



## รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ โรคปริทันต์อักเสบในผู้ป่วยอายุน้อย

EARLY-ONSET PERIODONTITIS

โดย

รังสินี มหานนท์ และคณะ

มีนาคม 2544

## รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

### โครงการ โรคปริทันต์อักเสบในผู้ป่วยอายุน้อย

#### EARLY-ONSET PERIODONTITIS

##### คณะผู้วิจัย

อ.พญ.ดร.รังสินี มหานนท์ ภาควิชาปริทันตวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ.พญ.อรุณรัตน์ จรัสรุจานกุร ภาควิชาปริทันตวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดร.สาวิชิต พิชญางกูร ภาควิชาภูมิคุ้มกันวิทยาและการแพทย์  
สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์เคมีและพิทยาการ  
วันที่.....

เลขทะเบียน.....	00126
ลงวันที่.....	ก.พ. 43
เลขเรขาหนังสือ.....	๔๔๔๖

#### ชุดโครงการ สุขภาพช่องปาก

#### สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย สกว.ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)  
ผู้วิจัย ดำเนินการในส่วนของที่ปรึกษา  
ที่ ๑๔ อาคาร๑๖๙ ถนนมหาพฤฒาราม แขวงมหาพฤฒาราม  
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๕๐  
โทรศัพท์ ๐๘๑-๐๔๔๖๑๔๔๔  
โทรสาร ๐๘๑-๐๔๔๖๑๔๔๔  
อีเมล : [dr.sawat@chula.ac.th](mailto:dr.sawat@chula.ac.th)



## Executive summary

TITLE : EARLY-ONSET PERIODONTITIS

ชื่อโครงการ : โรคบริพันต์อักเสบในผู้ป่วยอายุน้อย

PRINCIPLE INVESTIGATOR : Dr. Rangsini Mahanonda (อ.ทญ.ดร.รังสินี มหาโนดา)

Office : Department of Periodontology, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University,  
Henry Dunant Rd, Bangkok 10330 Tel: 662 218 8850 Fax: 662 218 8851

### CO-INVESTIGATORS' NAMES AND ORGANIZATIONS

*Dr. Orawan Charatkulangkun (อ.ทญ.อรวานาณ จารักูลวงศ์)*

Office : Department of Periodontology, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University  
Henry Dunant Rd., Bangkok 10330 Tel: (662) 218 8850 Fax: (662) 218 8851

*Dr. Sathit Pichyangkul (ดร.สาธิต พิชยังกุล)*

Office : Department of Immunology and Medicine, US Army Medical Component, The  
Armed Force Research Institute of Medical Science Tel: (662) 644 7139-41 Ext 2693

### BACKGROUND OF THE STUDY

Early-onset Periodontitis (EOP) occurs in children, teenager and young adults. It is characterized by an early occurrence of periodontal attachment loss and bone resorption. The rate of disease progression is quite rapid, thus frequently resulting in early loss of teeth. Dysregulation of the immune response has been widely accepted to play role in the pathogenesis of periodontitis. Over production of immune mediators (cytokines) has been linked to tissue destruction and bone resorption. However, the precise mechanisms underlying the pathogenesis of EOP is still largely unknown.

### OBJECTIVES

1. To study the mechanisms of pathogenesis of periodontal disease by focusing on the role of B cells.
2. To investigate the role of cytokine and periodontopathic bacterial products (LPS and DNA) on immune cells and gingival fibroblasts.

- 3. To investigate the response of EOP patients to bacterial products in terms of activation markers and cytokine production.

#### RESEARCH METHODOLOGIES

1. Prevalence of EOP
2. Preparation of whole cell bacterial sonicates, Lipopolysaccharide, DNA (*Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis* and *Actinomyces viscosus*)
3. Establish gingival fibroblast cell lines.
4. Monitor cell activation (immune cells and gingival fibroblasts) in healthy periodontal subjects and EOP patients by co-stimulatory molecule expression and inflammatory cytokine production.

#### EXPECTED OUTPUT

1. This study will provide the prevalence of EOP in Department of Periodontology, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University, Thailand.
2. To provide better understanding the mechanisms underlying the pathogenesis of EOP.
3. This work will strengthen the relationship between the three institutions, Chulalongkorn University, AFRIMS and Tokyo Medical and Dental University.

#### EXPECTED PUBLICATIONS

1. The role of B cells in pathogenesis of periodontal disease in *Journal of Clinical and Experimental Immunology*.
2. The role of gingival fibroblasts in the pathogenesis of periodontal disease in *Infection and Immunity*.
3. Prevalence of EOP patients and immune activation profiles in *Journal of Thai society of Periodontology*.

## แผนการดำเนินงานตลอดโครงการ 2 ปี

แผนงาน	เดือนที่	1-6	7-12	13-18	18-24
จัดซื้อเตรียมวัสดุอุปกรณ์		3 m			
Prevalences of EOP		12 m			
เตรียมและทดสอบเบคทีเรีย		8 m			
"B cells" Study			15 m		
"Gingival fibroblast" Study				18 m	
"Immune activation in EOP" Study				18 m	
Data analysis					8 m
Report & Submission for Publication					6 m

## ABSTRACT

Early-onset periodontitis (EOP) is one such syndrome and comprises a group of pathological conditions leading to loss of periodontal tissues early in life. It occurs in children, teenagers and young adults which causes considerable tissue damage over a relatively short period of time. In the case of rapid progression of the destructive disease, early loss of teeth may result. At present, the pathogenesis of EOP is not clearly understood, however, it shares a common underlying mechanisms by other forms of periodontitis. The primary etiologic agents of periodontitis are Gram negative bacteria in dental plaque, such as *Actinobacillus actinomycetemcomitans* and *Porphyromonas gingivalis*, and their products such as lipopolysaccharide (LPS). Host immune response to bacterial plaque pathogens, in fact, plays a crucial role in determining the outcome and severity of the disease.

Periodontitis lesions consist of a large number of infiltrating cells such as T cells, B cells and macrophages which are in activated stage. Major effort during the past decade has been focused on immunoregulatory role of T cells and their cytokines which have been well recognized for their important involvement in the pathogenesis of periodontitis. Although B cells are the majority in advanced periodontal lesions, there is no study so far able to clarify their role in the pathogenesis of the disease. It is known that B cells are recognized as one of the professional antigen presenting cells (APCs). To date, the role of APCs, which critically controls the initiation and maintenance of T cell response, has been poorly investigated in periodontitis. Langerhan's cells, keratinocytes in oral epithelium as well as tissue macrophages have been largely speculated to play role as local APCs. It is known that activation stage of APCs associated with up-regulation of co-stimulatory molecule expression (CD40, CD80, and CD86) is a key factor to trigger and maintain optimal T cell response. In this study we analyzed the expression of co-stimulatory molecules (CD80 and CD86) and CD83, a marker of mature dendritic cells, on gingival cells isolated from severe periodontitis tissues by flow cytometry. Significant up-regulation of CD86 and CD83 expression were detected in periodontitis lesions and the majority of them were observed on B cells. *In vitro* peripheral blood mononuclear cell cultures showed that stimulation with different periodontopathic bacteria including *Porphyromonas gingivalis*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Prevotella intermedia*, and *Actinomyces viscosus*

up-regulated both CD86 and CD83 expression on B cells. Hence, the presence of plaque bacteria may be responsible for enhanced expression on gingival B cells as seen *in vivo*. APC function by bacterial activated B cells was further investigated using allogeneic mixed leukocyte reactions (MLR). After 24h culture with either *A. actinomycetemcomitans* or *P.gingivalis*, these activated B cells performed as potent APCs in MLR and stimulated T cells to produce high levels of gamma Interferon (IFN- $\gamma$ ) and minimal Interleukin-5. In conclusion, periodontopathic bacterial induced B cell activation with up-regulation of CD86 and CD83 may associate with enhanced APC function. Therefore, the results of this study put forward the role of infiltrated gingival B cells as possible APCs in regulating and sustaining local T cell response in periodontitis.

Early-onset periodontitis was described by the consensus report on periodontal diagnosis presented at the 1989 World Workshop in Clinical Periodontics as the disease with the age of onset usually prior to 35 years, rapid rate of progression of tissue destruction, manifestation of defects in host defense to plaque bacteria. It was subdivided into three age-related diseases termed Prepubertal periodontitis (PP, disease initiation before puberty), Juvenile periodontitis (JP, disease initiation between puberty and late teenage years), and Rapidly progressive periodontitis (RPP, disease initiation in the early to late 20s). There is, however, an area of concern in the traditional classification of EOP since we frequently encounter difficulties to classify the disease entity at the borderline which seems to overlap one another. This is for example, the differentiation between generalized juvenile periodontitis (GJP) and RPP. Therefore, a revised classification criteria which are more precise for defining the forms of EOP into several homogeneous subgroups has been recommended.

According to the Annals of Periodontology, 1996 World Workshop in Periodontics, the review of a number of studies corroborate the conclusion that EOP is more frequent in developing countries and among subjects of black race. So far there is no study in Thailand regarding the prevalence of EOP. Therefore, we carried out the cross sectional study to investigate the prevalence of the EOP patients who entered the Periodontal Clinic, Faculty of dentistry, Chulalongkorn university by using revised criteria. Among the total of 1,723 screened patients, 446 patients were periodontitis and 97 patients were under or equal the age of 40 who were then subdivided into 4 subgroups of EOP according to their clinical and

full mouth intra-oral radiographic data. The prevalence of subform I (localized JP) was 0.29%, subform II (Post localized JP) was 0.7%, subform III (localized JP-RPP) was 1.10% and subform IV (RPP) was 0.75% of periodontal patients. Taken together, EOP prevalence was 2.84% in this study, thus suggesting high prevalence of EOP. Although this study was done at the teaching dental school which does not probably reflect the true EOP of the Thai population, it is a good start not only to recognize the problem of the EOP amongst the Thais but also to stimulate future research into such specific groups of periodontitis patients. Of importance, our study would initiate the awareness among people who often misunderstand that periodontitis only occurs in adults or old-age. Particularly, awareness for dentists / general practitioners regarding early detection of EOP and early treatment which certainly save money and not so complicated.

Hyper-responsiveness of monocytes to bacterial LPS have been hypothesized to be associated with the severity of periodontal disease (Offenbacher and Salvi, 1999). Particularly, high levels of monocytic secretory mediators such as PGE2 in susceptible periodontitis subjects have been reported. In this study, we used whole blood assays to compare monocyte activation after stimulating with LPS from periodontopathic bacteria, *Porphyromonas gingivalis* between 17 pairs of EOP patients who were in a maintenance care and healthy periodontal subjects (age and sex matched). Upon stimulation with varying doses of highly purified *P.gingivalis* LPS (1, 3, 10 ng/ml), expression of co-stimulatory molecules on monocytes were analyzed by flow cytometry and production of inflammatory mediators were monitored by ELISA. In addition, expression of CD69, early activation marker, on NK and  $\gamma\delta$  T cells were evaluated. LPS stimulation resulted in the dose dependent up-regulation of co-stimulatory molecules, CD40, CD80 and CD86 on monocytes, up-regulation of CD69 on NK and  $\gamma\delta$  T cells in both EOP and healthy control groups. Generally, periodontitis patients seem to show lower expression of these molecules than healthy controls at any tested LPS concentrations, but the only significant difference ( $P < 0.05$ ) between groups were found in CD80 expression on monocytes. Production of PGE2 and IL-1 $\beta$  in *P.gingivalis* LPS-stimulated whole blood cultures was quite similar between the two groups. By using the whole blood assay which probably represent the better physiological condition, our results suggest that hyper-responsiveness of monocytes to bacterial challenge may not represent determinant factor responsible for EOP.

## บทคัดย่อ

โรคปริทันต์อักเสบในผู้ป่วยอายุน้อย (Early Onset Periodontitis) เป็นกลุ่มอาการของโรคที่ประกอบไปด้วยพยาธิสภาพต่าง ๆ ที่นำไปสู่การสูญเสียการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์ตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในช่วงอายุยังน้อย และมีอัตราการทำลายโรคที่ค่อนข้างรวดเร็ว ขันอาจทำให้สูญเสียฟันไปก่อนเวลาอันควร ถึงแม้ว่าพยาธิสภาพการเกิดโรคจะยังไม่เป็นที่เข้าใจมากนัก แต่กลไกการเกิดโรคยังคงเหมือนกับโรคปริทันต์อักเสบชนิดอื่น ๆ คือมีสาเหตุหลักของโรคมาจากเชื้อแบคทีเรียในคาวาบุลินทรี ได้แก่ แอคติโนเบซิลัส แอคติโนเมซิโนมิแทน (*Actinobacillus actinomycetemcomitans*) และ พอร์ฟิโรไนแนส จินจิวัลิส (*Porphyromonas gingivalis*) และผลิตผลของเชื้อแบคทีเรียบางอย่างเช่น ไลโปโพลิแซคคาไรด์ (lipopolysaccharide, LPS) สรุนการตอบสนองทางระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อเชื้อแบคทีเรีย จะเป็นตัวกำหนดลักษณะรูปแบบและความรุนแรงของโรคที่แสดงออกทางคลินิก

รอยโรคปริทันต์อักเสบ มีการสะสมของเซลล์ที่แทรกซึมมาเป็นจำนวนมาก เช่น บีเซลล์ (B cells) ทีเซลล์ (T cells) และแมคโครฟาย (macrophages) เซลล์เหล่านี้อยู่ในภาวะที่ถูกกระตุ้นแล้ว การศึกษาในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมาได้มุ่งสนใจไปยังบทบาทของทีเซลล์และไซโตคายส์ (cytokines) ในการควบคุมการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่เกี่ยวข้องการเกิดพยาธิสภาพของโรคปริทันต์อักเสบ ถึงแม้บีเซลล์เป็นเซลล์หลักอยู่ในรอยโรคที่รุนแรง เรายังขาดการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของเซลล์ชนิดนี้ในขั้นตอนการการเกิดพยาธิสภาพ ขันที่จริงแล้วบีเซลล์เป็นที่รู้จักกันดีในบทบาทของเซลล์ที่เกี่ยวข้องในการเสนอเอนติเจน ซึ่งมีความสำคัญในการเริ่มและคงสภาพการตอบสนองของทีเซลล์ หากแต่ในปัจจุบันนี้ที่อันนี้ของบีเซลล์มีการศึกษากันน้อยมาก และเกอฮานส์เซลล์ (Langerhan's cells) เคอราตินอไซต์ (keratinocytes) ที่เยื่อบุผิวในช่องปาก รวมทั้งแมคโครฟาย ถูกคาดว่าเป็นเซลล์ที่ทำหน้าที่นำเสนอเอนติเจนในเนื้อเยื่อปริทันต์ เป็นที่ทราบกันแล้วว่าภาวะการกระตุ้นของเซลล์ที่ทำหน้าที่นำเสนอเอนติเจนมีความเกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของการแสดงออกของ โค-สติมูลาโทริโนเลกุล (co-stimulatory molecules) (ซีดี40 ซีดี80 และซีดี86) และเป็นปัจจัยหลักต่อการรักน้ำการตอบสนองของทีเซลล์ รวมทั้งการคงสภาพการตอบสนองของทีเซลล์ในระดับสูง ในการศึกษาครั้งนี้ เรายังได้รับทราบถึงการแสดงออกของโค-สติมูลาโทริโนเลกุล (ซีดี80 และซีดี86) และซีดี83 เครื่องหมายสำหรับเซลล์เดนดritic (dendritic cells) ที่โถเติมที่บนเซลล์เนื้อก็อที่แยกออกจากเนื้อเยื่อปริทันต์ที่มีการอักเสบอย่างรุนแรง โดยใช้ไฟล์ไซโตเมตري (flow cytometry) ผลการทดลองพบว่าในรอยโรคปริทันต์อักเสบมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ของการแสดงของซีดี86 และซีดี83 ซึ่งพบอยู่บนบีเซลล์ เป็นหลัก เมื่อกระตุ้นในแนวเคลียร์เซลล์ (mononuclaeer cells) จากเลือดในหลอดทดลองด้วยแบคทีเรียที่ทำให้เกิดโรคปริทันต์อักเสบ เช่น พอร์ฟิโรไนแนส จินจิวัลิส แอคติโนเบซิลัส แอคติโนเมซิโนมิแทน, เพรโบทา เทลล่า อินเทอร์เมเดีย (*Prevotella intermedia*) และ แอคติโนเมซิส วิสโคซัส

(*Actinomyces viscosus*) พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของการแสดงของชีดี86 และชีดี83 บนบีเซลล์ ดังนั้น การปะกงของแบคทีเรียในคราบจุลินทรีย์ม่าจะชักนำการเพิ่มขึ้นของการแสดงของบีเซลล์ใน หน้าที่ของบีเซลล์ในเชิงของการนำเสนอแอนติเจนสามารถตรวจสอบได้โดยใช้ *allogeneic mixed leukocyte reaction (MLR)* เมื่อกระตุ้นบีเซลล์ด้วยการเพาะเดี่ยวกับพอร์ไฟโน้ร์มแอนติเจน จินจิวัลิส หรือ แอคติโนเบซิลล์ แอคติโนไมซ์เติมคอมมิแทน เป็นเวลา 24 ชั่วโมงพบว่าบีเซลล์ที่อยู่ในภาวะ กระตุ้นนี้สามารถทำหน้าที่เป็นเซลล์นำเสนอแอนติเจนได้เป็นอย่างดีใน MLR และยังสามารถกระตุ้นบีเซลล์ให้ผลิต อินเทอเฟรอน แกมมา (Interferon gamma, IFN- $\gamma$ ) ได้ในระดับสูง และอินเตอร์ลูคิน-5 (Interleukin-5, IL-5) ในระดับต่ำ โดยสรุป แบคทีเรียที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพในเนื้อเยื่อบริทันต์สามารถ กระตุ้นบีเซลล์ให้เกิดการเพิ่มขึ้นของการแสดงของชีดี86 และชีดี83 ซึ่งจะไปร่วมมือกับการส่ง เสิร์ฟการทำงานของบีเซลล์ในการนำเสนอแอนติเจน ผลการทดลองจากการศึกษาครั้นี้สนับสนุน ความคิดที่ว่า บีเซลล์ที่แทรกซึมอยู่ในเนื้อเยื่อบริทันต์ อาจมีบทบาทเป็นเซลล์ทำหน้าที่นำเสนอ แอนติเจนในการควบคุมและคงสภาพการตอบสนองของทีเซลล์ ณ. บริเวณนั้นในโรคบริทันต์อักเสบ

โรคบริทันต์อักเสบในผู้ป่วยอายุน้อย ได้ถูกอธิบายลักษณะไว้ในรายงานการประชุมเริงปฏิบัติ การทางคลินิกบริทันตคัลส์เพื่อการวินิจฉัยโรคบริทันต์ของโลกในปี 1989 ว่าเป็นโรคที่เกิดจากการ ตอบสนองของร่างกายต่อเชื้อแบคทีเรีย ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 35 ปี และมีอัตราการทำลาย ของโครงสร้าง นอกเหนือไปจากนี้โรคบริทันต์อักเสบในผู้ป่วยอายุน้อยยังได้ถูกแบ่งออกเป็นกลุ่มโรคอยู่ ๆ 3 กลุ่มตามอายุที่เกิดโรคคือ โรคบริทันต์อักเสบก่อนเริ่มวัยเจริญพันธุ์ (Prepubertal Periodontitis) ซึ่ง เกิดในช่วงอายุก่อนวัยรุ่น โรคบริทันต์อักเสบในผู้เยาว์ (Juvenile Periodontitis) เกิดในช่วงวัยรุ่น และ โรคบริทันต์อักเสบลุกตามรวดเร็ว (Rapidly Progressive Periodontitis) ที่เกิดในช่วงอายุ 20-30 ปี แต่ อย่างไรก็ตามการแบ่งแยกโรคดังกล่าวยังมีความยุ่งยากในกรณีที่โรคอยู่ค่ากันเกี่ยวกันว่าจะเป็นโรคใดโรค หนึ่ง ด้วยอย่างเช่น การแยกโรคบริทันต์อักเสบในผู้เยาว์ลักษณะทั่วไป (Generalized EOP) ออก จากโรคบริทันต์อักเสบลุกตามรวดเร็ว ดังนั้นการปรับเปลี่ยนการแบ่งแยกโรคโดยการใช้เกณฑ์การแบ่ง ที่ละเอียดมากยิ่งขึ้นจึงถูกนำมาใช้แทน

ตามที่มีการรายงานรายงานการศึกษาและสรุปผล ในการประชุมเริงปฏิบัติการทางคลินิกบริ ทันตคัลส์ของโลกในปี 1996 เป็นที่ทราบว่าโรคบริทันต์อักเสบในผู้ป่วยอายุน้อย พบมากในกลุ่ม ประเทศที่กำลังพัฒนา และในกลุ่มประชากรผิวผ้ามากกว่าผิวขาว แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษา ความถูกของโรคในประเทศไทย ดังนั้นการศึกษานี้จึงต้องการศึกษาหาความถูกของโรคบริทันต์อักเสบ ในผู้ป่วยอายุน้อย ในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ามารักษาในคลินิกของภาควิชาบริทันตวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยใช้เกณฑ์การแบ่งโรคที่ละเอียดยิ่งขึ้น

จากผู้ป่วยของภาควิชาบริทันตวิทยาทั้งหมดที่ได้รับการตรวจ 1,723 คน พบว่าเป็นผู้ป่วยโรค บริทันต์อักเสบ 446 คน และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรคบริทันต์อักเสบที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี

จำนวน 97 คนที่ถูกนิยามศึกษาโดยการใช้ข้อมูลที่ได้จากการรักประวัติ การตรวจสภาพของอวัยวะปริทันต์ทางคลินิก และการตรวจภาพเอ็กซเรย์ทั้งปาก และให้การวินิจฉัยแยกโรคผู้ป่วยออกเป็น 4 กลุ่มย่อย ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ดังนี้ กลุ่มที่ 1 : โรคปริทันต์อักเสบในผู้เยาว์ลักษณะเฉพาะที่ (LJP) กลุ่มที่ 2 : โรคปริทันต์อักเสบหลังวัยเยาว์ (Post LJP) กลุ่มที่ 3 : โรคที่คาดเดียวว่าจะเป็นโรคปริทันต์อักเสบในผู้เยาว์ลักษณะเฉพาะที่ และโรคปริทันต์อักเสบคุกคามรุนแรง (LJP-RPP) และกลุ่มที่ 4 : โรคปริทันต์อักเสบคุกคามรุนแรง (RPP) ผลการศึกษาพบว่าความซุกของโรคปริทันต์อักเสบในผู้ป่วยอายุน้อยแบ่งตามกลุ่มย่อย 1, 2, 3 และ 4 เท่ากับร้อยละ 0.29, 0.7, 1.10 และ 0.75 ของผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบทั้งหมด ตามลำดับ หรือกล่าวโดยสรุปว่า ความซุกของโรคปริทันต์อักเสบในผู้ป่วยอายุน้อย จากผู้ป่วยโรคปริทันต์ที่เข้ามารักษาในคลินิกของภาควิชาปริทันต์วิทยาทั้งหมดมีจำนวนถึงร้อยละ 2.84 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเป็นการศึกษาในสถานศึกษา ซึ่งไม่สามารถแสดงถึงความซุกของโรคในกลุ่มประชากรส่วนใหญ่ของประเทศไทยได้ แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้อาจจะเป็นจุดเริ่มต้นของการศึกษาปัจจุบันโรคปริทันต์อักเสบในประชากรไทยที่มีอายุน้อย และเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป และที่สำคัญจะทำให้ทั้งทันตแพทย์ และผู้ป่วยเองได้ทราบถึงปัจจุบันของโรค และตรวจหาหรือพบโรคตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น เพื่อสามารถแก้ไขปัญหาได้ทันท่วงที ประหนัยด้วยใช้จ่ายและลดความยุ่งยากในการรักษา

การตอบสนองที่มากเกินกว่าปกติ (Hyper-responsiveness) ของโนในไซด์ที่มีต่อแบคทีเรียไลป์โปแล็คค่าไรด์ (LPS) ได้ถูกตั้งเป็นสมมุติฐานถึงความเกี่ยวข้องกับความรุนแรงของโรคบริทันต์ (Offenbacher และ Salvi, 1999) โดยเฉพาะรายงานที่ว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีความไวต่อการเป็นโรคบริทันต์ อักเสบ เช่น ผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบที่มีอายุน้อยจะมีสารที่หลังจากโนในไซด์ในระดับสูง เช่น โพรสต้า แกลนดิน (Prostaglandins) การศึกษาในครั้งนี้ whole blood assay ได้ถูกนำมาใช้ในการวิเคราะห์ ภาวะการกระตุ้นของโนในไซด์ หลังจากการกระตุ้นด้วย LPS ที่สกัดจากพอร์ไฟโนในแนส จินจิวัลลิส (*P. gingivalis* LPS) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคบริทันต์อักเสบที่มีอายุน้อย โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 30-50 ปี ที่แข็งแรง (อายุ และเพศตรงกันเป็นคู่) จำนวนกลุ่มละ 17 คน กลุ่มผู้ป่วยโรคบริทันต์อักเสบที่มีอายุน้อยถูกเจาะเลือดในช่วงระยะคงสภาพ (maintenance phase) ใน whole blood culture เมื่อใช้ ความเข้มข้นต่างๆ กันของ *P. gingivalis* LPS (1, 3, 10 ng/ml) กระตุ้น ผลการแสดงออกของโค-สติ müล่าทอร์โนเลกุลูบันโนในไซด์ถูกวิเคราะห์ด้วยฟลูโตริเมต์ร์ และปริมาณสารที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบ ที่หลังออกมานูกวัดด้วยอิโซไลซ่า (ELISA) รวมทั้งการแสดงออกของซีดี69 เครื่องหมายภาวะกระตุ้นใน ช่วงแรก บันเซลล์เอ็นเค (NK cells) และแคมม่าเดลต้าทีเซลล์ ( $\gamma\delta$  T cells) ได้ถูกวิเคราะห์เช่นกัน ผล การทดลองพบว่าทั้งสองกลุ่มทดสอบ การกระตุ้นด้วย *P. gingivalis* LPS นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของการ แสดงออกของโค-สติ müล่าทอร์โนเลกุล ซีดี40 ซีดี80 ซีดี86 บันโนในไซด์ การเพิ่มขึ้นของซีดี69 บันเซลล์ เอ็นเค และแคมม่าเดลต้าทีเซลล์ ซึ่งการเพิ่มขึ้นนี้เป็นไปตามความเข้มข้นของ *P. gingivalis* LPS โดย

ทั่วไปพบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบที่มีอายุน้อยมีการแสดงออกของโมเลกุลเหล่านี้น้อยกว่ากลุ่มที่มีอายุระหว่างปริทันต์ที่แข็งแรง และความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญพบที่การแสดงออกของซีดี80 บันโนในไซด์ ส่วนการหลั่งสารโพรสต้าแอกลูติน-อี2 (PGE2) และอินเทอร์กูคิน-1 เมต้า (IL-1 $\beta$ ) จากกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่แตกต่าง โดยสรุปผลการทดลองโดยใช้ whole blood assay ชิ้งน่าจะคล้ายคลึงกับสภาวะในร่างกาย บ่งว่า การตอบสนองที่มากเกินกว่าปกติของโมโนไซด์ที่มีต่อความรุกรานของแบคทีเรีย ไม่น่าที่จะเป็นตัวกำหนดปัจจัยของการเกิดโรคปริทันต์อักเสบในผู้ป่วยอายุน้อย

## I. B CELL STUDY

รอยโรคบริหันต์อักเสบประกอบด้วยเซลล์ที่แทรกซึมจำเพาะที่เซลล์, บีเซลล์ และเม็ดโคฟัส จำนวนมาก ซึ่งเป็นเซลล์ที่อยู่ในภาวะถูกกระตุ้น (Seymour et al., 1993; Seymour 1987) บีเซลล์เป็นเซลล์หลักในรอยโรคบริหันต์ร่วมกับแบคทีเรียที่ทำให้เกิดโรคปรหันต์ชนิดติดสีแกรมลบจำเพาะ พอร์ไฟโรโนแแนส จินจิวัลิส, แอคติโนบาริลลส์ แอคติโนเมซิเตเมคอมิแทนส์, แบคทีริอยเดส์ พอร์ไฟริชส์ (Gemmell and Seymour, 1991; Ishikawa et al., 1997) การกระตุ้นบีเซลล์หลายๆ กลุ่มซึ่งถูกขักนำโดยแบคทีเรียที่ทำให้เกิดโรคนั้นถือว่าเป็นกลไกที่เป็นไปได้ของการที่พบบีเซลล์เป็นเซลล์หลักในรอยโรค (Blick et al., 1981; Tew et al., 1989) การศึกษาวิจัยของกลุ่มผู้ร่วมวิจัยเมื่อเร็วๆ นี้ (Champaiboon et al., 2000) ได้แสดงให้เห็นถึงบทบาทพิเศษของไซโตคายน์ อินเตอร์กูคิน-10 ซึ่งถูกรายงานว่ามีการพนเป็นจำนวนมากในรอยโรคบริหันต์อักเสบ (Aramaki et al., 1998; Salvi et al., 1998; Yamazaki et al., 1997) ในการสังเคราะห์ย่างมีนัยสำคัญของการทำให้เกิดการเพิ่มจำนวนบีเซลล์เมื่อได้รับการเสนอพร้อมกับพอร์ไฟโรโนแแนส จินจิวัลิส เท่ากับว่าการที่บีเซลล์เป็นเซลล์ส่วนใหญ่ของระบบภูมิคุ้มกันที่มีการแทรกซึมเข้ามาในรอยโรคบริหันต์อักเสบนั้น ยังไม่มีการศึกษาวิจัยถึงความเป็นไปได้อย่างแน่นอน เกี่ยวกับบทบาทของบีเซลล์ในการดำเนินของโรค

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาส่วนมากมุ่งความสนใจไปที่บทบาทการควบคุมระบบภูมิคุ้มกันของบีเซลล์ต่อการดำเนินของโรค ข้อมูลเกี่ยวกับการตอบสนองของกลุ่มที่เซลล์เปอร์เซลล์ (ทีเซลล์เปอร์-1 กับทีเซลล์เปอร์-2) ในบริเวณรอยโรคที่มีการอักเสบยังคงมีความชัดแย้งกันอยู่ (Gemmell et al., 1997) หากแต่ว่าเป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางว่างานเกี่ยวกับความไม่สมดุลย์ของการตอบสนองของบีเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการผลิตไซโตคายน์ แคมป์อาอินเตอร์เฟียรอน, อินเตอร์กูคิน-6, อินเตอร์กูคิน-10 และอินเตอร์กูคิน-13 จำนวนมาก ในการดำเนินของโรค (Aramaki et al., 1998; Fujihashi et al., 1993; 1996; Prabhu et al., 1996) การริเริ่มและการควบคุมการตอบสนองของบีเซลล์ถูกควบคุม โดยกระบวนการเสนอแอนติเจน (Bretscher, 1992) อย่างไรก็ตามการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับบีเซลล์ที่ทำหน้าที่ในการเสนอแอนติเจนในโรคบริหันต์ยังมีการสำรวจไม่เพียงพอ ในอดีตได้เรื่อว่าแลงกากายานส์เซลล์, เคลล์ลาตินไซต์ในอิพิเทอเนลล์ยมบริเวณซองปากเห็นเดียวกับเม็ดโคฟัสในเนื้อเยื่อเนื้อกันหนาทเป็นสมมุติเซลล์ที่ทำหน้าที่ในการเสนอแอนติเจนเฉพาะที่ (Crawford et al., 1989; Seymour et al., 1988; Suchett-Kaye et al., 1998; Tonetti et al., 1993; Walsh et al., 1985) บีจูบัน្តภาวะที่ถูกกระตุ้นของบีเซลล์ที่ทำหน้าที่ในการเสนอแอนติเจนเกี่ยวข้องกับการเพิ่มรึ่นของการแสดงโค-สติมูลาให้ริโนเลกุล (ซีด40, ซีด80 และซีด86) เป็นปัจจัยหลักต่อการก่อเกิดและควบคุมการตอบสนองของบีเซลล์ที่เหมะสม (Bretscher, 1992; Hathcock et al., 1994; Schwartz, 1989) ด้วยเหตุนี้จุดมุ่งหมายของงานวิจัยนี้คือการศึกษาการแสดงออกของโค-สติมูลาให้ริโนเลกุล และซีด83 (เครื่องหมายสำหรับเดนได

ติคเซลล์ที่โตเต็มที่)เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจต่อเซลล์ที่ทำหน้าที่ในการเสนอแอนติเจน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการกำหนดและสนับสนุนการตอบสนองของที่เซลล์ในรายโรคปิริทันต์อักเสบ

งานวิจัยชิ้นนี้กำลัง *in press* ใน *the Journal of Periodontal Research* และ *manuscript* รวมทั้งเอกสารอ้างอิงแนบไว้ในภาคผนวก

## II. HUMAN GINGIVAL FIBROBLAST (HGF) STUDY

1. Established 11 HGF lines (2<sup>nd</sup> report, January 2001)
2. Heterogeneity in terms of different levels of mCD14 expression on HGF were observed and some lines showed no expression of mCD14 (2<sup>nd</sup> report).
3. Plaque bacterial DNA: *Actinomyces viscosus*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, and *Bacteroides forsythus* were prepared (2<sup>nd</sup> report).
4. Expression of co-stimulatory molecules (CD40, CD80 and CD86) and HLA-DR on HGF was analyzed by flow cytometry after stimulation with different plaque bacterial DNA. *A. viscosus*, *A. actinomycetemcomitans*, *P. gingivalis*, and *B. forsythus* and *E. coli* DNA did not significantly induce expression of co-stimulatory molecules and HLA-DR on HGF as compared with negative control (3<sup>rd</sup> report, June 2001).
5. Check the purity of bacterial DNA preparation. *A. viscosus*, *A. actinomycetemcomitans*, *P. gingivalis*, and *B. forsythus* DNA were sent to Thai Can Biotech Co., Ltd. for analysis of LPS contamination by the method of Limulus amebocyte lysate (LAL) assay. The results are shown in the table.

*LPS contamination in bacterial DNA preparation*

Sample	LPS contamination (EU/ml)
<i>P. gingivalis</i> DNA	9098
<i>A. actinomycetemcomitans</i> DNA	< 10 <sup>6</sup>
<i>A. viscosus</i> DNA	4.3
<i>B. forsythus</i> DNA	1.65

As can be seen, high concentrations of LPS in *P. gingivalis* and *A. actinomycetemcomitans* DNA preparation, the key pathogens of our study, were found. Such concentrations of LPS were too high to remove.

6. Due to the problem of LPS contamination with our bacterial DNA preparation, we decided to check if HGF lines could be activated by CpG ODN. CpG ODN 2006 is well known as potent immunostimulants for human cells.

*Methods for CpG ODN 2006 preparation*

Modified, Nuclease resistant, phosphorothioate ODN 2006 (TCGTCGTTTGTCGTTTGTCGTT) was kindly provided by Dr A.M. Krieg, the Coley Pharmaceutical Group (Wellesley, MA). The ODN 2006 contained four CpG motifs. CpG ODN 2006 was diluted in TE buffer (10 nM Tris-HCl, 1 mM EDTA, pH 8) using pyrogen-free reagents. CpG ODN 2006 preparation was tested for endotoxin using the LAL-assay (BioWhittaker, Walkersville, MD). The lower limit of detection of the LAL-assay in our laboratory was 0.03 EU/ml. Endotoxin level in CpG ODN 2006 preparation was <0.075 EU/ml.

*CpG ODN 2006 stimulated HGF culture*

$10^5$  cells/ml of HGF were cultured in 24-well culture plate with RPMI-1640 supplemented with 10% heat inactivated fetal bovine serum, 40  $\mu$ g/ml gentamycin and 2.5  $\mu$ g/ml fungizone at 37 °C under humidified atmosphere of 5% CO<sub>2</sub> in air until confluent monolayer had formed. The HGF were treated or untreated with CpG ODN 2006 for 72 h. The culture supernatants were also collected and stored at -80 °C for analysis of IL-6 production.

The results are shown in the following table

Stimulant	IL-6 (pg/ml)
Negative control	866
10 $\mu$ g/ml CpG ODN2006	829
40 $\mu$ g/ml CpG ODN2006	829

Due to the negative findings, we therefore consider not to further investigate our HGF study.

### III. PREVALENCE OF EOP STUDY

Periodontitis is the disease that presents of gingival inflammation and destruction of the periodontium to the root surface. It has been recognized for the several years that the manifestation of periodontitis differs among patients relative to the age of onset of disease, rate of disease progression, and distribution of periodontal lesions. The consensus report on periodontal diagnosis presented at the 1989 World Workshop in Clinical Periodontics described five distinct groups: Adult periodontitis, Early-onset periodontitis, Periodontitis associated with systemic disease, Necrotizing ulcerative periodontitis and Refractory periodontitis. Early-onset periodontitis (EOP) was defined of age of onset usually prior to 35 years, rapid rate of progression of tissue destruction, manifestation of defects in host defense and composition of the associated flora different from that of Adult periodontitis. It was subdivided into three age-related diseases termed Prepubertal periodontitis (disease initiation before puberty), Juvenile periodontitis (disease initiation between puberty and late teenage), and Rapidly progressive periodontitis (disease initiation in the early to late 20s).

*Prepubertal periodontitis (PP)* described the earliest attachment loss observed around deciduous or permanent teeth. It is quite rare. It occurs in localized and generalized forms, with the generalized form being most frequently associated with systemic disorder for examples Type I diabetes mellitus, Papillon-Lefvre syndrome, Leukocyte adhesion deficiency, hypophosphatasia, etc.

*Juvenile periodontitis (JP)* could be found in localized and generalized forms. The familial distribution is prominent. The localized form of juvenile periodontitis (LJP) has received considerable attention because of the unique clinical features of molar and incisor lesions, association with the periodontal pathogens *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (Aa), and abnormalities of neutrophil function. Frequently the LJP patients present good oral hygiene, minimal plaque or gingival inflammation.

*Rapidly progressive periodontitis (RPP)* is commonly found associated with significant plaque and calculus. Most of the teeth in the RPP patient are affected. The familial distribution is not as prominent. *Porphyromonas gingivalis* rather than Aa seems to be predominant in the plaque flora in the RPP group.

However, there is an area of concern in the classification of EOP. It lies in the differentiation of generalized juvenile periodontitis (GJP) and RPP. Such difficulties to distinguish between these two groups have often been reported (Ranney, 1993; Novak and Novak, 1996). For examples, some cases of EOP start with a localized pattern of destruction and apparently progress to generalized involvement with time. Yet other cases seem to start with a generalized pattern. Among the generalized cases, the American Academy of Periodontology recognizes a distinction between GJP and RPP based in part on age of onset. However, efforts to identify age of onset in the studies of EOP have not been easy to do so, considering that age at diagnosis can differ substantially from age of onset. Furthermore, some studies even considered the possibility that GJP and RPP may represent similar diseases manifesting at different ages (Novak and Novak, 1996) Therefore, a revised criteria of EOP classification would now be required. The criteria age of 40 instead of 35 years old was used in this study because the patients in Thailand came to see the dentist quite late or only when they thought of having diseases.

In 1995, Professor Ji Choi from Department of Periodontology, Faculty of Dentistry, Pusan University, Korea asked the former head of the Department of Periodontology, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University for collaborative research regarding epidemiological data of EOP patients in Thailand. Therefore, we carried out the project by screening periodontal patients at Chulalongkorn dental school during 1996-1997.

## **Materials and Methods**

### **Subjects**

Prospective screening of periodontal status had been performed on 1799 periodontal patients who had entered the Periodontal Clinic, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University during the school year of 1996 (May 1996 – March 1997). 76 of these patients could not participate the study and were excluded from the data. Finally, data from total 1723 periodontal patients was analyzed. The patients diagnosed of periodontitis and under or equal 40 years of age were taken for full mouth clinical examination and radiographic interproximal bone levels. Then the patients were subdivided into one of four subgroups by using revised clinical scales depending on disease destruction patterns according to criteria the modification of Choi et al. (personal communication) and Potter (1989) as follow. Patients whose bone destructive pattern did not fall into any of these

subgroup categories had further been designated as having either early or moderate adult periodontitis.

### **General rules of agreement**

1. All criteria are based primarily upon the clinical examination and radiographic interproximal bone level measurements of all the teeth present.
2. The first molar should be present in at least one quadrant and the total number of remaining teeth should be greater than 25.
3. Patients of the same ethnic origin should be screened.

#### *Subform I: Distinct LJP Pattern (LJP Pattern)*

1. 12-25 years of age
2. maintained localized fashion of classical LJP: first molars and/or incisors
3. at least one first molar should be involved with attachment loss more than or equal to 5 mm.
4. Amounts of plaque and calculus, bleeding on probing (BOP), and gingival redness may be variable

#### *Subform II: Slightly and slowly disseminating Pattern (Post-LJP Pattern)*

1. starting age may be higher than LJP, extending up to the late 30's (20-40 years old)
2. very slow disseminating into neighbouring teeth (from first molars/incisors to second molars and canines/premolars)
3. number of involved adjacent teeth limited to 1 or 2 per quadrant, and the attachment loss of involved sites should be less than 5 mm.
4. Strongly maintained characteristic LJP pattern of bone destruction
5. Calculus, plaque, BOP, redness variable

#### *Subform III: Generalized and Rapidly Disseminating Pattern (LJP-RPP Pattern)*

1. Strongly maintained characteristic LJP pattern of bone destruction
2. Dissemination into more than two neighboring teeth per quadrant with attachment loss more than or equal to 5 mm.
3. Progression severe and rapid resulting in the generalized pattern of bone destruction and attachment loss
4. Age may be higher than subform I extending up to the late 30's (20-40 years)
5. Differences from a distinct RPP pattern (subform IV);

- a) clearly demonstrated LJP pattern of involvement (first molar/incisor pattern)
  - b) high possibility of this form being a rapid deterioration of localized forms (subform I and II)
6. Calculus, plaque, BOP, redness variable

***Subform IV: Distinct RPP Pattern***

- 1. Generalized severe bone destruction
- 2. Localized first molar/incisor pattern not easily recognized
- 3. Either the result of rapid aggravation of subforms I,II,III or may be completely different in the nature of progression
- 4. Clearly demonstrated rapidity of progression by involvement pattern
- 5. Missing canines/premolars demonstrated with age (up to the late 30's)
- 6. Calculus, plaque, BOP, redness variable

**Results**

Among the total of 1,723 screened patients of the same ethnic, 446 patients were diagnosed of having periodontitis. Within total periodontitis patients, 97 patients (48 male and 49 female) were under or equal the age of 40 (age range 20-40) and were 32.97 mean of age. They were fully accessible for their clinical and full mouth intraoral radiographic data. Of these 97 patients, 20 (20.62%) patients had lost more than three first molars and hence could not be classified into any subgroups. Consequently, the radiographic data of 77 patients were examined to confirm the diagnosis from clinical data. When the clinical data was not compatible with the age criteria, the diagnosis would be depended upon clinical characteristic. 5 patients (5.15%) were classified into subform I (LJP pattern), 12 patients (12.37%) were classified into subform II (Post-LJP pattern), 19 patients (19.59%) were classified into subform III (LJP-RPP pattern) and 13 patients (13.40%) were classified into subform IV (RPP pattern), respectively. The remaining 28 patients (28.87%) did not fall into any of the four disease categories and then were diagnosed as having either early or moderate Adult periodontitis (AP) (Table1). The prevalence of each subform I, II, III and IV of EOP comprised 1.12, 2.69, 4.26 and 2.91% of total periodontitis patients (446) and 0.29, 0.70, 1.10 and 0.75% of total periodontal patients (1723), respectively (Table 1). EOP, taken as a whole, comprised 10.98% of total periodontitis patients



and 2.84% of total periodontal patients. The distribution of age and gender of each subform of EOP was also shown (Table 2).

**Table 1** : Numbers and proportions of patients classified into each EOP subform and AP, respectively.

Total periodontal patient number who could be determined	1723			
Total periodontitis patient number	446 (25.88%)			
Aged ≤ 40 years	97	(21.75%)		
Aged > 40 years	349	(78.25%)		
Total ≤ 40 year-old periodontitis patient number		97		
Subform I (LJP)	5	(5.15%)*	1.12%**	0.29%***
Subform II (Post-LJP)	12	(12.37%)	2.69%	0.70%
Subform III (LJP-RPP)	19	(19.59%)	4.26%	1.10%
Subform IV (RPP)	13	(13.40%)	2.91%	0.75%
AP	28	(28.87%)	6.28%	1.60%
Unclassify <sup>#</sup>	20	(20.62%)	4.48%	1.16%

\* proportions (%) relative to ≤ 40 year-old periodontitis patients (97)

\*\* proportions (%) relative to total periodontitis patients (446)

\*\*\* proportions (%) relative to total periodontal patients (1723)

# patients who could not be classified due to loss of first molar more than three

**Table 2 : Distribution of age and gender of four subforms EOP, Adult Periodontitis (AP) and unclassify group**

Subform	Number of patient	Gender		Age range (year)	Mean of age (year)
		Male	Female		
I	5	3 (60%)	2 (40%)	25 – 34*	28.4
II	12	7 (58.33%)	5 (41.67%)	20 - 38	30
III	19	11 (57.89%)	8 (42.11%)	21 – 40	34
IV	13	7 (53.85 %)	6 (46.15%)	24 – 39	34.69
AP	28	9 (32.14%)	19 (67.86%)	21 – 40	33.21
Unclassify	20	11 (55.0%)	9 (45.0%)	21 – 40	33.45

\* Discussed in conclusion

#### **Discussion and Conclusions**

As mentioned before, 1989 World workshop in Clinical Periodontics have divided EOP patients into 3 groups (The American Academy of Periodontology, 1989). This seems to be quite crude to classify the disease manifestation into extreme ends, in particular LJP and RPP. Thus we could frequently overlook the borderline of diseases that overlap one another. In this study, revised clinical criteria was used to classified the early onset periodontitis patients into more precise form with homogenous subgroups and might enable us to look into how these subgroups may develop from one to another. This criteria used older age of onset than usual due to patient's late seeking for treatment in developing country. As shown in Table 2, all 5 patients diagnosed of EOP subform I had exact clinical characteristic of LJP pattern but age range was 25-34 years old which were older than the age criteria of this subform. This result showed that using only age-based criteria to classify the disease is not acceptable and this was confirmed by recent change of classification of periodontal diseases by the American Academy of Periodontology 1999 (Armitage, 1999). To compare the prevalence of EOP with other studies is difficult since prevalence of Juvenile periodontitis was usually studied instead of EOP because of disease homogeneity (prevalence of LJP range from 0.1-15%) (The American Academy of Periodontology, 1996). Furthermore, several authors have examined the

distribution of EOP in various population, race, different age range by a number of different methods and criteria. As evidences shown, the prevalence of EOP is different in race for example, African-American adolescents have higher prevalence of EOP than Hispanic and relative low prevalence in white adolescents (Albander, 1997). Even the prevalence of EOP patients found in this study was 2.84% which was quite consistent with prevalence of the United States national survey during the 1986-1987 school year of 2.7-4.0% prevalence of EOP (Albander, 1997). Nevertheless, when comparing to Thailand national oral health survey of year 1995 of 5.8% of periodontitis in the age group of 17 to 19 years old, the prevalence of EOP in this study was quite low. This might be because of differences in criteria and methods of disease assessment. In the national oral health survey, CPITN system and having probing depth more than 3 mm. were used while full mouth attachment level with radiographic data and having attachment loss more than or equal to 5 mm. were required for this study. When those results were compared to study of Choi which used the same criteria, the prevalence of EOP from total periodontitis patients were quite similar (10.98% and 14.5% respectively). Due to using full mouth clinical and radiographic examination required in this study, survey in large population could not be possible. So the results from this study could not represent the prevalence of EOP in whole Thai population, however, it might be useful to give baseline data for further study in this specific patient group especially in Thailand.

## References

1. The American Academy of Periodontology. *Proceedings of the World Workshop in Clinical Periodontics*. Chicago: The American Academy of Periodontology; 1989.
2. Ranney,RR. Classification of periodontal diseases. *Periodontology 2000* 1993; 2: 13-25.
3. Novak,MJ and Novak,KF. Early onset periodontitis. *Curr Opin Periodontol* 1996; 3: 45-58.
4. Papapanou,PN. Periodontal diseases: Epidemiology. In: *Annals of Periodontology*, 1996 World Workshop in Periodontics. Published by the American Academy of Periodontology 1996;1-36.
5. The Forth National Oral Health Survey, Thailand, 1995 Dental Health Division. Department of Health, Ministry of Public Health published by Dental Health Division.
6. Loe,H and Brown,LJ. Early-onset periodontitis in the United States of America. *J Periodontol* 1991; 62: 608-616.
7. Choi,Jl, Kim,JH, Choi,KS, and Kim,SJ. Revision of early-onset periodontitis into homogeneous phenotypic subsets. Submitted for publication.
8. Potter,RH. (1989) Etiology of periodontitis: The heterogeneity paradigm. *J Periodontol* 60:593-597.
9. Armitage,GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Annal Periodontol* 1999; 4: 1-6.
10. The American Academy of Periodontology. Periodontal diseases of children and adolescents. *J Periodontol* 1996; 67: 57-62.
11. Albander JM, Brown LJ and Loe H. Clinical features of early-onset periodontitis. *J Am Dent Assoc* 1997; 128: 1393-1399.

#### **IV. IMMUNE ACTIVATION IN EOP STUDY**

The difference among people in terms of the nature of the immunoinflammatory response is a potential determinant of the variability in the expression of periodontal disease observed within the population. The current concepts of pathogenesis have extended the model from a plaque-dominated process to one which the host response emerges as the dominant effect modifier in disease expression. Recent molecular and cellular data have improved our understanding of the inflammatory and immune mechanisms that result in the destruction of connective tissue, including periodontal ligament and bone. This sequence can be considered a pathway that is common to most forms of disease but is activated or inhibited to varying degrees by various components of the host response and exposure factors. Offenbacher's group (Offenbacher et al., 1993, Salvi et al., 1998, Offenbacher and Salvi, 1999) have been hypothesized that the pathogenic pathway of periodontal disease that links microbial exposure to connective tissue destruction may involve monocytic activation. Patients who develop severe periodontitis such as EOP tend to show hyper-responsiveness of monocytes to secrete inflammatory mediators e.g. Prostaglandins (PG).

Assessing immune cell function or activation *in vitro* is frequently conducted by tedious isolation of peripheral blood mononuclear cells (PBMC) that are exposed to antigens or mitogens and then assessed for blastogenesis or activation such as cytokine production (Pichyangkul et al., 2001). It is now known that such isolated cells are at some degrees of activation before adding into cultures. Early studies in EOP patients have shown the increase PGE2 production from PBMC or adherent monocyte cultures after LPS stimulation as compared with healthy periodontal subjects (Garrison and Nichols, 1989, Shapira et al., 1994, Salvi et al., 1998). At present, a far more convenient alternative to PBMC assays is the whole blood culture, prepared by diluting whole blood with culture media, exposing the culture to the substance of interest, and then conducting immune assays. Indeed, modifications of this technique in many laboratories allow for increased throughput. Here, we investigated an *in vitro* rapid and sensitive human whole blood assay, combined with flow cytometry for assessing the immune activation by *P.gingivalis* LPS on monocytes, NK cells and  $\gamma\delta$  T cells and production of inflammatory mediators, IL-1 $\beta$  and PGE2.

## Materials and Methods

### Subject selection

All subjects in good general health (free of any systemic diseases), with minimum of 20 teeth, were asked to participate in the study. There were 17 pairs of EOP patients and healthy periodontal subjects (age and sex matched). Age range of both groups were 20-40 with mean age of 28. There were 5 males and 12 females in each group. Healthy periodontal group had no or mild gingival inflammation and no history of periodontitis. The EOP group were in maintenance care at the time of their blood donation and showed good clinically healthy gingiva or other wise mild gingivitis on a reduced by stable periodontium. The diseased group had history of EOP with the homogenous subform of severe generalized periodontitis. With the past periodontal illnesses, each patient revealed that at least 30% of the sites were affected with at least 5mm clinical loss of attachment and generalized loss of supporting alveolar bone were evident by periapical radiographs. These patients had already received proper periodontal treatment (hygienic phase and /or corrective phase) at periodontal clinic, Faculty of dentistry, Chulalongkorn University. All participants denied having taken any antibiotic or anti-inflammatory drugs over the last 2 months. The entire study population consisted of Thais.

### *Porphyromonas gingivalis* LPS

Highly purified *P.gingivalis* LPS was a gift from Dr R.E. Schifferle (SUNY at Buffalo, School of Dental Medicine, Department of Oral Biology, NY). LPS was isolated from the phenol-water extract of *P.gingivalis* 381 as described by Schifferle et al. (1989) and separated from polysaccharide by Sephadex S-400 HR chromatography. To eliminate nucleic acid contamination, the LPS preparation was treated with ribonuclease A (0.02mg/ml, 58 U/mg, Sigma) and to eliminate protein and exogenous nuclease contamination, the LPS preparation was treated with Pronase (0.05mg/ml, 45 U/mg, Calbiochem, San Diego, CA).

### Monoclonal antibodies

Monoclonal antibodies (mAbs) used are listed in table below.

MAbs	Photochrome	Populations	Supplier
CD14	PE, PC5	Monocytes	Becton-Dickinson (San Jose, CA)
CD56	FITC, PE	NK cells	Becton-Dickinson (San Jose, CA)
$\gamma\delta$ TCR	FITC, PE	T cell subset	Becton-Dickinson (San Jose, CA)
CD40	FITC	Co-stimulatory molecule	PharMingen (San Diego, CA)
CD80	FITC	Co-stimulatory molecule	PharMingen (San Diego, CA)
CD86	FITC	Co-stimulatory molecule	PharMingen (San Diego, CA)
CD69	FITC, PE	Activation antigen	PharMingen (San Diego, CA)
Mouse isotype control	FITC, PE	-	PharMingen (San Diego, CA)

### Whole blood assay

10 ml heparinized peripheral blood was obtained from healthy periodontal subjects (n=17) and EOP patients (n=17) (age and sexed matched). The heparinized whole blood was diluted (1:1) with RPMI-1640 medium containing 2mM L-glutamine, 1mM sodium pyruvate, 80  $\mu$ g/ml of gentamycin (Gibco Lab, Grand Island, NY). Diluted blood was incubated with various concentration of *P. gingivalis* LPS (0, 1, 3, 10 ng/ml) in 24 wells plate at 37 °C with 5% CO<sub>2</sub>. After 48 h culture, cells were collected for assessment of immune activation by flow cytometry and the supernatants were also collected and stored at -80 °C for further analysis of IL-1 $\beta$  and PGE2 production.

### Flow cytometry

Whole blood cells incubated with *P. gingivalis* LPS at various concentration (0, 1, 3, 10 ng/ml) were aliquoted and then stained for 30 min at room temperature (RT) with one of six mAb combination : 1). mouse isotype control 2). anti-CD14 (PE) and anti-CD40 (FITC) 3). anti-CD14 (PE) and anti-CD80 (FITC) 4). anti-CD14 (PE) and anti-CD86 (FITC) 5). anti-CD56 (PE) and anti-CD69 (FITC) 6). anti- $\gamma\delta$ -T cells (PE) and anti CD 69 (FITC)

The stained blood cells were treated with red blood cell lysing solution (FACS Lysing Solution, Becton-Dickinson, San Jose, CA) for 10 min at RT in the dark. The cells were washed in phosphate-buffered saline (PBS) and then reconstituted in 1% paraformaldehyde.

For monocytes and NK, 1,000 cells were analyzed using four-color flow cytometry (FACSCalibur, Becton-Dickinson, Mountain View, CA). CD14+, CD56+ cells and  $\gamma\delta$  T cells were gated as monocytes, NK cells and  $\gamma\delta$  T cells, respectively, and then analyzed for expression of CD40, CD80, CD86 and CD69. Results were expressed as either mean fluorescence intensity (MFI) or percent positive cell.

#### Measurement of IL-1 $\beta$ and PGE2 production

Supernatant levels of IL-1 $\beta$  and PGE2 were measured using commercially available ELISA kits (R&D Systems, Minneapolis, MN). The sensitivity of IL-1 $\beta$  and PGE2 measurement were 1 and 36.2 pg/ml, respectively

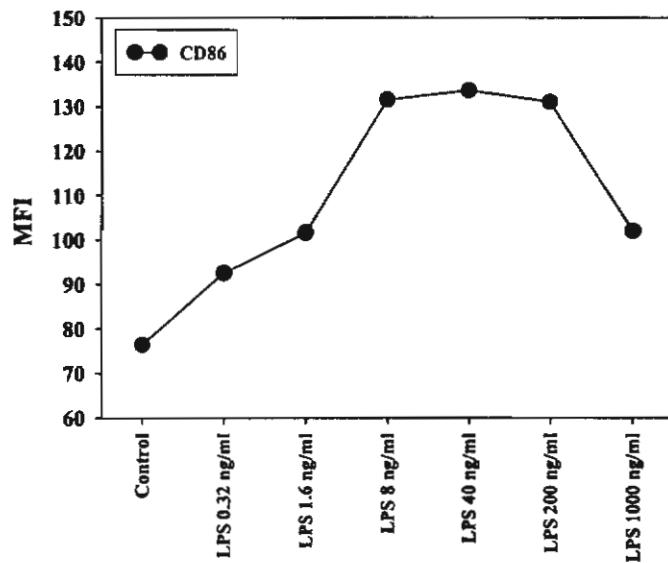
#### Statistical Analysis

Data was analyzed using SigmaStat (Jandel Scientific, San Rafael, CA). The Student's paired *t* test was used for parametric data and the Mann-Whitney rank sum test was used for non-parametric data. P values of 0.05 or less were considered significant.

## **Results**

### **1. Dose-response assessment of *P.gingivalis* LPS-stimulated monocytes in whole blood culture.**

Whole blood cultures were stimulated with different concentrations of *P.gingivalis* LPS (0.32, 1.6, 8, 40, 200, 1,000 ng/ml) for 48 h. The expression of CD86 on monocytes were analyzed by flow cytometry. From the results, the concentrations of *P.gingivalis* LPS at 1, 3, 10 ng/ml were used throughout the experiments (Fig .1).



**Fig.1 Dose-response assessment of *P.gingivalis* LPS-stimulated monocytes in whole blood culture.**

### **2. Comparison of whole blood and PBMC assays for assessment of *P.gingivalis* LPS - induced cell activation.**

Fig. 2 depicts a comparison of the whole blood versus the PBMC culture assays after incubation with *P.gingivalis*-LPS (1, 3, 10 ng/ml) for 48h. Cells were analyzed for CD40, CD86 expression on monocytes by flow cytometry. This figure shows a representative result from two experiments. Up-regulation of CD40 and CD86 expression on monocytes in whole blood assay was higher than PBVMC assay at all concentrations of *P.gingivalis* LPS used. This data suggest that whole blood assay is more sensitive than PBMC assay.

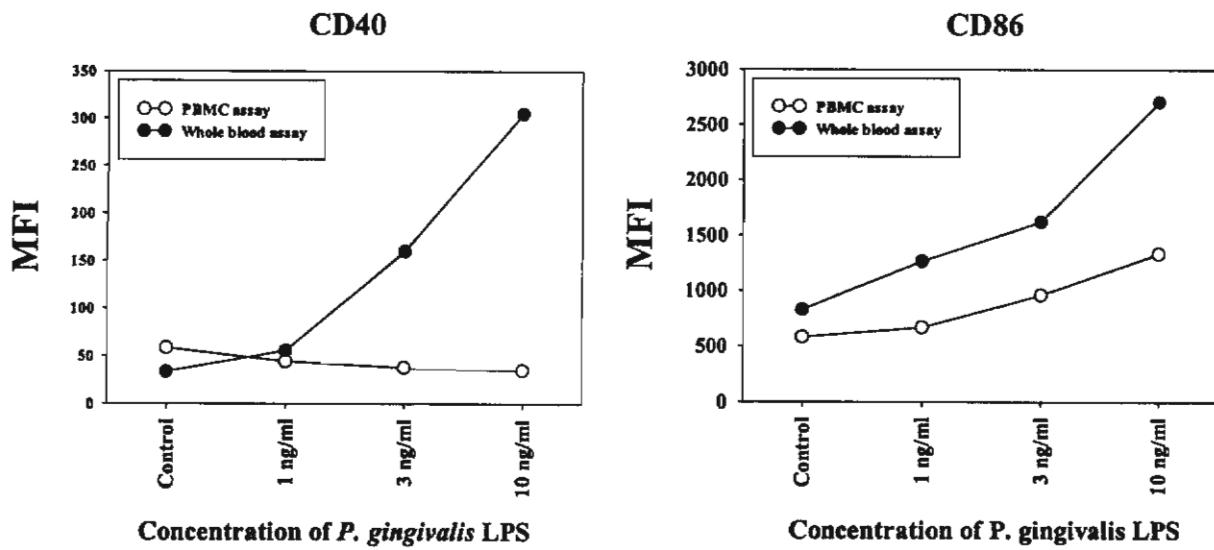
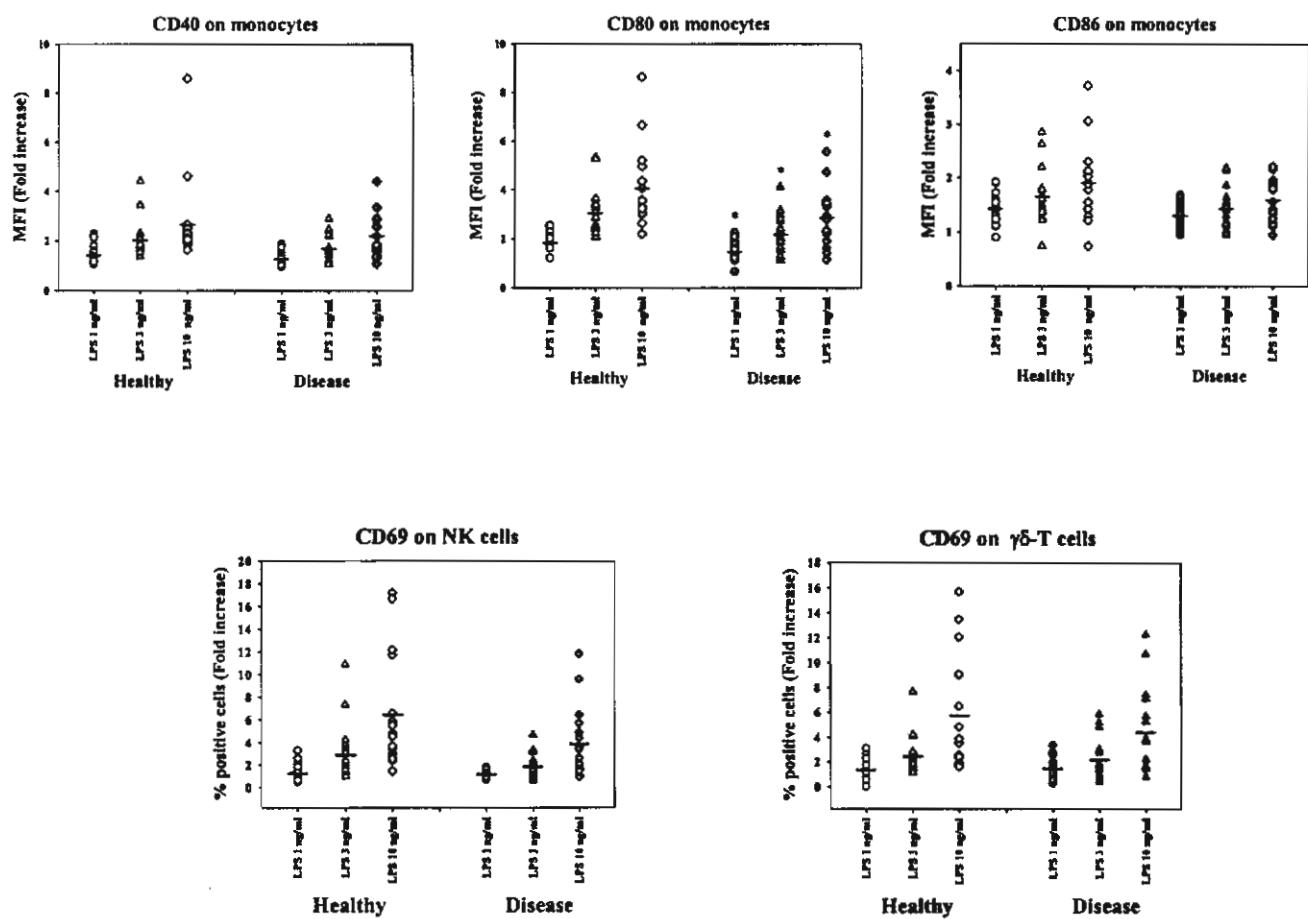


Fig.2 Comparison of whole blood and PBMC assays for assessment of *P.gingivalis* LPS-induced cell activation.

### 3. EOP and healthy periodontal subject blood response after incubation with *P.gingivalis* LPS.

Whole blood assays using EOP and healthy periodontal subjects were incubated with *P.gingivalis* LPS at 1, 3, 10 ng/ml for 48 h and then assessed for immune cell stimulation. Each symbol represents an individual blood donor. Horizontal lines are means of MFI (mean fluorescence intensity) (n=17. CD40, CD86 expression on monocytes, CD69 expression on NK cells and  $\gamma\delta$  T cells in EOP patients was lower than healthy periodontal subjects but no statistically differences was found. CD80 expression on monocytes was significantly lower at all tested *P.gingivalis* LPS concentrations in the EOP group (\*P<0.05, Student's paired t-test) (Fig. 3).



*Fig. 3* EOP and healthy periodontal subject blood response after incubation with *P.gingivalis* LPS. Expression of co-stimulatory molecules (CD40, CD80 and CD86) on monocytes, CD 69 on NK and  $\gamma\delta$  T cells were measured by flow cytometry.

After 48 hour incubation, culture supernatants were collected and analyzed for IL-1 $\beta$  and PGE2 (n=17). No differences in IL-1 $\beta$  and PGE2 production was observed among EOP patients and healthy controls (Fig. 4).

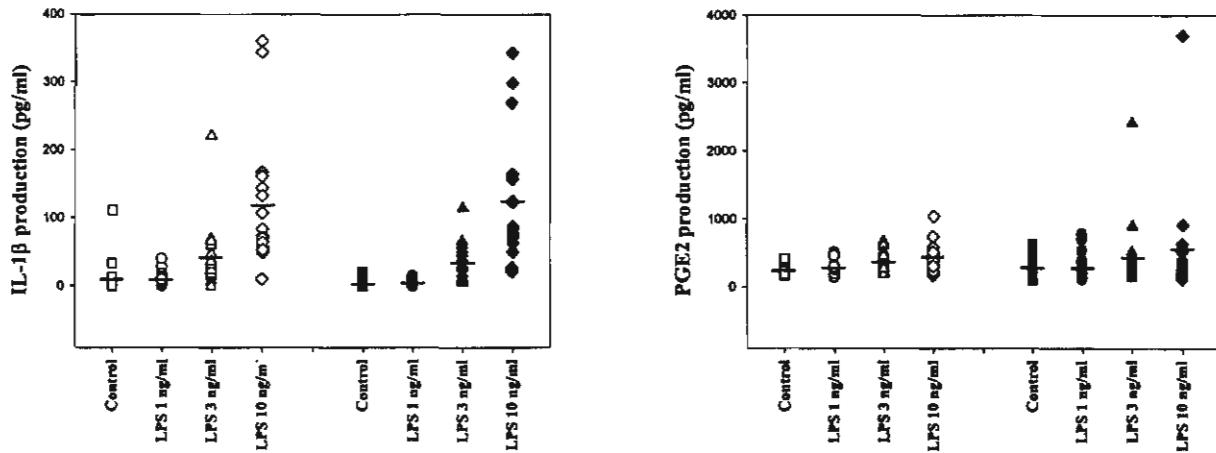


Fig. 4 EOP and healthy periodontal subject blood response after incubation with *P.gingivalis* LPS. IL-1 $\beta$  and PGE2 production was measured by ELISA.

#### Conclusions and discussion

Hyperresponsiveness of monocytes to bacterial LPS has been hypothesized by a well known Offenbacher's group to be associated with the pathogenic of early-onset periodontitis patients. Such hyper-responsiveness of monocytes in EOP is hypothesized to be linked with genetic trait. This group reported that monocytes of EOP secreted high levels of inflammatory mediators eg. IL-1 $\beta$  and PGE2 after stimulation with lipopolysaccharide. Their hypothesis has been widely accepted and referred to because it is easy to comprehend that high levels of inflammatory mediators would lead to periodontal tissue destruction.

Based on Offenbacher's hypothesis, we would like to re-evaluate. The experimental design in our study has been improved not only by taking blood from EOP patients in maintenance phase which would reflect more of genetic trait but also using whole blood assay which would represent physiological condition.

Early reports including those from Offenbacher's obtained peripheral blood from EOP for study while they were having active disease. We now know that during active disease, immune cells appear to have certain abnormality changes eg. suppression of T cells, B cells or antigen presenting cells. In order to test the hypothesis, "hyperresponsiveness of monocytes as a genetic trait of EOP", taking blood during active disease should be avoided, and thus in this study peripheral blood was taken for EOP patients during maintenance care.

Whole blood assay was used as a tool to compare and contrast the immune stimulatory effects of *P. gingivalis* LPS on monocytes, NK,  $\gamma\delta$  T cells in peripheral blood between EOP patients and healthy periodontal subjects. Early studies including those of Offenbacher's used isolated PBMC or adherent monocytes. It is now known that the process involved in PBMC or monocyte isolation (ficoll hypaque and centrifugation) is likely to pre-activate the monocytes. Hence, the old methods are not suitable for the study of monocyte activation as monitored by activation marker. We found that whole blood assays were reliable and convenient and even more sensitive to measure the expression of co-stimulatory molecules on monocytes as compared to PBMC assays for assessing *P. gingivalis* LPS activation.

Our results disagree with Offenbacher's group. We found no difference between EOP patients and healthy periodontal subjects in terms of a). IL-1 $\beta$  production b). PGE2 production c). CD40, CD86 expression on monocytes d). CD69 expression on NK cells e). CD69 expression on  $\gamma\delta$  T cells. However, the significant difference between the two groups was found on CD80 expression on monocytes. In conclusion we could not observe any hyperresponsiveness of monocytes in EOP patients as monitored by co-stimulatory molecule expression (except for CD80 expression) and inflammatory mediators production. The differences between patients and healthy individual in disease expression are likely to involve different players in immune system including T cells, B cells and antigen presenting cells in response to pathogens and their products. The interaction between suspected periodontal pathogens like *P. gingivalis* with immune cells in periodontal tissue should be accounted for the pathogenesis and clinical significance which remain to be investigated.

*Our manuscript is in preparation for submission to international peer reviewed journal.*

## Reference

1. Offenbacher S, Heasman PA, and Collins JG. Modulation of host PGE<sub>2</sub> secretion as a determinant of periuodontal disease expression. *J Periodontol* 1993;64:432-44.
2. Salvi GE, Brown CE, Fujihashi K, et al. Inflammatory mediators of the terminal dentition in adult and early onset periodontitis. *J Periodontal Res* 1998;33:212-25.
3. Offenbacher S, and Salvi GE. Induction of prostaglandin release from macrophages by bacterial endotoxin. *Clin Infect Dis* 1999;28:505-13
4. Pichyangkul S, Yongvanitchit K, Kum-arb U, et al. Whole blood cultures to assess the immunostimulatory activities of CpG oligodeoxynucleotides. *J Immunol Met* 2001;247:83.-94.
5. Garrison SW, and Nichols FC. LPS-elicited secretory responses in monocytes: altered release of PGE<sub>2</sub> but not IL-1 $\beta$  in patients with adult periodontitis. *J Periodontal Res* 1989;24:88-95.
6. Shapira L, Soskolne WA, Sela MN, et al. The secretion of PGE<sub>2</sub>, IL-1 $\beta$ , IL-6 and TNF- $\alpha$  by monocytes from early onset periodontitis patients. *J Periodontol* 1994;65:139-46.
7. Schifferle RE, Reddy MS, Zambon JJ, et al. Characterization of A polysaccharide antigen from *Bacteriodes gingivalis*. *J Immunol* 1989;143:3035-42.

## ภาคผนวก

**TITLE: UP-REGULATION OF CO-STIMULATORY MOLECULE EXPRESSION AND DENDRITIC CELL MARKER (CD83) ON B CELLS IN PERIODONTAL DISEASE**

**Rangsini Mahanonda<sup>1\*</sup>, Noppadol Sa-Ard-Iam<sup>1</sup>, Kosol Yongvanitchit<sup>2</sup>, Mahisorn Wisetchang<sup>3</sup>, Isao Ishikawa<sup>4</sup>, Toshiyuki Nagasawa<sup>4</sup>, Douglas S. Walsh<sup>2</sup> and Sathit Pichyangkul<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Department of Periodontology, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

<sup>2</sup>Department of Immunology and Medicine, US Army Medical Component, Armed Forces Research Institute of Medical Sciences (AFRIMS), Bangkok, Thailand

<sup>3</sup>Dental Department, Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand

<sup>4</sup>Department of Periodontology, Faculty of Dentistry, Tokyo Medical and Dental University, Tokyo, Japan

**Running title:** enhanced co-stimulatory molecules on gingival B cells

**\*Address correspondence to :**

***Rangsini Mahanonda*, Ph.D.**

Department of Periodontology, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University,

Henry Dunant Rd., Bangkok10330, Thailand.

**Tel:** 011-662-218-8850

**Fax:** 011-662-218-8851

**E-mail:** <mrangsin@chula.ac.th>

**Keywords :** co-stimulatory molecules, antigen presenting cells, B cells, peridontitis

## **ABSTRACT**

T cells and their cytokines have been well recognized for their important role in the pathogenesis of periodontitis. To date, the role of antigen presenting cells (APCs), which are known to be critical for regulating T cell response, has been poorly investigated in periodontitis. In this study we analyzed the expression of co-stimulatory molecules (CD80 and CD86) and CD83, a marker of mature dendritic cells, on gingival cells isolated from severe periodontitis tissues by flow cytometry. Significant up-regulation of CD86 and CD83 expression were detected in periodontitis lesions and the majority of them were observed on B cells. *In vitro* peripheral blood mononuclear cell cultures showed that stimulation with different periodontopathic bacteria including *Porphyromonas gingivalis*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Prevotella intermedia*, and *Actinomyces viscosus* up-regulated both CD86 and CD83 expression on B cells. Hence, the presence of plaque bacteria may be responsible for enhanced expression on gingival B cells as seen *in vivo*. APC function by bacterial activated B cells was further investigated using allogeneic mixed leukocyte reactions (MLR). After 24h culture with either *A. actinomycetemcomitans* or *P. gingivalis*, these activated B cells performed as potent APCs in MLR and stimulated T cells to produce high levels of gamma Interferon (IFN- $\gamma$ ) and minimal Interleukin-5. In conclusion, periodontopathic bacterial induced B cell activation with up-regulation of CD86 and CD83 may associate with enhanced APC function. Therefore, the results of this study put forward the role of infiltrated gingival B cells as possible APCs in regulating and sustaining local T cell response in periodontitis.

## **INTRODUCTION**

Periodontitis lesions consist of large number of infiltrating cells such as T cells, B cells and macrophages which are in an activated stage (1, 2). B cells are the majority in advanced periodontal lesions associated with Gram negative periodontopathic bacteria such as *Porphyromonas gingivalis*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Bacteroides forsythus* (3, 4). Polyclonal B cell activation induced by periodontopathic bacteria has been cited as a possible underlying mechanism of this predominantly B cell lesion (5, 6). Our recent study (7) has demonstrated an additional role of a cytokine IL-10, which has been consistently reported at high levels in periodontitis lesions (8-10), in a significant enhancement of B cell proliferative response when present together with *P. gingivalis*. Although B cells contribute the majority of infiltrated immune cells in periodontitis lesions, there is no study so far able to clarify their role in the pathogenesis of periodontitis.

Major effort during the past decade has been focused on immunoregulatory role of T cells which could be involved in the pathogenesis of periodontitis. Although the Th subset response (Th1 vs Th2) at inflamed gingival tissues is still controversial (11), it is widely accepted that imbalance of T cell response associated with high levels of cytokine production gamma interferon (IFN- $\gamma$ ), IL-6, IL-10, and IL-13 underlies the pathogenesis of periodontitis (8, 12-14). Initiation and maintenance of T cell response is critically controlled by a process of antigen presentation (15). However, the study of antigen presenting cells (APCs) in periodontal disease has been poorly explored. Langerhan's cells, keratinocytes in oral epithelium as well as tissue macrophages have been largely speculated to play role as local APCs (16-20). It is known that activation stage of APCs

associated with up-regulation of co-stimulatory molecule expression (CD40, CD80, and CD86) is a key factor to trigger and maintain optimal T cell response (15, 21, 22). Thus, the aim of the present study is to determine the expression of co-stimulatory molecules as well as CD83, a marker of mature dendritic cells, so as to acquire a better understanding of APCs which are obviously essential in regulating and sustaining local T cell responses in periodontitis lesions.

Our findings provide evidence that enhanced expression of CD86 and CD83 were observed on infiltrated gingival B cells in periodontitis tissues. *In vitro*, periodontopathic bacteria up-regulated expression of CD86 and CD83 on B cells and enhanced their APC function associated with predominant IFN- $\gamma$  and minimal IL-5 production in allogeneic mixed leukocyte reactions (MLR). Therefore, these results suggest that periodontopathic bacterial activated B cells could serve as possible APCs in periodontitis lesion.

## **MATERIALS AND METHODS**

### **Medium and monoclonal antibodies**

RPMI1640 supplemented with 2 mM L-glutamine, 1mM sodium pyruvate, 80  $\mu$  g/ml of gentamycin (Gibco Laboratory, Grand Island, NY) and 10% heat inactivated autologous serum was used throughout the study.

Monoclonal antibodies (mAbs) used in this experiment were either labeled with fluorescein isothiocyanate (FITC) or with phycoerythrin (PE). mAbs against CD19 (FITC), CD14 (PE), and CD56 (PE) were obtained from Becton Dickinson (San Jose, CA). MAbs against CD80 (PE), CD86 (PE) and mouse isotype control mAbs (FITC, PE) were obtained from PharMingen (San Jose, CA). MAb against CD83 (PE) was obtained from Coulter (Miami, FL).

### **Bacterial preparation**

Sonicated extracts of *Porphyromonas gingivalis* FDC-381, *Actinobacillus actinomycetemcomitans* Y4 (ATCC43718), *Prevotella intermedia* ATCC25261 and *Actinomyces viscosus* (clinical isolates from the Department of Microbiology, Chulalongkorn University) were used. *P.gingivalis* and *P. intermedia* were cultured in trypticase soy broth (Sigma Chemical Co., St. Louis, MO) and *A. actinomycetemcomitans* were cultured in brain heart infusion broth at 37°C under anaerobic chamber (Forma Scientific, San Jose, CA). *A. viscosus* were cultured in trypticase soy broth at 37°C in air. The bacteria were harvested by centrifugation (Beckman Instruments, Irvine, CA) at 2060 g for 15 min, washed twice in phosphate-buffered saline (PBS) (Sigma Chemical Co.). The purity was assessed by Gram staining and colony morphology on trypticase soy blood agar (Sigma Chemical Co.) for *P.gingivalis* and *P. intermedia*, and trypticase soy agar for *A. actinomycetemcomitans* and *A. viscosus*. The microorganisms were subjected to sonication with high intensity ultrasonication (High Intensity Ultrasonic Processor, microprocessor controlled 600-Watt Model, Sonic and Material Inc., Danbury, CT) at 4°C for 20 min-elapsed time, with pulse on 2.5 s and pulse off 2 s. The sonicates were examined microscopically for complete breakage of cells. Then, the protein concentration of the organism was determined by using the Bio-Rad protein assay (Bio-Rad, Hercules, CA), and the bacterial stock was aliquoted and stored at -20°C until use.

### **Gingival biopsies**

Gingival tissue biopsies were collected from six patients with generalized severe periodontitis at Dental Department, Siriraj Hospital, Bangkok. Each patient had no history of periodontal treatment for the past 12 months. Most of their teeth showed at least 6mm probing depth with gingival inflammation. Biopsies of gingival tissues attached to the teeth with "hopeless" prognosis due to severe periodontitis were obtained. No other dental diseases such as pulpal disease were involved. Their systemic health was good and no antimicrobial drugs or anti-inflammatory drugs were taken within the past 3 months. The excised tissues were immediately placed in sterilized tubes containing RPMI1640 medium, kept on ice and transferred to the laboratory within a few hours for gingival cell extraction.

## Gingival cell preparation

The method of obtaining single cell suspensions from gingival tissues was modified from those described by Daly *et al.* (23) and Seymour *et al.* (24). Briefly, the tissues were washed thoroughly in RPMI1640 medium and then they were cut into small fragments (1-2 mm<sup>3</sup>). These fragments were incubated in RPMI1640 medium containing 2 mg/ml of collagenase (Sigma Chemical Co.). The ratio of medium+collagenase to tissues was 1 ml:100 mg of tissue. After 90 min of incubation at 37°C, the residual tissue fragments were disaggregated by gentle flushing with pipette several times until single cell suspensions were obtained.

## Peripheral blood mononuclear cell (PBMC) culture

Peripheral blood (50 ml) was obtained from healthy donors who presented with either normal periodontal conditions or mild gingival inflammation, but no periodontitis. PBMCs were isolated by Ficoll-Hypaque (Histopaque 1.677, Sigma Chemical Co.).

In a dose response experiment, PBMCs (3x10<sup>6</sup> cells/ml) were stimulated with varying concentrations (0, 0.016, 0.4 and 10 µg/ml) of sonicated extracts of *P.gingivalis*, *A. actinomycetemcomitans*, *P.intermedia* and *A.viscosus* for 24 h. Cells were then harvested for further flow cytometric analysis.

In kinetic studies, PBMCs (3x10<sup>6</sup> cells/ml) were cultured with or without sonicated extracts of *P.gingivalis* (10 µg/ml), or *A. actinomycetemcomitans* (10 µg/ml). The incubation periods were varied from 0, 3, 6, 12, 24 and 48 h. Cells were then harvested for further flow cytometric analysis.

## T cell and B cell preparation

T cells were enriched from PBMCs by E-rosetting with neuraminidase-treated sheep red blood cells. T cell fractions were further purified by flow cytometric removal of CD56<sup>+</sup> cells (NK), CD14<sup>+</sup> cells (monocytes), and CD19<sup>+</sup> cells (B cells). B cells were purified from PBMCs by flow cytometric sorting of CD19<sup>+</sup> cells. The purity of T cell and B cell preparation were always >98% as reanalysis by flow cytometry.

## Flow cytometry

Isolated gingival cell suspensions from periodontitis lesions were aliquoted in 100 µl (10<sup>5</sup> cells) volume and stained with 1 of 4 mAb combinations: 1) anti-CD19 (FITC) + anti-CD80 (PE); 2) anti-CD19 (FITC) + anti-CD86 (PE); 3) anti-CD19 (FITC) + anti-CD83 (PE); 4) anti-CD19 (FITC) + isotype control mAb (PE).

To determine the effect of periodontopathic bacteria on co-stimulatory molecule expression of B cells. Periodontopathic bacterial stimulated PBMCs were aliquoted in 100 µl (10<sup>5</sup> cells) volume and stained with 1 of 3 mAbs combinations: 1) anti-CD19 (FITC) + anti-CD86 (PE); 2) anti-CD19 (FITC) + anti-CD83 (PE); 3) anti-CD19 (FITC) + isotype control mAb (PE). The stained cells in mononuclear cell gate were then analysed using 2-color flow cytometry (FACScan, Becton Dickinson, Mountain View, CA). Results were expressed as % double positive cells.