



REDAKTOR DZIAŁU
dr n. med.
Maciej R. Czerniuk
Zakład Chorób Błony
Śluzowej i Przyzębia,
Instytut Stomatologii
Warszawskiego
Uniwersytetu
Medycznego

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

W marcowym numerze *Kardiologii po Dyplomie*, który znajduje się przed Państwem, przedstawiamy artykuł traktujący, oprócz interdyscyplinarnych zagadnień diagnostycznych z zakresu kardiologii i periodontologii, również o coraz bardziej aktualnym problemie postępowania z pacjentami przebywającymi czasowo poza granicami naszego kraju. Często podczas pobytu w Polsce zgłaszają się oni w celu podjęcia natychmiastowego i kompleksowego leczenia, nie zdając sobie sprawy z własnych ograniczeń czasowych, skutkujących często niezakończeniem procedur diagnostycznych. W opisywanym przypadku u 48-letniego pacjenta, przy okazji wykonania przeglądowego zdjęcia radiologicznego szczęk, zdiagnozowano dwa niewyrżnięte zęby mądrości tkwiące w torbielach, położonych po obu stronach żuchwy. Nie były one przyczyną bolesności, z powodu której pacjent zgłosił się do Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia WUM, ale mogą być przyczyną potencjalnego, stałego, odogniskowego nadkażenia bakteryjnego. O wdrożonym postępowaniu dowiecie się Państwo z zamieszczonej publikacji.

Zapraszam do lektury.

Maciej R. Czerniuk

Kardiologia po Dyplomie
2010; 9 (3): 87

Częściowa sanacja jamy ustnej u osoby niedostatecznie zdiagnozowanej kardiologicznie – czy ma sens?

Maciej R. Czerniuk

Zakład Chorób Błony Śluzowej
i Przyzębia, Instytut Stomatologii
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Adres do korespondencji:
Zakład Chorób Błony Śluzowej
i Przyzębia, Instytut Stomatologii
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
ul. Miodowa 18, 00-246 Warszawa

Kardiologia po Dyplomie 2010; 9 (3): 88-92

Wprowadzenie

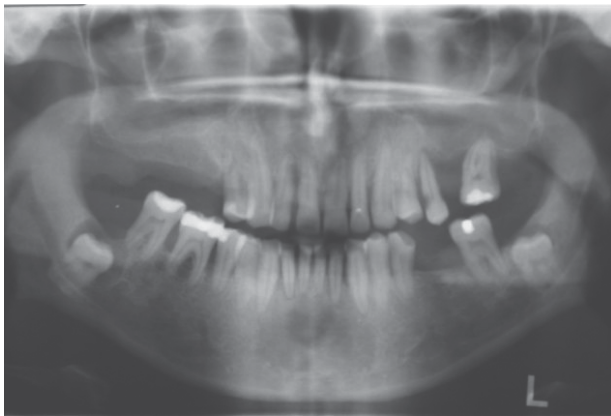
Problem niewłaściwej opieki stomatologicznej, który niejednokrotnie wynika z niedostatecznej świadomości samych pacjentów, może być źródłem dylematów trudnych do rozwiązania nie tylko ze względów terapeutycznych, ale także organizacyjnych. Wynika to z wymagań i zobowiązań czasowych zgłaszających się pacjentów, narzucających lekarzom, często uniemożliwiających podjęcie działań według powszechnie uznanych i obowiązujących procedur i standardów. Nie zmienia to faktu, że należy podjąć podstawowe leczenie zmniejszające niekorzystny wpływ bakteriemii odogniskowej pochodzącej ze struktur tkanek przyzębia (kość wyrostka zębodołowego szczęki i/lub żuchwy, dziąsło, ozębna, korzenie zębów). Szerokie spektrum bakterii powodujące destrukcję tych tkanek, oprócz samej choroby przyzębia (ChPZ), może być źródłem potencjalnej infekcji odogniskowej, mogącej destabilizować zmiany miażdżycowe, a jak sądzą niektórzy, również powodować ostre zespoły wieńcowe (ACS) [1-28].

Opis przypadku

Do Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia Instytutu Stomatologii WUM na ostry dyżur zgłosił się 48-letni pacjent z powodu bolesności zębów w obrębie szczęki i żuchwy, bez konkretnej lokalizacji. W wywiadzie stomatologicznym ból o umiarkowanym nasileniu utrzymywał się mimo przyjmowania od kilku dni środków przeciwbólowych, występowały remisje i intermisje (naprzemiennie ból słabszy i mocniejszy). Pacjent do tej po-

ry nie był leczony z powodu ChPZ i nie znajdował się pod stałą opieką stomatologiczną: zabiegi profesjonalnego usunięcia płytki i kamienia nazębnego wykonywane były sporadycznie, dopiero powyższe objawy kliniczne, również w przeszłości, wymuszały wizytę u lekarza denty, która często kończyła się ekstrakcją zęba będącego przyczyną bólu. Higiena stomatologiczna ograniczona była często do porannego mycia zębów. Pacjent nie stosował żadnych uzupełnień protetycznych i nie palił tytoniu. W przeszłości był leczony w zakresie stomatologii zachowawczej (wypełnienia ubytków próchnicowych) oraz chirurgii stomatologicznej: ekstrakcją zębów w szczęce – wszystkich trzonowców i pierwszego przedtrzonowca po stronie prawej (18 – ósemka górna prawa, 17 – siódemka górna prawa, 16 – szóstka górna prawa i 15 – piątka górna prawa), a także po stronie lewej pierwszego i ostatniego trzonowca (26 – szóstka górna lewa, 28 – ósemka górna lewa), a w żuchwie pierwszego trzonowca po stronie lewej (36 – szóstka dolna lewa).

W wywiadzie ogólnomedycznym pacjent zgłosił wystąpienie krótkotrwałego bólu w klatce piersiowej kilka dni temu, który ustąpił samoistnie i z powodu którego zgłosił się do lekarza rodzinnego. Lekarz rodzinny na podstawie badań biochemicznych stwierdził u pacjenta dyslipidemię mieszaną umiarkowanego stopnia (stężenie cholesterolu całkowitego wynosiło 219 mg/dl, cholesterolu LDL 139 mg/dl, cholesterolu HDL 47 mg/dl, triglicerydów 191 mg/dl), leukocytozę i zwiększone stężenie fibrynogenu. Ponadto rozpoznano nadciśnienie tętnicze dotąd niediagnozowane (155/85 mm Hg w kilkukrotnych pomiarach) i nieprawidłową glikemię na czczo (110 mg/dl). Spoczynkowe badanie elektrokardiograficzne nie wykazało istot-



RYCINA 1

Zdjęcie pantomograficzne szczęk. Widoczne m.in. wysunięcie zęba 25 (objaw Godona) i niewyrżnięte zęby mądrości w żuchwie wraz z torbielami.

nych odchyień. Pacjenta skierowano do kardiologa, zalecono wykonanie badania echokardiograficznego i elektrokardiograficznej próby wysiłkowej – żadnego z tych zaleceń pacjent jeszcze nie wykonał (terminy wyznaczono mu za 5 miesięcy). Uważa zresztą, że ból zębów jest dla niego bardziej istotny. Od lekarza rodzinnego otrzymał atorwastatynę 40 mg/24 h oraz ramipril 10 mg/24 h.

W dniu przyjęcia na dyżurze pacjent nie zgłaszał dyskomfortu w klatce piersiowej. Od około 6 lat pacjent pracuje fizycznie za granicą, regularnie był tam badany przez lekarza medycyny pracy w celu kwalifikacji do wykonywania czynności zawodowych. Według relacji pacjenta rozpoznawano jedynie graniczne ciśnienia tętnicze i graniczne stężenia glukozy. Wyników tych badań, jak i innej dokumentacji lekarskiej chory nie posiadał.

W badaniu stomatologicznym, przedmiotowym stwierdzono liczne nieuzupełnione braki zębowe o typie mieszanym, ubytki próchnicowe I, II, III i V klasy według Blacka (powierzchnie żujące i/lub styczne zębów przedtrzonowych i trzonowych, powierzchnie bez kątów siekaczy i kłów lub z nimi, powierzchnie przyszyjkowe) uzupełnione wypełnieniami (plomby), biofilm bakteryjny od strony językowej i podniebiennej zębów, a także złogi płytki i kamienia nazębnego. Podczas badania palpacyjnego występowała bolesność przy opukiwaniu (perkusji) i pojawiała się wydzielina ropna (suppuratio) przy próbie nacisku w okolicy dziąsła związanego (w prawidłowych warunkach zrośniętego z blaszką kostną wyrostka zębodołowego) zęba 25 – piątka górna lewa z ubytkiem próchnicowym klasy II wg Blacka (ubytek na powierzchni stycznej zęba), który na skutek wieloletniego braku zęba antagonistycznego – nieuzupełniony protetycznie brak zęba w żuchwie – uległ wysunięciu (objaw Godona) i rozchwianiu III stopnia (wszystkie trzy płaszczyzny), co kwalifikowało ząb do ekstrakcji. Ząb 27 – siódemka górna lewa, wykazywała rozchwianie II stopnia (w płaszczyźnie pionowej i poziomej) bez bolesności.

W celu dalszej diagnostyki pacjenta skierowano na badanie radiologiczne – wykonanie przeglądowego zdjęcia pantomograficznego szczęk. Na dostarczonym zdję-

ciu widoczne były liczne zmiany okołowierzchołkowe w obrębie zębów szczęki i żuchwy, zanik kości wyrostków zębodołowych w regionach poekstrakcyjnych, a także niewyrżnięte zęby mądrości po obu stronach żuchwy w rozległych torbielach okołokoronowych obejmujących na zdjęciu nerwy zębodołowe dolny prawy i lewy (ryc. 1).

Wartości standardowo określanych parametrów periodontologicznych wynosiły kolejno: utrata przyczepu łącznotkankowego (clinical attachment loss, CAL) – maksymalnie 11 mm, głębokość kieszonek przyzębnych (periodontal depth, PD) – maksymalnie 10 mm, ruchomość zębów (teeth mobility) – między II a III stopniem, krwawienie (bleeding on probing, BOP) – 81%. Uzyskane pomiary CAL, PD i ruchomości odnosiły się do większości zębów, co upoważnia na podstawie uzyskanych danych do postawienia rozpoznania przewlekłej, uogólnionej, ciężkiej ChPZ.

Ze względu na ropną wydzielinę wydobywającą się z tkanek przyzębia przedtrzonowców po stronie lewej szczęki i bolesność zęba 25 zdecydowano się na zastosowanie antybiotykoterapii osłonowej z wyboru preparatem klindamycyny w dawce 0,3 g stosowanej trzy razy na dobę przez 7 dni, a także chemioterapeutyką metronidazolem w dawce 0,25 g podawanym również trzy razy na dobę przez 7 dni.

Zły stan przyzębia (wydzielina ropna) i obciążenia internistyczne były wskazaniem do jak najszybszego dostarczenia pisemnej zgody wykazującej brak przeciwwskazań do sanacji jamy ustnej. Chory zgłosił się następnego dnia z pisemnym zaświadczeniem od lekarza internisty zezwalającym na zabieg sanacji jamy ustnej w warunkach ambulatoryjnych w już zastosowanej osłonie antybiotykowej.

Po podaniu znieczulenia nasiękowego w szczęce po stronie lewej w okolicy zębów przedtrzonowych od przedśionka i od strony jamy ustnej właściwej, 2 ampulek 1,7 ml (3,4 ml) 4% roztworu chlorowodoru artykainy z chlorowodorkiem epinefryny, wykonano ekstrakcję zęba 25. Zębodół wyłóżczkowano i usunięto bakteryjną ziarninę zapalną wraz z torbielą okołowierzchołkową. Raną zaopatrzono szwem zbliżającym i udzielono wskazań pozabiegowych (ryc. 2-5).

Pacjenta w stanie dobrym wypisano do domu z zaleceniem kontynuowania antybiotykoterapii, a także dodatkowo włączono środek przeciwbólowy – kwas mefenamowy – w dawce 3 razy na dobę w razie bólu, i przeciwobrzękowy: wyciąg z kasztanowca w dawce 4 razy na dobę po 4 tabletki. Wyznaczono wizytę kontrolną na dzień następny.

Okres pozabiegowy przebiegał bez powikłań, pacjent odmówił wyznaczenia terminu kolejnych zabiegów związanych z usunięciem obu ósemek i otaczających je torbieli w żuchwie (dłutowanie) ze względu na wyjazd związany z pracą poza krajem, tym samym zdjęcie szwów odbyło się w innym ambulatorium.

Niestety, pacjent nie ukończył diagnostyki internistyczno-kardiologicznej, złożył obietnicę dokończenia jej, a także sanacji jamy ustnej podczas kolejnego pobytu w Polsce.



RYCINA 2

Znieczulanie nasiękowe od strony podniebiennej regionu wysuniętego zęba 25.



RYCINA 3

Usunięty ząb 25. Korzeń pokryty biofilmem bakteryjnym wraz z resztką wydzieliny ropnej.

Omówienie

Na podstawie przedstawionego opisu przypadku autor pragnie zwrócić uwagę na rolę ChPZ, która może okazać się potencjalnym, dodatkowym, wieloogniskowym źródłem zakażenia bakteryjnego. Zastosowane leczenie chirurgiczne tylko zęba 25, będącego przyczyną bolesności, nie jest w tym przypadku wystarczające.

Nie podjęto, ze względu na czasowe ograniczenia pacjenta, sanacji w obrębie niewyrżniętych zębów mądrości w żuchwie, które mogą potencjalnie powodować nadkażenie bakteryjne manifestujące się np. zwiększeniem parametrów zapalnych, takich jak OB czy CRP. Z tego samego powodu odstąpiono od planowych zabiegów leczenia zaawansowanej, uogólnionej ChPZ, niezbędnego z co najmniej dwóch powodów: wykluczenia bakteremii i jej następczych konsekwencji, a także stwarzającego szansę na zachowanie posiadanego uzębienia, umożliwiającego zastosowanie optymalnego leczenia protetycznego.

Niezakończona diagnostyka internistyczna i leczenie z zakresu stomatologicznego (chirurgia stomatologiczna, periodontologia) nie pozwalają wykluczyć możliwości infekcji odogniskowej i wdrożyć racjonalnego postępowania interdyscyplinarnego.

Przedstawiony przypadek po raz kolejny wskazuje internistom, kardiologom i stomatologom, w jakich okolicznościach i dlaczego lekarz stomatolog prosi o opinię dotyczącą ewentualnych przeciwwskazań do sanacji jamy ustnej. Z drugiej strony często uzgodnione i zaplanowane leczenie interdyscyplinarne nie może być wdrożone z przyczyn niezależnych od samych lekarzy.

Niecałkowita sanacja jamy ustnej wydaje się jednak u tego pacjenta ważnym elementem wygaszenia ogólnoustrojowej reakcji zapalnej, a więc tym samym – być może również ułatwieniem postawienia ostatecznej diagnozy kardiologicznej.

Brakuje w piśmiennictwie przekonujących danych, że postępowanie takie może zmniejszyć u tego pacjenta ry-



RYCINA 4

Zębodół poekstrakcyjny ze szwem zbliżającym.



RYCINA 5

Usunięta ziarnina z torbielą okotokorzeniową zęba 25.

zyko ACS w przyszłości, ale istnienie takiego związku, nawet hipotetyczne, pozwala uznać zaprezentowane postępowanie za godne rekomendowania u takich pacjentów, jak opisany.

Podziękowania

Autor dziękuje prof. dr. hab. med. Krzysztofowi J. Filipiakowi z I Katedry i Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego za konsultację manuskryptu pracy.

Piśmiennictwo

1. Monteiro AM, Jardim MA, Alves S, Giampaoli V, Aubin EC, Figueiredo Neto AM, Gidlund M: Cardiovascular disease parameters in periodontitis. *J Periodontol* 2009 Mar, 80 (3): 378-88.
2. Friedewald VE, Kornman KS, Beck JD, Genco R, et al.: The American Journal of Cardiology and Journal of Periodontology Editors' Consensus: periodontitis and atherosclerotic cardiovascular disease. *Am J Cardiol* 2009 Jul 1, 104 (1): 59-68.
3. Offenbacher S, Barros SP, Singer RE, et al.: Periodontal disease at the biofilm-gingival interface. *J Periodontol* 2007, 78 (10): 1911-25.
4. Banach J, Dembowska E, Górka R, i wsp.: Praktyczna Periodontologia Kliniczna. Wydawnictwo Kwintesencja 2004.
5. Baqain ZH, Karaky AA, Sawair F, Khraisat A, Duaiabis R, Rajab LD: Frequency estimates and risk factors for postoperative morbidity after third molar removal: a prospective cohort study. *J Oral Maxillofac Surg* 2008 Nov, 66 (11): 2276-83.
6. Chuang SK, Perrott DH, Susarla SM, Dodson TB: Age as a risk factor for third molar surgery complications. *J Oral Maxillofac Surg* 2007 Sep, 65 (9): 1685-92.
7. Chuang SK, Perrott DH, Susarla SM, Dodson TB: Risk factors for inflammatory complications following third molar surgery in adults. *J Oral Maxillofac Surg* 2008 Nov, 66 (11): 2213-8.
8. Lund JP, Drews T, Hetzer R, Reichart PA: Oral surgical management of patients with mechanical circulatory support. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2002 Dec, 31 (6): 629-33.
9. Kunkel M, Kleis W, Morbach T, Wagner W: Severe third molar complications including death-lessons from 100 cases requiring hospitalization. *J Oral Maxillofac Surg* 2007 Sep, 65 (9): 1700-6.
10. Kim JC, Choi SS, Wang SJ, Kim SG: Minor complications after mandibular third molar surgery: type, incidence, and possible prevention. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006 Aug, 102 (2): e4-11.
11. Plotino G: A mandibular third molar with three mesial roots: a case report. *J Endod* 2008 Feb, 34 (2): 224-6.
12. Alemany-Martínez A, Valmaseda-Castellón E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C: Hemodynamic changes during the surgical removal of lower third molars. *J Oral Maxillofac Surg* 2008 Mar, 66 (3): 453-61.
13. Sencimen M, Varol A, Gülses A, Altug AH: Extraction of a deeply impacted lower third molar by sagittal split osteotomy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009 Nov, 108 (5): e36-8.
14. Sammartino G, Tia M, Gentile E, Marenzi G, Claudio PP: Platelet-rich plasma and resorbable membrane for prevention of periodontal defects after deeply impacted lower third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg* 2009 Nov, 67 (11): 2369-73.
15. Czerniuk MR: Stan przyzębia i potrzeby lecznicze u pacjentów w ostrej fazie choroby niedokrwiennej serca. *Nowa Stomatologia* 2001, 16, 2: 26-29.
16. Czerniuk MR, Filipiak KJ, Górka R, Opolski G: Stan przyzębia a choroby układu sercowo-naczyniowego. *PAMW1999*, C1, 5: 433-436.
17. Szalma J, Lempel E, Jeges S, Szabó G, Olasz L: The prognostic value of panoramic radiography of inferior alveolar nerve damage after mandibular third molar removal: Retrospective study of 400 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009 Oct 19.
18. Tüfekçi E, Svensk D, Kallunki J, Huggare J, Lindauer SJ, Laskin DM: Opinions of American and Swedish Orthodontists about the Role of Erupting Third Molars as a Cause of Dental Crowding. *Angle Orthod* 2009 Nov, 79 (6): 1139-42.
19. Jerjes W, Upile T, Kafas P, Abbas S, Rob J, McCarthy E, McCarthy P, Hopper C: Third molar surgery: the patient's and the clinician's perspective. *Int Arch Med* 2009 Oct 24, 2 (1): 32.
20. Motegi E, Takane Y, Tokunaga E, Sueishi K, Takano N, Shibahara T, Saito C: Six-year follow-up in skeletal class III patient aged over 40 receiving orthognathic surgery and autotransplantation: a case report. *Bull Tokyo Dent Coll* 2009 Aug, 50 (3): 141-7.
21. Kaisare S, Rao J, Dubashi N: Periodontal disease as a risk factor for acute myocardial infarction. A case-control study in Goans highlighting a review of the literature. *Br Dent J* 2007 Aug 11, 203 (3): E5, discussion 144-5. Review.
22. Seymour RA: Is gum disease killing your patient? *Br Dent J* 2009 May 23, 206 (10): 551-552.
23. Konopka T: Zapalenia przyzębia a choroby ogólnoustrojowe – przegląd piśmiennictwa. *Stom Współczesna* 2001, vol. 8, nr 2, 12-19.
24. Banach J, Jańczuk Z: Problemy zdrowotne narządu żucia polskiej populacji korzystającej z opieki stomatologicznej – wybrane województwa. *Czas Stomat* 1990, XLIII: 122-127.
25. Czerniuk MR, Zaremba M: Zły stan higieny jamy ustnej jako ognisko infekcji-postępowanie u chorego obciążonego kardiologicznie. *Kardiologia po Dyplomie* 2009, 8 (5): 73-77.
26. Czerniuk MR, Filipiak KJ, Górka R, Opolski G: Wpływ choroby przyzębia na intensywność i dynamikę odczynu zapalnego u chorych z ostrymi niewydolnościami wieńcowymi. *Dent Med Probl* 2002, 39: 1, 31-31.
27. Czerniuk MR, Górka R, Filipiak KJ, Opolski G: Inflammatory Response to Acute Coronary Syndrome in Patients with Coexistent Periodontal Diseases. *Journal of Periodontology* 2004, 75 (7): 1020-1026.
28. Czerniuk MR: Przyzębie u pacjentki po urazie i obciążonej kardiologicznie – opis przypadku. *Kardiologia po Dyplomie* 2010, 9 (2): 80-84.