

Badanie periodontologiczne

- kluczowe elementy



Badanie periodontologiczne

– kluczowe elementy

Szczegółowe badanie i pomiar parametrów przyzębia (tj. głębokości kieszonek przyzębia i kliniczny poziom przyczepu) są niezbędne do ustalenia zasięgu i określenia ciężkości choroby u pacjentów z zapaleniem przyzębia.

Badanie i pomiar rutynowo przeprowadza się przez wykonanie pełnego diagramu sondowania w sześciu punktach wokół zęba w całym uzębieniu. Nie ma innej metody czy możliwości skrócenia tej procedury. Pacjentowi należy wyjaśnić konieczność odnotowania i sondowania kieszonek, ponieważ diagram parametrów przyzębia (periodontogram) jest niezbędny do oceny wyjściowego stanu przyzębia (a tym samym ustalenia rozpoznania) i bardzo ważny jako punkt odniesienia do oceny odpowiedzi na przeprowadzone leczenie. Rozpoznanie kierunkuje właściwe planowanie terapii w zależności od uzyskanych parametrów (tj. określenia, które miejsca wymagają leczenia niechirurgicznego, a które chirurgicznego). Głębokości kieszonek są podstawowym parametrem klinicznym, wyznaczającym metody leczenia zapalenia przyzębia. Podstawą terapii jest prawidłowa kontrola płytki nazębnej przez pacjenta, stąd nacisk na higienę jamy ustnej (oral hygiene instruction – OHI) oraz profesjonalne zabiegi oczyszczające tkanki przyzębia z biofilmu i złogów kamienia nazębnego. Ważnym wskaźnikiem stanu zdrowia lub zapalenia tkanek przyzębia jest objaw krwawienia podczas sondowania (bleeding on probing – BOP); dla klinicystów to test na efektywność przeprowadzonej mechanoterapii i instrumentacji przyzębia na etapie leczenia przeciwzapalnego.

Po pierwsze: słuchaj

Badanie przyzębia rozpoczyna się od wywiadu: z jakiego powodu pacjent zgłosił się na wizytę, jakie są jego problemy, jakie są jego oczekiwania po leczeniu? Najlepiej zadawać pytania otwarte, które zachęcają pacjenta do opisanego odpowiedzi własnymi słowami, jakie są jego główne skargi i obawy. Niektóre z typowych pytań, które należy zadać, umieszczono w ramce 1. Na przykład pacjenci z zaawansowanym zapaleniem przyzębia często skarżą się na migrację, przemieszczenie i wysunięcie się zębów, co powoduje problem estetyczny uzębienia. Ważne jest, aby od początku poznać potrzeby pacjenta, tak by można było sprostać jego oczekiwaniom. Klinicysta może być bardzo zadowolony z uogólnionego spłykania głębokości kieszonek po przeprowadzonym leczeniu, ale jeśli wysunięty lub wychylony ząb nadal znajduje się w tym samym miejscu po leczeniu, pacjent może nie być tak zadowolony. Dlatego ważne jest, aby zrozumieć jego główne oczekiwania, omówić z nim ograniczenia i możliwości oraz cele leczenia i upewnić się, że jest on świadomy realnych, możliwych efektów przeprowadzonej terapii.

Ramka 1: Pytania w wywiadzie, dotyczące stanu przyzębia, które należy zadać nowemu pacjentowi

Czy pacjent zgłosił się w sprawie zdrowia dziąseł: jakie ma pytania?

Pacjenci mogą opisywać różne problemy: trudności z żuciem niektórych pokarmów, zmienioną mowę, trudności z użytkowaniem protez, krwawienie z dziąseł, występowanie ruchomości zębów, pogorszoną estetykę uzębienia. Alternatywnie mogą nie mieć żadnych szczególnych objawów lub obaw, poza tym, że wiedzą, że mają problem z dziąsłami.

Czy pacjent zauważył krwawienie, np. podczas mycia zębów, po przebudzeniu lub w trakcie jedzenia?

Czy zauważył, że zęby są ruchome?

Czy odczuwał jakiś ból lub nadwrażliwość któregoś zęba?

Czy już wcześniej leczył się z powodu problemów z dziąsłami?

Jeśli pacjent był poddany leczeniu, należy zadać dalsze pytania: kiedy było ono przeprowadzone, ile wizyt się odbyło, przez jaki czas trwało.

Czy pacjent pali papierosy?

Jeśli odpowiedź jest twierdząca, należy zadać dalsze pytania: przez ile lat pali i ile papierosów dziennie? Jeśli pacjent jest byłym palaczem, zapytaj, przez ile lat palił i ile papierosów dziennie oraz kiedy przestał palić.

Czy pacjent zauważył nieprzyjemny smak lub nieświeży oddech?

Czy zauważył obrzęk dziąseł?

Jakich płukanek i past używa do oczyszczania zębów?

Dowiedz się, czy pacjent korzysta ze szczoteczki ręcznej czy elektrycznej lub innych przyrządów pomocniczych, takich jak nić dentystyczna lub szczoteczki międzyzębowe. Jak często ich używa, czy codziennie? Ile czasu poświęca na zabiegi higieny jamy ustnej?

Wywiad ogólnomedyczny i stomatologiczny

Po pierwszej rozmowie z pacjentem i przed rozpoczęciem badania klinicznego należy przeprowadzić

Ramka 1: Pytania w wywiadzie, dotyczące stanu przyzębia, które należy zadać nowemu pacjentowi

Czy rozumie przyczynę problemu z dziąsłami?

To są przydatne pytania, ponieważ odpowiedzi informują na temat wiedzy pacjenta o przyczynie problemów z przyzęciem i pomogą lekarzowi w prowadzeniu dyskusji na temat chorób przyzębia i ich leczenia. Uświadomić pacjentowi, że jest to choroba przewlekła i wymaga właściwego zaplanowania terminów wizyt, które są niezbędne w kompleksowym leczeniu.

Jaki jest oczekiwany przez pacjenta idealny wynik leczenia?

Na przykład, czy dla pacjenta estetyka jest najważniejszym celem prowadzonego leczenia, czy może wyeliminowanie nieświeżego oddechu albo zmniejszenie krwawienia? Ważne jest, aby poznać oczekiwania pacjenta i być obiektywnym w rokowaniu, co można realnie osiągnąć w wyniku leczenia choroby przyzębia? Jeżeli niechirurgiczna terapia jest pierwszym etapem kompleksowego leczenia, które obejmuje również np. stałe lub ruchome uzupełnienia protetyczne, leczenie ortodontyczne lub chirurgię przyzębia, ważne jest, aby pacjent był świadomy, iż wykonywanie tych skomplikowanych procedur zależy od wyników początkowej terapii i reakcji przyzębia na leczenie niechirurgiczne oraz zdolności pacjenta do utrzymania idealnej kontroli płytki nazębnej.

wywiad ogólnomedyczny. Podczas zbierania wywiadu należy zawsze stosować systematyczne podejście, wypełniając kartę historii zdrowia, która jest uzupełniana przez pacjenta, a następnie przeglądana przez klinicystę wraz z nim. Formularze takie są

Ramka 2: Kluczowe aspekty wywiadu medycznego związane z terapią przyzębia

Status palenia nikotyny

Konieczne jest zapisanie pełnego wywiadu dotyczącego palenia. Uwzględnia on liczbę papierosów palonych dziennie i lat palenia. W przypadku byłych palaczy należy odnotować, ile papierosów dziennie palił pacjent, przez ile lat i kiedy rzucił palenie. Wszystkich aktualnych palaczy należy pouczyć o szkodliwych dla zdrowia przyzębia skutkach palenia oraz zachęcać i wspierać w próbach porzucenia nałogu.

Cukrzyca

Cukrzyca, szczególnie źle kontrolowana, zwiększa ryzyko wystąpienia i modyfikuje przebieg zapalenia przyzębia. Należy zapytać pacjentów o ich kontrolę poziomu glikemii i czy znają swoje ostatnie pomiary hemoglobiny glikowanej (poziom frakcji HbA1c, norma od 4 do 6% hemoglobiny całkowitej).

Inne schorzenia aktualnie leczone

Stan zdrowia dotyczący schorzeń sercowo-naczyniowych, udaru mózgu, zaburzeń hematologicznych, tendencji do krwawień, schorzeń onkologicznych, chorób wątroby, zaburzeń endokrynologicznych, problemów neurologicznych i chorób zakaźnych może mieć wpływ na strategię planowania leczenia u danego pacjenta. W celu uzyskania pełnych informacji niekiedy konieczne jest skontaktowanie się z lekarzem ogólnym prowadzącym pacjenta, aby właściwie zaplanować opiekę stomatologiczną.

Leki

Niektóre leki prowadzą do przerostu dziąseł, np. niektóre blokery kanału wapniowego, fenytoina, cyklosporyna.

Terapia bisfosfonianami (szczególnie terapia dożylna) zwiększa ryzyko osteonekrozy/martwicy kości szczęki i żuchwy.

Antykoagulanty przedłużają czas krwawienia i mają wpływ na decyzje dotyczące leczenia przyzębia.

Kortykosteroidy (szczególnie duże dawki) wpływają na odpowiedź immunologiczną i stany zapalne.

Alergie

Ta część wywiadu powinna obejmować pytania dotyczące leków, produktów dentystycznych (np. chlorheksydyny, eugenolu i lateksu), a także innych alergenów środowiskowych, takich jak pyłki i alergeny pokarmowe.

Wywiad dotyczący występowania choroby przyzębia w rodzinie

Jest to szczególnie istotne u młodszych osób z podejrzeniem szybko postępującego, agresywnego zapalenia przyzębia, u których jest już zdiagnozowana postać zaawansowana, są oni ogólnie zdrowi, lecz w wywiadzie zgłaszają rodzinne występowanie choroby przyzębia.

przydatne, aby być pewnym, że nic nie zostanie pominięte. Wywiad, który jest szczególnie istotny w leczeniu przyzębia, przedstawiono w ramce 2. Ważna jest również wiedza dotycząca wykonywanego zawodu pacjenta, mogąca mieć wpływ na świadczenie opieki (np. pracownicy zmianowi mogą mieć trudności z uczestnictwem w wyznaczonych terminach wizyt).

Należy również przeprowadzić wywiad stomatologiczny. W odniesieniu do wcześniejszego leczenia przyzębia ważne jest ustalenie, czy pacjent był już poddawany leczeniu choroby przyzębia i jakie zabiegi wykonywano? Czy przeprowadzono leczenie

chirurgiczne lub niechirurgiczne? Ile wykonano zabiegów oczyszczania przyzębia? Czy stosowano znieczulenia? Ile wizyt odbyło się w dotychczasowym leczeniu przyzębia oraz w fazie podtrzymującej? A może pacjent po raz pierwszy zgłosił się w celu leczenia choroby przyzębia? Ważne jest również, aby uwzględnić inne zabiegi stomatologiczne, np. z zakresu leczenia zachowawczego, endodontycznego, protetycznego, ortodontycznego lub implantologicznego.

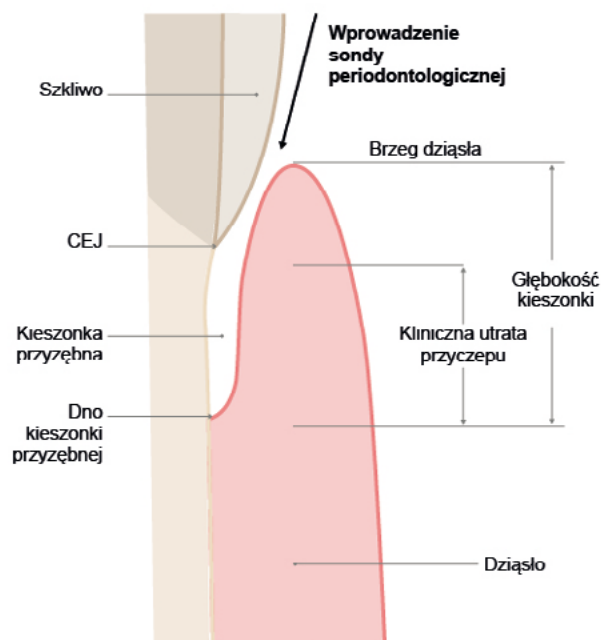
Badanie kliniczne

Ważne jest przeprowadzenie pełnego stomatologicznego badania. Badanie zewnętrzne powinno koncentrować się na ocenie podżuchwowych węzłów chłonnych, stawów skroniowo-żuchwowych i mięśni żucia. Badanie wewnętrzne powinno obejmować pełną ocenę stanu jamy ustnej (liczbę zębów, ubytki próchnicowe, odbudowę i utratę powierzchni zębów), a także badanie tkanek miękkich jamy ustnej (warg, języka, podniebienia, błony śluzowej policzka, dna jamy ustnej i gardła).

Należy ocenić poziom higieny jamy ustnej, koncentrując się szczególnie na złogach płytki nazębnej na brzegu dziąseł i w przestrzeniach międzyzębowych, a także na obecności kamienia nazębnego. Należy zwrócić uwagę na miejsca, w których higiena jamy ustnej jest zła i zastanowić się, czy wynika to z nieskuteczności oczyszczania tych miejsc przez pacjenta (np. pacjent może nie wykonywać codziennej higieny w tych okolicach lub może używać niewłaściwych przyborów do higieny jamy ustnej), czy też jest to spowodowane czynnikami miejscowymi, które utrudniają codzienną higienę w tych miejscach (np. z powodu nawisających krawędzi uzupełnień). Tkanki dziąseł należy ocenić pod kątem objawów zapalenia (charakteryzujących się zaczerwienieniem, krwawieniem i obrzękiem) lub innych patologii (np. przerostem dziąseł wywołanym przez leki). Podczas badania przyzębia ważne jest osuszenie tkanek, co poprawia widoczność i możliwość odczytu pomiarów.

Podstawą badania przyzębia jest sondowanie kieszonek dziąsłowych i przyzębnych, polegające na użyciu sondy periodontologicznej. Jest ono niezbędne do diagnozowania, planowania oraz monitorowania stanu przyzębia podczas leczenia i jest jedyną niezawodną metodą pomiaru kieszonek przyzębnych. Mogą być one niewidoczne na zdjęciu rentgenowskim. Kieszonkę przyzębną przedstawiono schematycznie na rycinie 1.

Chociaż sondowanie kieszonek przyzębnych jest uważane za prostą procedurę badania, to w rzeczywistości okazuje się ono technicznie niełatwe i podatne na błędy. Na zarejestrowane głębokości sondowania może wpływać wiele czynników, w tym:



Ryc. 1. Schematyczne przedstawienie kieszonki przyzębnej. Sondę wprowadza się w kieszonkę przyzębną, a mierzona głębokość sondowania to odległość od wolnego marginesu dziąsła do końcówki sondy, która, jak się zakłada, znajduje się w dnie kieszonki. W stanach zapalnych sonda ma tendencję do penetrowania tkanek w dnie kieszonki, co powoduje krwawienie podczas sondowania, a także wyższą wartość mierzonej głębokości sondowania (w porównaniu z rzeczywistą głębokością kieszonki). Po leczeniu i ustąpieniu stanu zapalnego dochodzi do obkurczenia się tkanek dziąseł i mają one większą odporność na penetrację przez sondę w dnie kieszonki. Oba te czynniki powodują spłycenie głębokości sondowania po zabiegu. Podczas gdy punktem odniesienia do pomiaru głębokości sondowania jest brzeg dziąsła, punktem odniesienia do pomiaru utraty przyczepu łącznotkankowego jest CEJ. Lokalizacja CEJ może być często trudna do określenia, szczególnie u pacjentów ze stanem zapalnym dziąseł, z tego powodu że głębokość sondowania jest bardziej przydatną miarą do oceny stanu przyzębia i odpowiedzi na leczenie. CEJ: połączenie szklwno-cementowe (cemento-enamel junction). (Źródło własne. Na podstawie: Preshaw PM i wsp. Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. Diabetologia. 2012; 55: 21-31).

- pozycja sondy, jej kątowne ustawienia i zła orientacja;
- wielkość przyłożonej siły;
- średnica sondy;

- ostrość/tępość końcówki sondy;
- klarowność i widoczność oznaczeń sondy;
- obecność krwi, śliny, płytki nazębnej, które mogą zaciemniać oznaczenia na sondzie;
- obecność kamienia nazębnego (nad- lub pod- dziąsłowego);
- nawisy wypełnień i uzupełnień.

Ogólnie przyjęta siła, którą należy zastosować podczas sondowania, to ok. 0,25 N (Hefti, 1997). Może być ona trudna do oszacowania, ale zazwyczaj jest to siła potrzebna do wciśnięcia opuszki kciuka na ok. 1 mm za pomocą sondy periodontologicznej.

Głębokości sondowania należy odnotować w 6 miejscach wokół zęba. Niezbędne jest systematyczne podejście w trakcie pomiarów, aby być pewnym, że żadne miejsca nie zostaną pominięte, a rejestracja głębokości sondowania będzie dokładnie odnotowana w karcie lub w systemie komputerowym. Powszechną metodą jest rejestrowanie głębokości sondowania kieszonek w następujący sposób:

1. Policzkowe powierzchnie górnego łuku (od prawej do lewej strony).
2. Powierzchnie podniebienne górnego łuku (od lewej do prawej strony).
3. Policzkowe powierzchnie dolnego łuku (od prawej do lewej strony).
4. Powierzchnie językowe dolnego łuku (od lewej do prawej strony).

Sondę należy włożyć do kieszonki, w przybliżeniu równolegle do długiej osi zęba i „obchodzić” wokół ząb, aby zarejestrować głębokość sondowania. W przestrzeniach międzyzębowych sonda będzie musiała być lekko pochylona, aby zmierzyć głębokość kieszonki, która zwykle znajduje się poniżej punktu styczności.

Ważnym elementem dokumentacji medycznej jest karta lub zapis w programie komputerowym, który powinien umożliwiać kolejno, strona po stronie, odnotowanie pomiarów badania. Na kolejnych wizytach jest możliwość porównania głębokości sondowania kieszonek i innych badanych paramet

trów przyzębia odnotowanych wcześniej i w kolejnych badaniach. Przykładem jest papierowa karta, w której są one udokumentowane, zapis daje możliwość analizy wyników badań periodontologicznych przedstawionych w ramce 3.

Systematyczne odnotowywanie parametrów kolejnych badań periodontologicznych umożliwia ich analizę i porównanie stanu przyzębia na różnych etapach leczenia.

Podczas procedury sondowania należy również zmierzyć wielkość recesji jako odległość od połączenia szkliwno-cementowego do marginesu brzegu dziąsła. Krwawienie przy sondowaniu (BOP) jest rejestrowane jako obecne lub nieobecne krwawienie w każdym kolejnym miejscu sondowania (wskaźnik dychotomiczny). U pacjentów z minimalnym stanem zapalnym w tkankach może występować bardzo małe krwawienie, w takim przypadku uzasadnione może być odczekanie do osiągnięcia linii środkowej w sekwencji sondowania, a następnie ponowne zweryfikowanie kwadrantu przebadanego wcześniej, aby zidentyfikować wyizolowane miejsca krwawienia. Jednak u pacjentów z rozległym zapaleniem dziąseł może wystąpić obfite krwawienie natychmiast po sondowaniu każdej ze stron i w tym przypadku dokładniejsze jest zapisywanie wyników BOP natychmiast po sondowaniu przy każdej powierzchni zęba.

Obecność furkacji powinna zostać oceniona za pomocą zakrzywionej sondy do jej badania (tzw. sonda Nabersa). Badanie przy zębach trzonowych obejmuje badanie furkacji. W przypadku zębów trzonowych szczęki należy sprawdzić w istniejących trzech potencjalnych wejściach do rozwidlenia korzeni (środkowo-policzkowe, mezjalno-podniebienne, dystalno-podniebienne) i ocenić, natomiast w przypadku zębów trzonowych żuchwy – w dwóch miejscach rozwidlenia korzeni (środkowo-policzkowe, w połowie językowe).

Konieczna jest również ocena okluzji, w niektórych przypadkach może być wskazane wykonanie modeli roboczych. Przydatne mogą stać się również fotografie kliniczne jako element wstępnej oceny stanu przyzębia i uzębienia u pacjenta.

Ramka 3: Sondowanie przyzębia

6 miejsc pomiarowych w aspekcie prowadzenia sondy

Odnotowanie pomiarów głębokości kieszonek w 6 miejscach pomiarowych przy każdym zębie (MB, B, DB, ML, L, DL) jest standardem na całym świecie. Miejsca MB, DB, ML i DL mają na celu identyfikację kieszeni pod punktami stycznymi. Są one preferowane, ponieważ progresja periodontolizy w miejscach interproksymalnych jest najszybsza i powstają w tych obszarach najgłębsze kieszonki przyzębne. Natomiast pomiary B i L (tj. pośrodkowo policzkowe i językowe) przy zębach trzonowych zwykle pokrywają się z obszarami zajęcia furkacji.

Często pojawia się pytanie: czy powinienem wkładać sondę dokładnie w tych 6 miejscach podczas badania pacjenta, czy też powinienem „chodzić” z sondą po całym obwodzie zęba?

Przesuwamy sondę po całym obwodzie zęba, abyśmy mogli znaleźć najgłębszy pomiar głębokości sondowania wokół zęba, ponieważ to są te miejsca, które najbardziej nas interesują z punktu klinicznego, czyli należy zarejestrować najgłębszy pomiar w określonym obszarze zęba w najbliższym z 6 standardowych miejsc pomiarowych.

Co jeszcze oceniamy za pomocą sondy periodontologicznej?

Sonda periodontologiczna jest bardzo przydatnym narzędziem. Za jej pomocą mierzymy głębokości kieszonek przyzębnych i oceniamy krwawienie podczas sondowania jako wskaźnik stanu zapalnego. W trakcie pracy wycieramy sondę po przejściu wzdłuż powierzchni zęba, kontynuując badanie w celu identyfikacji płytki nazębnej (należy po każdym pomiarze wycierać sondę gazikiem, aby można było odczytać oznaczenia znajdujące się na niej). Używamy jej również do wykrywania obecności kamienia nazębnego i oceny morfologii korzeni. Wszystkie te czynniki służą nam do ustalenia, które powierzchnie wymagają leczenia.

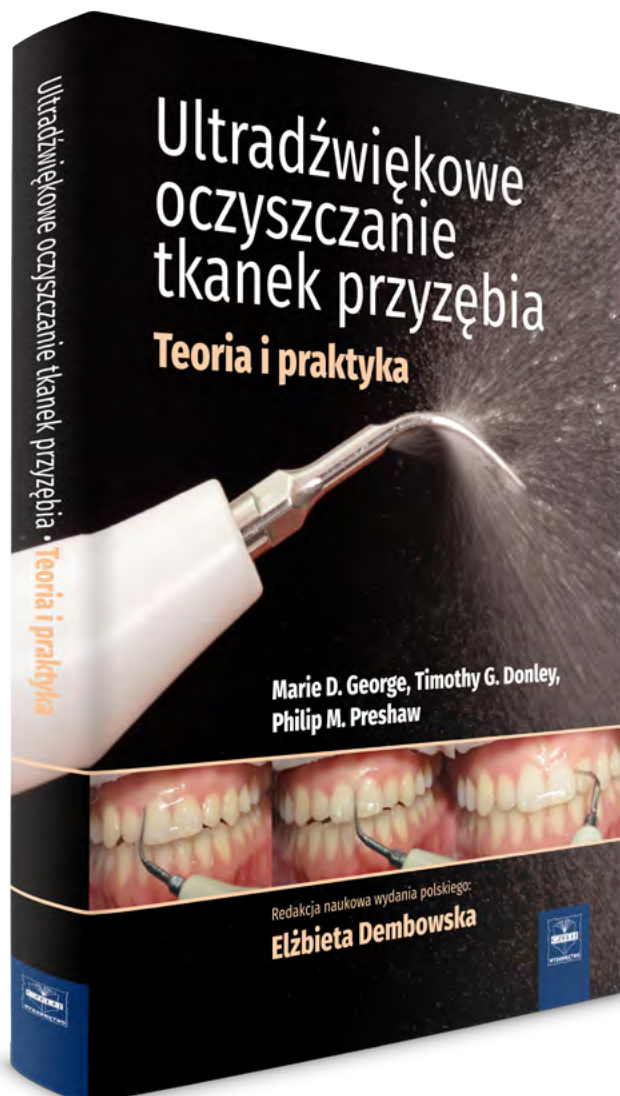
Niektóre wyniki badań naukowych wskazują, że średnia redukcja sondowania kieszonek wynosi 1,2 mm..., co nie jest wartością aż tak dużą!

Kiedy widzimy konkretnego pacjenta i prowadzimy leczenie przyzębia, naturalnie skupiamy się na głębszych kieszonkach i reakcji na leczenie w tych szczególnych miejscach. Obserwujemy, że konkretna kieszeń zmniejsza się z 6 mm do 4 mm lub z 8 mm do 5 mm. Jednak kiedy czytamy publikacje naukowe, wydaje się, że odnotowano znacznie mniejsze spłylenie głębokości sondowania – dlaczego?

Odpowiedź brzmi: ponieważ większość badań naukowych podaje średnie głębokości pomiarów i zmniejszenie głębokości sondowania po leczeniu we wszystkich badanych punktach pomiarowych. Odnotowuje się zmianę średnich wartości we wszystkich badanych miejscach w jamie ustnej, w tym miejsc, które były głębokie przed leczeniem, a także tych, które były płytkie. Większość pacjentów z zapaleniem przyzębia ma różne głębokości kieszonek, ale także zachowane zdrowe miejsca z prawidłowymi płytkami kieszonkami, szczelinami i w tych miejscach mogą być odnotowane głębokości 3 mm lub mniej przed leczeniem. Nie oczekujemy, że te płytkie miejsca zmienią się szczególnie po terapii. Dlatego przy obliczaniu średniego spłylenia głębokości kieszonek w całym uzębieniu te, które nie zmieniają się znacznie, powodują „rozmycie” lub „zmniejszenie” wielkości redukcji głębokości sondowania miejsc, które były wcześniej bardzo głębokie. Obecnie wiele badań zmienia metodykę analizy statystycznej, uwzględniając początkową głębokość sondowania, tzn. podają zmniejszenie głębokości sondowania tylko w miejscach, które miały 5 mm lub więcej przed leczeniem, a ignorują wszelkie zmiany w miejscach, które były płytsze niż 4 mm przed leczeniem.

Materiał został przygotowany na podstawie książki:
George MD, Donley TG, Preshaw PM.
Ultradźwiękowe oczyszczanie tkanek przyzębia. Teoria i praktyka.
Lublin: Wydawnictwo Czelej.

**Jeśli interesuje Cię ta tematyka,
sięgnij po więcej**



Liczne zdjęcia i ilustracje kliniczne przedstawiające techniki ultradźwiękowego oczyszczania tkanek przyzębia.

Przypadki kliniczne pokazujące zastosowanie ultradźwiękowych technik oczyszczania tkanek przyzębia w praktyce, również w pracy wokół implantów stomatologicznych.

Zestawienie kluczowych zagadnień w każdym rozdziale.

Zobacz książkę