

PROBLEMATIKA NATÁLNÍCH A NEONATÁLNÍCH ZUBŮ

MUDr. Romana Ivančaková, CSc., Ana Lucía Seminario, DDS, MDS

Stomatologická klinika Lékařské fakulty UK a Fakultní nemocnice, Hradec Králové

Dítě během svého vývoje prochází mnoha změnami. Prořezávání zubů do dutiny ústní je chronologické a nepatrné odchylky v prořezávání jednotlivých zubů jsou podmíněny dědičnými, endokrinními a zevními faktory. Přesto se první zuby mohou v ústech objevit při narození, nebo prořezat během prvního měsíce života. Očekávání, týkající se prořezání prvního zubu, jsou velká a ještě se umocňují, objeví-li se první zub v ústech velmi brzy. Cílem tohoto sdělení je podat klinickou charakteristiku této anomálie a nastínit možnosti, jak problém řešit.

Klíčová slova: natální zuby, neonatální zuby.

THE PROBLEM OF NATAL AND NEONATAL TEETH

Child development is marked by many changes through the first year of life. Teeth eruption follows a chronology and small variations are depending on hereditary, endocrine and environmental factors. Nevertheless the first teeth may be present at birth or erupt during the first month of life. The expectations about the eruption of the first teeth are great and even greater when the teeth appear early in the oral cavity. The objective of this study is to present clinical characteristics of this anomaly with possible choices of treatment.

Key words: natal teeth, neonatal teeth.

Úvod

Jedním z cílů současné dětské stomatologie je poskytnutí všestranné péče novorozencům a dětem během prvního roku jejich života, a tím tak vytvořit podmínky pro uchování orálního zdraví v pozdějším věku.

Dítě prochází mnoha změnami po dobu intrauterinního vývoje a během prvního roku věku. Prořezání prvního zubu do dutiny ústní zhruba ve věku šesti měsíců je významným faktorem v životě dítěte z hlediska funkčního i psychologického. Kromě toho je to také nepominutelný emocionální moment pro rodiče. Očekávání, týkající se prořezání prvního zubu, jsou velká a ještě se umocňují, objeví-li se v ústech první zub neočekávaně brzy.

Cílem tohoto sdělení je podat klinickou charakteristiku této anomálie a nastínit možnosti, jak problém řešit.

Terminologie a prevalence

Terminologii pro takto časně prořezané zuby navrhli Massler a Savara (17) a v současné době je používána většinou autorů. Terminologie respektuje pouze faktor času a z časových hranic vyplývá i definice. Natální zub je zub přítomný již při narození (erupce prenatalně či v průběhu porodu), neonatální zub je zub prořezaný mezi 1. až 30. dnem po porodu, erupce zubu po tomto dni až do 4. měsíce věku dítěte se označuje jako dentitio praecox.

Tato terminologie umožňuje pediatrovi správně popsat předčasnou přítomnost zubu v ústech, aniž by byl nucen spekulativně odhadovat jeho nadpočetnost či regulérnost v dočasné dentici, jeho zralost či histologickou stavbu.

V literatuře se výskyt natálních a neonatálních zubů uvádí přibližně jeden případ na 2000 až 3000 porodů, přičemž postižení dívek a chlapců je asi stejné. Natální zuby se objevují častěji než neonatální (17).

Historické poznámky

Vzhledem k tomu, že výskyt natálních a neonatálních zubů není příliš častý, byla v minulosti tato anomálie spojována s nadpřirozenými silami nebo byla považována za boží či špatné znamení (15). Jejich výskyt je popisován již od roku 59 př. n. l. I dnes přítomnost těchto zubů v ústech vyvolává zájem rodičů i lékařů pro jejich klinickou charakteristiku a často značnou mobilitu, což zvyšuje obavy z možného spolknutí či vdechnutí dítětem během kojení či sání.

V minulosti byl výskyt natálních a neonatálních zubů obestřen pověrami a predsudky. Titus Livius v roce 59 př. n. l. považoval natální zuby za předzvěst katastrofy. Caius Plinius Secundus v roce 23 př. n. l. věřil, že pokud se tato anomálie objeví u chlapce, čeká ho skvělá budoucnost, zatímco pro dívku je to špatné znamení. Mnoho afrických kmenů zabíjelo novorozence s natálními zuby krátce po narození, protože věřily, že takové dítě přinese smůlu každému, s kým se setká (4). Také mnoho čínských rodin považovalo přítomnost těchto zubů při narození za špatné znamení a věřily tomu, že jakmile dítě těmito zuby začne kousat, jeden z rodičů zemře (4).

V Anglii věřili tomu, že dítě narozené s natálními zuby bude vynikajícím vojákem, zatímco ve Francii a Itálii se tradovalo, že tato skutečnost zaručuje dobytí světa. Ze

známých osobností historie se s natálními zuby narodili Zoroaster, Hannibal, Mazarin, Richelieu, Mirabeau, Richard III a Napoleon (2, 4, 20).

Etiologie

Etiologie výskytu natálních a neonatálních zubů je stále nejasná. Uvažuje se o řadě faktorů, které by mohly souviset s předčasným prořezáváním zubů do úst jako například superficiální poloha zubního zárodku, infekce, horečnaté stavy, geneticky podmíněný výskyt, osteoblastická aktivita uvnitř zubního zárodku a řada dalších (9).

Někteří autoři předpokládají, že natální a neonatální zuby mohou mít souvislost s některými syndromy. Jejich výskyt se popisuje u Hallermann-Streiffova syndromu, Ellis-Van Creveldova syndromu, dysostosis craniofacialis, pachyonychia congenita, rozštěpy patra a rtu (11), Wiedemann-Rautenstrauchova syndromu (19), ektodermální dysplázie (11) a syndromu Riga-Fedes (6).

Klinická charakteristika

Natální a neonatální zuby mohou být normálního tvaru a velikosti, nebo zubní korunka může být malformovaná, nejčastěji kónická (obrázek 1). Barva bývá většinou lehce nažloutlá vzhledem k hypomineralizaci zubní skloviny (18, 12).

Na základě klinické charakteristiky jsou tyto zuby děleny na zralé, kdy tvarově je zubní korunka kompletně vyvinutá a morfologicky je srovnatelná se zuby dočasnými, a na nezralé, kdy zubní tkáň jsou strukturně a vývojově nedokončené (18).

Obrázek 1. Dva natální zuby lokalizované v dolní čelisti v krajně řezáků.



Obrázek 2. Natální zuby, extrahované pro extrémní pohyblivost. Škořápkovitý tvar zubní korunky, kořen není vytvořen.



Poslední klasifikaci natálních a neonatálních zubů publikoval Hebling (10) v roce 1997 a tyto zuby rozdělil do 4 kategorií:

1. zuby se škořápkovitou strukturou, nedokonalé fixované v alveolu pouze připojenou gingivou, kořen není vytvořen (obrázek 2)
2. zuby, jejichž korunka má téměř normální tvar, je ale fixovaná v alveolu opět pouze připojenou gingivou a kořen buď chybí, nebo je velmi krátký
3. zuby, kde je viditelná pouze incizní hrana zubní korunky
4. zub není prořezán do dutiny ústní, ale v ústech je patrné zduření gingivy na vrcholu alveolárního výběžku a přítomnost zubu lze zjistit palpací.

Histologická charakteristika

Sklovina se zpočátku tvoří normálně, postup mineralizace odpovídá mineralizaci dočasné dentice. Později dochází k lokálním poruchám amelogeneze s následným vznikem hypoplázií lokalizovaných převážně v oblasti krčku a na labiální plošce. Erupcí další tvorba skloviny končí a sklovina zůstává na vývojové úrovni, již dosáhla před erupcí (9, 18).

Zubní kořen není vytvořen, dřevná dutina je rozměrná a pulpa bohatě vaskularizovaná.

Tvorba dentinu je u těchto zubů nepravdělná s okrsky, kde dentin zcela chybí.

Rovněž tvorba cementu je nedostatečná, většinou se jedná o acelulární cement kryjící krčkovou třetinu dentinu (18).

Dentinové tubuly mají nepravidelné uspořádání a jejich počet klesá od incizní třetiny zubní korunky směrem k cervikální oblasti (18).

Diagnostika

Vztah natálních a neonatálních zubů k okolním tkáním a přítomnost či nepřítomnost zárodku dočasného zubu lze teoreticky stanovit na základě rentgenového vyšetření, které potvrdí, zda tyto zuby náleží k regulární dentici či nikoli (3, 14). Z praktického hlediska je však rentgenové vyšetření novorozence obtížně proveditelné, diagnosticky nespolehlivé a v neposlední řadě neetické. Je třeba podotknout, že většina natálních a neonatálních

zubů jsou předčasně prořezané zuby dočasné dentice a nikoli zuby přespočetné (5). Lokalizované jsou většinou v dolní čelisti v oblasti řezáků (3). Obvykle v dolní čelisti nalézáme zuby dva (61 %) a v 95 % případů náležejí k normální dočasné dentici, zatímco jen v 5 % případů jde o zuby přespočetné (13). Vzácněji se mohou objevit také v krajně horních řezáků, dolních špičáků a molárů a jen výjimečně v krajně horních špičáků a molárů (3).

Diferenciálně diagnosticky je od natálních a neonatálních zubů třeba odlišit cysty zubní lišty a Bohnovy uzlíky.

Správná diagnóza a udržení natálních a neonatálních zubů v čelisti jsou důležité. Předčasná ztráta těchto dočasných zubů může být příčinou nedostatku místa a poruchy vývoje dolního zubního oblouku s následným vznikem malokluze ve stálém chrupu (3).

Komplikace a možnosti ošetření

Přítomnost natálních a neonatálních zubů může být zdrojem pochybností, jak takovou situaci terapeuticky řešit. Uvažujeme-li o tom, zda zuby v ústech ponechat či ne, je třeba vzít v úvahu několik faktorů. Je to především stupeň pohyblivosti zubů, obtíže dítěte při sání,

možnost traumatizace matčina prsu při kojení, nebezpečí poranění spodiny jazyka a to, zda se jedná o zuby regulární dočasné dentice či zuby přespočetné (7).

Pokud natální a neonatální zuby náleží k normální dočasné dentici, měly by se v ústech ponechat. Uvažovat o extrakci je vhodné v případě, že zuby jsou extrémně pohyblivé a hrozí nebezpečí jejich dislokace a následné aspirace nebo pokud vadí při kojení (18). Další relativní indikací k extrakci je traumatizace jazyka dítěte, kdy dochází ke vzniku sublinguálních ulcerací při sání (18). Histologicky tyto léze poprvé popsali Riga a Fede a proto jsou dnes označovány jako „Riga-Fede disease“ (1).

Obtíže, které tyto zuby způsobují matce nebo dítěti, lze odstranit či alespoň zmírnit šetrným zábrusem incizní hrany zubů.

V případě, že je nutné zuby odstranit, nepředstavuje extrakce obvykle potíže. Lze ji provést snadno kleštěmi nebo i prsty. Avšak i při tomto jednoduchém výkonu je nutné vyvarovat se jakékoli zbytečné traumatizace okolní gingivy (16).

Odstranění těchto zubů je možné provádět ihned po narození. Riziko novorozeneckého krvácení pominulo vzhledem k profylaktickému podávání vitamínu K v celé České republice.

Rozhodnutí, kdy extrahovat je podmíněno tím, zda dítě je nebo není schopno sát (3).

Pokud zuby v ústech ponecháme, je zapotřebí dítě pravidelně sledovat a dbát na preventivní opatření chránící zuby před zubním kazem. Je důležité zuby denně očišťovat a odstraňovat měkký mikrobiální povlak a 2–3× ročně aplikovat fluoridové přípravky v ordinaci vzhledem k hypomineralizaci tvrdých zubních tkání u těchto předčasně prořezaných zubů (8).

Literatura

1. Amberg S. Sublingual growth in infants. *Am J Med Sci* 1903; 126: 257–269.
2. Allwright WC. Natal and neonatal teeth. *Br Dent J* 1958; 105: 163–172.
3. Berman DS, Silverstone LM. Natal and neonatal teeth: a clinical and histological study. *Br Dent J* 1975; 139:361–364.
4. Bodenhoff J, Gorlin RJ. Natal nad neonatal teeth: folklore and fact. *Pediatr* 1983; 32: 1087–1093.
5. Brandt SK, Shapiro SD, Kittle PE. Immature primary molar in the newborn. *Pediatr Dent* 1983; 5: 210–213.
6. Buchman S, Jenkins CR. Riga-Fedes syndrome. Natal or neonatal teeth associated with tongue ulceration. Case report. *Australian Dent J* 1997; 42: 225–227.
7. Cunha RF, Boer FAC, Torriani DD, Frossard WTG. Natal and neonatal teeth. Review of the literature. *Pediatr Dent* 2001; 23: 158–162.
8. Delbem ACB, Faraco IM, Percinato C. Natal teeth: case report. *Clin Pediatr Dent* 1996; 20: 325–327.
9. Hals M. Natal and neonatal teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1957; 10: 509–521.
10. Hebling J, Zuanon ACC, Vianna DR. Dente Natal- A case of natal teeth. *Odontol Clin* 1997; 7: 37–40.
11. Chow MH. Natal and neonatal teeth. *JADA* 1980; 100: 215–216.
12. Jeřábková N, Kučera J. Natální a neonatální zuby. *Čs Pediatr* 1981; 36:460–463.
13. Kates GA, Needleman HL, Holmes LB. Natal and neonatal teeth: a clinical study. *JADA* 1984; 109: 441–443.
14. Komínek J, Toman J, Rozkvcová E. Dětská stomatologie. Praha: Avicenum 1980; 121s., 141s.
15. Leung AKC. Natal teeth. *Am J Dis Child* 1986; 140: 249–251.
16. Leung AKC. Management of natal teeth. *JADA* 1987; 114: 762.
17. Massler M, Savara BS. Natal and neonatal teeth: a review of 24 cases reported in literature. *J Pediatr* 1950; 36: 349–359.
18. Rusmah M. Natal and neonatal teeth. A clinical and histological study. *J Clin Pediatr Dent* 1991; 15: 251–253.
19. Stoll C, Labay F, Giesert J, Alembik Y. Wiedemann-Rautenstrauch syndrome. A case report and review of literature. *Genetic Counselling* 1998; 9: 119–124.
20. Zhu J, King D. Natal and neonatal teeth. *J Dent Child* 1995; 62: 123–128.