



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

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

W bieżącym numerze *Kardiologii po Dyplomie* pragniemy Państwu przedstawić opis przypadku pacjentki, której historia terapii w ostatnim półroczu jest bardzo wymowna. Latem zeszłego roku wystąpił u niej epizod krótkotrwałego bólu w klatce piersiowej, którego diagnostyki nie doprowadzono do końca. Ponadto pacjentka pod koniec ubiegłego roku zaszła w ciążę, którą poroniła. Dzięki wdrożonej diagnostyce i terapii interdyscyplinarnej została skierowana na konsultację stomatologiczną. Podjęto decyzję o przeprowadzeniu sanacji jamy ustnej, która wykluczy potencjalne źródło nadkażenia patogenami bakteryjnymi – mamy nadzieję – zawężając spektrum diagnostyczne.

Szczegóły postępowania znajdziecie Państwo w publikacji.
Zapraszam do lektury.

Maciej R. Czerniuk

Jaki związek ma zły stan tkanek przyzębia z problemami kardiologicznymi i ginekologicznymi młodej pacjentki? – opis przypadku

Maciej R. Czerniuk

Zakład Chorób Błony Śluzowej Jamy Ustnej 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 (6): 74-78

Wprowadzenie

Wśród pacjentek zgłaszających się ze skierowaniami do Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (WUM) osobną grupę stanowią kobiety w trakcie leczenia ginekologicznego i endokrynologicznego. Lekarze prowadzący terapię proszą o wykluczenie stanu odogniskowej infekcji pochodzącej ze struktur jamy ustnej. Cieszy fakt, że działalność lekarza stomatologa nie jest kojarzona jedynie z wypełnianiem ubytków próchnicowych i ekstrakcją zębów. Bezsprzecznie są to bardzo ważne składowe ca-

łościowej opieki stomatologicznej, która musi być często uzupełniona leczeniem endodontycznym (EN), periodontologicznym chorób przyzębia (ChPZ), implantologicznym, ortodontycznym, protetycznym lub implantoprotetycznym. Na początku najważniejsze jest jednak wykluczenie nadkażenia bakteryjnego pochodzącego z tkanek przyzębia brzeżnego (korzeń zęba, ozębna, kość wyrostka zębodołowego, dziąsło brzeżne) i wierzchołkowego (wierzchołek korzenia, dziąsło właściwe). Wynika to z potencjalnej możliwości szerzenia się infekcji bakteryjnej spowodowanej florą Gram-ujemną, taką jak: *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Agregatibacter actinomycetemcomitans*, *Tanarella forsythi*, *Treponema denticola*, drogą naczyń krwionośnych do dalej położonych struktur i narządów (mięsień sercowy, wątroba, nerki, łożysko naczyniowe ze zmianami miażdżycowymi, mózgowie). Zauważając zagadnienie do wymiaru stomatologicznego, wypełnianie ubytków próchnicowych (plomb), któremu towarzyszy krwawienie z dziąseł i złogi kamienia nazębnego (biofilmu bakteryjnego), stanowi dużą i niepotrzebną trudność dla lekarza. Ustalenie właściwego planu leczenia zapobiega niepowodzeniom leczenia stomatologicznego i je minimalizuje [1-21].

Opis przypadku

Kobieta, lat 31, została skierowana przez lekarza ginekologa do Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia Instytutu Stomatologii WUM w celu konsultacji i wykluczenia zakażenia odogniskowego z tkanek jamy ustnej. Pacjentka otyła, ze współczynnikiem masy ciała BMI > 35 kg/m², dotąd nieleczona internistycznie.

Z dostarczonej dokumentacji medycznej i wywiadu ogólnomedycznego wynikało, że pacjentka na początku bieżącego roku poroniła, a w lipcu 2009 roku wystąpił u niej epizod krótkotrwałego bólu w klatce piersiowej. Powodem zgłoszenia się do izby przyjęć szpitala ginekologicznego w styczniu 2010 roku było krwawienie z dróg rodnych, trwające 2 dni, nieco bardziej nasilone niż w czasie miesiączki. Ciśnienie tętnicze wynosiło 120/80 mm Hg, tętno 74/min, temperatura 36,4°C, stężenie gonadotropiny kosmówkowej (hCG) sprzed dwóch dni wynosiło 19,9 mIU/ml. W badaniu ginekologicznym trzon macicy określono jako prawidłowej wielkości, niebolesny, bez wyczuwalnych zmian w przydatkach. USG trzonu macicy nie wykazało jej powiększenia, a endometrium miało charakter linijny o szerokości 5 mm i było jednorodne. Wcześniejszy incydent kardiologiczny bólu w klatce piersiowej, z powodu którego pacjentka zgłosiła się do internisty, ustąpił samoistnie. W wykonanym wówczas EKG stwierdzono napad migotania przedsionków z szybką czynnością rytmu komór, pacjentce zalecono badanie echokardiograficzne i badanie holterowskie rytmu serca, którego jednak nie wykonała.

Na podstawie badań biochemicznych lekarz rodzinny stwierdził u pacjentki dyslipidemię mieszaną (TC 220 mg/dl, cholesterol LDL 145 mg/dl, HDL 40 mg/dl, TG 220 mg/dl) i zalecił leczenie niefarmakologiczne. Ponadto stwierdzono niezdiagnozowane dotąd i nielezione nadciśnienie tętnicze



RYCINA 1

Zdjęcie pantomograficzne szczęk. Widoczne m.in. zgorzelinowe korzenie w obrębie szczęki i żuchwy w odcinkach bocznych (ze zbiorów Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia WUM – dr med. M.R. Czerniuk).



RYCINA 2

Stan przed sanacją w obrębie szczęki (ze zbiorów Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia WUM – dr med. M.R. Czerniuk).



RYCINA 3

Stan przed sanacją w obrębie żuchwy (ze zbiorów Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia WUM – dr med. M.R. Czerniuk).



RYCINA 4

Usunięte korzenie zgorzelinowe zębów szczęki (ze zbiorów Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia WUM – dr med. M.R. Czerniuk).



RYCINA 5

Usunięte korzenie zgorzelinowe w żuchwie po stronie lewej (ze zbiorów Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia WUM – dr med. M.R. Czerniuk).



RYCINA 6

Usunięte korzenie zgorzelinowe po stronie prawej (ze zbiorów Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia WUM – dr med. M.R. Czerniuk).



RYCINA 7

Stan bezpośrednio po sanacji szczęki (ze zbiorów Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia WUM – dr med. M.R. Czerniuk).



RYCINA 8

Stan bezpośrednio po sanacji żuchwy (ze zbiorów Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia WUM – dr med. M.R. Czerniuk)

(zalecił postępowanie niefarmakologiczne i ponowną konsultację za 4 tygodnie) oraz podwyższoną glikemię na czczo (przy prawidłowych wartościach glikemii w 2 h po obciążeniu glukozą); zalecono postępowanie niefarmakologiczne. W spoczynkowym badaniu elektrokardiograficznym nie stwierdzono istotnych zmian. Wywiad rodzinny był nieobciążony, pacjentka niepaląca tytoniu, z otyłością, prowadząca tzw. siedzący tryb życia.

W wywiadzie stomatologicznym pacjentka podawała brak stałej opieki stomatologicznej, nie była leczona z powodu ChPZ, natomiast zabiegi profesjonalnego usunięcia płytki i kamienia nazębnego wykonywane były sporadycznie. Higiena ograniczała się do mycia zębów dwa razy na dobę.

W badaniu stomatologicznym przedmiotowym stwierdzono uzębienie pełne z licznymi korzeniami zgorzelinowymi w obrębie szczęki: trzonowce (17 i 27 – siódemka górna prawa i lewa, 28 – ósemka górna lewa), przedtrzonowe (15 – piątka górna prawa, 14 i 24 – czwórka górna lewa i prawa) – łącznie 6 zębów, i żuchwy: trzonowce (37 i 47 – siódemki dolne prawa i lewa, 36 i 46 – szóstki dolne prawa i lewa oraz 48 – ósemka dolna prawa), przedtrzonowe

(35 i 34 – piątka i czwórka dolna lewa) – łącznie 7 zębów, oraz ubytki próchnicowe w klasie I-IV według Blacka (zajmujące powierzchnie żujące lub styczne zębów przedtrzonowych i trzonowych, powierzchnie siekaczy i kłów z kątami lub bez nich) w poszczególnych zębach uzupełnione plombami, a także przeprowadzone EN: w kle szczęki po stronie prawej, jedynce i dwójce górnej prawej (13, 21, 22). Ząb 21 miał koronę porcelanową i zaopatrzony był wkładem koronowo-korzeniowym. Oprócz punktów trepanacyjnych zaopatrzonych odpowiednimi wypełnieniami wyżej wymienione zęby poza 21 miały zdecydowanie ciemniejszy odcień, charakterystyczny dla uzębienia po leczeniu endodontycznym, co potwierdziło radiologiczne zdjęcie pantomograficzne. Pozwoliło ono także zauważyć zmiany w utkaniu kostnym przywierzchołkowym i międzyzębowym (interdentalnym) w obrębie wszystkich korzeni zębów przedtrzonowych i trzonowych (ryc. 1-3).

Wartości parametrów ChPZ wynosiły kolejno: utrata przyczepu łącznotkankowego (clinical attachment loss, CAL) – maksymalnie 4 mm, głębokość kieszonek przyzębnych (periodontal depth, PD) – maksymalnie 6 mm, ruchomość zębów i stopień zajęcia furkacji korzeni (mobility and furcation) – odpowiednio pomiędzy I a II stopniem, krwawienie (bleeding on probing, BOP) – 76%, wskaźnik płytki (plaque index, PI) – 54%. Na podstawie zebranych danych postawiono rozpoznanie określające ChPZ jako przewlekłą, uogólnioną i średniego stopnia nasilenia.

Ze względu na obecność bardzo dużej liczby korzeni zgorzelinowych w jamie ustnej – pochodzących łącznie od 13 zębów przedtrzonowych i trzonowych – zdecydowano o zastosowaniu antybiotykowej terapii osłonowej z wyboru preparatem klindamycyny w dawce 0,3 g stosowanej 3 razy na dobę przez 7 dni, a także chemioterapeutykiem metronidazolem w dawce 0,25 g podawanym 3 razy na dobę przez 7 dni. Zły stan przyzębia, niezakończona diagnostyka internistyczna i ginekologiczna były wskazaniem do jak najszybszego dostarczenia pisemnej zgody wykazującej brak przeciwwskazań do sanacji jamy ustnej. Chora zgłosiła się następnego dnia z pisemnym zaświadczeniem od lekarza internisty o braku przeciwwskazań do sanacji jamy ustnej w warunkach ambulatoryjnych, w zastosowanej już osłonie antybiotykowej.

Obecność potencjalnych ognisk infekcji w obrębie szczęk skłoniła do podjęcia decyzji o dwuetapowej sanacji jamy ustnej, najpierw w obrębie szczęki, a następnie żuchwy.

Po podaniu w ramach znieczulenia nasiękowego 4 ampułek 1,7 ml (6,8 ml) 4% roztworu chlorowodoru artykainy z chlorowodorkiem epinefryny po stronie prawej i lewej szczęki wykonano ekstrakcję korzeni trzech przedtrzonowców (15, 14, 24) i trzech trzonowców (17, 27, 28), usunięto ziarninę zapalną, rany zaszyto (ryc. 4).

Ze względu na charakter pracy zawodowej pacjentki i częste wyjazdy służbowe datę sanacji żuchwy i zdjęcia szwów poprzedniej operacji ustalono na 3 tygodnie później. Tym razem zastosowano znieczulenie przewodowe po obu stronach żuchwy, łącznie 4 ampułkami 1,7 ml

(6,8 ml) tego samego preparatu co poprzednio, i wykonano ekstrakcję korzeni następujących zębów: po stronie lewej – dwóch trzonowców i przedtrzonowców (37, 36, 35, 34), a po stronie prawej trzech trzonowców (46, 47, 48). Rany zaszyto. Dobę przed operacją wdrożono tę samą osłonę farmakologiczną co przed trzema tygodniami. Termin zdjęcia szwów ustalono za 14 dni (ryc. 5-8).

Omówienie

Przedstawiony przypadek wskazuje na ewidentną konieczność wdrożenia leczenia interdyscyplinarnego. Niezakończona diagnostyka ginekologiczna, internistyczna i leczenie w zakresie stomatologii (zachowawcze – plomby, regularne – profesjonalne usuwanie biofilmu bakteryjnego połączonego z polerowaniem powierzchni zębów, uzupełnienia protetyczne) nie pozwalają wykluczyć infekcji odogniskowej. Może ona być czynnikiem utrudniającym zajście w ciążę i jej utrzymanie. Doniesienia ostatnich lat pozwalają przypuszczać, że istnieje związek między ChPZ a porodem przedwczesnym i małą masą urodzeniową noworodków, a także możliwość przenikania bakterii znajdujących się w krwioobiegu przez barierę, jaką jest łożysko, i indukowania poronienia [22-26]. Zależy to m.in. od ilości i zjadliwości bakterii oraz aktywności układu immunologicznego.

Czy jest związek między ChPZ, poronieniem a napa-dem migotania przedsionków u przedstawionej pacjentki z licznymi obciążeniami? Autor opisu przypadku jest zdania, że tak. Proces niszczenia struktur tkanek przyzębia był przewlekły, na co wskazuje stan zgorzeliowy.

Przedstawione postępowanie można uznać za godne rekomendowania, ponieważ jest ważnym elementem wygaszania ogólnoustrojowej reakcji zapalnej, a więc może ułatwić postawienie ostatecznego rozpoznania ginekologicznego i internistycznego.

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, Jardini MA, Alves S, Giampaoli V, et al. Cardiovascular disease parameters in periodontitis. *J Periodontol* 2009, 80 (3): 378-388.
2. Offenbacher S, Barros SP, Singer RE et al. Periodontal disease at the biofilm-gingival interface. *J Periodontol* 2007, 78 (10): 1911-1925.
3. 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.

4. Banach J, Dembowska E, Górka R, et al. (red.). *Praktyczna Periodontologia Kliniczna*. Wydawnictwo Kwintesencja 2004.
5. Czerniuk MR, Filipiak KJ, Górka R, Opolski G. Stan przyzębia a choroby układu sercowo-naczyniowego. *PAMW* 1999, C1, 5: 433-436.
6. Czerniuk MR. Stan przyzębia i potrzeby lecznicze u pacjentów w ostrej fazie choroby niedokrwiennej serca. *Nowa Stomatologia* 2001, 16 (2): 26-29.
7. Konopka T. Zapalenia przyzębia a choroby ogólnoustrojowe – przegląd piśmiennictwa. *Stom Współczesna* 2001, vol. 8, nr 2, 12-19.
8. Seymour RA. Is gum disease killing your patient? *Br Dent J* 2009, 206 (10): 551-552.
9. Banach J, Jańczuk Z. Problemy zdrowotne narządu żucia polskiej populacji korzystającej z opieki stomatologicznej – wybrane województwa. *Czas Stomat* 1990, XLIII: 122-127.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. Del Peloso Ribeiro E, Bittencourt S, Sallum EA, Nociti FH Jr, Gonçalves RB, Casati MZ. Periodontal debridement as a therapeutic approach for severe chronic periodontitis: a clinical, microbiological and immunological study. *J Clin Periodontol* 2008 Sep; 35 (9): 789-98.
14. Offenbacher S, Barros SP, Beck JD. Rethinking periodontal inflammation. *J Periodontol* 2008, 79 (8 Suppl): 1577-84.
15. Zaremba M, Górka R. Choroba przyzębia jako potencjalny czynnik ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. *Kardiol Pol* 2008, 66: 1102-1106.
16. Couper DJ, Beck JD, Falkner KL, et al. The Periodontitis and Vascular Events (PAVE) pilot study: recruitment, retention, and community care controls. *J Periodontol* 2008, 79 (1): 80-9.
17. Konopka T, Rutkowska M, Hirnle L. Zapalenia przyzębia jako czynnik ryzyka przedwczesnego zakończenia ciąży i niskiej wagi urodzeniowej dziecka w wybranej populacji kobiet Dolnego Śląska. *Czas Stomatol* 2003, LVI, 12, 799-808.
18. Konopka T, Rutkowska M. Stan kliniczny przyzębia u kobiet z przedwczesnym zakończeniem ciąży i niską masą urodzeniową dziecka. *Czas Stomatol* 2004, LVII, 2, 110-117.
19. Offenbacher S, Beck JD. Periodontitis: A potential risk factor for spontaneous preterm birth. *Comp Periodontol* 1998, 19: 32-39.
20. Offenbacher S, Jared HL, O'Reilly PG, Wells SR, et al. Potential pathogenic mechanisms of periodontitis-associated pregnancy complications. *Ann Periodontol* 1998, 3: 233-250.
21. Offenbacher S, Katz V, Fertik G, Collins J, et al. Periodontal infection as possible risk factor for preterm low birth weight. *J Periodontol* 1996, 67: 1103-1113.
22. Offenbacher S, Lief S, Boggess KA, Murtha AP, et al. Maternal periodontitis and Prematurity. Part I: Obstetric outcome of prematurity and growth restriction. *Ann Periodontol* 2001, 6: 164-174.
23. Paneth NS: The problem of low birth weight. *Fut Child* 1995, 5: 19-34.
24. Borakowska-Siennicka M, Górka R. Choroba przyzębia a poród przedwczesny i niska masa urodzeniowa noworodków w świetle badań klinicznych. *Czas Stomatol* 2006, LIX, 3, 148-158.
25. Jeffcoat MK, Geurs NC, Reddy MS, et al. Periodontal infection and preterm birth. Results of a prospective study. *J Am Dent Assoc* 2001, 132: 875-880.
26. Jeffcoat MK, Hauth JC, Geurs NC, et al. Periodontal disease and preterm birth: results of a pilot intervention study. *J Periodontol* 2003, 74 (8): 1214-1218.