

Algemeen medische informatie

Glazuurdefecten bij coeliakie

De ontwikkeling van het gebit is afhankelijk van genetische kenmerken, maar wordt natuurlijk ook sterk beïnvloed door allerlei omgevingsfactoren. Een voorbeeld daarvan zijn voedingsstoornissen tijdens de eerste kinderjaren. Als die ernstig genoeg zijn, laten ze blijvende sporen na in het gebit. Zo blijkt er bij kinderen die als zuigeling ernstige maag- en darmaandoeningen hebben doorgemaakt, een chronologisch daarmee samenhangende glazuurhypoplasie voor te komen. Finse onderzoekers beschrijven in de *Annals of Medicine* (1996; 28: 9-12) hoe aan de hand van typische glazuurdefecten patiënten met coeliakie opgespoord kunnen worden.

Glazuurdefecten

Coeliakie of darmspruw is een aangeboren overgevoeligheid voor gluten, voedingseiwitten die voorkomen in tarwe, rogge, haver en gerst. Bij een overgevoeligheid voor dergelijke eiwitten kan het slijmvlies van de dunne darm worden aangetast. De belangrijkste remedie is een strikt glutenvrij dieet; deze mensen mogen geen brood, koek, sauzen met meel, enzovoort eten.

Uit het Finse onderzoek bij 74 kinderen en veertig volwassenen met coeliakie blijkt dat 96% van de kinderen typische glazuurdefecten vertoont en 83% van de volwassenen (bij gezonde kinderen is dat 13% en bij gezonde volwassenen 4%). In de meeste gevallen was er sprake van een hypoplasie van het glazuur en minder vaak van kleurafwijkingen. Typerend zijn laesies die symmetrisch en chronologisch verdeeld zijn over alle vier de kwadranten van het gebit. Men kan de glazuurdefecten bij patiënten met coeliakie naar de ernst classificeren in vier graden: graad I, alleen kleurdefecten in het glazuur; graad II, lichte structuurafwijkingen met typische horizontale groeven; graad III, duidelijke structuurdefecten met diepe horizontale groeven en grote verticale putten; en graad IV, ernstige defecten, waarbij ook de vorm van de tanden kan zijn veranderd. Als de glazuurdefecten slechts aan één zijde van het gebit aanwezig zijn of als de chronologie van de verschillende laesies varieert, spreekt men van niet-specifieke en niet-systeematische afwijkingen.

Groeiachterstand en kanker

Bij coeliakie heeft iemand gewoonlijk last van een heftige, volumineuze diarree, die gepaard gaat met gewichtsverlies en bloedarmoede. In de meeste gevallen doen de eerste klachten zich al op jeugdige leeftijd voor, enkele weken tot maanden nadat de eerste graanproducten aan de voeding zijn toegevoegd. De buik van de kinderen is opgezet. Bijna altijd doet er zich een groeiachterstand voor. Dergelijke klachten kunnen, ook zonder glutenvrij dieet, na enkele jaren verdwijnen, maar komen dan vaak op volwassen leeftijd terug. Als de diagnose pas bij een volwassene wordt gesteld, blijkt die vaak ook in de kinderjaren duidelijke klachten te hebben gehad die indertijd niet met coeliakie in verband zijn gebracht.

Als gevolg van de diarree kan er zich in de dunne darm een absorptiestoornis voordoen die tot allerlei andere afwijkingen kan leiden, bijvoorbeeld bloedarmoede door ijzeregebrek, 'spontane' fracturen door tekort aan vitamine D en calcium, bloedingen door gebrek aan vitamine K, uitval van het hoofd-

haar, een gestoorde vruchtbaarheid, enzovoort. Doordat de darm bij patiënten met onbehandelde coeliakie voortdurend wordt geïrriteerd, lopen deze mensen op de lange termijn een duidelijk verhoogd risico op kwaadaardige gezwellen in de dunne darm. Ook elders in het maag-darmkanaal (vooral in de slokdarm) kunnen bij deze patiënten tumoren voorkomen.

Immunologisch proces

Het is niet geheel duidelijk hoe de glazuurafwijkingen in het gebit bij patiënten met coeliakie precies tot stand komen. Het ligt voor de hand dat calciumgebrek als gevolg van de absorptiestoornis de oorzaak zal zijn. Dit lijkt de Finse onderzoekers echter niet waarschijnlijk. Zij hebben namelijk naast de patiënten met coeliakie ook 56 volledig klachtenvrije familieleden onderzocht en bij 25 van hen troffen zij dezelfde typische glazuurafwijkingen aan. Toch waren er in een darmbiopt bij lang niet al deze mensen stoornissen te zien. Blijkbaar kunnen de gebitsafwijkingen ook ontstaan zonder dat er sprake is van een absorptiestoornis. De Finnen opperen daarom dat het glazuur beschadigd raakt door een immunologisch proces dat het gevolg is van een overgevoeligheid voor gluten. De gebitsafwijkingen zouden dan vergelijkbaar zijn met de huidafwijkingen die men ook vaak aantreft bij patiënten met coeliakie. Bij dit laatste gaat het om hevig jeukende blaasjes die lijken op die bij koortsuitslag (herpes-infectie), vandaar de naam voor deze afwijking: dermatitis herpetiformis. Er zijn dan antistofcomplexen in de huid neergeslagen.

Uit het Finse onderzoek blijkt, zoals gezegd, dat er nogal wat asymptomatische familieleden van de patiënten bij nadere beschouwing ook verschijnselen van coeliakie vertoonden. Dat ligt ook voor de hand, want de overgevoeligheid voor gluten is voor een deel erfelijk bepaald. De kans op een glutenovergevoeligheid neemt toe als de bewuste persoon drager is van bepaalde erfelijke oppervlakte-antigenen op de afweercellen, de zogenoemde Humane Leukocyten Antigenen HLA-A1, HLA-DR3 en HLA-B8.

Rijk en mondig

Het is niet precies bekend hoe vaak coeliakie voorkomt. De meest betrouwbare schatting voor Nederland is gebaseerd op het ledenbestand van de Nederlandse Coeliakie Vereniging (*Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 138: 2544-8). Men komt dan op 15,9 patiënten met coeliakie per 100.000 inwoners. Dit cijfer zou redelijk betrouwbaar zijn, omdat de meeste patiënten zich bij deze vereniging hebben aangesloten. Zij krijgen dan namelijk korting op allerlei glutenvrije producten. Opvallend is echter dat coeliakie in de ons omringende landen veel vaker voorkomt (ter vergelijking: in Groot-Brittannië is de prevalentie vijftig per 100.000). Het is dus zeer goed mogelijk dat het aantal gevallen van coeliakie ook in ons land in werkelijkheid veel hoger ligt. Zo blijkt uit de gegevens van de Nederlandse Coeliakie Vereniging dat deze aandoening opvallend veel voorkomt in bepaalde welvarende kleine gemeenten: in Wassenaar en Naarden 30 per 100.000, in De Bilt 48 per 100.000 en in Blaricum zelfs 58 per 100.000. Er bestaat dus blijkbaar een positieve correlatie tussen welvaart en het aantal

herkende gevallen van coeliakie. Men heeft daarom het idee dat mondiger patiënten vaker op een 'second opinion' aandrigen, waardoor de diagnose bij deze groep vaker wordt gesteld. Het is echter ook mogelijk dat verschillen in eetgewoonten tussen rijken en armen hieraan ten grondslag liggen.

Minder mondige patiënten lopen de kans jarenlang rond te blijven lopen met het etiket 'functionele darmklachten', zoals bijvoorbeeld beschreven is in een artikel in dezelfde aflevering van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (1994; 138: 2529-33). Daar worden drie oudere patiënten met coeliakie beschreven die al jaren onder behandeling waren wegens hardnekkige buikklachten voordat de diagnose werd gesteld. Blijkbaar gaat het hier om een makkelijk te missen diagnose, mede door de grote verscheidenheid aan klachten en verschijnselen waarmee dergelijke patiënten zich presenteren.

Topje van de ijsberg

Vermoedelijk kunnen de landelijke en regionale verschillen in de prevalentie van coeliakie voor een deel worden verklaard door het feit dat deze aandoening betrekkelijk onbekend is. Men vermoedt dat ook de opvallende en aanhoudende stijging in de prevalentie van coeliakie in Nederland (van 5,5 per 100.000 inwoners in 1981 naar 15,9 per 100.000 inwoners nu) voor het grootste deel te maken heeft met onderdiagnostiek. Verder lijkt het Finse onderzoeksresultaat onder de familieleden van patiënten met coeliakie erop te wijzen dat de klinisch manifeste gevallen van deze ziekte slechts het topje van de ijsberg vormen.

Stille coeliakie

Er zijn dus waarschijnlijk veel mensen die weliswaar geen klachten hebben, maar toch typische beschadigingen aan het dunne-darmslijmvlies vertonen. Als dergelijke patiënten met subklinische of 'stille' coeliakie niet worden behandeld, riskeren zij complicaties als bloedarmoede, onvruchtbaarheid of zelfs

kanker. Er is een reëel gevaar dat zij voortijdig zullen sterven.

De Finse onderzoekers opperen dat tandartsen in een unieke positie verkeren om asymptomatische gevallen van coeliakie op te sporen. Zij moeten daarbij letten op de specifieke glazuurafwijkingen, dus op de op systematische en chronologische wijze over alle vier de kwadranten van het gebit verdeelde laesies. Dergelijke gebitsafwijkingen kunnen het enige merkbare teken zijn van een glutenovergevoeligheid. Als een tandarts dit opmerkt, zou hij de patiënt moeten doorsturen, waarna de diagnose eventueel bevestigd kan worden met serologisch onderzoek op antilichamen tegen gluten en een biopsie. De vraag daarbij is wel of de behandelende artsen ooit van die glazuurafwijkingen hebben gehoord, want het is opvallend hoe weinig aandacht er in de medische literatuur wordt besteed aan de toch bijna pathognomonische, dat wil zeggen voor coeliakie typerende, glazuurafwijkingen.

De therapie lijkt eenvoudig: alle gluten uit de voeding weglaten, waarna binnen enkele dagen een opmerkelijke klinische verbetering optreedt. In de praktijk blijkt een glutenvrij dieet echter voor veel patiënten een moeilijk haalbare zaak. Niet alleen vergt het een zorgvuldige begeleiding door een diëtist, het is ook nogal kostbaar. Ook zijn er veel mensen die zich geregeld niet aan hun dieet houden uit angst in een sociale uitzonderingspositie te raken (bijvoorbeeld op zakendiners). Verder is er ook nog het probleem dat de op voedselverpakkingen gedrukte ingrediëntenlijst vaak incompleet is. Meel zit in veel meer voedingsmiddelen dan doorgaans wordt verondersteld. Het kan voorkomen in soepoeder, puddingpoeder, snoep, worst, sauzen, enzovoort. Ook worden sommige ingrediënten door de fabrikant als 'technisch hulpmiddel' gezien en derhalve niet in de lijst genoemd.

Of een dergelijk glutenvrij dieet ook verdere glazuurafwijkingen kan voorkomen, is twijfelachtig. Veel patiënten worden pas opgespoord als het permanente gebit al volgroeid is. Bovendien vertoonden de in Finland onderzochte kinderen die al behandeld werden met een dieet, desondanks bijna allemaal glazuurafwijkingen.

J.B Meijer van Putten, wetenschapsjournalist