

Espen Færøvig, Grethe Befring Hovda og Janne Olaussen

## Piercing – ikke bare til glede

Det er mer og mer vanlig med penetrerende kroppsutsmykning. Dette inkluderer også orale piercinger som i leppe, tunge og leppebånd. Det finnes etter hvert flere rapporter og kasusbeskrivelser om dette, men svært få er langtidsoppfølginger med et homogent materiale som kan gi nyttige svar og informasjon til bruk for tannhelsepersonell.

Vi beskriver i denne artikkelen piercingbruk generelt og oralt spesielt, med vekt på rapporterte komplikasjoner fra medisinsk litteratur. I tillegg presenteres resultatet av en oppfølging over ett år av 22 pasienter med piercing i underleppen. Samtlige av disse viser synlige og målbare gingivale retraksjoner direkte relatert til piercing, henholdsvis økt retraksjon med 3,7 mm etter to måneder og ytterligere 0,9 mm etter ett år.

**A**ntall personer med oral piercing øker stadig. Det er viktig for oss som tannhelsepersonell å vite hvilke komplikasjoner som kan oppstå som følge av dette og hvordan disse kan forebygges. En studie i South Lancashire-regionen i England viser at 69,9% av tannlegene som besvarte undersøkelsen hadde hatt pasienter med tunge- og/eller leppepiercing i løpet av en 12 måneders periode (1). Det finnes ingen tilsvarende tall fra Norge, men vi må regne med at stadig flere tannleger vil møte pasienter med piercing. Til nå har de fleste artikler om emnet handlet om enkelttilfeller. Denne artikkelen gir en kort innføring i piercing og tar for seg en kohortstudie gjort på 22 individer med leppepiercing. Gingivale retraksjoner ble målt på incisiver i underkjeven over en periode på ett år.

### Hva er piercing og hvorfor er det populært?

Piercing er en form for kroppsutsmykning som har lange tradisjoner i ulike kulturer. Slik utsmykning har ofte hatt rituell betydning i forbindelse med stammetilhørighet, identitets-

Tabell 1. Utdrag av et piercingstudios anbefalinger til sine kunder for stell og pleie av piercinger

#### Stell og pleie

- Rens og vask 2 g/dag med klorhexidin 0,5 mg/mL de første ukene, deretter med natriumklorid 9 mg/mL
- Bruk Corsodyl til å rense inne i munnen
- Smør med piercingolje eller Bruledine 0,15% krem slik at det kommer krem inn i hullet. Skal ikke brukes inne i munnen
- Ikke irriter en piercing i groperioden
- Unngå mat fra steder der du er usikker på hygien
- Vær forsiktig med sterke og eksotiske kryddere
- Slutt å røyke
- Drikk ikke alkohol
- Skyll munnen med Corsodyl etter måltidene og vær nøye med tannhygien
- Bruk smykker av kirurgisk stål, niobium, titan, platina, 18 karat gull, medisinsk keramikk eller syntetisk plast for medisinsk bruk
- Skift til et kortere smykke når piercingen har grodd
- Ta ut smykket med jevne mellomrom og kok det. Spyl gjennom piercing-hullet med saltvann eller klorhexidin
- Oppsøk lege ved infeksjon

konstruksjon, religion, seksualitet og som markering av overgangen fra barn til voksen (2). I den vestlige verden har piercing kjennetegnet subkulturer med avvikende atferd, som f.eks. punkerne på 1980-tallet. De siste årene er piercing blitt mer vanlig og sosialt akseptert. Selv om studier har vist at de som har kroppsutsmykning i større grad enn andre er risikotakere, og at de eksperimenterer med ulike typer risikoatferd (3), er det også blitt populært hos veltilpasset ungdom: piercing er ikke nødvendigvis sosialt stigmatiserende (4). Det er

#### Forfattere

Espen Færøvig, instruktørtannlege med spesialutdanning i kjeveortopedi. Klinikk for spesialbehandling, Det odontologiske fakultet, UiO, og privat praksis i Skien  
Grethe Befring Hovda, stud. odont., UiO  
Janne I. Olaussen, stud. odont., UiO

#### Hovedbudskap

- Det er mer og mer vanlig med penetrerende kroppsutsmykning
- Mange komplikasjoner er rapportert i medisinsk litteratur
- Tannhelsepersonell må kunne gi råd om risiko og stell av piercinger



Fig. 1. A: Tungepiercing (barbell) i gull.  
B: Samme tungepiercing med sublingual barbell medialt plassert. Plassering svært nær tungebånd og annen sensitiv anatomi.



Fig. 2. Cephalogram som viser tunge- (barbell) og leppe- (labret) piercing. Legg spesielt merke til bakplaten på underleppepiercing og vinkelen inn mot 31,41.

heller ikke et storbyfenomen, men forekommer hos ungdom over hele landet. I dag piercer ungdom seg, ikke bare av kosmetiske årsaker, men også for å provosere, markere identitet, bli lagt merke til, fordi venner gjør det, fordi de synes det er tøft og også som en del av løsrivningsprosessen fra foreldre (5). Noen piercinglokalisasjoner, som tunge, genitalia og brystvorte pierces dessuten for økt seksuell stimulering (5,6).

#### Hvordan utføres inngrepet?

Piercingen gjøres ved at en kanyle, med samme størrelse og form som metallstaven i smykket, penetrerer vevet mens vevet stabiliseres med en tang. Inngrepet utføres som regel uten lokalanalgesi. Omkring kanylen er et plasthylster som blir igjen i vevet når kanylen trekkes ut. Plasthylsteret fjernes når det temporære smykket er satt inn. Det temporære smykket er noe lenger enn vevets bredde for å tillate vevet å hovne opp. Det skiftes ut med et kortere smykke etter 3–6 uker (Tabell 1). Noen av våre pasienter har imidlertid gjort dette selv hjemme, med engangskanyler kjøpt på apotek. Gjennomsnittlig tilhelingstid for leppepiercing er 1–2 mnd., og anbefalt diameter på smykket som settes inn er 1,6 mm (7, 8). I leppen brukes normalt en



Fig. 3. Labial ring (bead-closure-ring) plassert i lepperødt.

Tabell 2. Hentet fra forskrift om hygienekrav for frisør-, hudpleie-, tatoerings- og hulltakingsvirksomhet mv.

#### Hygienekrav

- Den som eier eller driver lokalet har plikt til
- å søke om godkjenning av lokalene
  - påse at det etableres et internkontrollsystem
  - påse at virksomheten drives hygienisk forsvarlig
- Den som utøver virksomheter plikter å
- gi kunden informasjon om risiko ved inngrepet
  - forsikre seg om at kunden forstår hva tjenesten innebærer
  - spørre kunden om forhold som gir økt smittefare
  - Hud skal desinfiseres omhyggelig før inngrepet
  - Alt utstyr som penetrerer huden eller kan komme i kontakt med skadet hud skal være sterilt
  - Det anbefales så langt som mulig å bruke sterilt engangsutstyr
  - Det kreves desinfeksjon ved koking under lokk i 5 minutter

labret, et smykke bestående av en metallstav med en plate i den ene enden og en gjenget kule i den andre. Det er også forholdsvis vanlig med en «bead-closure-ring» i leppen, en metallring som lukkes om en kule. I tungen brukes som oftest en barbell, en stav med kuler i begge ender, hvorav den som ligger an mot munnghulvet er gjenget (Fig. 1A,1B).



Fig. 4. A: Mulig allergireaksjon som kom en tid etter plassering av piercing. Pasient har tidligere testet positivt på metallhypersensivitet. B: Piercing ble fjernet, og vi ser forbedringer. Sårtilheling og kelloid-arrdannelse etter labrett blir værende.

Orale og periorale lokaliseringer for piercinger innbefatter tunge, lepper, kinn, uvula og frenulum linguale. Det vanligste stedet for oral piercing er tunge og lepper, som er piercet hos henholdsvis 81,0 % og 38,1 % hos mennesker med utradisjonelle piercinger (9) (Fig. 2). Normalt settes leppepiercing i området rundt sulcus mentolabialis med plassering i midtlinjen, men variasjoner forekommer (Fig. 3). Også i tungen plasseres piercingen som oftest i midtlinjen (Fig. 1B).

### Manglende lovverk i Norge

Det finnes ikke noe lovverk i Norge i dag som stiller kompetanse- eller kunnskapskrav til piercingutøvere. Som regel går man i lære i piercingstudioer for å kunne kalle seg piercingartist. Helse- og omsorgsdepartementet begrenser utøvelse av piercing kun med hygieniske krav, men utover dette er det få begrensninger (Tabell 2). Departementet mener at det heller ikke er behov for aldersgrense på piercing, dette til tross for at barneombud og Norsk forening for

profesjonelle piercere har etterlyst et slikt regelverk. Selv opererer studioene i foreningen med 18-årsgrense på intimpiercing, 16-årsgrense på oral piercing og nedre aldersgrense på 15 år for annen piercing (10).

### Risiko

Daværende smittevernoverlege i Oslo, Terje Hoel, gikk i februar 2001 ut i dagspressen og fortalte at det har forekommet to dødsfall grunnet orale piercinger her i Norge. Det ene som følge av betahemolytisk streptokokkinfeksjon og det andre grunnet oppsvulmet tunge med påfølgende kvelning (11, 12). Mange andre typer komplikasjoner er også rapportert (Tabell 3, Fig. 4–7). Det er beskrevet flere enkeltstående til-

Tabell 3. Eksempler på komplikasjoner ved oral piercing etter gjennomgang av medisinsk litteratur

Risikofaktorer ved oral piercing	
Lokale	Systemiske
<ul style="list-style-type: none"> <li>- gingival retraksjon</li> <li>- dental hypersensitivitet</li> <li>- abrasjon</li> <li>- frakturer</li> <li>- tannvandringer</li> <li>- periodontale forandringer</li> <li>- nerveskade</li> <li>- infeksjoner som følge av manipulering av smykket</li> <li>- hyperplasi</li> <li>- tannstensdannelse på smykket</li> <li>- økt spyttsekresjon</li> <li>- hoven tunge</li> <li>- endret uttale</li> <li>- endret tyggemønster</li> <li>- endret smak</li> <li>- keloide arr</li> <li>- metallhypersensitivitet</li> <li>- forlenget blødning</li> <li>- innkapsling</li> <li>- avvisning</li> <li>- vandring</li> <li>- radiologisk forstyrrelse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bakteriemi</li> <li>- overføring av infeksjøs sykdommer som hepatitt, hiv, herpes og tetanus</li> <li>- ludwigs angina</li> <li>- allergi/ hypersensitivitet</li> <li>- aspirasjon av smykket</li> <li>- blokkering av luft- og spiserør</li> </ul>



Fig. 5. Cephalogram som viser plater og skruer etter ortognatisk kirurgi, men samtidig ser vi også en aspirert nesepiercing i sinus.



Fig. 6. A: Vanlig uskyldig lek med tungepiercing. B: Tydelig emaljeskade/fraktur etter den samme tungepiercingen.



Fig. 7. A: Lingual-alveolar grop etter tungepiercing. B: Samme slitasjegrop synlig på gipsmodell.

feller av gingival retraksjon hos friske personer der labial piercing står som sannsynlig hovedårsak til skaden (13,14) (Fig. 8). I mange av disse kasusene er det utelukket at retraksjonen skyldes forhold som gingivitt, periodontitt, mukogingivale inngrep, kjeveortopedisk behandling, traumatisk tannpuss og feilstilling av tann i buen. I mange tilfeller ønsker ikke pasientene å kvitte seg med piercingen etter råd fra tannlegen, på tross av skadene som har oppstått (13,15).

#### Kort om gingivale retraksjoner

Gingivale retraksjoner er definert som displasering av det marginale vevet apikalt for emalje-sementgrensen (American Academy of

Periodontology, 1992) med blottlegging av rotoverflate til det orale miljøet. For pasienten kan dette skape problemer av estetisk art i tillegg til hypersensitivitet og rotkaries (15–17). Det er tre hovedgrupper av etiologiske faktorer: 1) mekanisk traume, f. eks. traumatisk børsteteknikk (18), høyt frenum eller muskelfeste; 2) lokale plakkinfuserte inflammatoriske lesjoner, spesielt hos tenner med prominent posisjon i buen (19); og 3) generaliserte former for destruktiv periodontal sykdom (20). Resultatet er det samme, uavhengig av etiologiske faktorer: skade på gingiva medfører inflammasjon. Inflammasjonen kan videreføre til festetap grunnet ødeleggelse av bindevevsfibre, proliferasjon av epitel og resorpsjon av alveolært ben (21–23). Piercingassosierte retraksjoner vises ofte som en smal, kløftformet defekt (14) (Fig. 9).

#### Materiale og metode

Utvalget i undersøkelsen er hentet fra en privat kjeveortopedisk klinikk i Skien. Gruppen besto av alle pasienter tilgjengelig med tidligere journalopplysninger og uten pusseskader eller andre generelle predisponerende faktorer. Ingen skulle ha fast apparatur i underkjeven under observasjonsperioden, og piercingsmykket skulle være av type labret. Pasientene var inne til kontroller av andre årsaker og ble samtidig fulgt opp i denne undersøkelsen.

Det endelige utvalget besto av i alt 22 personer, derav 5 gutter og 17 jenter med en gjennomsnittsalder ved studiens start på 13,3 år (yngste bare 9 år). Antall personer i studien var ved studiestart 51, men 29 pasienter ble ekskludert underveis av årsaker som blant annet skifte av smykketype, påsatt fast apparat og motivasjon til å fjerne piercingsmykket (samtlige ble oppfordret til dette ettersom vi så hvor raskt skadene kom). Undersøkelsesperioden var 12 måneder



Fig. 8. Her vises labrett-bakplattens plassering labialt for 31,41.



Fig. 9. Eksempel som tydelig viser hvordan bakplaten skviser bort gingiva. Dette er etter bare 2 mnd. med piercing, og kan ikke forveksles med pusseskade.



Fig. 10. Plassering av piercing hvor bakplaten bare treffer 31 og gir gingival retraksjon.

med første observasjon,  $t_0$ , før innsetting av piercingen. Målingene ble gjort før piercing, etter ca. 2 mnd. med piercing og etter 12 mnd. med piercing. De ble utført på 31 og 41 fra incisalkanten til dypeste retraksjon med digitalt måleinstrument, kalibrert til 0,01 mm. Bruk av kontrollgruppe har vært vurdert og kan relativt enkelt etableres, men det er ikke normalt å finne gingivale retraksjoner i denne aldersgruppen. Eksklusjonskriteriene fjernet også potensielt predisponerende faktorer. Pusseskader kan selvsagt ha forekommet i løpet av perioden, men disse har en annen horisontal karakter over flere tenner, ofte inkludert hjørnetennene. Dype V-formede retraksjoner bare på 31,41 (en eller begge) (Fig. 10) synes det ingen annen forklaring på.

### Resultater

Ved studiens slutt hadde samtlige individer i utvalget betydelige gingivale retraksjoner. Den største endringen manifesterte seg ved måling gjort to måneder etter innsetting av piercingsmykket,  $t_1$ , med gjennomsnittlig endring på 3,7 mm. Videre utviklet retraksjonene seg i gjennomsnitt 0,9 mm i løpet av de neste 10 mnd., frem til siste måling,  $t_2$  (Fig. 11 og Tabell 4). Utvalget viste et gjennomsnittlig tap av labial gingiva på 4,6 mm i løpet av studiens varighet. Det var store individuelle variasjoner hvor minste endring fra  $t_0$  til  $t_1$  var 1 mm

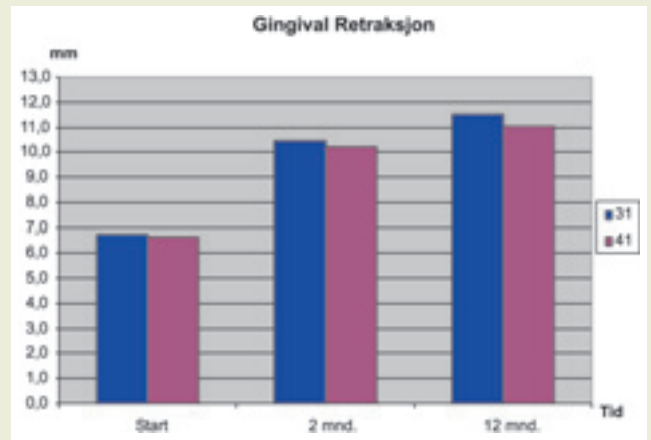


Fig. 11. Gingivale retraksjoner i mm målt på 31,41 før piercing, etter 2 mnd. og etter 12 mnd.

Tabell 4. Dataregistrering som viser maksimalt antall millimeter målt fra incisalkanten til dypeste retraksjon.  $t_0$  tilsvarer måling gjort før innsetting av piercing,  $t_1$  er målinger foretatt to måneder etter innsatt piercing og  $t_2$  ved studiens slutt etter 12 måneder

Individ nr.	$t_0$ max.	$t_0$ max.	$t_1$ max.	$t_1$ max.	$t_2$ max.	$t_2$ max.
	31	41	31	41	31	41
1	6,5	6,5	10	10	11	11
2	7	7	12,5	12	13	13
3	6	6	8	8	10	10
4	7	7	11,5	11	12	11,5
5	7	7	10	8	10	8
6	6	5	9	9	10	10
7	6	6	9,5	9	10,5	10
8	5,5	5,5	9,5	8	11	9
9	7	7	12,5	12	14	12
10	7	7	10	10	10	10
11	6	6,5	12	11	12,5	11
12	6	6	11	11	12	11
13	7	7,5	9	9,5	10	10
14	7,5	7,5	10	10	11,5	11
15	7	7	9	9	10	10
16	7,5	7,5	9,5	9,5	10,5	10
17	6,5	7	9	9	10	10,5
18	6	6	7	9	10	11
19	8	8	12	12	12,5	12
20	7	6	13	12	14	13
21	7	7	14	14	15	14,5
22	7,5	6	12	12	14	14
Gjennomsnitt	6,7	6,6	10,5	10,2	11,5	11,0

og største hele 7mm. De tilsvarende tallene i perioden  $t_1$  til  $t_2$  varierte fra 0 mm til 3 mm. Minste totale endring fra studiestart til studie-slutt,  $t_0$  til  $t_2$ , var 1 mm og største endring 8 mm.

Tabell 5. Gjennomsnittelig prosentvis økning i gingival retraksjon

Økning gingival retraksjon (%)	2 mnd.	12 mnd.
31	36 %	42 %
41	35 %	40 %

### Diskusjon

De store variasjonene i retraksjonsgrad kan delvis forklares av faktorer som:

- Plassering av piercingen, dvs. hvor høyt/lavt bakplaten treffer eller om det er hardvev/bløtvev (Fig. 2)
- Plassering av piercingen, dvs. vinklingen av bakplaten mot bløtvevet (Fig. 2.)
- Lengde på labreten, lang labret gir f.eks. hardere press (sjekk om ev. startlabret ikke er skiftet)
- Labretens materiale (hvilken type metall, akryl, plast mv.)
- Dårlig hygiene med gingivitt. Kan ev. forsterke effekten
- Hvor mye smykket lekes med (individuelle vaner)
- Muskelaktivitet i området (forskjeller mhp. muskel, (ligament) styrke og feste)
- Om piercingen fortsetter å abradere emalje og rotcement

For tannhelsepersonell er det viktig å informere pasienter med orale piercinger om hvilke til dels alvorlige komplikasjoner (24) som kan oppstå og hvordan disse kan minimaliseres. Informasjonen bør også inneholde advarsler om hvor raskt skaden kommer, størst prosentvis skade i undersøkelsen ble registrert etter bare 2 mnd. (Tabell 5). Det bør oppfordres til at piercingen fjernes, men mange pasienter har en sterk tilknytning til sin kroppsutsmykning, og er ofte uvillige til å fjerne den til tross for tydelige bivirkninger. Det blir da en viktig oppgave for tannhelseteamet å gi råd angående blant annet hygiene, endring av uvaner knyttet til lek med det orale smykket samt betydning av lengden på smykket. Det kan også være nyttig å bytte til et smykke av et mykere materiale og for eksempel skifte labreten ut med «bead-closure-ring», selv om denne viste seg å gi hyppigere infeksjoner ved at orale bakterier ble dratt med under lek/sirkulære bevegelser (Fig. 12). En nyere trendplassering av «bead-closure-ring» bare i lepperødt synes å gi færre synlige komplikasjoner (Fig. 3).



Fig. 12. Bead-closure-ring som tydelig viser infeksjon med puss og sialiva gjennom åpningen i underleppen.

### English summary

Færøvig E, Hovda GB, Olaussen J.

### Piercing – not only for pleasure

Nor Tannlegeforen Tid 2005; 115: 904–10.

In recent years, oral piercing has become very popular among youth and young adults. There is reason to believe that the dental team will meet an increasing number of patients with this kind of body art. This paper discusses the key issues in relation to the adverse effects of piercing jewellery in the oral cavity with focus on gingival recession. A cohort study was performed on 22 patients, who were labially pierced with labret jewellery. They had earlier records in a private orthodontic clinic in the city of Skien, Norway. Measurements were done from the incisal edge to the deepest point of the gingival recession on 31 and 41. Three measurements were performed: at the beginning of the study when none of the patients had any piercings, two months following the piercing, and after 12 months. The findings showed significant development of gingival recessions two months after the insertion of the piercing with a mean increase of 3.7 mm and a further development of 0.9 mm. after 1 year.

### Referanser

1. Whittle JG, Lamden KH. Lip and tongue piercing: experiences and views of general dental practitioners in South Lancashire. *Prim Dent Care* 2004; 11: 92–6.
2. Stirn A. Body piercing: medical consequences and psychological motivations. *Lancet* 2003; 361(9364): 1205–15.
3. Braithwaite R, Robillard A, Woodring T, Stephens T, Arriola KJ. Tattooing and body piercing among adolescent detainees: relationship to alcohol and other drug use. *J Subst Abuse* 2001; 13(1–2): 5–16.
4. Jensen P. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 4634.
5. Peticolas T, Tilliss TS, Cross-Poline GN. Oral and perioral piercing: a unique form of self-expression. *J Contemp Dent Pract* 2000; 1: 30–46.
6. <http://www.helsenytt.no/artikler/piercing.htm> (Avlest 24. Jan. 2005).
7. [www.dentalreferences.com/html/piercings.html](http://www.dentalreferences.com/html/piercings.html) (Avlest 06. Jan. 2003).
8. [www.piercing.no](http://www.piercing.no) (Avlest 24. Jan. 2005).
9. Boardman R, Smith RA. Dental implications of oral piercing. *J Calif Dent Assoc* 1997; 25: 200–7.
10. <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article506193.ece> (Avlest 24 Jan. 2005).
11. Vik LJ, Breidablik HJ, Ekeland TJ, Meland E. Kroppsdekorerer, helse og identitetsutvikling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 960–2.
12. <http://www.dagbladet.no/dinside/2001/02/05/240249.html> (Avlest 24. Jan. 2005).
13. Loup PJ, Mombelli A. [The oral cavity: a new «piercing» target. Case reports and review of the literature] *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 2002; 112: 474–87.
14. Dibart S, De Feo P, Surabian G, Hart A, Capri D, Su MF. Oral piercing and gingival recession: review of the literature and a case report. *Quintessence Int* 2002; 33: 110–2.
15. Sardella A, Pedrinazzi M, Bez C, Lodi G, Carrassi A. Labial piercing resulting in gingival recession. A case series. *J Clin Periodontol* 2002; 29: 961–3.
16. Chambrone L, Chambrone LA. Gingival recessions caused by lip piercing: case report. *J Can Dent Assoc* 2003; 69: 505–8.
17. Brooks JK, Hooper KA, Reynolds MA. Formation of mucogingival defects associated with intraoral and perioral piercing: case reports. *J Am Dent Assoc* 2003; 134: 837–43.
18. Khocht A, Simon G, Person P, Denepitiya JL. Gingival recession in relation to history of hard toothbrush use. *J Periodontol* 1993; 64: 900–5.

19. Wennstrøm JL. The significance of the width and thickness of the gingiva in orthodontic treatment. *Dtsch Zahnarzt Z* 1990; 45: 136–41.
20. Løe H, Ånerud Å, Boysen H. The natural history of periodontal disease in man: prevalence, severity, and extent of gingival recession. *J Periodontol*. 1992; 63: 489–95.
21. Novaes AB, Ruben MP, Kon S, Goldman HM, Novaes AB Jr. The development of the periodontal cleft. A clinical and histopathologic study. *J Periodontol* 1975; 46: 701–9.
22. Stahl SS. Speculations on periodontal attachment loss. *J Clin Periodontol* 1986; 13: 1–5.
23. Baker DL, Seymour GJ. The possible pathogenesis of gingival recession. A histological study of induced recession in the rat. *J Clin Periodontol* 1976; 3: 208–19.
24. Ekelius L, Fohlman J, Kalin, M. Risken för allvarliga komplikationer vid piercing får inte underskattas. *Läkartidningen* 2005; 102 : 2560–4.

*Adresse: Espen Færøvig, Cappelensgt. 15, 3722 Skien.  
E-post: espenfa@online.no*

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

