

Młody pacjent z bezobjawową stenozą aortalną: obserwacja, leczenie, czas na implantologa?

Young patient with arterial stenosis: follow-up, medical treatment, and time for dental implant?

Maciej R. Czerniuk¹, Tomasz Pilecki², Beata Wożakowska-Kapłon^{3,4}, Krzysztof J. Filipiak⁵, Renata Górka¹

¹Zakład Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

²Klinika Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

³I Kliniczny Oddział Kardiologii, Świętokrzyskie Centrum Kardiologii, Kielce

⁴Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego, Kielce

⁵I Katedra i Klinika Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

Mężczyzna w wieku 57 lat zgłosił się ze skierowaniem od kardiologa w celu wykluczenia źródła ewentualnej infekcji odogniskowej pochodzącej z jamy ustnej. W wywiadzie zanotowano: bezobjawową stenozę aortalną, nadciśnienie tętnicze, wieloletnie palenie tytoniu. W badaniach laboratoryjnych zaobserwowano: niedokrwistość, niskie osoczowe stężenie witaminy B12 i kwasu foliowego, hipercholesterolemię, niedobór witaminy D, podwyższone stężenie białka C-reaktywnego, fibrynogenu i peptydu natriuretycznego (NT-proBNP). W badaniu echokardiograficznym stwierdzono: umiarkowaną stenozę aortalną (AVA 1,0 cm², PPG 50 mm Hg, MPG 38 mm Hg, Vmax 3,1 m/s), przerost mięśnia lewej komory, frakcję wyrzutową 55%, cechy upośledzonej funkcji rozkurczowej lewej komory. Pacjent był leczony inhibitorem konwertazy angiotensyny, antagonistą wapnia, diuretykiem i statyną, nie został zakwalifikowany do leczenia zabiegowego wady. Po zaprzestaniu palenia tytoniu i suplementacji witaminowej uzyskano normalizację parametrów laboratoryjnych, poza parametrami zapalnymi, a także zmniejszenie obecnego wcześniej rogowacenia błony śluzowej jamy ustnej po miejscowym zastosowaniu leków powlekających (kwiat malwy, siemę lniane, rumianek) i wodnego roztworu witaminy A. Ze względu na zgłaszane problemy dyspeptyczne ze strony przewodu pokarmowego i niewielkie braki w uzębieniu (w obrębie każdej ze szczęk — po jednym zębie) warunkowo zakwalifikowano pacjenta do leczenia chirurgiczno-implantologicznego (ryc. 1, 2). Na podstawie diagnostyki radiologicznej zaplanowano ekstrakcję zęba 25., leczonego znacznie wcześniej endodontycznie (kanałowo), najprawdopodobniej z istniejącą boczną perforacją korzenia (drugi przedtrzonowiec lewy szczęki), ewentualne wyluszczenie torbieni okołowierzchołowej i augmentację kostną obejmującą uzupełnienie deficytu tkanki kostnej materiałem ksenogenicznym, liofilizowanym, z zamknięciem zębodołu płatem uszypułowanym i zrotowanym z podniebienia. Implantacja została przeprowadzona po 6 miesiącach od poprzedniej operacji; czas osteointegracji. W znieczuleniu miejscowym, w osłonie antybiotykowej oraz przy zastosowaniu niesteroidowych leków przeciwzapalnych i przeciwozbrzękowych został implantowany wszczerp śródkostny (ryc. 3, 4). Ze względu na operowany rejon przeprowadzono próbę ustno-zatokową z wynikiem ujemnym (nie doszło do perforacji błony śluzowej wyścielającej lewą zatokę oboczną nosa — membrany Schneidera). Ranę zamknięto szwami, a proces gojenia przebiegał bez powikłań. Po okresie kolejnych 6 miesięcy implant odsłonięto i pobrano stosowne wyciski protetyczne, na podstawie których wykonano odbudowę protetyczną zęba 25. (ryc. 5, 6). Pacjent w ciągu 3 lat stosował poprawną higienę domową, którą po wykluczeniu nałogu nikotynowego zwiększył. Zgłaszał się regularnie co pół roku na wizyty kontrolne, podczas których w obrębie jamy ustnej wykonywano zabiegi profesjonalnego usunięcia kamienia i biofilmu bakteryjnego z uzębienia, a także z powierzchni nadbudowy protetycznej i łącznika implantu. Pacjent nie zgłaszał zaburzeń przy rozdrabnianiu spożywanych pokarmów, a także fonacji. Osoczowe parametry zapalne uległy poprawie. Półtora roku później, po kolejnej kontroli kardiologicznej związanej z epizodem utraty przytomności, pacjenta zakwalifikowano do operacyjnej wymiany zastawki.



Rycina 1. Obraz RTG. Korzeń zęba 25. po nieudanym leczeniu endodontycznym — perforacja boczna, zakwalifikowany do ekstrakcji



Rycina 2. Stan po ekstrakcji — widoczna boczna perforacja korzenia



Rycina 3. Stan przed implantacją. Chirurgiczne zamknięcie odbudowywanego kostnie regionu 25.



Rycina 4. Operacja implantacji — po okresie osteointegracji augmentowanego substytutu kostnego



Rycina 5. Łącznik implantologiczny przed obciążeniem koroną protetyczną



Rycina 6. Obraz RTG. Stan po zakończonym leczeniu regionu 25. — implant wraz z łącznikiem i koroną protetyczną

Adres do korespondencji:

dr n. med. M. Sc. Maciej R. Czerniuk, Zakład Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia, Warszawski Uniwersytet Medyczny, ul. Miodowa 18, 00-246 Warszawa, e-mail: mczerniuk@o2.pl

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Praca powstała dzięki finansowaniu projektu badawczego Narodowego Centrum Nauki (N N403 218139).