

(Con)natale tanden: een punt van zorg voor verloskundigen en tandartsen

Dien Gambon

De meeste kinderen worden geboren zonder tanden. Toch komt het voor, dat er al tanden in de onderkaak bij enkele pasgeborenen te zien zijn. Dit kan verregaande consequenties hebben. Daarom is het belangrijk in een zeer vroeg stadium een goede diagnose te stellen. Wanneer de kans bestaat op inslikken of aspireren van een tandje, er een pijnlijke ulcus onder de tong ontstaat, en er sprake is van problemen bij het voeden of voedselweigering door de baby is tandheelkundige ingrijpen noodzakelijk.

Behandeling

Bij beide zuigelingen toonde onderzoek een tandenloze bovenkaak aan en een onderkaak waarbij snijtanden centraal in het onderfront aanwezig waren. De kroongrootte was normaal. Het tandvlees was gezond. De tanden waren echter onvolkomen ontwikkeld en het glazuur niet goed verkalkt. De tanden stonden behoorlijk los, zowel in horizontale als verticale richting. Er was bij beiden geen laesie onder de tong zichtbaar. Gezien het gevaar van losraken van de tanden en mogelijk inslikken of aspiratie werd in overleg met de ouders besloten de tanden te verwijderen. Op het tandvlees rond de tanden werd lidocaïne-zalf aangebracht om het zachte weefsel te verdoven. Na enkele minuten werden de tanden verwijderd, vrijwel direct vond de stolling plaats. Tijdens de behandeling had een van de ouders de baby op schoot en werd het hoofdje ondersteund door de tandarts-assistente.

Casus I

Ouders vertelden dat de geboorte van hun dochtertje in het ziekenhuis goed was verlopen, dit werd bevestigd met een apgar-score 10. Middels inspectie in de mond werd geconstateerd dat het verhemelte gesloten was en ook waren in de onderkaak twee tanden te zien (afb. 1). Bij de aanwezige zorgverleners was één verpleegkundige die eerder met het verschijnsel was geconfronteerd, maar verdere kennis was niet aanwezig. De ouders kregen het advies de tandjes met de vinger en een gaasje te poetsen en peutertandpasta te gebruiken. Moeder deed gedurende anderhalve dag een poging haar dochtertje borstvoeding te geven, maar gezien de enorme gevoeligheid aan de tepels 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 zorgverlener 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 een tandarts plaats. De tandarts maakte een röntgenopname en constateerde verhoogde beweeglijkheid. De tandarts riep de hulp in van de tandarts-pedodontoloog (kindertandarts).

Mevrouw dr. D.L. Gambon is werkzaam als tandarts pedodontoloog in de Bambodino Kinderpraktijk te Rotterdam en verbonden aan de afdeling Parodontologie en Orale Biochemie van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam.

Correspondentie: gambon@bambodino.nl

Adressen van tandarts pedodontologen: www.nvkk.org

Casus II

Een dysmature zuigeling werd in het ziekenhuis geboren met een sectio. De apgarscore was bij één minuut 7, na vijf minuten 4 en na tien minuten 8. De baby werd gedurende drie dagen opgenomen op de afdeling neonatologie in verband met een matige start. In de onderkaak werd een tandje gezien naast een verdikking zo groot als een kleine erwten. De borstvoeding was zeer pijnlijk. Zorgverleners raadden moeder aan om op flesvoeding over te gaan. Ondanks de hevige pijn bij het voeden bleef moeder borstvoeding geven en zocht op eigen initiatief een tandarts-pedodontoloog voor advies en de nodige behandeling.

Diagnostiek en behandelingsmogelijkheden

Klinisch kunnen (con)natale en neonatale tanden in twee groepen worden verdeeld, afhankelijk van de mate van ontwikkeling^[1]:

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

De mogelijke klinische beelden in de mond zijn in vier categorieën onder te verdelen^[1, 2]:

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. Doorbraak van de rand van de tand door het tandvles.
4. Zwelling van het tandvles met een palpabel (niet doorgebroken tand).

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 is. Een tandarts(-pedodontoloog) zou betrokken moeten worden bij mondonderzoek wanneer er (con)natale tanden aanwezig zijn. Klinische en radiologisch onderzoek is belangrijk om vast te stellen of het hier om normale tijdelijke tanden gaat of dat het hier boventallige tanden betreft^[1].

Wanneer de beweeglijkheid van de tanden groter is dan 2 mm, het slijmvlies ontstoken is, de (con)natale tanden slecht zijn aangelegd of deze invloed hebben op het drinken van de baby, is verwijdering van de tanden geïndiceerd^[2]. Geadviseerd wordt om het verwijderen van de (con)natale tanden uit te stellen tot na de tiende levensdag. Wanneer directe verwijdering noodzakelijk is dient er intramusculair 0,5-1,0 mg vitamine K gegeven te worden om nabloedingen te voorkomen. Goed aangelegde

Afbeelding 1. Baby met (con)natale tanden





W. Bult
A. Smits
I. Kiezebrink
M. Papendrecht

Op zoek naar een baan in het Oosten van het land?
Wegens vertrek van een van ons en vakantiewaarneming zoeken wij een verloskundige per november 2014.

Wij zoeken:

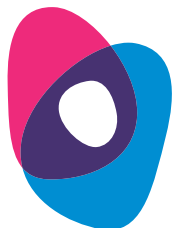
- Jonge verloskundige (<30 jaar)
- Nederlands opgeleid
- BIG geregistreerd en ingeschreven in KNOV register
- Affiniteit met social media

Wij bieden:

- Gezellig stads-plattelandspraktijk met ongeveer 350 zorgeenheden per jaar
- Eigen praktijkruimte met 2 assistenten
- Goede samenwerking met collega's verloskundigen en gynaecologen (beste VSV 2013)
- Goede samenwerking met echocentrum Fetura
- Volledig geautomatiseerde praktijk (Vrummun)

Ben je geïnteresseerd?

Neem dan contact op voor 1 september 2014.
Verloskundige Praktijk Baren&zoo
Ceintuurbaan 199, 7413 DE, Deventer
Tel: 0570-650591



praktijk voor verloskunde & echoscopie

Wij zijn op zoek naar een enthousiaste en flexibele verloskundige collega full- of parttime. Alle samenwerkingsvormen zijn bespreekbaar.

Verloskundige collega gezocht

Wij bieden:

- Een professionele, gezellige praktijk met ruim 300 zorgeenheden per jaar in Capelle aan den IJssel en Rotterdam.
- Beschikken over eigen echo-apparatuur en voeren alle eerstelijns echoscopische onderzoeken zelf uit.
- Onze praktijk is nauw verweven met het eerstelijns screeningcentrum BovenMaas prenataal en delen het praktijkpand.
- Volledig geautomatiseerd met Onatal
- Praktijk-assistente dagelijks aanwezig.
- Uitstekende samenwerking met verloskundige collega's in de regio en tweedelijns.

verloskundige.com

Ben je geïnteresseerd? Graag ontvangen we je reactie op vacture@verloskundige.com

(con)natale tanden met scherpe snijranden moeten worden afgerond om irritatie van de tong te voorkomen^[3].

Beschouwing

De ontwikkeling van de tanden 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 breken de tijdelijke tanden in de onderkaak door rond de zesde maand na de geboorte. (Con)natale tanden zijn tanden die tijdens de geboorte al aanwezig zijn. Er wordt gesproken van neonatale tanden wanneer de tanden in de eerste maand na de geboorte doorbreken (afbeelding 2). (Con)natale tanden worden gezien bij 1:2.000-3.500 baby's^[4]. Het is echter veelzeggend dat in de literatuur wordt gemeld dat verpleegkundigen bij 1:3.667 baby's (con)natale tanden zien. Het lijkt erop dat zij veel (con)natale tanden over het hoofd zien, aangezien gespecialiseerde deskundigen (verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen) dit fenomeen bij 1:716 baby's diagnosticeren^[5, 6]. (Con)natale tanden worden iets vaker bij meisjes dan bij jongens gezien^[7]. Het komt zelden voor dat er meer dan twee (con)natale tanden doorbreken. (Con)natale tanden betreffen in 85% van de gevallen de tijdelijke centrale snijtanden in de onderkaak (85%), gevolgd door de centrale snijtanden in de bovenkaak (11%), de hoektanden en de kiezen in de onderkaak (3%), en de hoektanden en de kiezen in de bovenkaak (1%).

Afbeelding 2. Neonatale tanden met slecht aangelegd glazuur



De locatie in de onderkaak komt overeen met de doorbraak van de melksnijtanden in de onderkaak, meestal tweezijdig. Het zijn in de meeste gevallen (normale) ondersnijtanden (90%-99%). Slechts 1%-10% van de (con)natale en neonatale tanden is overtalig^[8]. De meeste (con)natale tanden hebben een afwijkende vorm. Ze zijn smaller, kleiner, puntig en enigszins bruin-gelig/witopaak van kleur. Het glazuur is plaatselijk vooral aan de

tongkant onvolledig aangelegd en vaak niet volledig gevormd, met in het algemeen dun of ontbrekend glazuur. De aanmaak van glazuur zou al in de zesde maand in utero kunnen zijn gestopt^[6]. Ook het tandbeen is afwijkend van samenstelling. De wortels zijn niet of nauwelijks afgevormd.

De etiologie is tot nu toe onbekend. Voor de premature doorbraak worden infectie, koorts, trauma, vitamine-tekort, endocriene stoornissen, oppervlakkige kiemligging en blootstelling van de moeder aan toxines als oorzaak genoemd^[7, 9]. Een erfelijke component zou ook een rol kunnen spelen bij het voorkomen van (con)natale tanden. Overdracht van een autosomaal dominant gen zou daarvoor verantwoordelijk zijn. Bij een familie werden 5 broertjes met (con)natale tanden geboren^[7, 10]. Na een vergiftiging in Taiwan en Japan, waarbij moeders waren blootgesteld aan gechlloreerd bisfenyl (PCB's), werden bij 10% van 128 kinderen (con)natale tanden gediagnosticeerd^[6, 9]. 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 tanden voor en bij 10% van de kinderen met een tweezijdige schisis^[11]. Ook worden (con)natale tanden gezien bij sommige syndromen. Baby's met (con)natale tanden worden in het algemeen door een tandarts gezien in verband met:

1. een risico op inslikken of aspiratie bij verhoogde beweeglijkheid;
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 tanden en ontstaat er een blijvende wond onder de tong^[12];

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 tanden deel uitmaken van een verdere pathologie. Om complicaties te vermijden is vroege diagnostiek en adequate zorg bij de aanwezigheid van (con)natale tanden noodzakelijk. (Con)natale tanden die een verhoogde beweeglijkheid hebben en mogelijk kunnen worden ingeslikt of geaspiereerd, moeten worden verwijderd. Voorafgaande aan de tandheelkundige behandeling moeten ouders in alle rust uitgebreid worden geïnformeerd. Men moet zich ervan bewust zijn dat de verwijdering van tanden bij een zo jonge zuigeling op zowel zorgverleners als ouders impact heeft. Nazorg van de behandeling zou moeten bestaan uit het informeren naar het welbevinden van kind en ouders door tandarts en verloskundige. Dit 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 verwijdering aan te bevelen. ■

Referenties

1. 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.
2. 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.
3. Goho C. Neonatal sublingual traumatic ulceration (Riga-Fede disease): Reports of cases. *ASDC J Dent Child* 1996; 63: 362-364.
4. Leung AK, Robson WL. Natal teeth: a review. *J Natl Med Assoc* 2006; 98: 226-228.
5. Kates GA, Needleman HL, Holmes LB. Natal and neonatal teeth: a clinical study. *J Am Dent Ass* 1984; 109: 441-443.
6. Schuurs AHB. Gebitspathologie. Afwijkingen van de harde tandweefsels. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1999.
7. Cunha RF, Boer FA, Torriani DD, Frossard WT. Natal and neonatal teeth: review of the literature. *Pediatr Dent* 2001; 23: 158-162.
8. Buchanan S, Jenkins CR. Riga-Fede syndrome: natal or neonatal teeth associated with tongue ulceration: Case report. *Aust Dent J* 1997; 42: 225-227.
9. 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.
10. Hyatt HW. Natal teeth: Its occurrence in five siblings. *Clin Pediatr (Phila)* 1965; 4: 46-48.
11. Almeida CM de, Gomide MR. Prevalence of natal/neonatal teeth in cleft lip and palate infants. *Cleft Palate Craniofac J* 1996; 33: 297-299.
12. Dubois L, Keunin KH, Lindeboom JA. Een traumatisch ulcus van de tong bij een zuigeling. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2010; 117: 274-275.

Leermoment

1. Wanneer bij een baby direct na de geboorte (con)natale tanden worden gezien door een verloskundige, is het van belang op korte termijn een tandarts(-pedodontoloog) te raadplegen.
2. Bij een verhoogde beweeglijkheid, voedingsproblemen of kans op aspiratie is verwijdering van (con)natale tanden geïndiceerd.
3. Wanneer bij zuigelingen jonger dan 10 dagen verwijdering van een tand moet plaatsvinden, is toediening van vitamine K noodzakelijk.