

Oeps, zo jong al

# Parodontale problemen bij kinderen

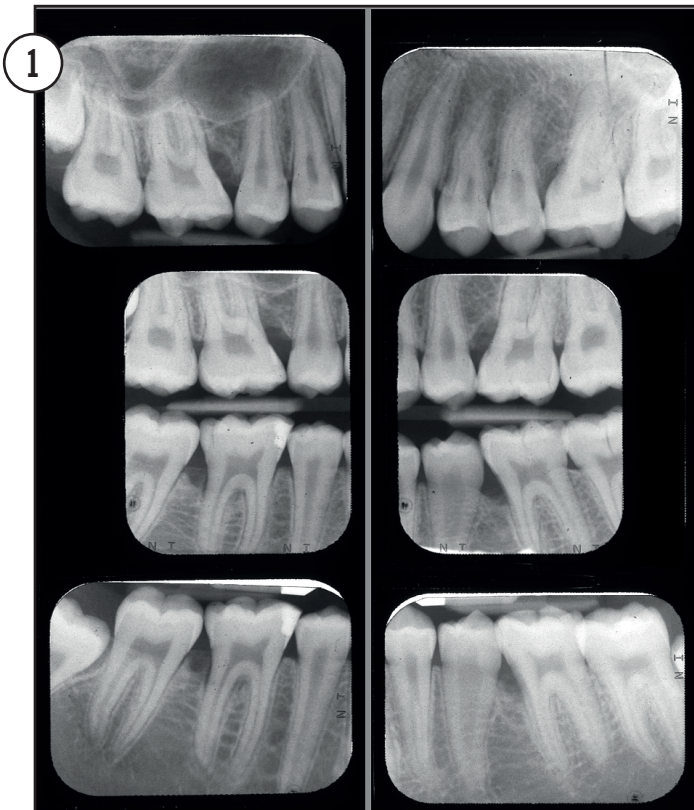
*De wereldwijde prevalentie van ernstige parodontitis is ongeveer 7-11 procent, wat het de zesde meest voorkomende ziekte maakt. Als we kijken naar de incidentie (het aantal nieuwe gevallen per jaar) begint dat rond het twintigste levensjaar, vertoont een piek zo rond het vijfendertigste levensjaar en vlt dan langzaam af. Informatie over parodontale afbraak onder Nederlandse kinderen dateert alweer van enkele decennia terug toen er 4.565 schoolkinderen zijn onderzocht. Uit de publicatie van Ubele van der Velden uit 1989 bleek dat in 5 procent van de kinderen in de leeftijd van 15 tot 16 jaar sprake was van aanhechtingsverlies. Daarvan had 3,7 procent aanhechtingsverlies van 1-3 mm.*

*Fridus van der Weijden en Nicky Beukers*

**D**e casus van dit artikel is een Kaukasische jongen van 14 jaar die wordt ingestuurd in verband met verdiepte pockets van 7-8 mm bij de eerste molaren in zowel onder- als bovenkaak. Wat indertijd werd beoordeeld als lokale juveniele parodontitis zou volgens de huidige classificatie, met botverlies van meer dan een derde van de wortellengte, de volgende diagnose van toepassing zijn: 'parodontitis, lokaal gevorderd snel progressief' gecompliceerd door angulaire defecten. Het is bekend dat lokale parodontitis op jonge leeftijd vaak geassocieerd is met het potentieel invasieve micro-organisme *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*. Bij een meer gegeneraliseerde vorm van parodontitis op jonge leeftijd wordt ook wel *Porphyromonas gingivalis* aangetroffen. Beide zijn

gram-negatieve, facultatief anaerobe, niet beweeglijke bacteriën. *A. actinomycetemcomitans* wordt vaak aangetroffen in parodontitis met lokale en angulaire botafbraak. Ook bij de jongen in kwestie bleek uit het microbiologisch onderzoek dat er in de subgingivale flora sprake was van hoge aantallen *A. actinomycetemcomitans* en in mindere mate van *Parvimonas micra* en *Fusobacterium nucleatum*. Afbeelding 1 en 2 laten de botafbraak en de klinische situatie bij het intake consult zien en afbeelding 3 de pocketmetingen.

Op basis van de klinische gegevens, de uitkomst van het microbiologisch onderzoek en het feit dat het om een jonge patiënt gaat met serieuze parodontale afbraak wordt ervoor gekozen om alles op alles te



Afbeelding 1. Solo's en verticale bitewings tonen botafbraak met angulaire defecten mesiaal en distaal van de eerste molaren voorbij 1/3 van de wortellengte



Afbeelding 2. Het klinische beeld toont geen opvallende afwijkingen van de gingiva

zetten qua behandeling. Er werd gestart met een fase waarin de patiënt begeleid wordt in het verbeteren van de zelfzorg en het uitvoeren van een professionele gebitsreiniging ondersteund met een combinatie van twee antibiotica (Amoxicilline en Metronidazol). Bij evaluatie van deze behandeling ongeveer 6 maanden later blijken de verdiepte pockets gereduceerd tot 5 mm. Afbeelding 4 laat zien dat er ook herstel is van het botniveau maar dat er nog steeds sprake is van een angulair aspect. Daarom werd de behandeling vervolgd met parodontale chirurgie waarbij tijdens de opklap gepoogd werd regeneratie te verkrijgen door Emdogain aan te brengen op het worteloppervlak. Bij de herbeoordeling na chirurgie een jaar later blijkt dat de pockets van 5 mm zijn gereduceerd tot 3, 4 en

5 mm (afbeelding 5). Afbeelding 6 laat zien dat de klinische verbetering ook gepaard is gegaan met een verdere verbetering van het botniveau.

### Overwegingen

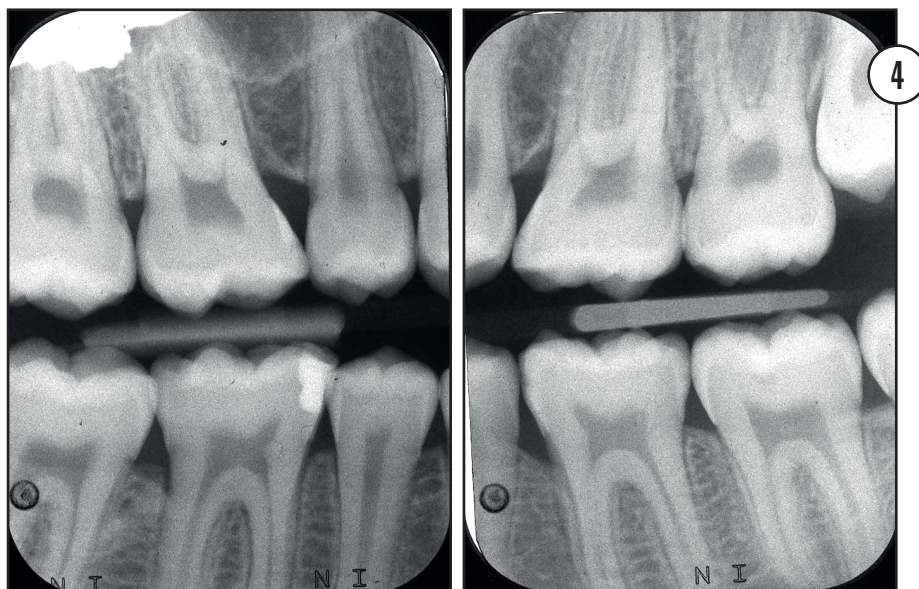
In 1923 werd parodontitis die primair voorkomt bij de eerste molaren en centrale incisieven en snel progressief is door Gotlieb beschreven als 'diffuse alveolaire atrophy' (Fine et al. 2015). Er is lang gedacht dat het om een degeneratieve aandoening ging, die daarom in eerste instantie 'parodontose' werd genoemd. In 1969 werd door Butler de term 'juvenile parodontitis' geïntroduceerd aangezien er geen aanwijzingen voor een degeneratief proces waren. Juvenile parodontitis komt in twee vormen voor: lokaal (LJP) en ge-

17		16	
2		2	
4		4	
2		8	
3		2	
2		2	
2		2	
8			
47		46	

26		27	
8		2	
4		4	
3		2	
7		2	
4		3	
2		3	
8			
36		37	

Afbeelding 3. Parodontale status van de molaren bij intake



Afbeelding 4. Het botniveau na de eerste fase van parodontale behandeling de professionele gebitsreiniging en de begeleiding in zelfzorg.

neraliseerd (GJP). Het is niet duidelijk of het om twee verschillende aandoeningen gaat of om dezelfde aandoening met een verschillende uitingsvorm. Bij de lokale variant zijn snel aanhechtingsverlies en angulaire botafbraak, vooral bij de incisieven en de eerste molaren, kenmerkend.

De prevalentie van juveniele parodontitis is laag en op basis van de wetenschappelijke literatuur varieert dit per afkomst en land tussen de 0,1-15%. Het komt even vaak voor bij vrouwen als bij mannen. In vergelijking met individuen van Kaukasische en Aziatische afkomst is de prevalentie hoger bij Latijns-Amerikaanse en Afrikaanse afkomst. Als voorstadium van lokale juveniele parodontitis is er vaak sprake van lokale pre-pubertale parodontitis in het melk en wisselgebit.

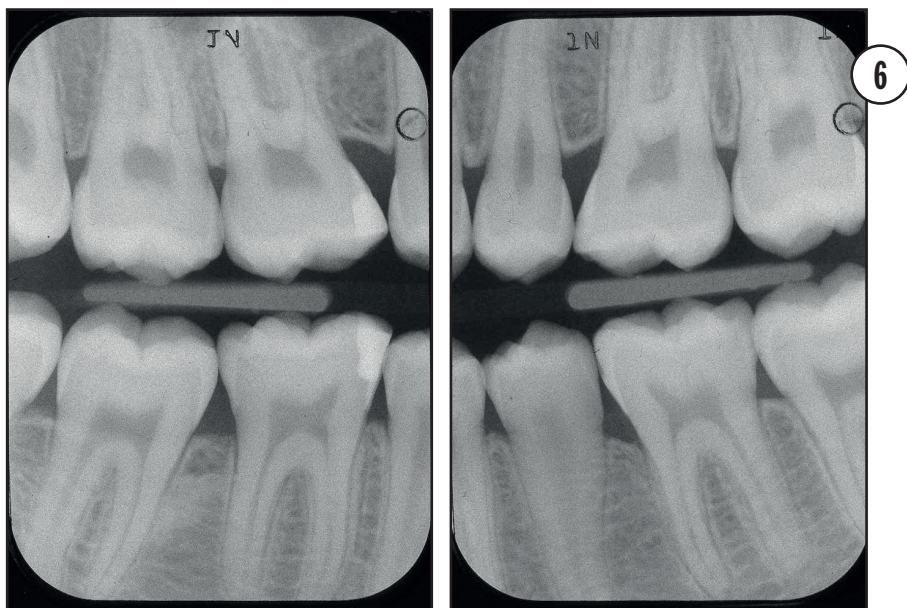
De medische anamnese en het gezonde uiterlijk van de gingiva qua kleur en vorm (afbeelding 2) bij de jonge patiënt uit de hierboven beschreven casus duiden niet op afwijkingen. Onderzoek heeft laten zien dat er bij de etiologie sprake kan zijn van een afweer probleem van de gastheer. Dit

is terug te voeren op een deficiëntie van de polymorf nucleaire leukocyten (PMN). Het gaat dan vooral om een afwijkende chemotaxis; het fenomeen dat een cel beweegt als reactie op een chemische prikkel. De PMN's vormen namelijk de eerstelijns verdediging tegen bacteriën. Als die doorbroken wordt zullen lokale en systemische immuun factoren een rol gaan spelen met als gevolg ernstige parodontale problemen. Qua etiologie is er ook wel gesuggereerd dat het bij lokale parodontale afbraak bij jonge mensen om een virale infectie gaat. Er is nog onvoldoende bewijs om deze suggestie te onderbouwen.

Lokale parodontale afbraak komt vaak binnen bepaalde families voor en heeft zowel met de genetisch bepaalde afweerrespons als met omgevingsfactoren te maken. Denk bij dat laatste aan mondhygiëne en de aanwezigheid van *A. actinomycetemcomitans*. Onderzoek van Mignon Petit uit 1993 heeft laten zien dat parodontitis geassocieerde bacteriën tussen gezinsleden kunnen worden overgedragen. Onder Marokkaanse immigranten families bleek dat een toxische kloon van *A. actinomycetemcomitans*

5	17	16			26	27	
	3 2 2 3 2 3				3 2 3 3 2 3		
	3 2 2 2 2 5				4 2 3 3 2 3		
47		46		36		37	
3 3 3 4 3 2				3 3 3 3 3 3			
3 3 3 4 3 3				3 2 3 3 2 3			

Afbeelding 5. Parodontale status van de molaren bij de herbeoordeling na regeneratieve parodontale chirurgie




Afbeelding 6. Het botniveau na de parodontaal chirurgische fase met het aanbrengen van Emdogain

(JP2) veelvuldig voorkomt. Het is dan ook belangrijk dat bij jonge gezinsleden van families van Noord-Afrikaanse afkomst extra zorgvuldig wordt gecontroleerd op parodontale problemen zodat er tijdig kan worden ingegrepen. Bij pockets dieper dan 5 mm is het verstandig om te onderzoeken of er bij hen sprake is van aanhechtingsverlies.

Nederlands onderzoek gepubliceerd door Arie Jan van Winkelhoff in 1989 heeft laten zien dat gebitsreiniging in combinatie van amoxicilline en metronidazol het meest effectief is om dit micro-organisme uit de subgingivale flora te elimineren (zorgvuldiger geformuleerd: beneden detectieniveau te brengen) wat samenging met een verbetering van de klinische parodontale status. Bij de dosering van antibiotica moet wel rekening worden gehouden met het lichaamsgewicht van het kind. Ook dient het voorschrijven van antibiotica pas te geschieden nadat de professionele supra- en subgingivale gebitsreiniging volledig en uiterst zorgvuldig is uitgevoerd en de mondhygiëne van de patiënt voldoende is.

### Samengevat

Ook op jong leeftijd kunnen parodontale problemen ontstaan. Voorkeursplaatsen bij de lokale vorm zijn de centrale incisieven en eerste molaren. Zeker bij jonge patiënten zijn pockets van meer dan 5 mm bij de screening tijdens het periodiek mondonderzoek verdacht op parodontale afbraak. De mondzorgverlener moet dan verder parodontaal onderzoek, zoals aangegeven binnen het paro-traject van de richtlijn 'Parodontale Screening, Diagnostiek en Behandeling in de Algemene Praktijk', uitvoeren om dat uit te sluiten en tijdig in te kunnen grijpen. 

Referenties zijn in te zien op de website van Dentista

Fridus van der Weijden en Nicky Beukers uit de Paro Praktijk Utrecht.