

Változtatás átvezetésére

kötelezett példány:

nem kötelezett példány:

Példány sorszám:

A fogak támasztó szöveteinek rendellenességei

MP 047.ST

Készítette: dr. Varga István
egyetemi docens
mb. tanszékvezető

Jóváhagyta: Dr. Bágyi Kinga
egyetemi docens, dékán

M ó d o s í t á s o k		
Sorszám	Dátuma	Leírása
1.		
2.		
3.		

I. Alapvető megfontolások

I.1.A protokoll célja, alkalmazási / érvényességi területe

A protokoll célja a fogak támasztó szöveteit érintő rendellenességek felismerésének elősegítése, tünetek leírása, diagnózis meghatározása és a kezelési lehetőségek bemutatása. Alkalmazható minden fogászati alap- és szakellátásban ellátásra kerülő beteg kezelése során.

I.2. Definíció

A fogágybetegség klinikai képe lehet:

Gingivitis: az ínnygyulladás reverzibilis elváltozás, tapadásveszteség nem észlelhető, a plakk eltávolítását követően teljes gyógyulás figyelhető meg.

Parodontitis: a fogágygyulladás irreverzibilis elváltozás, tapadásveszteség észlelhető. Megfelelő szájhigiéniával a folyamat kontrollálható, egyensúlyban tartható, de nem gyógyítható meg teljes mértékben.

I.2.1. Kiváltó tényezők

A fogágybetegség legfontosabb oka a dentális plakk felhalmozódása az ínszélhez közeli, illetve az approximális területeken.

I.2.2. Kockázati tényezők

A fogágybetegség rizikótényezői lehetnek magatartási és szerzett rizikófaktorok, mint például a nem megfelelő szájhigiénié, helyi plakkretenciós tényezők, rossz szokások (dohányzás), hormonális tényezők, táplálkozás és a stresszfaktorok.

I.3. Panaszok / Tünetek / Általános jellemzők

Az íny színének, felszínének, tapintatának, formájának, az ínszél helyzetének, lefutásának és vastagságának megváltozása. Ínyvérzés (fogmosáskor, parodontális szondával történő vizsgálatkor) jelenléte. Parodontális tasak kialakulása, alveoláris csont pusztulása, fokozott fogmobilitás, fogvándorlás és halithosis is jellemezhetik a folyamatot.

I.4.A betegség leírása

I.4.1. Érintett szervrendszer(ek)

Érintett lehet a gingiva, a gyökérhártya és az alveoláris csont is.

I.4.2. Genetikai háttér

A súlyos, destruktív fogágybetegség hátterében genetikai tényezők is szerepelhetnek.

I.4.3. Incidencia / Prevalencia / Morbiditás / Mortalitás Magyarországon

A hazai lakosság parodontális státuszával Hermann Péter és Gera István által jegyzett tanulmány foglalkozott részletesebben 2009-ben. A közlemény jelentőségét a résztvevők magas száma (4153 ember) és a földrajzi diverzifikáltsága (az adatokat összesen 304 különböző felmérési helyszínről gyűjtötték össze a kutatáshoz) adja.

Ez a tanulmány megállapítja, hogy a páciensek szájhigiénéje rossz, és ezért a nem kielégítő szájápolási szokások, a fogorvosi ellátás kerülése, hibás fogászati restaurációk és a dohányzás a felelős. Kijelentik a szerzők, hogy Magyarországon nagy szükség volna a szájápolás fontosságának tudatosítására, és az ezzel kapcsolatos oktatásra. A tanulmány fontosabb eredményei: a vizsgált populáció csupán 12%-nál találtak egészséges parodontális viszonyokat. A résztvevők 49%-nak volt ínyvérzése és fogköve, valamint 23%-nál tasakképződés és 7%-nál előrehaladott parodontális gyulladás volt tapasztalható.

I.4.4. Jellemző életkor

Az életkorral arányosan emelkedik a parodontitis prevalenciája. Minél idősebb a beteg az etiológiai tényezők annál hosszabb ideig fejthetik ki hatásukat. Fiatal életkorban inkább a gingivitis, idősebb korban inkább a parodontitis lesz meghatározó.

I.4.5. Jellemző nem

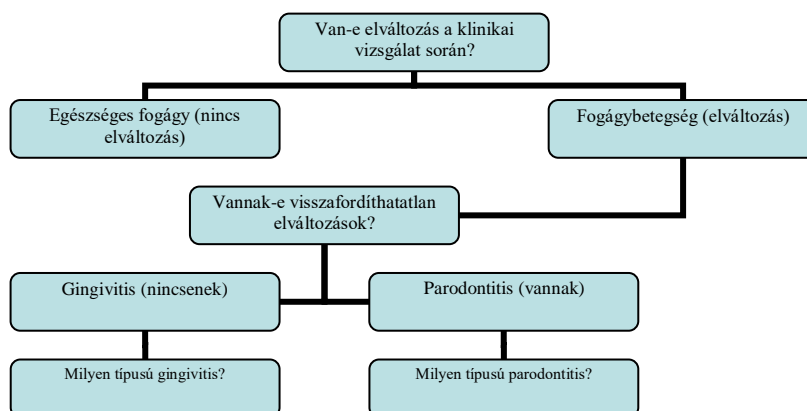
Férfiakon a fogágybetegség általában súlyosabb, mint azonos korú nőknél. Ez azonban a nők általánosan jobb szájhigiénéjével is magyarázható.

I.5. Gyakori társbetegségek

A parodontitis nem csupán egy lokális gyulladás, a szubgingivális mikroflóra szisztémás hatásokat is kifejthet, azaz hatással lehet a beteg általános állapotára is. A parodontális státusz hatással lehet az atherosclerosisra, kardiovaszkuláris megbetegedésekre, ízületi megbetegedésekre, a diabetes mellitusra, egyes tüdőbetegségekre és a terhességi komplikációkra is.

II. Diagnózis

II.1. Diagnosztikai algoritmusok



II.2. Anamnézis

Az anamnézis felvétel részei az általános anamnézis és a fogászati anamnézis. Az általános anamnézis során meghatározásra kerülnek mindazon tényezők, amelyek a parodontális kezelési tervet módosíthatják (kardiovaszkuláris megbetegedések, vérképzőszervi megbetegedések, endokrin betegségek, fertőző megbetegedések, szedett gyógyszerek és az allergia). A fogászati anamnézis során tájékozódunk a beteg korábbi fogászati beavatkozásairól és szájpótlási szokásairól.

II.3. Fizikális vizsgálatok

Az extrorális vizsgálat során inspekció és palpáció segítségével szisztematikusan tekintjük át a fej-nyak régiót.

Az intraorális vizsgálat részei a szájnyalvák vizsgálata (sztomato-onkológiai szűrés elvégzése, patológias elváltozások leírása), a fogak vizsgálata (hiányzó, tömött, pótoltt) és a fogágy vizsgálata (parodontális szűrővizsgálat WHO szonda segítségével, illetve részletes parodontális státusz felvétele Williams szonda segítségével)

II.4. Kötelező (minimálisan elvégzendő) diagnosztikai vizsgálatok

II.4.1. Laboratóriumi vizsgálatok

A fogágybetegségek diagnózisához nem szükséges laborvizsgálat. Vérképzőszervi, illetve antikoaguláns terápiában részesülő betegeknél az alvadási értékek monitorozása esetenként szükséges lehet.

II.4.2. Képkötő vizsgálatok

A klinikai vizsgálatok kiegészítésére OPT felvétel (tájékoztató vizsgálat), illetve periapikális felvételek (csontpusztulás meghatározására) javasoltak.

II.4.3. Egyéb

II.5. Kiegészítő diagnosztikai vizsgálatok

CBCT vizsgálat a csontpusztulás morfológiájának meghatározására esetenként alkalmazható lehet.

II.6. Differenciál diagnosztika

A parodontális rögzítő apparátust érintő fontosabb szisztémás megbetegedések és állapotok

- Genetikai betegségek (pl. Papillon Le-Fèvre Syndroma, LAD)
- Szerzett immunhiányos állapotok (pl. HIV fertőzés)
- Fogágyon manifesztálódó szisztémás betegségek (pl. Hand-Schüller-Christian betegség, Wegener granulomatosis)

III. Kezelés

III/1. Nem gyógyszeres kezelés

A dentális plakk mechanikai eltávolítása a fogágybetegség megelőzésének és kezelésének is alapvető eleme. A fogak professzionális megtisztításával, plakk retenciós tényezők eliminálásával megteremthetjük a megfelelő szájhygiénéjé alapjait.

III/1.1. A megfelelő egészségügyi ellátás szintje

A fogak támasztó szöveteinek rendellenességei általában a fogorvosi alapellátás szintjén jól kezelhetők, csupán a súlyos esetek igényelnek parodontológiai szakellátást.

III/1.2. Általános intézkedések

A fogak professzionális megtisztítása általában nem igényel speciális előkészítést, eltekintve néhány speciális betegcsoporttól (alvadási értékek meghatározása, AB profilaxis).

III/1.3. Speciális ápolási teendők

A kezelés járó beteg ellátás keretein belül történik, ezért nem jár speciális ápolási teendőkkel.

III/1.4. Fizikai aktivitás

A fogorvosi kezelés nem korlátozza.

III/1.5. Diéta

A kemény, rostos táplálék kevesebb plakkot eredményez, de ez nem helyettesítheti a megfelelő mechanikus fogtisztítást.

III/1.6. Betegoktatás

A szájhygénés instrukció alapelvei: helyzetfelismerés (a fogak támasztó szöveteinek rendellenességei nem járnak fájdalommal), összefüggések megértése (dentális plakk szerepe) és a célok, szerepek tisztázása (otthoni szájápolás jelentősége)

Az instrukció lépései: demonstráció (plakkfestés), gyakorlás, az approximális plakk eltávolítás elsajátítása

III/2. Gyógyszeres kezelés

A gyógyszeres kezelés általában antiszeptikumok helyi(lokalis) alkalmazását jelenti a szájüregben. Csak kivételes esetekben kerülhet sor antibiotikumok per os alkalmazására.

III/2.1. A megfelelő egészségügyi ellátás szintje

Az antiszeptikumok fogorvosi alapellátás szintjén is alkalmazhatóak.

III/2.2. Speciális ápolási teendők

A kezelés járó beteg ellátás keretein belül történik, ezért nem jár speciális ápolási teendőkkel.

III/2.3. Ajánlott gyógyszeres kezelés

Mivel a parodontitis kevert bakteriális fertőzés eredménye ezért sokszor antibiotikum kombinációt kell alkalmaznunk. Az empirikusan választható hatékony antibiotikum kombináció az amoxicillin-metronidazol együttes alkalmazása, illetve monoterápiában ciprofloxamin, tetraciklin alkalmazható.

III/2.3.1. Kontraindikációk

Az antibiotikumok esetén allergiás reakció léphet fel.

III/2.3.2. Lehetséges jelentős interakciók

Antikoaguláns kezelésben részesülő betegnél metronidazol lehetőség szerint ne alkalmazzunk, mert megnöveli a protrombinidőt. Lítiumterápia is elővigyázatot igényel metronidazol alkalmazásakor.

III/2.4. Kiegészítő / Alternatív gyógyszeres kezelés

A fogágybetegségek kezelése során kiegészítő / alternatív gyógyszeres kezeléseket nem alkalmazzunk.

III/2.5. Terápiás algoritmusok

1.Oki terápia → 2.Státusz újraértékelése → 3.Korrekciós terápia → 4.Gondozás

III/3. Műtét

A parodontális sebészi eljárások a korrekciós terápia részét képezik, nem elsőként választható sebészi eljárások, és nem mindenki számára szükséges terápiás beavatkozások.

III/3.1. A megfelelő egészségügyi ellátás szintje

A parodontális sebészi eljárásokat javasolt szakellátás keretein belül, parodontológus szakorvos irányításával megtervezni és elvégezni.

III/3.2. Általános intézkedések

Ezeket sebészi beavatkozásokat helyi érzéstelenítésben, speciális erre a célra kialakított kezelőhelységekből végezzük el.

III/3.3. Speciális ápolási teendők

A műtétet követően a beteg nem igényel speciális ápolást.

III/3.4. Sebészeti kezelés

III/3.4.1. műtėti indikáció

A dentális plakk jobb eliminációjának az elősegítése, és a szövetpusztulás következtében kialakult lágyrész- és alveoláris csontdefektusok korrekciója, lehetőség szerinti regenerációja.

III/3.4.2. műtėti előkészítés

Szükség esetén AB profilaxis, és az alvadási paraméterek monitorozása javasolt.

III/3.4.3. műtėti érzéstelenítés

Helyi érzéstelenítő szerek alkalmazása (lidokain, artikain)

III/3.4.4. műtét

Parodontális tasaksebészet (lebenyes parodontális műtétek)

Mukogingivális sebészet

III/3.4.5. posztoperációs teendők

Antiszeptikumok, szükség esetén antibiotikum alkalmazása. Fokozott szájhigiéné fenntartása.

III/3.5. Fizikai aktivitás

A fogorvosi kezelés nem korlátozza, azonban kerülni kell a nagyobb fizikai erőfeszítést.

III/3.6. Diéta

A beavatkozás után nem szükséges speciális étrend alkalmazása.

III/3.7. Betegoktatás

A szájhigiénés instrukció alapelveinek és lépéseinek átisméltése.

III/4. Egyéb terápia (pszichoterápia, gyógyfoglalkoztatás, stb.)

Nem szükséges.

III/5. Az ellátás megfelelőségének indikátorai

Klinikai és radiológiai vizsgálat során javuló paraméterek (klinikai tapadásnyereség észlelhető, rtg képen a vertikális csonttasakok telítődése látható, valamint mukogingivális műtétek után stabil lágyrészviszonyok kialakulása)

IV. Rehabilitáció

Meglévő foghiány esetén, a gyógyulási periódus lezajlása után fogpótlás készíthető a meglévő funkcionális és esztétikai problémák megoldására.

V. Gondozás

V.1. Rendszeres ellenőrzés, kapcsolódó laboratóriumi, képalkotó és egyéb vizsgálatok

A súlyos parodontitisen átesett beteget 8-12 hetente ellenőrizni kell. A klinikai vizsgálat során a szájjápolás hatékonyságát és a tasakmélységet ellenőrizzük parodontális szondával.

V.2. Megelőzés

Megfelelő plakk (<20%) és vérzési index (<10%) esetén a fogágybetegség kontrollálható, és megelőzhető a további progresszió.

V.3. Lehetséges szövődmények

A legfontosabb szövődmény a fogak elvesztése.

V.3.1. szövődmények kezelése

A szövődmények komplex fogászati rehabilitáció keretein belül orvosolhatóak.

V.4. Kezelés várható időtartama/Prognózis

A kezelés időtartama függ a folyamat súlyosságától, a beteg együttműködésétől, és az esetlegesen meglévő rizikófaktorok és általános betegségek meglététől.

A folyamat prognózisa együttműködő beteg esetén jó, a fogágybetegség akár évtizedekre is stabilizálható.

VI. Irodalomjegyzék

VI.1. Irodalom

1. Chapple ILC, Van der Weijden F, Doerfer C et al: Primary prevention of periodontitis: managing gingivitis. J Clin Periodontol 2015; 42 (Suppl. 16): S71–S76.
2. Gaetti-Jardim E Jr, Marcelino SL, Feitosa AC, et al.: Quantitative detection of periodontopathic bacteria in atherosclerotic plaques from coronary arteries. Journal of Medical Microbiology. 58, 2009; 1568–1575.
3. Gera I.: Parodontológia Semmelweis Kiadó, 2005, 181-387.
4. Herman P, Gera I: Periodontal health of an adult population in Hungary: findings of a national survey. J Clin Periodontol. 2009;36(6): 449-467.
5. Imrey PB, Chilton NW, Pihlstrom HW.: Recommended revisions to American Dental Association guidelines for acceptance of chemotherapeutic products for gingivitis control. J Periodontal Res. 1994; 29:299-304.
6. Kim J, Amar S: Periodontal disease and systemic conditions: a bidirectional relationship Odontology. 2006 Sep; 94(1): 10–21.

7. Löe H, Theilade E, Jensen J: Experimental gingivitis in man. *J Periodontol.* 1965; 36, 177-187.
8. Löe H: Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. *Int Dent J.* 2000; 50: 129–139.
9. Maharaj B, Coovadia Y, Vayej A: An investigation of the frequency of bacteraemia following dental extraction, tooth brushing and chewing *Cardiovasc J Afr.* 2012 Jul; 23(6): 340–344.
10. Newman MG, Takei HH, Carranza FA, eds. *Carranza's clinical periodontology* WB Saunders, Philadelphia, 2002, 651 – 674.
11. Sicilia A, Arregui I, Gallego M et al.: A systematic review of powered vs manual toothbrushes in periodontal cause-related therapy. *J Clin Periodontol.* 2002;29 Suppl 3:39-54.
12. Straub AM, Salvi GE, Lang NP: Supragingival plaque formation in the human dentition. Long, N P, Loe, H, Attstrom, R, Eds. In *Proceedings of the European Workshop on Mechanical Plaque Control*, Quintessence 1998; 72-84.
13. Tomás I, Diz P, Tobías A et al.: Periodontal health status and bacteraemia from daily oral activities: systematic review/meta-analysis. *J Clin Periodontol.* 2012; 39: 213–228.
14. Van der Weijden FA, Slot DE: Efficacy of homecare regimens for mechanical plaque removal in managing gingivitis -a meta review-. *J Clin Periodontol.* 2015; 42 (Suppl. 16): S77–S91.

VI.2. Kapcsolódó internetes oldalak

<http://www.parotarsasag.hu/>

VII. Melléklet

VII.1. Érintett társszakmákkal való konszenzus

VII.2. Egyéb megjegyzések

VII.3. Dokumentáció, bizonylat