegde (con)natale gebitselementen met scherpe incisale randen moeten worden afgerond om irritatie van de tong te voorkomen (Goho, 1996). Afdekken van de gebitselementen met composiet wordt in de wetenschappelijke literatuur ook als behandeloptie genoemd (Buchanan et al, 1997). Gezien het zeer kleine werkgebied en de mogelijke slechte hechting, mede door aanwezigheid van vocht, bestaat echter een grote kans op mislukking met gevaar voor aspiratie of inslikken.



Afb. 3. Röntgenopname van de (con)natale gebitselementen.

Beschouwing

De ontwikkeling van de gebitselementen vindt bij de foetus plaats vanaf de zesde week wanneer de tandknop wordt gevormd vanuit het ectodermale weefsel. Rond de vijfde maand begint de vorming van het glazuur. Normaal gesproken erupteren de tijdelijke gebitselementen in de mandibula rond de zesde maand na de geboorte.

(Con)natale gebitselementen zijn gebitselementen die tijdens de geboorte al aanwezig zijn. Er wordt gesproken van neonatale gebitselementen wanneer de gebitselementen in de eerste maand na de geboorte doorbreken. (Con)natale gebitselementen worden gezien bij 1:2.000-3.500 baby's (Leung en Robson, 2006). Het is echter veelzeggend dat in de literatuur wordt gemeld dat verpleegkundigen bij 1:3.667 baby's (con)natale gebitselementen zien. Het lijkt erop dat zij veel (con)natale gebitselementen over het hoofd zien, aangezien gespecialiseerde deskundigen (verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen) dit fenomeen bij 1:716 baby's diagnosticeren (Kates et al, 1984; Schuurs, 1999).

(Con)natale gebitselementen worden iets vaker bij meisjes dan bij jongens gezien (Cunha et al, 2001). Het komt zelden voor dat er meer dan 2 (con)natale gebitselementen erupteren. (Con)natale gebitselementen betreffen in 85% van de gevallen de tijdelijke centrale incisieven in de mandibula, (85%), gevolgd door de centrale incisieven in de maxilla (11%), de cuspidaten en de molaren in de mandibula (3%), en de cuspidaten en de molaren in de maxilla (1%).

De locatie in de mandibula komt overeen met de doorbraak van de tijdelijke gebitselementen in de mandibula, meestal bilateraal. Het zijn in de meeste gevallen (normale) mandibulaire incisieven (90%-99%). Slechts 1%-10% van de (con)natale en neonatale gebitselementen is overtallig (Buchanan et al, 1997). De meeste (con)natale gebitselementen hebben een afwijkende vorm. Ze zijn smaller, kleiner, conisch en enigszins bruin-gelig/wit opaak van

kleur. Het glazuur is plaatselijk vooral linguaal hypoplastisch en vaak niet volledig gevormd, met in het algemeen dun of cervicaal ontbrekend glazuur. De amelogenese zou al in de zesde maand in de utero kunnen zijn gestopt (Schuurs, 1999). Het tandbeen vertoont interglobulair dentine, onregelmatige tubuli en osteodentine, vooral cervicaal. De wortels zijn niet of nauwelijks afgevormd en bedekt met een laagje acellulair cement (Soni et al, 1967).

De etiologie is tot nu toe onbekend. Voor de premature eruptie worden infectie, koorts, trauma, vitaminetekort, endocriene stoornissen, oppervlakkige kiemligging en blootstelling van de moeder aan toxines als oorzaak genoemd (Cunha et al, 2001; Gladen et al, 1990). Een erfelijke component zou ook een rol kunnen spelen bij het voorkomen van (con)natale gebitselementen. Overdracht van een autosomaal dominant gen zou daarvoor verantwoordelijk zijn. Bij een familie werden 5 broertjes met (con)natale gebitselementen geboren (Hyatt, 1965; Cunha et al, 2001). Na een vergiftiging in Taiwan en Japan, waarbij moeders waren blootgesteld aan gechloroerd bisfenyl (PCB's), werden bij 10% van 128 kinderen (con)natale gebitselementen gediagnosticeerd (Gladen et al, 1990; Schuurs, 1999). Uiteindelijk lijkt de meest voor de hand liggende reden toch de oppervlakkige kiemligging te zijn, waarschijnlijk gerelateerd aan een erfelijke factor.

Bij 2% van de kinderen met een eenzijdige schisis (cheilo-, gnatho-, palatoschisis) komen (con)natale gebitselementen voor en bij 10% van de kinderen met een tweezijdige schisis (De Almeida en Gomide, 1996). Ook worden (con)natale gebitselementen gezien bij sommige syndromen zoals bij Ellis-Van Creveld (chondro-ectodermale dysplasie), Jadassohn-Lewandowsky (pachyonychia congenita), Hallermann-Streiff (oculo-mandibulo-faciale syndroom met hypertrichosis), craniofaciale dysostosis, steatocystoma multiplex, Van der Woude, Wiedemann-Rautenstrauch, Rubinstein-Taybi, Merkel-Gruber, Sotos, Pfeiffer en Pierre Robin (Leung en Robson, 1999; Schuurs, 1999; Seminara en Ivancaková, 2004).

Baby's met (con)natale gebitselementen worden in het algemeen door een tandarts gezien in verband met:

1. Een risico op inslikken of aspiratie bij verhoogde mobiliteit.
2. Ulceraties aan de onderzijde van de tong (ziekte van Riga-Fede). Bij het slikken komt de tong tussen de kaken en de (con)natale gebitselementen (Dubois et al, 2010).
3. Problemen bij het voeden en voedselweigerings door pijn.
4. Pijn bij de moeder bij het geven van borstvoeding en/of tepelontsteking.
5. Vragen over prognose en preventie.

Uitgebreid onderzoek moet uitwijzen of het gaat om enkel een gebitsafwijking of dat de (con)natale gebitselementen deel uitmaken van een verdere pathologie. Klinische bevindingen moeten worden besproken met een tandheelkundige zorgverlener, daarbij zal in de gaten moeten worden gehouden of de (con)natale gebitselementen pro-

blemen geven bij de voeding of traumatische ulcera onder de tong veroorzaken (Dubois et al, 2010).

Om complicaties te vermijden is vroege diagnostiek en adequate zorg bij de aanwezigheid van (con)natale gebitselementen geboden. (Con)natale gebitselementen die een verhoogde mobiliteit hebben en mogelijk kunnen worden ingeslikt of geaspireerd, moeten worden verwijderd.

Voorafgaande aan de behandeling moeten ouders in alle rust uitgebreid worden geïnformeerd. Men moet zich ervan bewust zijn dat de extractie van 2 gebitselementen bij een zo jonge baby op zowel zorgverleners als ouders impact heeft. Nazorg na de behandeling bestaande uit het informeren naar het welbevinden van kind en ouders geeft blijk van betrokkenheid en wordt doorgaans als zeer positief ervaren. Vragen die er nog zijn, kunnen dan alsnog worden beantwoord. Periodieke controle door een tandarts-pedodontoloog is na de extractie aan te bevelen.

Leermoment

Wanneer bij een baby direct na de geboorte (con)natale gebitselementen worden gezien, is het van belang een tandheelkundige zorgverlener te raadplegen. Bij een verhoogde mobiliteit, voedingsproblemen en kans op aspiratie is extractie geïndiceerd. Na extractie moeten de tandpapil en de schede van Hertwig worden verwijderd. Wanneer bij baby's jonger dan 10 dagen een extractie zou moeten plaatsvinden, is toediening van vitamine K noodzakelijk.

Literatuur

- * Aneundi RT, Sudha P, Kaveri H, Sadanand K. Natal and neonatal teeth: A report of four cases. *J Indian Soc Pedo Prev Dent* 2002; 20: 86-92.
- * Buchanan S, Jenkins CR. Riga-Fede syndrome: natal or neonatal teeth associated with tongue ulceration: Case report. *Aust Dent J* 1997; 42: 225-227.
- * Cunha RF, Boer FA, Torriani DD, Frossard WT. Natal and neonatal teeth: review of the literature. *Pediatr Dent* 2001; 23: 158-162.
- * De Almeida CM, Gomide MR. Prevalence of natal/neonatal teeth in cleft lip and palate infants. *Cleft Palate Craniofac J* 1996; 33: 297-299.
- * Dubois L, Keunin KH, Lindeboom JA. Een traumatisch ulcus van de tong bij een zuigeling. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2010; 117: 274-275.
- * Gladen BC, Taylor JS, Wu YC, Ragan NB, Rogan WJ, Hsu CC. Dermatological findings in children exposed transplacentally to heat-degraded polychlorinated biphenyls in Taiwan. *Br J Dermatol* 1990; 122: 799-808.
- * Goho C. Neonatal sublingual traumatic ulceration (Riga-Fede disease): Reports of cases. *ASDC J Dent Child* 1996; 63: 362-364.
- * Hyatt HW. Natal teeth: Its occurrence in five siblings. *Clin Pediatr (Phila)* 1965; 4: 46-48.
- * Kates GA, Needleman HL, Holmes LB. Natal and neonatal teeth: a clinical study. *J Am Dent Ass* 1984; 109: 441-443.
- * Leung AK, Robson WL. Natal teeth: a review. *J Natl Med Assoc* 2006; 98: 226-228.
- * Soni NN, Silberkweit M, Brown CH. Polarized light and microradiographic study of natal teeth. *J Dent Child* 1967; 34: 433-438.
- * Rao RS, Mathad S. Natal teeth: Case report and review of literature. *J Oral Maxillofac Pathol* 2009; 13: 41-46.

- * *Seminaro AL, Ivancaková R.* Natal and neonatal teeth. *Acta Medica (Hradec Kralove)* 2004; 47: 229-233.
- * *Schuurs AHB.* Gebitspathologie. Afwijkingen van de harde tandweefsels. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1999.
- * *Singh S, Subbba Reddy VV, Dhananjaya G, Patil R.* Reactive fibrous hyperplasia associated with a natal tooth: A case report. *J Indian Soc Pedo Prev Dent* 2004; 22: 183-186.

Summary

(Con)natal teeth: a role for maternity care and dental care

A baby was referred to a dentist by an obstetrician 18 days after birth in connection with the presence of 2 teeth in the mandibula which resembled incisors. It appeared to be a case of 2 (con)natal teeth with a high degree of mobility. Dental treatment in the form of 2 extractions was necessary.

Bron

D.L. Gambon

Uit de Bambodino Kinderpraktijk in Rotterdam en de afdeling Parodontologie en Orale Biochemie van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA)

Datum van acceptatie: 3 juni 2013

Adres: mw. dr. D.L. Gambon, Bambodino Kinderpraktijk, Meerum Terwogt-
laan133, 3056 PP Rotterdam
gambon@bambodino.nl