



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

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

W aktualnym numerze *Kardiologii po Dyplomie* omawiamy przypadek 68-letniej pacjentki, która trafiła do Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia Instytutu Stomatologii WUM bez skierowania i pewnie nie byłoby w tym nic szczególnego, gdyby nie fakt równoczesnego obciążenia onkologicznego, kardiologicznego i periodontologicznego, a w wywiadzie także gastrologicznego. Konfiguracja ta była przyczyną włączenia chorej do grupy ryzyka i podjęcia decyzji o wyeliminowaniu potencjalnych ognisk zakażenia bakteryjnego pochodzących z jamy ustnej. Była ona poprzedzona konsultacją onkologiczną i kardiologiczną. Sądzymy, że takie wielospecjalistyczne podejście wdrożone do terapii w znacznym stopniu powinno usprawnić, a w niektórych przypadkach być może ułatwić i przynieść korzyści kliniczne w leczeniu chorób podstawowych. Mamy nadzieję, że zwrócimy tym samym uwagę na konieczność wspólnego diagnozowania w ramach holistycznego podejścia do opieki zdrowotnej. Zapraszam i namawiam do lektury.

Maciej R. Czerniuk

Przyzębie u chorej obciążonej onkologicznie i kardiologicznie – 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

Wśród osób zgłaszających się do Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia Instytutu Stomatologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego liczną grupę stanowią chorzy, u których w badaniu podmiotowym stwierdza się poważne obciążenia medyczne z zakresu onkologii, kardiologii, ginekologii, związane z przyjmowaniem niektórych preparatów farmakologicznych (np. cytostatyków po przeszczepach) i wielu innych. Zazwyczaj są oni kierowani z prośbą o konsultację i ewentualne leczenie chorób błony śluzowej jamy ustnej lub przyzębia (choroby przyzębia, ChPZ), które jest podejmowane, o ile nie ma przeciwwskazań. Zdarzają się również przypadki pacjentów kierowanych najczęściej z po-

wodu bólu tkanek przyzębia, rozchwiania zębów, uczucia suchości lub pieczenia jamy ustnej albo języka, poparzeń błony śluzowej, nadżerek, owrzodzeń, guzków, guzów, bąbli, pęcherzy, nacieków zapalnych, ropni etc. Bardzo często dolegliwości te sprawiają, że jest to ich pierwszy kontakt z tą dziedziną stomatologii [1-20].

Opis przypadku

Do Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia Instytutu Stomatologii WUM, w ramach ostrego dyżuru, zgłosiła się 68-letnia kobieta bez skierowania od lekarza, w celu weryfikacji stanu uzębienia, charakteryzującego się znaczną ruchomością i będącego przyczyną bolesności w przednim odcinku żuchwy.

W wywiadzie stomatologicznym pacjentka podawała brak stałej opieki stomatologicznej, dotychczas nigdy nie była leczona z powodu ChPZ, zaś zabiegi profesjonalnego usunięcia płytki i kamienia nazębnego wykonywane były bardzo sporadycznie. Higiena ograniczała się do mycia posiadanych zębów dwa razy na dobę. Od około 10 lat stosowała niezmiennie protezę całkowitą górną i częściową dolną, uzupełniającą braki skrzydłowe (w odcinkach bocznych). Nie paliła tytoniu.

Pacjentka była hospitalizowana kilkakrotnie ze względu na chorobę wrzodową dwunastnicy, ból zamostkowy i nagłe omdlenia z chwilową utratą przytomności. W maju 2005 roku przebywała w klinice otolaryngologii, w której przeprowadzono operację resekcji ślinianki podżuchwowej prawej z powodu guza (*tumor glandulae submandibularis dextra*) (ryc. 1). W części obwodowej guz został wycięty z bardzo skąpym marginesem tkanek zdrowych (*excisio non completa*). W badaniu histopatologicznym rozpoznano raka gruczołowego ślinianki podżuchwowej prawej (*carcinoma cysticum glandulae submandibularis dextra*). Przeprowadzone badanie radiologiczne ślinianki przyusznej prawej i obu ślinianek strony lewej nie wykazało struktur patologicznych. W żadnej z okolic szyi nie uwidoczniło chorobowo zmienionych węzłów chłonnych. Radiologiczne badanie przedoperacyjne płuca i serca nie wykazało zmian patologicznych. Wdrożono pooperacyjną teleradioterapię guza ślinianki podżuchwowej prawej z objęciem regionu węzłów szyjnych po tej samej stronie. Pacjentka nadal pozostaje pod opieką przychodni przyszpitalnej kliniki otolaryngologii i przechodzi okresowe badania diagnostyczne.

W roku 2007 zlecono badanie ultrasonograficzne (USG) szyi. Obraz obu ślinianek przyusznych i lewej podżuchwowej był prawidłowy, nie stwierdzono nieprawidłowych odbić w rzucie ślinianki podżuchwowej prawej. Węzły chłonne nie wykazywały zmian, obraz tarczycy również był prawidłowy.

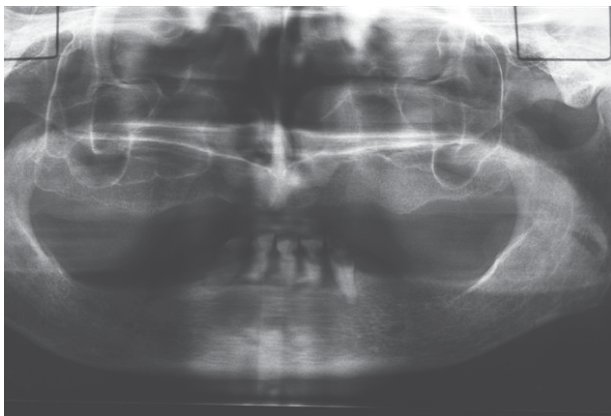
Częste epizody omdleń z chwilową utratą przytomności, wysokie wartości ciśnienia tętniczego krwi (180/100, 150/90, 180/90, 100/55 mm Hg) były powodem hospitalizacji na oddziale chorób wewnętrznych w 2008 roku, a u pacjentki poza stanem po resekcji i radioterapii ślinianki podżuchwowej prawej, a także wywiadem choroby wrzodowej, zostały rozpoznane: nadciśnienie tętnicze, choroba nie-



RYCINA 1

Blizna na szyi po resekcji ślinianki podżuchwowej prawej

dokrwienna serca, dyskopatia L1-L2 i L2-L3, choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego. Wykonany w chwili przyjęcia lipidogram wskazywał całkowite stężenie cholesterolu 249 mg/dl, triglicerydów 109 mg/dl, lipoprotein o dużej gęstości (HDL) 66,7 mg/dl, lipoprotein o małej gęstości (LDL) 161 mg/dl, a stosunek całkowitego cholesterolu do HDL wynosił 3,7. W przeprowadzonym badaniu echokardiograficznym serca stwierdzono łagodnie upośledzoną czynność rozkurczową, małą niedomykalność zastawki mitralnej i trójdzielnej, a także śladową niedomykalność zastawki pnia płucnego. Badanie USG tętnic szyjnych wykazało pojedyncze, drobne blaszki miażdżycowe w rozwidleniach tętnicy szyjnej wspólnej (CCA) po obu stronach, niepowodujące jednak istotnych hemodynamicznie zwężeń. Pacjentka została skierowana na badanie tomograficzne głowy (TK) i konsultację neurologiczną. TK wykazała w wejściu do jamy bębenkowej i wokół kosteczek słuchowych po stronie prawej nieregularne nacieki tkanekowe przy zachowanym prawidłowym ustawieniu i bez cech destrukcji. Stwierdzono nieznaczne pogrubienie błony bębenkowej. Nie wykazała natomiast zmian ogniskowych w obrębie mózgu i móżdżku, przemieszczenia struktur śródkowych mózgu, cech krwawienia śródczaszkowego, zmian w obrębie kości sklepienia czaszki. Uwidoczniło się zwapnienie w obrębie sierpu mózgu. Konsultacja neurologiczna nie wykazała konieczności podjęcia leczenia neurologicznego, wykluczono neurologiczne przyczyny zaburzeń równowagi i świadomości. W zleconym 24-godzinnym monitorowaniu ciśnienia tętniczego uzyskano następujące średnie wartości: okres 1 (6:30-8:00) – 88/49 mm Hg, okres 2 (8:00-21:00) – 105/57 mm Hg, okres 3 (21:00-6:30) – 89/48 mm Hg. Najwyższa wartość wynosiła 176/100 mm Hg, a najniższa 78/42 mm Hg. Podczas pobytu na oddziale zastosowano leczenie farmakologiczne następującymi preparatami: metoprolol w dawce 100 mg, kwas acetylosalicylowy 75 mg, simwastatyna 40 mg, ramipril 10 mg. Pacjentkę wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym, z zaleceniem intensyfikacji leczenia hipolipemizującego, a także regularnym przyjmowaniem leków: bisoprol (5 mg) – 1 tabl. rano, kwas acetylosalicylowy (75 mg) – 1 tabl. wieczorem, ramipiril (10 mg) – 1 tabl. wieczorem,



RYCINA 2

Zdjęcie pantomograficzne szczęk.



RYCINA 3

Bezzębny wyrostek zębodołowy szczęki i stan tkanek przyzębia żuchwy – w przestrzeniach międzyzębowych widoczny bakteryjny biofilm.



RYCINA 4

Stan tkanek przyzębia od strony jamy ustnej – widoczna zaawansowana choroba przyzębia i ubytki próchnicowe.

simwastatyna (40 mg) – 1 tabl. wieczorem. W trybie planowym skierowano chorą na badanie koronarograficzne, w którym nie stwierdzono istotnych zwężeń w naczyniach wieńcowych (zmiany przyścienne we wszystkich tętnicach).

W bieżącym roku przeprowadzono kolejne profilaktyczne badanie USG szyi, które nie wykazało cech wznowy i ewentualnego powiększenia węzłów chłonnych.

W badaniu stomatologicznym przedmiotowym stwierdzono bezzębie w obrębie szczęki, uzupełnione protezą osiadającą i braki skrzydłowe obustronne (w odcinkach bocznych), uzupełnione protezą częściową, osiadającą w żuchwie. W odcinku przednim stwierdzono uzębienie w obrębie siekaczy dolnych: siekacz boczny lewy (32), siekacz przyśrodkowy lewy (31), siekacz przyśrodkowy prawy (41), siekacz boczny prawy oraz kieł po stronie lewej (33). Wszystkie one posiadały liczne ogniska próchnicy, w okolicach przyzębia brzęznego (wokół zębów) występował biofilm bakteryjny, zęby sieczne wykazywały ruchomość III stopnia, potencjalnie kwalifikując je do usunięcia. Kieł z ubytkami próchnicowymi został zakwalifikowany do leczenia zachowawczego w celu zapewnienia lepszego utrzymania (retencja) użytkownej protezy, nie wykazywał on również tak znacznej ruchomości.

Ze względu na zakwalifikowanie pacjentki do grupy ryzyka na pierwszej wizycie oprócz zebrania wywiadu, dokonano tylko pomiaru wskaźnika płytki (i/lub kamienia nazębnego), które jest badaniem nieinwazyjnym, niewywołującym krwawienia ze strony tkanek przyzębia. Wartość tego parametru periodontologicznego wynosiła 88% (przyjmuje się wartość do 20% dla stanu zdrowia tkanek przyzębia). Przeprowadzono instruktaż higieny, zalecając stosowanie szczoteczki miękkiej. W celu dalszej diagnostyki chorą skierowano na badanie radiologiczne – zdjęcie przeglądowe pantomograficzne, a także poproszono o konsultację onkologiczną i kardiologiczną [21].

Pacjentka zgłosiła się w następnym tygodniu z pisemnym zaświadczeniem od lekarza onkologa i kardiologa zezwalającym na zabieg sanacji jamy ustnej w warunkach ambulatoryjnych. Dostarczyła również zlecone zdjęcie radiologiczne. Brak sprecyzowania przez kardiologa i onkologa typu antybiotykoterapii osłonowej spowodował włączenie leczenia preparatem klindamycyny w dawce 0,3 g stosowanej 3 razy na dobę przez 7 dni wraz z probiotykiem 3 razy na dobę, a także chemioterapeutyku metronidazolu w dawce 0,25 g podawanego 3 razy na dobę przez 7 dni. Na podstawie dostarczonego zdjęcia pantomograficznego i badania klinicznego zęby sieczne żuchwy zakwalifikowano do ekstrakcji. Badanie palpacyjne omawianej okolicy żuchwy wykazało pojawienie się wydzieliny ropnej (suppuratio) przy próbie nacisku w okolicy dziąsła związanego (zrośniętego w warunkach zdrowia z blaszką kostną wyrostka zębodołowego szczęki i/lub żuchwy). Stwierdzono bolesność zębów w trakcie opukiwania (perkusji). Zlecone preparaty pacjentka zaczęła przyjmować w dniu wizyty, a zabieg wyznaczono na dzień następny (ryc. 2-4).

W ramach znieczulenia nasiękowego podano 2 ampułki 1,7 ml (3,5 ml) 4% roztworu chlorowodorku artykainy z chlorowodorkiem epinefryny w obrębie żuchwy. Wykonano profesjonalne usunięcie kamienia i biofilmu bakteryjnego (scaling ultradźwiękowy), śródzabiegowe płukanie 3% roztworem wody utlenionej i 0,5% roztworem



RYCINA 5

Ekstrakcja siekaczy żuchwy.



RYCINA 6

Stan po zaszyciu zębodołów w żuchwie.

metronidazolu. Wykonano pomiary diagnostyczne utraty przyczepu łącznotkankowego (clinical attachment loss, CAL) i głębokości kieszonek przyzębnych (periodontal depth, PD), które potwierdziły wstępne rozpoznanie zaawansowanej ciężkiej, przewlekłej i uogólnionej choroby przyzębia. Przystąpiono do ekstrakcji czterech siekaczy dolnych: 32, 31, 41, 42. Zębodoły wyłyczekowano, usunięto bakteryjne torbiele okołowierzchołkowe wraz z bakteryjną ziarniną, rany zaszyto. Pacjentka zabieg zniosła dobrze i w takim stanie zwolniono ją do domu z zaleceniem zachowania stosowanego wcześniej leczenia farmakologicznego, dodatkowo zaś włączono środek przeciwbólowy (kwas mefenamowy 3 razy na dobę) i przeciwobrzękowy (wyciąg z kasztanowca 4 razy na dobę po 3 tabletki). Kontrolę wyznaczono na dzień następny. Okres pozabiegowy przebiegał bez powikłań, w czwartym dniu pobrano stosowne wyciski w celu protetycznego uzupełnienia brakujących zębów w dolnej protezie (ryc. 5-8).

Omówienie

Opisany przypadek wskazuje na konieczność interdyscyplinarnej współpracy medycznej, nie tylko kardioperiodontologicznej, ale obejmującej inne dziedziny jak przedstawiona w tym artykule – onkologia, ale także hematologia, ginekologia, endokrynologia. Możliwość wykluczenia infekcji pochodzących z jamy ustnej radykalnie zmniejsza możliwość infekcji odogniskowej. Zależność konfiguracji współpracy często jest zmienna: chory zgłaszający się do lekarza kardiologa lub onkologa wymaga konsultacji periodontologia, jak w opisanym przypadku, ale również niejednokrotnie u pacjenta leczonego periodontologicznie powinna być pogłębiona diagnostyka internistyczna. Z punktu widzenia kardiologicznego u tej pacjentki, po przeprowadzeniu skutecznej sanacji jamy ustnej, ryzyko zdarzeń sercowo-naczyniowych jest prawdopodobnie mniejsze (zmniejszenie ogólnej reakcji zapalnej zmniejsza ryzyko destabilizacji blaszek miażdżycowych). Monitorowanie ewentualnej wznowy procesu nowotworowego jest również łatwiejsze



RYCINA 7

Stan usuniętych zębów siekanych żuchwy – ziarnina zapalna, ubytki próchnicowe.



RYCINA 8

Stan po uzupełnieniu w protezie usuniętych zębów siekanych w żuchwie.

przy wyeliminowaniu utrzymujących się markerów ogólnego stanu zapalnego. Pamiętajmy o pacjentach kardiologicznych i zawsze kierujmy ich na konsultację stomatologiczną!

Podziękowania

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

Piśmiennictwo:

1. Banach J, Dembowska E, Górka R, et al.: Praktyczna Periodontologia Kliniczna. Wydawnictwo Kwintesencja 2004.
2. Górka R: Choroby błony śluzowej jamy ustnej. Med Tour Press International 2007.
3. Pilot T: The Periodontal Disease Problem. A Comparison between Industrialised and Developing Countries. *Int Dent J* 1998, 48: 221-232.
4. Seymour RA: Is gum disease killing your patient? *Br Dent J* 2009, 206 (10): 551-552.
5. 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, 203 (3): E5, discussion 144-145.
6. Czerniuk MR: Stan przyzębia i potrzeby lecznicze u pacjentów w ostrej fazie choroby niedokrwiennej serca. *Nowa Stomatologia* 2001, 16 (2): 26-29.
7. Czerniuk MR, Filipiak KJ, Górka R, Opolski G: Stan przyzębia a choroby układu sercowo-naczyniowego. *PAMW* 1999, 5: 433-436.
8. Zaremba M, Górka R: Choroba przyzębia jako potencjalny czynnik ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. *Kardiologia Pol* 2008, 66: 1102-1106.
9. 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: 31.
10. Czerniuk MR: Zły stan higieny jamy ustnej jako ognisko infekcji – jak postępować z pacjentem obciążonym nie tylko kardiologicznie. *Kardiologia po Dyplomie* 2009, 7: 65-69.
11. Rôças IN, Siqueira JF Jr, Santos KR, et al.: „Red complex” (*Bacteroides forsythus*, *Porphyromonas gingivalis*, and *Treponema denticola*) in endodontic infections: a molecular approach. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001, 4: 468-471.
12. Konopka T: Zapalenia przyzębia a choroby ogólnoustrojowe – przegląd piśmiennictwa. *Stom Współczesna* 2001, 2, 12-19.
13. Ximénez-Fyvie LA, Haffajee AD, Socarransky SS: Comparison of the microbiota of supra- and subgingival plaque in health and periodontitis. *J Clin Periodontol* 2000, 27 (9): 648-657.
14. Stopa J, Ruszyńska H, Chmielnik M, et al.: Ocena stanu przyzębia i potrzeb leczniczych osób dorosłych w wieku 35-44 lat z województwa poznańskiego. *Czas Stomat* 1994, XLVII, 4: 275-277.
15. Offenbacher S, Barros SP, Beck JD: Rethinking periodontal inflammation. *J Periodontol* 2008, 79 (8 Suppl): 1577-1584.
16. Offenbacher S, Barros SP, Singer RE, et al.: Periodontal disease at the biofilm-gingival interface. *J Periodontol* 2007, 78 (10): 1911-1925.
17. Haffajee AD, Socarransky SS, Patel MR, et al.: Microbial complexes in supragingival plaque. *Oral Microbiol Immunol* 2008, 23 (3): 196-205.
18. Friedewald VE, Kornman KS, Beck JD, et al.: The American Journal of Cardiology and Journal of Periodontology Editors' Consensus: periodontitis and atherosclerotic cardiovascular disease. *Am J Cardiol* 2009, 104 (1): 59-68.
19. Monteiro AM, Jardini MA, Alves S, et al.: Cardiovascular disease parameters in periodontitis. *J Periodontol* 2009, 80 (3): 378-388.
20. Humphrey LL, Fu R, Buckley DI, Freeman M, Helfand M: Periodontal disease and coronary heart disease incidence: a systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2008, 23 (12): 2079-2086.
21. WHO. Regional Office for Europe, Copenhagen. Country Profiles on Oral Health in Europe, 1991.