

PRINCIPII DE DIAGNOSTIC ALE AFECȚIUNILOR MUCOASEI ORALE

Diana Uncuța
*Conferențiar universitar,
doctor în medicină,
Catedra chirurgie
oro-maxilo-facială și
pedodontie,
Universitatea de Stat de
Medicină și Farmacie
„Nicolae Testemițanu“*

Rezumat

Pe aria mucoasei bucale se ecranează cele mai diferite afecțiuni de ordin local și de caracter sistemic — la etapa de debut sau pe parcurs evolutiv — dar invariabil cu simptomatologie orală comună, care adesea devine sursă de erori cu respective consecințe clinice și prognostice.

Medicul stomatolog trebuie să cunoască manifestările clinice de la nivelul cavității orale, pentru a pune un diagnostic corect și pentru a le diferenția de alte boli, care au manifestări clinice asemănătoare pentru un tratament corect (în cazul bolilor propriu-zise ale cavității orale) sau recomandarea unui consult de specialitate. Neglijarea sănătății orale poate avea un impact deosebit asupra stării generale a organismului.

Summary

Diagnosis principles of the oral mucous affections

The most different local and systemic affections on the region of the buccal mucous has been screened on the precocious stage or during evolution one, but invariable with the common total symptomatology, which it is often became an error sources with respective clinical and prognosis consequences.

Dentist must know the clinical manifestations on the oral cavity level in the correct diagnosis and the different diseases differentiations which have the same clinical manifestations in the proper treatment (in the oral cavity diseases) or recommendation of the specialty consulting.

Actualitatea temei.

Diagnosticul, alias procesul de recunoaștere a maladiei și de apreciere a particularităților biologice și sociale individuale ale subiectului, include examenul medical dirijat, interpretarea rezultatelor obținute și totalizarea acestora prin emiterea diagnosticului maladiei.

Disponem la acest compartiment de practică medicală de un bogat material observațional asupra unui larg spectru de maladii care asociază sau se specifică exclusiv de leziuni ulcero-buloase aparente pe aria mucoasei bucale. Indiferent de dotarea serviciului în care activăm de ani, ne confruntăm adesea cu manifestări orale care impun cercetări clinico-instrumentale și solicită stomatologului cunoașterea subtilă a caracterelor care particularizează afecțiunile mucoasei bucale.

Cu toate acestea, precum o denotă analiza observațiilor clinice și a datelor literaturii, medicii stomatologi se confruntă adesea cu numeroase dificultăți și comit erori de diagnostic al maladiilor mucoasei orale la rata de 44% [P. Maximenco, 1998], și chiar până la 58% [N. Danilevschii, 2001].

Scopul lucrării.

Precizarea unor repere pentru studiul diagnostic al afecțiunilor bucale ulcerative.

Materialul și metodele de cercetare.

Am avut sub observare 151 de bolnavi (cu vârste cuprinse în limite largi — de la 5 până la 71 de ani) cu afecțiuni orale de diferită genră, gravitate și la diferite etape de evoluție a procesului patologic: 84 cazuri de afecțiuni virale; 17 cazuri de eritem exsudativ polimorf; 23 cazuri de stomatite recidivante de forme majore; 6 cazuri de maladie Behcet; 11 cazuri cu pemfigus vulgar; 4 cazuri cu leucemie; 1 caz cu agranulocitoză; 5 cazuri de anemie feriprivă.

Rezultatele de confruntare a diagnosticelor de trimitere ale bolnavilor cu afecțiuni orale cu cele emise după investigațiile clinice și de laborator de profunzime

au relevat corespunderea acestora doar în 43%. Prin urmare 57% din bolnavi s-au prezentat în clinică cu diagnostice eronate, unele dintre care întrunite sub termene generice ca — „stomatită“, „afecțiunea mucoasei orale“ și chiar fără diagnostic (48 cazuri). Printre aceștia au prevalat bolnavii cu manifestări orale incipiente proprii unor maladii ca stomatita herpetică, eritemul exsudativ polimorf, pemfigusul vulgar, anemia, leucozele, sindromul Behcet, au fost frecvente și candidozele medicamentoase, alergice, cheilitele, glositele ș.a.

Am apelat, în raport cu acești bolnavi, la un complex de examene clinice generale, investigații stomatologice specifice și la o serie de teste de laborator. Volumul de investigație depindea de scopul urmărit: aprecierea diagnosticului, verificarea eficienței curative, apoi și de afecțiunea suspectată și sediul procesului, de personalitatea bolnavului și atitudinea acestuia față de maladie.

Mai întâi sunt precizate și analizate acuzele legate de lezarea organelor și țesuturilor cavității bucale. Deși aceste acuze sunt foarte subiective, ele sunt reflectarea perfectă a procesului patologic obiectiv în evoluție. Astfel bolnavii acuză frecvent durere în timpul vorbirii, la ingestia hranei, în special a bucatelor picante, tot aceștia pot acuza răgușeală, tulburări de vorbire, edemațiere, poate și vezicule, eroziuni, ulceratii. În paralel cu aceste acuze elucidăm și acuzele de ordin general: slăbiciune, astenie, inapetență, tulburări de somn, temperatură subfebrilă sau febră.

De consemnat că toate aceste fenomene pot fi atât reflectarea unui proces local care se dezvoltă în organele și țesuturile cavității orale, cât și simptomele unor maladii din alte organe și sisteme. În continuare trasăm o serie de precizări anamnestiche: când, cum (acut sau treptat) s-a dezvoltat maladia, care ar fi cauza mai probabilă a acesteia, ce acuze au apărut mai devreme (locale sau generale), corelația acestora; a consultat sau nu bolnavul vreun medic, a administrat tratament și dacă da, ce remedii medicale a consumat, care a fost efectul acestora și cum le-a tolerat (1, 3,9).

Inițiind examenul clinic al bolnavului, am insistat pentru stricta respectare a succesiunii manevrelor de cercetare și respectarea principiilor deontologice prin care tindeam crearea unei atitudini de încredere, bolnavul fiind atras în calitatea de „aliat“ în combaterea maladii de care suferă etc.

Cu deosebită atenție se precizează condițiile de muncă și anamneza alergologică, deoarece sunt tot mai frecvente maladiile provocate de noxe profesionale prin contactul sau expunerea la factori chimici, iradieri și alte adversități. Un anamnestic precis și ordonat în succesiune logică, fiind confruntat cu manifestările clinice permite precizarea momentului de inițiere și a cauzei de apariție a maladii, inclusiv prin corelarea simptomelor locale cu cele de ordin general.

Simptomul — semnul indicativ al bolii este un caracter morbid calitativ nou și impropriu organismului sănătos, un fenomen care poate fi depistat cu

ajutorul metodelor clinice de investigație. În funcție de procedeul de depistare, locul și gradul de manifestare, simptomele bolii se divizează în subiective și obiective, în locale și generale, în evidente și oculte (2, 4, 7). După semnificația lor diagnostică acestea pot fi nespecifice, specifice și patognomonice.

Importanța simptomelor descrise pentru formula diagnostică este diferită. Mai informative sunt semnele patognomonice (de exemplu, în pemfigus, stomatita herpetică), dar aceasta se întâmplă mai puțin frecvent, de aceea în diagnosticul maladiilor se aplică noțiunea de sindroame (grec. Syndromum — conjunctură, acumulare), care înseamnă asocierea unor simptome patogenic interdependente, atât locale cât și generale. Sindromul poate desemna întregul tablou al maladii sau doar o fațetă a acesteia, fiind manifestarea afectului patologic al unui sistem sau organ. Sindromul nu este echivalentul maladii ca unitate nozologică, deoarece poate fi legat cu diferite maladii. De exemplu un banal ulcer traumatic și ulcerul tuberculos sau sifilitic se pot caracteriza atât ca manifestări nespecifice cât și ca manifestări specifice. Ulcerul tuberculos și cel sifilitic sunt semne patognomonice, dacă în focarul lor sunt depistați germenii specifici sau respectivii anticorpi față de aceștia prin teste serologice (5, 6, 8, 10).

În diagnosticul maladiilor mai frecvent sunt cercetate sindroamele ce întrunesc simptome patogenetic corelate, atât de ordin local cât și de ordin general. De extremă valoare sunt elementele morfologice ale leziunilor aparente pe mucoasa bucală, adesea asociate cu leziuni tegumentare și pe alte mucoase ale organismului. De aceea este foarte importantă recunoașterea și abilitatea de apreciere a acestora în funcție de faza de evoluție a procesului, precum și de concursul diferitor factori de ordin general și local.

Insistăm și instruiim medicii stomatologi în abilitatea de a realiza un examen obiectiv ordonat și conștiincios, pentru că doar astfel se pot recunoaște și delimita elementele componente în aspect de realizare a acestora (anamneză) și în corelație cu starea generală a organismului.

Principalele elemente din care se compune tabloul leziunilor mucoasei orale sunt **modificările de colorație a acesteia, relieful, delimitarea elementului lezional principal**. În fiecare caz concret se va preciza **gruparea elementelor, localizarea, dinamica de dezvoltare**, prezența altor componente, pentru ca în baza analizei acestora să se determine caracterul lor definitoriu și respectiva referire la categoria de leziune primară sau secundară.

De menționat, totuși, că în cavitatea bucală, în legătură cu traumatismul permanent produs de consumul alimentelor tari, de protezele inadecvate, de agresiunea mediului bucal (microfloră), elementele clasice de lezare sunt adesea estompate. De aceea, în cadrul examenului obiectiv se va preciza existența factorilor denumiți.

Examinând leziunile mucoasei bucale se cere a observa atent starea dinților, a parodontiului și a corelației

acestora cu focarele lezionale. Factorii locali pot favoriza dezvoltarea diferitor complicații pe fondul afecțiunilor de sistem, care se afișează pe mucoasa bucală.

Pe lângă inspecția mucoasei orale, esențială pentru precizarea caracterului maladiei este și identificarea mirosului din gură: putrid, gangrenos, izul de acetona ș.a.

Examenul obiectiv al bolnavului și al focarului lezional se începe, practic, din momentul primului contact cu bolnavul, în procesul interogării și continuă până la însănătoșirea definitivă a acestuia.

De mare valoare diagnostică sunt de asemenea metoda examenului palpatoric, cu ajutorul căruia se poate aprecia, dacă elementul lezional proemină de asupra mucoasei, se poate determina consistența acestuia, profunzimea amplasării etc. Palpator se mai apreciază mărimea, consistența, mobilitatea și sensibilitatea dureroasă a ganglionilor limfatici. În mod normal aceștia nu pot fi palpați. Pe fond de procese patologice cantonate pe zona maxilo-facială, ganglionii regionali sunt măriți de volum, mobili, elastici și dureroși. În caz de infecție luetică ganglionii regionali, ca și cei periferici, sunt măriți și indurați; în cancer — consistenți, fermi și adesea aderenți cu structurile din perimetru.

În continuare se efectuează analiza și sinteza simptomelor relevate în procesul examenului clinic, care pot sugera o serie de ipoteze diagnostice și pot dirija spre ulterioare metode de cercetare suplimentară (de laborator). Printre acestea de primă valoare sunt: examenul clinic al sângelui, inclusiv determinarea glicemiei, analiza urinei, cercetările bacteriologice, examenul citologic și histologic, probele alergice, testele biochimice specifice, cercetări imunologice și virusologice.

Rezultatele investigațiilor de laborator sunt analizate minuțios și confruntate cu datele tabloului clinic, observat în dinamic, pentru ca prin sinteza acestora să se emită cea mai probabilă formulă a diagnosticului.

Următoarea etapă a elaborării diagnosticului clinic este diferențierea de alte maladii similare. Pornind de la multitudinea și diversitatea simptomatică a maladiilor și a modificărilor pe mucoasa orală atât din contextul afecțiunilor primare, cât și pe fondul maladiilor simptomatice, diferențierea diagnostică se va trasa pornind de la existența simptomului patognomic conform principiului nozologic, apoi și după tipul sindromologic. Se vor exclude în mod obligativ maladiile grave sau cele ce implică consecințe nefaste (leucozele, agranulocitoza, diabetul zaharat, boala acinică, SIDA, sifilisul, tuberculoza, cancerul ș.a.).

Diagnosticul diferențial finalizează prin emiterea diagnosticului pentru boala curentă și a celei asociate, deoarece evoluția și tratamentul maladiei de bază depinde, în mare măsură, de fondul organic pe care evoluează aceasta. Formula diagnostică trebuie să includă denumirea exactă și completă a entității nozologice (conform Nomenclatorului de Maladii, adoptat de OMS în 1980).

În baza cercetării diagnostice a maladiei, apreciind gravitatea acesteia considerând bolnavul ca fiind

o persoană ce suferă fizic și spiritual, se indică cel mai rațional complex terapeutic pentru aplicare locală și sistemică. În cursul terapiei medicul trebuie să observe schimbările ce survin în evoluția bolii și în baza acestora să aprecieze corectitudinea diagnosticului emis și a tratamentului indicat, luând aminte dictonul că „practica este criteriul adevărului“.

Se va considera o mare eroare decizia de a aplica diferite preparate medicale înainte de a preciza diagnosticul. Sunt frecvente cazurile când se inițiază aplicații pe mucoasa orală cu diferite remedii medicale înainte de a se anula factorii locali. Indiferent de stadiul procesului semnalat pe mucoasa bucală, se începe cu asanarea ariei afectate. În cazurile când s-au ignorat asemenea precepte, se complică evoluția bolii.

Menționăm în mod special vigilența de care trebuie să dea dovadă medicul când decide să aplice substanțe caustice bolnavilor care au pe cavitatea bucală ulcere trenante și când planează suspjecția de malignitate a acestor procese.

Multe din complicațiile apărute pe fondul tratamentelor adresate maladiilor din cavitatea bucală se datorează erorilor de aplicare a soluțiilor de irigare și lavaj bucal. Din cercetările realizate sub acest aspect am constatat, că deja peste 3 zile de la inițierea tratamentelor cu soluții antiseptice, microbii orali devin insensibili la acțiunea acestora, de aceea aplicarea îndelungată a unora și acelorași substanțe în stomatite nu rezultă cu efectul așteptat, mai mult — acestea slăbesc forța protectivă a mucoasei orale. Actualmente pentru tratamentul maladiilor cantonate pe mucoasa bucală se aplică hormoni steroidieni. Fiecare preparat hormonal, însă, își are indicațiile sale speciale.

Și pentru că nu se poate niciodată miza doar pe manipulațiile care se efectuează în cabinetul medicului se va întocmi un asemenea program curativ, care va include atât măsurile efectuate în instituția medicală, cât și procedurile realizate consecvent la domiciliu.

Pentru fiecare bolnav de acest gen se vor completa fișe speciale de examinare și tratament, unde se vor nota observațiile dinamice asupra stării bolnavului, rezultatele curative și măsurile profilactice împotriva recidivelor maladiei.

Încheiem prin sugestia de a ordona pentru fiecare din acești bolnavi un program de supraveghere subcurativă sistematică, desigur după ce li s-a emis un diagnostic exact, doar astfel reușind prevenirea complicațiilor și recidivelor afecțiunilor mucoasei bucale.

Concluzii

1. Sinteza cauzelor ce complică și eronează diagnosticul maladiilor mucoasei orale a relevat, că mai frecvent acestea se rezumă la: anamneza incompletă a maladiei; la cunoașterea insuficientă a elementelor morfologice și a caracterelor de manifestare a lor pe mucoasa bucală; recursul insuficient la metodele de laborator, în particular la examenele bacteriologice și citologice asupra materialului preluat din focarele

lezionale; la testele biochimice, alergologice, imunologice, virusologice, specifice ș.a.

2. Cea mai importantă cauză de emitere a diagnosticelor eronate sau tardive este slaba cunoaștere a metodologiei de suport pentru elaborarea diagnosticului.
3. Diagnosticul oportun și complet, întemeiat pe metode moderne de cercetare, poate sugera aplicarea adecvată a metodelor indicate de tratament, asigurând astfel rezultate curative imediate și durabile.

Bibliografie:

1. Eni A. Leziunile mucoasei cavității bucale.// Afecțiunile complexului mucoparodontal. Chișinău 2007, p.149-378.
2. Furlanetto D. et al. Differences in methodologies of measuring the prevalence of oral mucosal lesions in children and adolescents.// International Journal of Pediatric Dentistry 2006, 16:31-39.
3. Rioboo-Crespo M. et al. Epidemiology of the most common oral mucosae diseases in children.//Med. Oral. Patol. Oral Cir Bucal. 2005, 10:376-387.
4. Scott S. DeRossi, Salazar German et al. Chronic lesions of the gingiva and mucosa.// JADA. December 2007, vol. 138, pag.1589—1592.
5. Țovaru Ș. Patologie medicală stomatologică.//București 1999, p.267.
6. Yeh S. W. et al. blistering disorders: diagnosis and treatment.// Dermatologic Therapy, 2003, vol. 16, 214-223.
7. Балин В.Н. и др. Симптомы и синдромы в стоматологической практике.//Санкт-Петербург 2001, стр. 199.
8. Банченко Т.В. и др. Язык — „зеркало“ организма.//Москва 2000, стр. 407.
9. Барер Г.М. и др. Заболевания слизистой оболочки полости рта (часть 3).//Москва 2005, стр. 286.
10. Боровский Е.В. и др. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ.//Москва 2001, стр.319.
11. Данилевский Н.Ф. и др. Заболевания слизистой оболочки полости рта.//Москва 2001, стр.271.
12. Максименко П.Т. и др. Болезни слизистой оболочки полости рта.//Киев 1998, стр.186.