

EFECTE VICE-VERSO ÎNTRE PARODONTOPATII ȘI DIABETUL ZAHARAT

Rezumat

Afecțiunile cavității bucale au un impact asupra întregului organism, prin instalarea unor focare stomatogene de infecție și intoxicație. La bolnavii cu parodontită marginal cronică s-au depistat schimbări în funcția secretorie a pancreasului și stomacului. Este demonstrate faptul, că 8—12% din pacienții cu parodontită marginală suferă de diabet zaharat. Modificările vasculare parodontale sunt atât de caracteristice diabetului, încât li se atribuie termenul de „microangiopatie diabetică” sau „parodontopatie diabetică”. Aceste efecte vice-verso sunt demonstrate și în studiul nostru pe un lot de 31 pacieni aflați în studiu

Summary

Vice-versa effects between parodontopathys and diabetes mellitus.

Mouth disease have an impact on the entire body through the installation of outbreaks stomatogene of ifection and intoxication. The patients with chronic marginal periodontities have detected changes in the secretorie the stomach and pancreas. It is demonstrated that the 8—12% of patients with marginal periodontities suffering from diabetes. Parodontale vascular changes are so characteristic of diabetes, that are assigned the term „diabetic microangiopate” or „diabetic parodontopate”. These findings vice — verso are demonstrated in our study on a sample of 31 patients in study.

Introducere

Relația dintre bolile somatice ale organismului și modificările care au loc în cavitatea bucală sunt legate de dereglările metabolismului, hemodinamicii, dereglări imunologice și neuroregulatorii, precum și de schimbările microbiocenozei. Boala care are un impact direct asupra structurilor cavității bucale este diabetul zaharat (Villershausen-Tsenhen B., Gleyssner S, 1998; Mohammad AR et al., 1994).

Diabetul zaharat împreună cu afecțiunile care îl însoțesc sau îl agravează, inclusiv și cele bucale, este în prezent una dintre cele mai actuale probleme ale medicinei moderne, soluționarea căreia pe plan mondial nu poate fi realizată. Și Republica Moldova, în acest sens, din păcate, nu face excepție. Într-o perioadă relativ scurtă de timp (2004—2007) numărul de diabetici în Moldova a crescut de la 31000 la 42000! Studiu în dinamică a numărului de pacienți în țara noastră arată că numărul anual de oameni cu diabet zaharat a crescut cu 3—7%, în diferite grupe de vârstă. Experții OMS au estimat că în lume, în anul 1995, de diabet zaharat suferau 135 milioane de oameni, în anul 2000 au fost înregistrate 177 mln, în prezent maladia afectează peste 230 milioane, în 2030 se preconizează că această cifră va ajunge la 400 milioane de oameni, (Anestead Z. Zota L. 2007)

Afecțiunile cavității bucale au un impact asupra întregului organism, prin instalarea unor focare stomatogene de infecție și intoxicație (Borovschii E. V., 2004). Mai mult ca atât este demonstrat faptul că și parodontita marginală influențează foarte mult starea generală de sănătate a pacientului. L. N. Ciladze (1971) în experiențele sale la bolnavii cu parodontită marginală a depistat schimbări în funcția secretorie a pancreasului și stomacului. Autorii magheari (Shugar L. et al., 1980) spre exemplu, au demonstrat că 8—12% din pacienții cu parodontită marginală suferă de diabet zaharat. În 1997 Expert Comitee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus a constatat că parodontita marginală este unul din factorii care favorizează apariția diabetului zaharat. Astfel, este valabilă și relația inversă, adică o legătură feet- back între afecțiunile cavității bucale (inclusiv și parodontita marginală cronică) și diabetul zaharat. Aceasta se bazează pe faptul că procesele patologice din regiunea oro-maxilo-facială agravează evoluția diabetului zaharat.

Sergiu Ciobanu,
conf. universitar,
catedra Stomatologie
Terapeutică,
„N. Testemițanu”

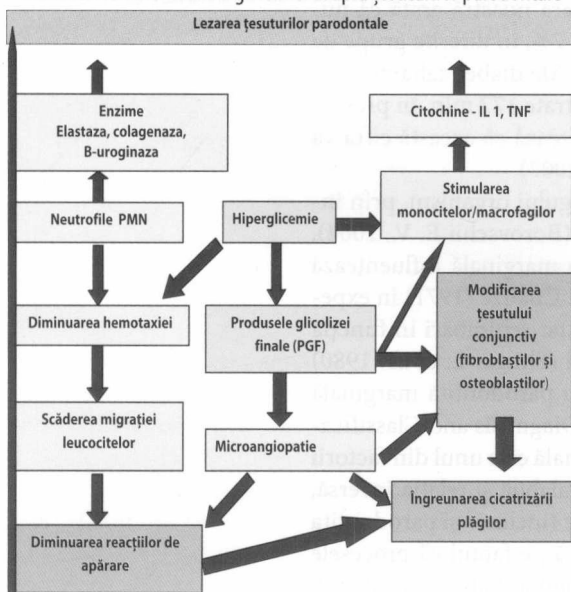
Discuțiile asupra interrelației diabetului zaharat și acestor afecțiuni basculează de la negarea completă a impactului diabetului zaharat în dezvoltarea lor la recunoașterea legăturii de cauzalitate între ele.

Una din ipotezele acestei legături, presupune că în parodontitele marginale sporește sinteza și eliminarea citochinelor, endotoxinelor de către microorganismele, care duce la creșterea nivelului de lipopolizaharide, ca urmare a lezării pereților celulari. Aceste produse, la rândul său induc creșterea nivelului glicolizei terminale, care are un impact important în patogenia diabetului zaharat. În așa fel infecția parodontală complică evoluția metabolică a diabetului zaharat.

Modificări de circulație. În diabetul zaharat, microcirculația suferă modificări patologice fiind determinate ca o microangiopatie diabetică. Veriga principală în apariția acestora este dereglarea metabolismului de carbohidrați și glicozamine care asigură integritatea structurală și funcțională ale membranei bazale vasculare. Datorită acestor dereglări, modificarea patologică a vaselor sanguine în diabetul zaharat are caracter specific: lumenul vascular nu este închis, dar peretele este practic întotdeauna afectat. Se atestă creșterea adheziei trombocitare, care contribuie la aterogeneză (Palișev M.A, Anichkov N.M, 2001). Esența microangiopatiei, sunt plasmoragiile, care deteriorază membrana bazală a patului microcirculator, apoi cauzează scleroza și hialinoza peretelui vascular. Aceste procese nu au la bază factorii inflamatori, dar rezultă că tulburările microcirculatorii au caracter primar pe fondul deja existent al hipoxiei, permeabilității crescute ale structurilor vasculare parodontale, reducerii rezistenței acestora la acțiunea factorilor nefavorabili. Modificările vasculare parodontale sunt atât de caracteristice diabetului, încât li se atribuie termenul de „microangiopatie diabetică” sau „parodontopatie diabetică”.

Hiperglicemia, induce la diminuarea producției sau dereglarea acțiunii insulinei, poate influența prin scădere a creșterii și proliferării matricii țesutului

Prezentarea schematică a glicemiei asupra țesuturilor parodontale



lui conjunctiv, care la rândul său negativ influențează sinteza fibrelor gingivale și periodontale, precum și a osteoblastelor. Schematic aceste elemente sunt redacte în tabelul 1. Fibrele de collagen în unele locuri se îngroașă în altele devin laxe și dezordonate. Frecvent pe mucoasa bucală sunt microdefecte înconjurate de infiltrat inflamator, uneori cu caracter cronic. Epiteliului de acoperire e hiperplaziat și vegetează adânc în țesutul subiacent, celulele epiteliale se vacuolizează, crește cantitatea mucopolisaharidelor și a glicogenului. Are loc o proliferare a țesutului granular tânăr, uneori cu infiltrat inflamator și sclerozant, care, conform părerii mai multor autori este de origine autoimună.

Una din cele mai timpurii și cele mai frecvente manifestări ale diabetului zaharat sunt modificările în lichidul bucal, în primul rând prin dereglarea secreției de lichid, care generează xerostomia, însoțită de uscăciune în cavitatea bucală. Compoziția și proprietățile lichidului bucal, la pacienții cu diabet zaharat, diferă față de cele ale persoanelor sănătoase. Cel mai demonstrativ semn al acestor modificări este creșterea glucozei în salivă peste limitele normei (0.24-3.33mg la 100 ml salivă). Există o legătură directă între concentrația glucozei în sânge, lichidul bucal și prezența depunerilor în cavitatea bucală, fapt demonstrat de M.J.Campbell 1967. Astfel la pacienții, la care % glucozei era de la 0.44 până la 6.33 mg glucoză la 100 ml salivă, au fost depistate depuneri moi abundente. Acest fapt poate fi explicat prin aceea că glucoza este un mediu nutritiv favorabil pentru microorganismele favorizând înmulțirea lor și formarea depozitelor dentare, care induce la dezvoltarea parodontitei marginale. Totodată hiperglicemia provoacă și modificări în valorile calciului și a fosforului. Cu toate că, poate fi determinat și conținutul normal de calciu în salivă, totuși mai frecvent conținutul de calciu și fosfor se schimbă (tabelul 2.). În consecință, există o modificare a raportului de Ca/P în direcția creșterii acestuia care favorizează mineralizarea depunerilor moi cu formare de tartru dentar. Depunerea tartrului dentar a fost depistată în 78,8 % cazuri, inclusiv și a celui subgingival în 39%, în studiul efectuat de E. N. Jitovscaia (1969).

Tabelul 1

Valorile calciului și fosforului în lichidul oral în normă și în hiperglicemie

Ca/P	În normă		În hiperglicemie	
	numeric	Mmol/l	Numeric	Mmol/l
Ca	1,02	0,01	1,55	0,02
P	4,36	0,08	3,09	0,05

Scopul lucrării

Studiul interacțiunii afecțiunilor parodontale c diabetul zaharat. Studiarea particularităților evoluției clinice și a aspectelor sociale.

Material și metode

Studiul constă din partea clinică și teoretică — exprimată prin o anamneză desfășurată (aplicând diverse anchete). În studio au fost incluși 31 pacienți, din care 10 au prezentat grupa de control. Repartizarea pacien-

ților după vârstă, sex, tipul de diabet zaharat, etc., este foarte bine ilucidat în tabelele cu rezultatul studiului. Partea clinică a inclus examenul endobucal (în studio au fost incluși și molarii trei), accentual fiind pus pe examenul parodontal și anume: descrierea formulei dentare (lipsa dinților), Indicele Parodontal (IP) după Loë și Silness 1964, cu înregistrarea rezultatelor, măsurarea profunzimii pungilor parodontale, recesiunilor gingivale, gradul de mobilitate dentară. În două cazuri clinice au fost puse în evidență statusul parodontal complet, în baza indicilor SPITN (OMS 1978), API (Lange et al. 1977), PBI (Saxer/Mühleann 1975), gradul de lezare în zona furcațiilor (Hamp, Nyman și Linde, 1975). Grupul de studiu (cu diabet zaharat), sau aflat în secția de endocrinologie a Spitalului Clinic Republican (SCR) din orașul Chișinău. Pacienții din lotul de control au fost invitați în clinica stomatologică universitară, pentru determinarea statusului parodontal. Criteriul de bază în selectarea pacienților din lotul de bază a fost pacienții cu diabet zaharat de tipul I/II, cu parodontită marginal cronică (PMC) (pacienții cu boli infecțioase și alte afecțiuni endocrine, n-au fost incluși în studiu). Iar lotul martor a constat din pacienți cu PMC, dar nu sufereau de diabet zaharat, (deasemenea pacienții cu boli infecțioase și alte afecțiuni endocrine, n-au fost incluși în studiu).

Țin să menționez, metodelor aplicate, sunt cunoscute de către specialiști în domeniu, deaceia nu le v-om descrie pe larg.

Rezultate

În urma examinărilor clinice și paraclinice, cu studiu comparativă a stării de sănătate parodontală și o anamneză minuțioasă la pacienții din ambele loturi, am obținut următoarele rezultate, redată în tabelele de mai jos.

Tabellul 2 Studiul comparativ a lotului de bază cu cel de control

	Lotul de bază (cu DZ)		Lotul de control (fără DZ)	
	Tipul I — 2	Tipul II — 19	10	
Numărul pacienților			10	
Sexul	F — 13	B — 8	B — 5	F — 5
Vârsta medie	53		52	
Nr. dinților restanți	13-14		19	
Indicile Silness-Loë	pacienți 0%		0-0 pacienți 0%	
	1-4 pacienți 24%		1-5 pacienți 50%	
	2-3 pacienți 18%		2-5 pacienți 50%	
	3-10 pacienți 59%		3-0 pacienți 0%	
Pungi parodontale + recesiune gingivală	4 — 5 mm		2 — 3 mm	
Sângerări gingivale	58%		20%	
Pierdere de dinți	100%		100%	
Inflamație gingivală	84%		40%	
Recesiune gingivală	52%		30%	
Complicații după extracții dentare	38%		0%	
	1. Hemoragie îndelungată			
	2. Alveolită			
	3. Cicatrizare îngreunată			
	4. Dureri potextracționale			

Tabellul 3 Rezultatele anamnezei desfășurate

Sexul	B — 8		F — 13	
Vârsta	53 годa			
Studii	Studii primare	Studii medii	Studii supioare 19%	
	10%	71%		
Fumatul	Da — 5 %		Nu — 95%	
Tipul de D.Z.	Tipul I — 2 (10%)		Tipul II — 19 (90%) Insulindependent 5 (26%) Insulin nedependent 14 (74%)	
	Bun 1	Satisfăcător 5 (24%)	Nesatisfăcător 15 (71%)	
Controlul metabolic (autoaprecierea+ istoria bolii)	Cardiovasculare -73%; Macroangiopatii — 68%; Retinopatii — 63%; Nefropatii — 42%; Neuropatii — 31%			
Complicațiile frecvente	În mediu 9 ani			
Termenul mediu de boală (DZ)	Întâmplător			
„Cum ați aflat că suferiți de DZ?”	Analiza sângelui, după o suspiciune Într-un caz medicul stomatolog a suspectat și a făcut trimitere la analiza sângelui			
Vizite la medicul stomatolog	Odată în an 8 (38%)	Cu 1-2 ani în urmă 9 (43%)	Cu 3-5 ani în urmă 0 %	Cu 5 ani în urmă, nu știu 4 (19%)
	regulat 1 (5%)		Neregulat (haotic) 20 (95%)	
Regularitatea vizitelor la medicul stomatolog	Extractii dentare Tratament protetic În 3 cazuri, pentru tratament parodontologic			
Cele mai frecvente cauze pentru vizite	„Eu l-am înștiințat 9 (42%)” Nu știa 9 (42%) A depistat din anamneză 3 (14%)			
„Vi s-a propus să tratați parodontita?”	Da — 7 (33%); Nu — 14 (67%)			
Coplicații după extracții dentare	38%			
	1. Hemoragie îndelungată		5 (24%)	
	2. Alveolită		1 (5%)	
	3. Cicatrizare îngreunată		5 (24%)	
	4. Dureri posextracționale		2 (10%)	
Au fost prescrise antibiotice după extracții	Da — 7 (33%)		Nu — 14 (67%)	
Acuze despre starea de sănătate a cavității bucale	Pierderea dinților			
	Sângerări gingivale			
	Hiperemie și edem gingival			
	Recesiuni gingivale			
	Depozite dentare			
	Miros fitid (halenă) din cavitatea bucală			
	Xerostomie (uscăciune)			
	Buze uscate și fisurate (ragade unglare)			
	Mobilitate dentară			
	Dureri la masticăție			
	Dureri în limbă (glosalgie)			
	Dureri în maxilare			
Ulceratii pe mucoasa cavității bucale				
Mese în zi	4 — 5 în zi			
Numărul de periaj în zi	0,8 — 1 în zi			
Curățarea spațiilor interdentare și îngrijirea protezelor fixe	0 %			
Accesibilitatea financiară a tratam. stomatologic	Accesibilă 11 (52%)		Inaccesibilă 10 (48%)	

Discuții

Procesele infecțioase și inflamatorii de orice origine, inclusiv și cele din ca-vitatea bucală provoacă pe fonul diabetului zaharat procese metabolice și hor-monale complicate, care trebuie să se desfășoare pe un teren deja modificat, ceea ce duce la creșterea necesarului în insulină a organismului, iar acesta agravează evoluția diabetului zaharat. Stafne E.S. (1969) indică că înlăturarea proceselor distructive și inflamatorii din teritoriul oro-maxilo-facial scade necesitatea orga-nismului în insulină. Astfel există o legătură inversă (sau bilaterală) între aceste afecțiuni și poten-țierea reciprocă ale acestora (Taylor 2001). Ipoteză legăturii bilaterale conchide că controlul afecțiunilor cronice ale cavității bucale este strict necesară pentru controlul diabetului zaharat, iar înlăturarea infecției îmbunătățește controlul metabolic și micșorează necesitățile pacientului diabetic în insulină.

La tema corelației parodontitei marginale cu diabetul zaharat sau efectuat mai multe studii de către cercetătorii străini (Taylor 2001). Însă în R. Moldova cu părere de rău, n-am întâlnit așa studii, dar avem peste 42000 bolnavi de diabet zaharat. Studiu în dinamică a numărului de pacienți cu diabet zaharat în țara noastră, arată că a crescut cu 3 — 7%, în diferite grupe de vârstă.

Concluzii

Depistarea precoce a diabetului zaharat, poate preveni apariția parodontitei marginale la acești pacienți și vice-verso.

Este evident, că la pacienții cu afecțiuni generale, cum ar fi diabetul zaharat, riscul apariției PMC și gravitatea procesului este mai mare.

Medicul stomatolog trebuie să acorde o deosebită atenție factorilor de risc, în timpul examinării pacienților cu PMC, realizând o anamneză desfășurată.

Nu mai puțin impotant prezintă și informarea atât a pacienților, cât și a medicilor stomatologi despre riscurile și influențele reciproce.

Bibliografie

1. Anestiadi Z., Zota L. Epidemiologia diabetului zaharat în Republica Moldova. / Materialele conferenței științifice dedicate jubileului de 190 de ani de la fondarea Spitalului Clinic Republican. Jurnalul „Arta Medica“ Chișinău 2007, Ediție specială.
2. Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 20:1183—1197, 1997
3. Grant, D^c Stern, J. & Listgarten, M. The epidemiology, etiology and public health aspects of periodontal disease. In: Grant, D., Stern, J. and Listgarten, M., eds. Periodontics. (1988), St. Louis: CV Mosby Co, pp.229, 332-335.
4. Grossi, S.G., Skrepinski, F.B., DeCaro, T., Zambon, J.J., Cummin, D. & Genco, R.J. Treatment of periodontal disease in diabetics reduces glycated haemoglobin. Journal of Periodontology . (1997), 68, 713-719.
5. Karjalainen, K.M., Knuutila, M.L. & von Dickhoff, K.J. (1994). Association of the severity of periodontal disease with organ complications in type 1 diabetic patients. Journal of Periodontology 65,1067—1072.
6. Loe H. Periodontal disease: the sixth complication of diabetes mellitus. Diatom Care 1993; 6-3,19-3,4
7. Soory, M. Hormonal factors in periodontal disease. Dental Update (2000), 27,380-383.
8. Taylor, G.W., Burt, B.A., Becker, M.P. et al. Severe periodontitis and risk for poor glycemic control in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. Journal of Periodontology (1996),67, (suppl.) 1085—1093.
9. Taylor G: Bi-directional interrelationships between diabetes and periodontal diseases: an epidemiologic perspective. Ann Periodontol 6:99 -112, 2001
10. Zambon, J.J., Reynolds, H., Fisher, J.G., Shlossman, M., Dunford, R. & Genco, R.J. Microbiological and immunological studies of adult periodontitis in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. Journal of Periodontology (1988),59, 23-31

LEZIUNILE DE FURCAȚIE — PREVALENȚA ȘI PARTICULARITĂȚILE TRATAMENTULUI LOR

Viorica Chetruș

d.ș.m., conferențiar
catedra Stomatologie
Terapeutică

USMF „N. Testemițanu“

Rezumat

Distrucția parodontală adiacentă zonelor de furcație și trifurcație radiculară reprezintă un factor de prognostic nefavorabil al dinților afectați. Aceste leziuni sunt considerate ca cele mai importante leziuni ireversibile ale bolii parodontale atât ca frecvență (peste 70% la molarii pacienților peste 35 ani cât și ca gravitate). În ciuda noilor descoperiri în ceia ce privește tehnici de avangardă ca „Regenerarea tisulară” oricum metodele chirurgicale ca amputația radiculară, hemisectia și chiar extracția deși par atemporale sunt încă metode utile în diferite situații, în special la molari. Această lucrare tratează tocmai aceste variante terapeutice.