

HIRURŠKI TRETMAN AGRESIVNOG PARODONTITISA (AgP)

SURGICAL TREATMENT OF AGGRESSIVE PERIODONTITIS (AgP)

Amira Dedić¹, Sanja Hadžić¹, Nedžad Tahmiščija², Džejna Suljić Hujić¹

¹Katedra i Klinika za oralnu medicinu i parodontologiju, JU Stomatološki fakultet sa klinikama Univerziteta u Sarajevu, Sarajevo, Bosna i Hercegovina

²Privatna stomatološka ordinacija "Tahmiščija" Sarajevo, Bosna i Hercegovina

Kontakt:

Amira Dedić
Stomatološki fakultet
Bolnička 4a
71000 Sarajevo
Bosna i Hercegovina
Tel: +387 33 442-094
e-mail: adedic@sfunsa.ba

SAŽETAK

Cilj: Agresivni parodontitis (AgP) je bolest potpornih struktura zuba koju karakterizira brza destrukcija alveolarne kosti na više zuba stalne denticije zdravih osoba.

Agresivni parodontitis (AgP) se definira na osnovu primarnih svojstava (medicinska anamneza bez osobitosti, brz gubitak pričvrstka i kosti, javljanje bolesti u porodici) i sekundarnih svojstava (količina mikrobnih naslaga nije u skladu s težinom destrukcije, povišen nivo *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, postojanje abnormalnosti fagocita).

Potklase agresivnog parodontitisa su lokalizirani i generalizirani agresivni parodontitis. Prikazati pacijenta starog 26 godina s kliničkom slikom lokaliziranog agresivnog parodontitisa (AgP).

Rezultati: Evaluirani su parodontalni parametri s OPG analizom. Urađena je flap ili režanj operacija u području zuba 22 i 26. Reevaluacija kliničkog i RTG nalaza poslije dvije godine ukazuje na regenerativne procese svih struktura parodonta.

Zaključak: Rana detekcija kliničkih simptoma (AgP) je u domenu polivalentnog stomatologa. Dinamika dijagnostičke i terapijske procedure kod pacijenata s (AgP) mora biti radikalna metoda parodontalne hirurgije, u domenu specijaliste parodontologa.

Ključne riječi: Lokalizirani agresivni parodontitis, flap režanj operacija

ABSTRACT

The objective: Aggressive periodontitis (AgP) is a disease of supporting teeth structures characterized by rapid destruction of alveolar bone in several teeth of permanent dentition in healthy individuals.

Aggressive periodontitis (AgP) is defined on the basis of the primary characteristics (unremarkable medical history, rapid loss of fixation and bone, reporting illness in the family) and secondary properties (amount of microbial plaque is not in accordance with the severity of destruction, elevated levels of *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, the existence of abnormalities of phagocytes).

There are subclasses of aggressive periodontitis as generalized and localized aggressive periodontitis.

To show a 26 years old patient with clinical features of localized aggressive periodontitis (AgP).

Results: Periodontal parameters were evaluated with analysis of OPG. A flap-flap surgery was performed in branches of teeth 22 and 26. Re-evaluation of clinical and radiographic findings after two years of time showed the regeneration of periodontal structures.

Conclusion: Early detection of clinical symptoms (AgP) is within the domain of polyvalent dentistry work. Dynamics of the diagnostic and therapeutic procedures at patients with (AgP) has to be radical method of periodontal surgery in the domain of a periodontist.

Key words: Localized aggressive periodontitis, flap surgery

Uvod

Agresivni parodontitis (AgP) je bolest potpornih struktura zuba, koja se pojavljuje kod zdravih adolescenata, a karakterizirana je brzim gubitkom alveolarne kosti na više zuba stalne denticije. Agresivni parodontitisi definirani su na osnovi primarnih i sekundarnih svojstava (1).

- **Primarna** svojstva su: (medicinska anamneza bez osobitosti, brza migracija epitelnog pripoja, brz gubitak kosti, bolest se pojavljuje u okviru porodice).

- **Sekundarna** svojstva su: (količina mikrobnih naslaga nije u skladu s težinom destrukcije parodontalnih tkiva, povišen je nivo *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (Aa), postoje abnormalnosti fagocita, makrofag hiperreaktivnog fenotipa, uključujući povišeno stvaranje FGE2 i IL-1 kao odgovor na bakterijske endotoksine, napredovanje migracije epitelnog pripoja i gubitka kosti može spontano prestati (1). Parodontitis se može manifestirati polimorfnom kliničkom slikom, što je dovelo do različitih kliničkih sindroma (2).

Agresivni parodontitisi relativno su rijetke bolesti (Page i sur., 1983; Miyazaki i sur., 1993; Lindhe i sur., 1997; Armitage, 1999). Većinom se dijagnosticiraju između 20 i 30. godine života, češće kod žena (3).

Agresivni parodontitis (AgP) sastoji se od grupe rijetkih, često teških, brzo napredujućih oblika parodontitisa, često karakteriziranih kliničkom manifestacijom u ranoj dobi i sa specifičnom tendencijom javljanja u porodici. AgP je okarakteriziran sljedećim glavnim zajedničkim značajkama (2): medicinska anamneza bez osobitosti, brz gubitak pričvrstka i brz gubitak kosti, javljanje bolesti u porodici.

Postojanje specifičnih oblika AgP-a prepoznato je na osnovi specifičnih kliničkih i laboratorijskih osobina: lokalizirani agresivni parodontitis (LAP, prije poznat kao lokalizirani juvenilni parodontitis ili LJP) i generalizirani agresivni parodontitis (GAP, prije zvan generalizirani juvenilni parodontitis (GJP) ili generalizirani parodontitis koji počinje u ranoj životnoj dobi (G-EOP) (Tonetti i Mombelli 1999)(2).

Klasifikacija

Klasifikacioni kriteriji se karakteriziraju potklasifikacijama agresivnog parodontitisa (AgP): lokalizirani agresivni parodontitis (LAP) i generalizirani agresivni parodontitis (GAP).

Lokalizirani agresivni parodontitis (LAP)

- Početak oko i u vrijeme puberteta;

- Javlja se lokaliziran na prvom kutnjaku/sjekutiću s interproksimalnim gubitkom pričvrstka na najmanje dva trajna zuba, od kojih je jedan prvi kutnjak, te da zahvata ne više od dva zuba, a da nisu samo prvi kutnjak i sjekutić;

- Jak odgovor serumskog protutijela na uzročnike.

Generalizirani agresivni parodontitis (GAP)

- Obično zahvata osobe mlađe od 30 godina, ali mogu biti i starije;

- Generalizirani interproksimalni gubitak pričvrstka na najmanje tri trajna zuba, a da nisu samo prvi kutnjak i sjekutić;

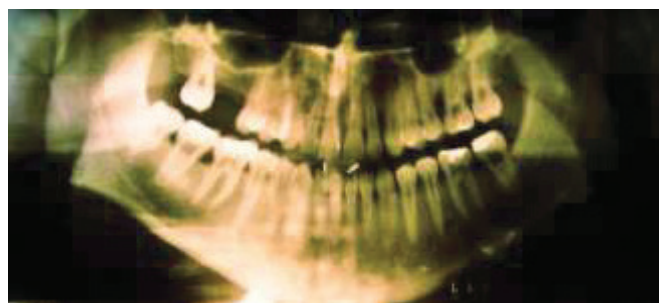
- Naglašena epizodna priroda destrukcije pričvrstka i alveolarne kosti;

- Slab odgovor serumskog protutijela na uzročnike (2).

Prikaz slučaja

Dinamika dijagnostičke i terapijske procedure kod agresivnog parodontitisa (AgP)

Pacijent, u dobi od 25 godina, javlja se na Kliniku za oralnu medicinu i parodontologiju Stomatološkog fakulteta u Sarajevu zbog akutnog otoka i bola u području zuba 26. Anamnestički podaci ukazuju na negativnu medicinsku historiju i genetičku predispoziciju. Pacijent negira loše navike. Kliničkim pregledom i RTG-analizom, postavili smo dijagnozu parodontalnog apscesa s ekstraoralnim simptomima i izraženim fenomenom fluktuacije. Provedena je terapijska procedura drenaža apscesa i medikamentozna terapija (amoksisicilin, 500 mg i metronidazol, 250 mg). Urađen je RTG snimak, a potom OPG (Slika 1.). Nakon sanacije akutnih simptoma pacijentu je urađena dijagnostička parodontalna procedura s evidencijom parodontalnih parametara. Dubina parodontalnog džepa (mjerena Williamsovom graduiranom sondom) u području zuba 26 je 8 mm-mezi-jalno, a 7 mm-distalno (Slika 2.). Prisutna supuracija, mobi-



Slika 1. Rendgenski nalaz kod AgP-a



Slika 2. Agresivni parodontitis (AgP)

litet zuba je skor = 0 i plak indeks 0. Nakon terapijskog protokola parodontalnog apscesa i sanacije akutnog stanja, pacijent je planiran za hirurški parodontalni tretman.

Tok operativnog tretmana

Tok operativnog tretmana metodom flap ili režanj operacije kod pacijenta s lokaliziranim agresivnim parodontitisom (LAGP) na zubu 26 predstavljen je slikama (3-9).



Slika 3. Pramac skalpela kod flap operacije



Slika 4. Operativno polje – flap operacija



Slika 5. Kiretaža nekrotičnog cementa i granulacija



Slika 6. Infrakoštani parodontalni džep



Slika 7. Flap operacija – režanj pripremljen za šivanje



Slika 8. Režanj s palatinalne strane, pripremljen za šivanje



Slika 9. Pakiranje – Coe pack past nakon šivanja

Postoperativno, nakon dva mjeseca, parodontalni džep je reduciran na 4 mm-mezijalno i 4 mm-distalno, što je značajan terapijski rezultat za AgP (Slika 10.).



Slika 10. Izgled parodonta dva mjeseca postoperativno

RTG nalaz na zubu 26 postoperativno nakon jedne godine i dvije godine (Slika 11. i Slika 12.)



Slika 11. RTG snimak nakon jedne godine



Slika 12. RTG snimak nakon dvije godine

Kontrolni pregled, nakon dva mjeseca po hirurškom tretmanu, ukazuje na redukciju parodontalnih džepova u području zuba 26 na 4 mm-mezijalno i 4 mm-distalno. Formiran je novi epitalijalni pripoj, plak i gingivalni index su 0.

Pacijentu su nakon hirurških tretmana (režanj operacija) date upute za oralnu higijenu (interdentalne četkice) uz ispiranje Curasept otopinom. Pacijent je u toku i nakon hirurškog tretmana bio kooperabilan i motiviran za oralnu higijenu. Ista hirurška procedura obavljena je i na zubu 22.

Diskusija

Parodontopatije su rasprostranjene širom svijeta i svrstavaju se među najučestalija infektivna (mikrobialna) oboljenja ljudske vrste. Uzrok ovih infektivnih stanja je kompleksna mikroflora dentalnog plaka, odnosno kompleksni mikrobnji biofilm (5). Lezije kod parodontalnih oboljenja podstiču imunološki odgovor na bakterije plaka i nastanak osteolitičkih lezija. Kod parodontitisa topografska lokalizacija kao i trajanje upale smatra se važnim, s obzirom na to da je upala prisutna tokom formiranja kosti, i može smanjiti sposobnost oporavka resorbirane kosti (6).

U našem prikazu slučaja, dijagnozu LAgP smo postavili na osnovu kliničkih parodontalnih parametara i analize OPG-snimka. Topografska lokalizacija vertikalne resorpcije alveolarne kosti u području zuba 22 i 26 su potvrdili dijagnozu juvenilnog parodontitisa (LAgP). U našem prikazu, godine starosti (25 god.) odgovaraju literaturnim podacima Rateitschaka (3) i Đajića (4). Međutim, kod našeg pacijenta prvi dolazak na Katedru povezujemo s komplikacijama i egzacerbacijama (LAgP). Uvažavajući istraživanja Topića (1), Lindhea (2) i Đajića (4), lokalizirani agresivni parodontitis (LAgP) češće se javlja kod žena, što nije saglasno s našim prikazom. Naš pacijent s lokaliziranim agresivnim parodontitisom je muškarac u dobi od 25 godina. Akumulacija plaka u području zuba 22 i 26 nisu srazmjerne kliničkom nalazu. Migracija epitelnog

pripoja, prisustvo parodontalnih džepova, s izraženom resorpcijom alveolarne kosti, u korelaciji su s istraživanjem Lindhea (2) i Topića (1).

Kliničku sliku parodontalnog apscesa nije komplicirao okluzalni traumatizam i bruksizam, s toga resorptivne promjene na alveolarnoj kosti u području zuba 22 i 26 odgovaraju kliničkom i RTG nalazu (LAgP). Frekvencija karijesa u našem prikazu ne pokazuje visoku incidencu, što je saglasno istraživanju Topića (1) i Rateitschaka (3). Na osnovu kliničkih parametara nismo radili bris ni mikrobiološku potvrdu prisustva *Aktinobacillus actinomycetemcomitans* (Aa), što istraživanja Mros ST i Berglundh T. potvrđuju u bioptičkom materijalu (7).

Prema istraživanju Pauline J. i ostalih (2010), može se zaključiti da neki aspekti urođenog i stečenog imunog sistema, gdje svaka razlika između hroničnog i agresivnog parodontitisa postoji ili će buduća istraživanja prikazati signifikantne razlike između ova dva oboljenja (8).

U našem prikazu klinički i rendgen nalaz kod LagP-a odgovaraju nalazima Topića (1) Lindhea (2), Đajića (4) i Rateitschaka (3). Opservacije kliničkih i RTG studija spomenutih autora su u korelaciji s našim prikazom slučaja LagP-a.

Kod našeg pacijenta nalaz na parodontu ne povezujemo s pozitivnom medicinskom historijom u porodici. Rana detekcija kliničkih znakova LagP-a može pomoći u prevenciji i liječenju ove bolesti. Nakon terapijskog protokola parodontalnog apscesa (antibiotici) pristupilo se režanj, odnosno flap operaciji u području zuba 22 i 26.

Rezultat terapijskog učinka kod pacijenta s LagP-om je rezultat rane detekcije kliničkih i RTG parametara, kontinuirane inicijalne terapije, hirurškog zahvata (flap ili režanj operacije), kooperacije i motiviranosti pacijenta za oralnu higijenu, uz redovne kontrolne preglede u sklopu reevaluacije.

Zaključak

Terapijski uspjeh LagP-a zavisi od rane detekcije bolesti. Rana detekcija LagP-a bi trebao biti dijagnostički prioritet stomatologa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Kod djece i adolescenata parodontalni pregled treba inkorporirati u stomatološki pregled.

Terapijski uspjeh inicijalne i metoda parodontalne hirurgije su individualno ovisne o ekvivalentu humornog i celularnog imuniteta i odgovora na mikrobiološki potencijal plaka kod AgP-a. Kompletna dijagnostička i terapijsko-hirurška metoda kod AgP-a je u domenu ljekara specijaliste za parodontologiju.

Metode parodontalne hirurgije flap ili režanj operacije su imperativ u terapijskom protokolu kod agresivnog parodontitisa (AgP).

Literatura

1. Topić B. Parodontologija: biologija, imunopatogeneza, praksa. Sarajevo: Stomatološki fakultet; Zagreb: Medicinska naklada, 2005.
2. Lindhe J, Karring T, Lang NP. Klinička parodontologija i dentalna implantologija. Zagreb: Nakladni zavod Globus, 2004.
3. Wolf HF, Rateitschak-Plüss EM, Rateitschak KH. Parodontologija, Zagreb: Naklada Slap, 2008.
4. Đajić D, Đukanović D, Kojić D. Oralna medicina & Parodontologija. Beograd: Elit Medica, 2008.
5. Seymour GJ, Ford PJ, Cullinan MP, Leishman S, Yamazaki K. Relationship between periodontal infections and systemic disease. *Jurnal compilaton*, 2007.
6. Graves DT, Oates T, Garlet GP. Review of osteoimmunology and the host response in endodontic and periodontal lesions. *Jurnal of Oral Microbiology* 2011; 3:5304.
7. Mros ST, Berglundh T. Aggressive periodontitis in children: a 14-19-year follow-up. *J Clin Perodontal* 2010;37:283-287.
8. Ford PJ, Gamonal J, Seymour GJ. Immunological differences and similarities between chronic periodontitis and aggressive periodontitis. *Periodontology* 2000, vol. 53, 2010, 111-123.