



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

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Obecny numer *Kardiologii po Dyplomie* kończy bieżący rok. Był on dla mnie rokiem szczególnym, ponieważ, dzięki uprzejmości redaktora naczelnego *Kardiologii po Dyplomie* prof. Grzegorza Opolskiego i całego zespołu redakcyjnego oraz prof. Krzysztofa J. Filipiaka, z którym mam przyjemność współpracować, miałem okazję przedstawić Państwu kilka klinicznych przypadków stomatologicznych, w których zły stan higieny jamy ustnej mógł mieć bezpośredni wpływ na skuteczność leczenia kardiologicznego. Tym razem również chciałbym zaprezentować opis stanu przyzębia i zastosowanego leczenia u 52-letniej pacjentki, która zgłosiła się z powodu utrzymującego się od pewnego czasu stałego bólu okolicy lewego kąta żuchwy. Przeprowadzona diagnostyka radiologiczna wykazała ekotopowo położony, w pobliżu nerwu zębodołowego dolnego, ząb mądrości otoczony torbielą przyzębną, stanowiącą potencjalne źródło infekcji odogniskowej. Przeprowadzony zabieg chirurgiczny wydłutowania wraz z usunięciem torbieli doprowadził do ustąpienia bolesności i bakteryjnego nadkażenia.

Życząc Państwu miłych, spokojnych, zdrowych i rodzinnych Świąt Bożego Narodzenia oraz wszystkiego co najlepsze w Nowym Roku, zapraszam do lektury jednego z dwóch artykułów poświęconych tematowi potencjalnych powikłań torbieli zębopochodnych w terapii kardiologicznej.

Maciej R. Czerniuk

Zęby mądrości jako potencjalne ognisko infekcji pochodzącej z jamy ustnej – opis przypadku

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

Wprowadzenie

Zęby mądrości są ostatnimi zębami trzonowymi (trzecie trzonowce, ósemki) w łukach zębowych szczęki i żuchwy. Zazwyczaj powinny się one pojawić między 16 a nawet 40 rokiem życia. Ich wyrzynanie się może często sprawiać wiele problemów, być przyczyną dolegliwości bólowych, obrzęku, szczękocisk (trismus), ostrych i przewlekłych stanów zapalnych, kłopotów związanych z odżywianiem i utrzymaniem właściwej higieny jamy ustnej, a w konsekwencji stanowić potencjalne ognisko infekcji odogniskowej. Ponieważ zęby mądrości są ostatnimi stałymi zębami, nieposiadającymi swoich odpowiedników w uzębieniu mlecznym, często w jamie ustnej dorosłego nie pozostaje zbyt wiele miejsca na ich wyrżnięcie. Prowadzić to może do wklinowania tych zębów, ich rotacji, ustawienia kątownego do przodu lub tyłu, ułożenia poziomego, w skrajnych sytuacjach obrócenia o 180 stopni w stosunku do właściwego położenia, co skutkuje uwieżnieniem pod tkanką kostną lub dziąsłową. Korona zęba lub zębów trzecich trzonowych może również opierać się o struktury zęba lub zębów poprzedzających, drugich trzonowców (siódemek), blokując ich wyrżnięcie się i prawidłowe ustawienie w łuku zębowym. Proces ten skutkuje często przemieszczeniem zębów poprzedzających, co powoduje powstanie nieprawidłowości ortodontycznych, do których mogą dołączyć się następnie stany zapalne tkanek przyzębia brzeżnego (choroby przyzębia, ChPZ), może zwiększyć się liczba ognisk próchnicy – ubytków (frekwencja próchnicy), co wynika między innymi z upośledzenia higieny jamy ustnej. Mogą również powstać torbiele korzeniowe i związkowe. Zęby ósme, które wyrżnęły się do jamy ustnej tylko częściowo, np. którymś ze swoich guzków występujących na powierzchni koronowej, mają zablokowaną dalszą drogę swojej wędrówki, co może również być przyczyną opisanych powyżej zjawisk patologicznych [1-23].

Opis przypadku

Do Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia Instytutu Stomatologii WUM, w ramach ostrego dyżuru, zgłosiła się 52-letnia pacjentka bez skierowania od lekarza w celu weryfikacji znacznej bolesności w okolicy kąta żuchwy po stronie lewej mimo, jak podała w wywiadzie, niedawnego usunięcia dolnego drugiego trzonowca (siódemka dolna lewa), który znajdował się w znacznym stopniu rozchwiania. Pacjentka nie posiadała również od lat pierwszego trzonowca (szóstki dolnej lewej). Łuk zębowy dolny po stronie lewej w chwili wizyty kończył się na drugim zębie przedtrzonowym (piątka dolna lewa).

W wywiadzie stomatologicznym pacjentka podawała stałą opiekę stomatologiczną. Regularne wizyty w celu profesjonalnego usunięcia płytki i kamienia nazębnego wykonywane były raz w ciągu każdego roku. Higiena polegała na myciu zębów dwa razy na dobę, a także okazjonalnym używaniu preparatów antyseptycznych do płukania jamy ustnej i nici międzyzębowych. Nigdy nie używała żadnego uzupełnienia protetycznego ruchomego ani stałego. Tytoń pali od około 30 lat, średnio około 12-15 papierosów dziennie.

Jak podała w wywiadzie ogólnomedycznym, w ostatnich 15 latach była dwukrotnie hospitalizowana z powodu nagłych omdleń i bólu zamostkowego. Pacjentka nie posiadała jednak w chwili wizyty kart informacyjnych ze szpitala. W wywiadzie podała chorobę wieńcową i zaburzenia gospodarki lipidowej.

W badaniu stomatologicznym przedmiotowym w obrębie szczęki stwierdzono uzębienie z brakującym drugim zębem trzonowym po stronie lewej, ubytki tkanek twardych zębów od I do V klasy według Blacka (powierzchnie żujące i/lub styczne zębów przedtrzonowych i trzonowych, powierzchnie z kątami siekaczy i kłów lub bez nich, powierzchnie przyszyjkowe wszystkich zębów)



RYCINA 1

Zdjęcie pantomograficzne szczęk.



RYCINA 2

Zdjęcie celowane na lewy kąt żuchwy – widoczny ektopowo położony trzeci trzonowiec oraz drugi trzonowiec usunięty poprzednio.

w poszczególnych zębach uzupełnione wypełnieniami (plomby), a także przeprowadzone leczenie endodontyczne (kanałowe) w zębach: drugim przedtrzonowcu i pierwszym trzonowcu po lewej stronie szczęki (zęby 25, 26) zaopatrzone odpowiednimi wypełnieniami. Zęby te miały zdecydowanie ciemniejszy odcień, charakterystyczny dla uzębienia po leczeniu kanałowym, co potwierdziło dostarczone na następnej wizycie przeglądowe zdjęcie pantomograficzne. W żuchwie po stronie lewej łuk rozpoczynał się od drugiego przedtrzonowca (35), a kończył po stronie przeciwnej na drugim trzonowcu (zab 47).

Ze względu na zakwalifikowanie pacjentki do grupy ryzyka na pierwszej wizycie oprócz zebrania wywiadu dokonano tylko pomiaru wskaźnika płytki lub kamienia nazębnego (plaque index, PI), które jest badaniem nieinwazyjnym, niewywołującym krwawienia ze strony tkanek przyzębia. Wartość tego parametru periodontologicznego wynosiła 46%, co świadczy o istotnych zaniedbaniach higienicznych jamy ustnej (za stan optymalnej higieny uznaje się wartość do 20%). Przeprowadzono instruktaż higieny, polecając stosowanie szczoteczki mięk-

kiej. W celu dalszej diagnostyki chorą poproszono o dostarczenie zdjęcia pantomograficznego, które było wykonywane około tygodnia wcześniej, w związku z ekstrakcją drugiego trzonowca po stronie lewej (37 – siódemka dolna lewa), a także poproszono o aktualną konsultację internistyczną lub kardiologiczną.

Pacjentka zgłosiła się w następnym tygodniu z pisemnym zaświadczeniem od lekarza internisty wykazującym brak przeciwwskazań do ewentualnej sanacji jamy ustnej w warunkach ambulatoryjnych. W zaświadczeniu potwierdzono, że chora od wielu lat cierpi na stabilną chorobę wieńcową i zaburzenia lipidowe. Pacjentka dostarczyła również wspomniane, przeglądowe zdjęcie pantomograficzne (ryc. 1, 2). Nie odnalazła kart informacyjnych dotyczących dwukrotnych pobytów w szpitalach, o których informowała w badaniu podmiotowym. Na podstawie analizy dostarczonego zdjęcia radiologicznego podjęto decyzję o zabiegu wydlutowania zatrzymanego zęba mądrości w żuchwie po stronie lewej (38 – ósemka dolna lewa) wraz z otaczającą go torbielą. Pacjentka została poinformowana o wskazaniach (ciągła bolesność, bliskość kanału nerwu zębodołowego dolnego), ewentualnych konsekwencjach (zaburzenie czucia) i planie zabiegu. Brak sprecyzowania przez internistę typu antybiotykoterapii osłonowej spowodował włączenie leczenia preparatem klindamycyny w dawce 0,3 g stosowanej 3 razy na dobę przez 7 dni, a także chemioterapeutyku – metronidazolu w dawce 0,25 g podawanego 3 razy na dobę przez 7 dni.

Przed przystąpieniem do zabiegu chirurgicznego, który zaplanowany został na dzień następny, pacjentka włączyła wieczorem zleconą farmakoterapię osłonową.

W dniu zabiegu dokonano diagnostycznego pomiaru wskaźnika krwawienia (bleeding index, BI), wynoszącego 56% (norma do 20%), wdrożono profesjonalne usunięcie biofilmu i kamienia nazębnego (scaling ultradźwiękowy), którego złoży uniemożliwiały na początku wykonanie pozostałych pomiarów, tj. pomiaru utraty przyczepu łącznotkankowego (clinical attachment loss, CAL) i głębokości kieszonek przyzębnych (periodontal depth, PD). Stosowano śródzabiegowe płukanie 3% roztworem wody utlenionej i 0,5% roztworem metronidazolu, a następnie polerowanie powierzchni zębów (polishing), aby zmniejszyć ponowną, potencjalną retencję i odkładanie się biofilmu bakteryjnego.

Po zakończonym profesjonalnym oczyszczaniu wartości te wynosiły średnio: CAL – 5 mm i PD – 3 mm, co pozwoliło zakończyć diagnostykę periodontologiczną i postawić rozpoznanie ciężkiego uogólnionego przewlekłego zapalenia przyzębia.

Po podaniu w ramach znieczulenia przewodowego do otworu żuchwowego 1 ampułki 1,7 ml i nasiękowo od strony policzkowej również 1 ampułki (razem około 3,5 ml) 4% roztworu chlorowodoru artykainy z chlorowodorkiem epinefryny w obrębie żuchwy po stronie lewej, poprowadzono cięcie dziąsła wzdłuż szczytu kości wyrostka zębodołowego i w okolicy śluzówki ramienia wstępującego żuchwy w kierunku policzkowym. Odwarstwiono płat śluzówkowo-okostnowy, usunięto frezem warstwę zbitą kości żuchwy, odseparowano (odcięto)



RYCINA 3

Wydłutowany trzeci trzonowiec wraz z torbielą – widok przednio-tylny.



RYCINA 4

Wydłutowany trzeci trzonowiec – widok torbieli wraz z odseparowanym korzeniem.

część koronową zęba od jego korzenia, stwarzając tym samym możliwość wydobycia dwóch niezależnych względem siebie części niewyrzniętego zęba. Wraz z korzeniem usunięto rozległą torbiel umiejscowioną od strony dystalnej (ryc. 3, 4). Zębodół wypełniono błočkciem kolagenowym, działającym między innymi hemostatycznie, a ranę zaszyto. Udzielono wskazań pozabiegowych dotyczących przyjmowania pokarmów, picia, utrzymania higieny. Dodatkowo zlecono środek przeciwbólowy: kwas mefenamowy 1 tabletkę 3 razy na dobę w razie bólu i przeciwobrzękowy: wyciąg z kasztanowca 4 tabletki 4 razy na dobę.

Kontrolę przeprowadzono w dniu po zabiegu i po tygodniu. Okres pozabiegowy przebiegał bez powikłań. Rana goiła się prawidłowo, wystąpił obrzęk tkanek miękkich lewego policzka, lekki szczękościsk – rozwieranie na dwa palce, który w trzecim dniu ustąpił, pacjentka nie zgłaszała zaburzeń związanych z czuciem, za to podawała ewidentne stopniowe ustępowanie bolesności, która był przyczyną zabiegu chirurgicznego.

Omówienie

Przedstawiony opis przypadku ma zwrócić uwagę na rolę i znaczenie badania podmiotowego i przedmiotowego w stomatologii, a także dodatkowego (prześwietlone zdjęcie pantomograficzne), dzięki którym możliwe jest właściwe diagnozowanie odnoszące się do stanu higieny jamy ustnej, a na ich podstawie wdrożenie stosownego leczenia chirurgicznego. Przeprowadzony zabieg pozwolił na eliminację potencjalnego dodatkowego źródła zakażenia bakteryjnego, prawdopodobnie trwającego kilka lat. Możliwość wykluczenia infekcji pochodzącej z jamy ustnej manifestującej się złym stanem przyzębia, na który wskazują wartości parametrów periodontologicznych, jak również wielkość torbieli przyzębnej usuniętej wraz z wydłutowanym zębem mądrości, radykalnie i znacząco zmniejsza możliwość infekcji odogniskowej. Był to jednak zabieg wykonywany w trybie pilnym z powodu pierwotnie niewyjaśnionej bolesności lewego kąta żuchwy. Ostrożność wynikająca z niepełnych danych internistycznych skłoniła operatora do skierowania chorej na konsultację kardiologiczną lub internistyczną. Nie zmienia to faktu, że pacjentka wymaga dalszego planowego leczenia choroby przyzębia, o czym została poinformowana.

Eliminacja potencjalnego źródła odczynu zapalnego i potencjalnego miejsca infekcji może odgrywać pomocniczą rolę w terapii stabilnej choroby wieńcowej. Kardiolog powinien interesować się stanem jamy ustnej, w tym także wyglądem, obecnością i ewentualnymi patologiami związanymi z tzw. zębami mądrości.

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. Seymour RA: Is gum disease killing your patient? *Br Dent J* 2009 May 23, 206 (10): 551-552.
2. 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.
3. 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.
4. 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.

5. 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.
6. 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.
7. Górski R: Choroby błony śluzowej jamy ustnej. *Med Tour Press International* 2007.
8. Banach J, Dembowska E, Górski R, et al.: *Praktyczna Periodontologia Kliniczna*. Wydawnictwo Kwintesencja 2004.
9. Czerniuk MR, Filipiak KJ, Górski R, Opolski G: Stan przyzębia a choroby układu sercowo-naczyniowego. *PAMW* 1999, C1, 5: 433-436.
10. Czerniuk MR: Stan przyzębia i potrzeby lecznicze u pacjentów w ostrej fazie choroby niedokrwiennej serca. *Nowa Stomatologia* 2001, 16 (2): 26-29.
11. Kaczmarzyk T: Abuse of antibiotic prophylaxis in third molar surgeries. *J Oral Maxillofac Surg* 2009 Nov, 67 (11): 2551-2.
12. 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.
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. 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.
15. Plotino G: A mandibular third molar with three mesial roots: a case report. *J Endod* 2008 Feb, 34 (2): 224-6.
16. 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.
17. Seymour RA, Whitworth JM: Antibiotic prophylaxis for endocarditis, prosthetic joints, and surgery. *Dent Clin North Am* 2002 Oct, 46 (4): 635-51. Review.
18. Roelofse JA, van der Bijl P: Cardiac dysrhythmias associated with intravenous lorazepam, diazepam, and midazolam during oral surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 1994 Mar, 52 (3): 247-50.
19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. Baqain ZH, Karaky AA, Sawair F, Khraisat A, Duaibis 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.