

Debreceni Orvostudományi Egyetem, Stomatológiai Klinika,

**Parodontológiai Tanszék (igazgató: dr. Keszthelyi Gusztáv egyetemi tanár), Debrecen*

*** Restauratív Fogászati Tanszék*

(tanszékvezető: dr. Márton Ildikó egyetemi docens), Debrecen

Odontogén gócszűrésre beutalt betegek vizsgálata

DR. TAR ILDIKÓ*, DR. BÁGYI KINGA **, DR. RADICS TÜNDE,
DR. MÁRTON ILDIKÓ**

A gócfertőzés, gócbetegség mechanizmusa az orvostudománynak nem minden részletében ismert területei közé tartozik. Gócfertőzés alatt egy primer krónikus gyulladás – „góc” – más szervek, szervrendszerek betegségeit előidéző vagy elősegítő képességét értjük. A számba jövő kóros elváltozások között az odontogén gócok kóroki szerepét mintegy 10%-os gyakorisággal valószínűsítik [1]. Az egyéb gyakoribb feltételezett gócok: a tonsillák, az orr- és melléküregei, a nemi szervek, az epehólyag, valamint a féregnyúlvány idült lobos elváltozásai [16]. Az odontogén gócként leggyakrabban szereplő kórformák: a gangraena simplex, a gangraena complicata, a chronicus apicalis periodontitis (granuloma apicale, cysta radicularis), az inkomplett gyökértömés, az osteomyelitis chronica, a parodontitis gravis, a parodontitis complicata 3 mm-t meghaladó klinikai szondázási mélységgel, a radix relict, valamint a szájüreg felé szondázható összekötetéssel rendelkező impactatio dentis [1, 12]. A gócok által kiváltott következményes, szekunder betegségek sokféle szervben manifesztálódhatnak, köztük a bőrben, vesében, ízületekben, szemben, szívben [6].

Jelen tanulmányunk célja az volt, hogy feltérképezzük azokat a betegségcsoportokat, amelyekben a leggyakrabban végzünk fogászati gócszűrő vizsgálatot, illetve az egyes betegségcsoportokban azokat az odontogén gócként feltételezett elváltozásokat, amelyek a leggyakrabban fordulnak elő.

* Köszönetnyilvánítás: a munka a DOTE Mec. 16/96., OTKA T025853 pályázatok támogatásával készült.

Érkezett: 1998. december 27.

Elfogadva: 1999. január 20.

1997. szeptember 1. és 1998. január 31. között összesen 261, góckutatás céljából beutalt beteg vizsgálatát végeztük el a Debreceni Orvostudományi Egyetem Stomatológiai Klinikáján. A betegeket a DOTE Szemészeti, Bőrgyógyászati, Szív- és Tüdőgyógyászati, Szívsebészeti és Belgyógyászati klinikáiról utalták be minden olyan esetben, amikor az alapbetegség gócfertőzés gyanúját vetette fel. Az anamnézisért követően a gócszűrő vizsgálat 3 részből tevődött össze, melyek részei a fizikális vizsgálat, a vitalitásvizsgálat és a radiológiai vizsgálat voltak. A fizikális vizsgálat során rögzítettük a betegek kariológiai, parodontológiai statusát és a szájnyálkahártya kóros eltéréseit. A vitalitás megállapítását hideg- és elektromos ingerléssel végeztük. A radiológiai vizsgálat részeként hagyományos ortoradiális felvételt, szükség esetén excentrikus felvételt és ortopantomogram-felvételt készítettünk.

Eredmények

A vizsgált betegek közül 216 esetben (83%) diagnosztizáltunk odontogén gócot, míg 45 beteg (17%) stomatológiai statusa odontogén góc negatív volt.

I. táblázat

Az észlelt kóros fogászati elváltozások szám szerinti eloszlása az egyes betegségcsoportokban

	GGR. SIMPLEX	GRAN. PERIAP.	PAROD. COMPL.	INKOMPL. GYT.	GYT + GRAN. PERIAP	IMPACT DENTIS ET RAD. REL.
Szemészeti betegek	6	3	4	7	0	2
Psoriasis	6	3	4	7	0	2
Urticaria	12	3	6	3	1	4
Vasculitis	4	8	1	3	1	3
Ekzema	4	1	6	3	0	1
Egyéb bőrgy.	16	6	5	9	0	5
Autoimmun	4	4	3	4	1	3
Vesebetegek	13	4	3	2	6	6
Szívbetegek	29	24	21	8	6	10
Összesen	92	54	52	41	15	35

A leggyakrabban észlelt odontogén gócként szóba jövő elváltozás 92 esetben (36%) gangraena simplex volt, amelyet a granuloma apicale követett 54 esetben (21%), majd a parodontitis complicata 52 esetben

(20%). Az észlelt kóros fogászati elváltozások diagnózisok szerint történő megoszlását betegségcsoportok szerint az *I. táblázatban* részleteztük. A szemészeti betegek között valamennyi esetben diagnosztizáltunk odontogén gócot, leggyakrabban inkomplett gyökértömést 7 betegben (58%), ezt követte a ganraena simplex 6 betegben (50%), majd a parodontitis complicata 4 beteg esetében (33%). Az odontogén góc pozitív betegek aránya a krónikus szívbetegekben szenvedőknél 91%, a vasculitises betegeknél 89%, az autoimmun betegeknél 74%, az ekzemás betegeknél 73%, a vesebetegeknél 72%, a vegyes bőrgyógyászati betegcsoportnál 71%, a vesebetegeknél 72%, a vegyes bőrgyógyászati betegcsoportnál 71%, a psoriasisosok között 70%, az urticariás betegeknél 68% volt.

II. táblázat

Odontogén gócszűrésre beutalt bőrgyógyászati betegek szám szerinti megoszlása az egyes betegségcsoportokban

Betegség	N
Psoriasis	33
Urticaria	23
Vasculitis	9
Ekzema	15
Toxicoderma	2
Staphyloderma	1
Seborrhoea faciei	1
Rosacea	1
Alopetia diffusa	3
Alopetia areata	4
Discoid lupus erythematosus	2
Prurigo	3
Lichen planus	2
Erythema exsudativum multiforme	2
Erysipelas	1
Dyshidrosis	4
Pyoderma	2
Folliculitis	1
Photodermatitis	2
Morphea	1
Contact dermatitis	3
Összesen	115

A vegyes bőrgyógyászati betegcsoport alapdiagnózisok szerinti megoszlását a *II. táblázatban*, míg az autoimmun betegeket a *III. táblázatban* tüntettük fel.

Odontogén gócszűrésre beutalt autoimmun betegek szám szerinti megoszlása az egyes betegségcsoportokban

Betegség	N
Poliarthrit	9
Rheumatoid arthritis	3
Spondylitis	1
Sle	3
Raynaud-syndroma	3
Összesen	19

Megbeszélés

Több mint egy évszázados múltra tekint vissza az a feltételezés, amely szerint a szervezet egy pontján perzisztáló, többnyire fertőzős eredetű, tünete szegény, a nedvkeringéstől meglehetősen elzárt krónikus gyulladás, más néven góc, képes megbetegíteni a szervezet más szerveit, szervrendszereit. A szájüregben az apicalis és marginális parodontium krónikus gyulladásait tartják számon leggyakrabban gócként. Annak ellenére, hogy a fogászati gócbetegség létét mintegy 100 éve feltételezik, ez ideig a szájüregben perzisztáló krónikus gyulladásos folyamat kóroki szerepét csupán az infektív endocarditis esetében lehetett igazolni [5]. Klotz bőrgyógyászati [13], Sármány és Bartha szemészeti betegségek gyógyulásáról számoltak be dentális gócok szanálását követően [23]. A véletlen egybeesés lehetőségét azonban nem tudták kizárni. Az utóbbi években egyre bővül azoknak a betegségeknek a száma, amelyek esetében odontogén gócként feltételezhető elváltozás következetesen kimutatható. Ilyen betegségek a szív és érrendszer vonatkozásában az atherosclerosis [3, 17], a coronariabetegség [8], az infarctus [18], míg idegrendszeri érintettség esetén az agytályog [22], a meningitis [9], a paraplegia [14] és a trigeminus érzészavara [2]. A gastrointestinalis rendszert érintően a diabetes [21], a nem specifikus gyulladásos bélbetegségek [10] és májfertőzés [7] esetében írták le odontogén gócként számba jövő stomagológiai betegség egyidejű előfordulását. E szervi manifesztációkon kívül egyes autoimmun betegségek létrehozásában [15, 24], valamint a koraszülés [11] és a bacteriospermia [4] előidézésében valószínűsítik odontogén gócok kóroki szerepét. A feltételezetten góceredetű betegségek spektrumának folyamatos bővülésével párhuzamosan fennálló kutatásoknak azonban ez ideig nem sikerült megvilágítaniuk a gócfertőzés pontos mechanizmusát. A krónikus gyulladást kiváltó okok között szerepelnek mikroorganizmusok, baktériumok, vírusok és egyéb kórokozók, amelyek a szájüregből a vér és nyirokkeringés útján, a fasciák vagy idegágak mentén, a csontok üregrendszerében

terjednek tovább a távolibb szövetek felé. Az odontogén eredetű kórokozók etiológiai szerepe vitiumos betegek endocarditisében tankönyvi adat [16]. A távoli szerveket azonban nem feltétlenül maguk a kórokozók betegítik meg, hanem a gyulladásos gócból kiáramló toxinok, antigének vagy kóros anyagcseretermékek, a gyulladásos reakcióban szereplő védekező sejtek által termelt mediátoranyagok [6, 19, 20].

A góceredettel összefüggésbe hozott betegségek számának az utóbbi években észlelt rohamos gyarapodása egyre sürgetőbbé teszi, hogy tisztázzuk a góc és egy távoli szerv megbetegedése között fennálló patogenetikai kapcsolatot. Az ok-okozati kapcsolat igazolása jól definiált, betegcsoportok, góctalanítással egybekötött, objektív vér- és szérumparamétereinek, mikrobiológiai mintáinak elemzésével összekapcsolt utánpótlása útján lehetséges.

Tanulmányunk célja az volt, hogy megvizsgáljuk, melyek azok a betegségek, amelyek esetében a leggyakrabban végzünk gócszűrést, és melyek azok a fogászati gócek, amelyek e betegekben a leggyakrabban diagnosztizálhatók. Eredményeink szerint a leggyakoribb odontogén gócként szereplő elváltozások a gangreana simplex, a granuloma apicale és a parodontitis complicata. Figyelemre méltó, hogy az összes vizsgált betegcsoportban magas volt a fogászati gócként számba jövő elváltozások gyakorisága. A szemészeti betegek között mind a 12 esetben (100%) diagnosztizáltunk potenciális gócot. Az ischaemiás szívbetegek 91%-ban, míg a bőrgyógyászati betegek 78%-ban találtunk odontogén gócot. Ezért a jövőben e három betegcsoport, szemészeti, ischaemiás szívbetegek és bőrgyógyászati betegek góctalanítással összekapcsolt utánpótlásos vizsgálatát tervezzük, mely tanulmány során a gyulladásos vér- és szérumparaméterek változását is elemezzük. Az így nyert eredményektől azt reméljük, hogy közelebb visznek a gócfertőzés mechanizmusának jobb megértéséhez és ezen keresztül a hatékonyabb terápiás megközelítéshez.

IRODALOM: 1. Bánóczy J. (szerk.): Cariologia és Endodontia. Medicina, Budapest, 1990. 215–216. – 2. Barrett, A. P., Buckley, D. J.: Selective anaesthesias of peripheral branches of the trigeminal nerve due to odontogenic infection. Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol. 62, 226, 1986. – 3. Beck, J., Garcia, R., Heiss, G., Vokonas, P. S., Offenbacher, S.: Periodontal disease and cardiovascular disease. J. Periodontol. 67, 1123, 1996. – 4. Bieniek, K. W., Riedel, H. H.: Bacterial foci in the teeth, oral cavity, and jaws-secondary effects (remote action) of bacterial colonies with respect to bacteriospermia and subfertility in males. Andrologia, 25, 159, 1993. – 5. Bayliss, R., Clarke, C., Oakley, C., Sommerville, W., Whitfield, A. G. W.: The teeth and infective endocarditis. Br. Heart J. 50, 506, 1983. – 6. Cohen, S., Burns, R. (eds): Pathways of the pulp. The C. V. Mosby Company, St. Louis. Washington, D. C., Toronto, 1987. 364, 396–7. Crippin, J. S., Wang, K. K.: An unrecognized etiology for pyogenic hepatic abscesses in normal hosts: dental disease. Am. J. Gastroenterol. 7, 1740, 1992. – 8. DeStefano, F., Anda, R. F., Kahn, S., Williamson, D. F., Russell, C. M.: Dental disease and risk of coronary heart disease and mortality. Br. Med. J. 306, 688, 1993. – 9. Fernando, I. N., Phipps, J. S. K.: Dangers of an uncomplicated tooth extraction. A case of Streptococcus sanguis meningitis. Br. Dent. J. 165, 220, 1988. – 10. Flemmings, T. F., Shanahan, F., Miyasaki, K. T.: Prevalence and severity of periodontal

disease in patients with inflammatory bowel disease. *J. Clin. Periodontol.* 18, 690, 1991. – 11. Gibbs, R., S., Romero, R., Hillier, S. L., Eschenbach, D. A., Sweet, R., L.: A review of premature birth and subclinical infection. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 166, 1515, 1992. – 12. Keszthelyi G. (szerk.): *Parodontológia*, Semmelweis Kiadó, Budapest, 1995. 137. – 13. Klotz, S. D.: Focal infections and systemic diseases with special stress on allergic manifestations. In: Frazier, C. A. (ed.): *Dentistry and the Allergic Patients*. Charles C. Thomas Publisher, Springfield, 1973. 264–285. – 14. Larkin, E. B., Scott, S. D.: Metastatic paraspinal abscess and paraplegia secondary to dental extraction. *Br. Dent. J.* 177, 340, 1994. – 15. Lehman, T. J., Palmeri, S. T., Hastings, C., Klippel, J. H., Plotz, P. H.: Bacterial endocarditis complicating systemic lupus erythematosus. *J. Rheumatol.* 10, 655, 1983. – 16. Magyar I., Petrányi Gy. (szerk.): *A belgyógyászat alapvonalai*. Medicina, Budapest, 1986. 1067, 1073. – 17. Mattila, K. J., Valle, M. S., Nieminen, M. S., Valtonen, V. V., Hietaniemi, K. L.: Dental infections and coronary atherosclerosis. *Atherosclerosis* 103, 205, 1993. – 18. Mattila, K. J.: Dental infections as a risk factor for acute myocardial infarction. *Eur. Heart J.* 14, 51, 1993. – 19. Márton I., Bágyi K., Radics T., Kiss C.: Az apicalis periodontitis kialakulása és a szervezetre gyakorolt hatása. *Fogorv. Szle.* 91, 269, 1998. – 20. Márton, I. J., Kiss, C.: Influence of surgical treatment of periapical lesions on serum and blood levels of inflammatory mediators. *Int. Endod. J.* 25, 229, 1992. – 21. Miller, L. S., Manwell, M. A., Newbold, D., Reding, M. E., Rasheed, A., Blodgett, J., Kornman, U. S.: The relationship between reduction in periodontal inflammation and diabetes control: A report of 9 cases. *J. Periodontol.* 63, 843, 1992. – 22. Schuman, N. J., Turner, J. E.: Brain abscess and dentistry: A review of the literature. *Quintessence Int.* 25, 411, 1994. – 23. Sármany, J., Bartha, M.: Focal infections and systemic diseases with special stress on allergic manifestations. In Frazier C. A. (ed.): *Dentistry and the Allergic Patients*. Charles C. Thomas Publisher, Springfield. 1973. 264–285. – 24. Tolo, K., Jornjend, L.: Serum antibodies and loss of periodontal bone in patients with rheumatoid arthritis. *J. Clin. Periodontol.* 17, 288, 1990.

Dr. Tar, I., dr. Bágyi, K., dr. Radics, T., dr. Márton, I.: *Screening of chronic inflammatory dental disorders in focal diseases*

During 1997 and 1998 261 patients suffering from suspected focal diseases were investigated for the presence of persisting chronic inflammatory disorders in the oral cavity. In 83% of the patients pulp necrosis, chronic inflammation of the apical area and the periodontal tissues could be revealed. The most commonly diagnosed disorders were pulp necrosis, chronic apical periodontitis and periodontitis complicata respectively. Most frequently these diseases could be detected in chronic cardiac disorders, uveitis and dermatological diseases. In the future follow-up studies parallel with the elimination of the dental disorders monitoring of blood and serum parameters will be conducted in order to obtain data of the systemic effect of the persisting chronic dental diseases.