

12. Oral health in community health programs. WHO. Regional office for Europe. Copenhagen. 2000. p. 64.
13. Spinei A., Lupan I., Spinei I. Dental status of children in the Republic of Moldova. BaSS 2011. 16th Congress of the Balkan Stomatological Society. Bucharest, Romania. 2011: 202-203.
14. Spinei A., Spinei I., Bușmachi A. Eficiența metodei de motivare a copiilor privind igiena orală. În: Medicina stomatologică. Chișinău, 2010, 3:94-97.
15. WHO-Enquetes sur la santé buco-dentaire. Méthodes fondamentales. Genève, 2002: 25-29.
16. WHO web site. Significant Caries Index. source: <http://www.whocollab.od.mah.se/expl/sic.html>;
17. <http://www.educatiapentrsanatate.go.ro/metodologia.htm> (vizitat 21.05.2012).

SPECTRUL AFECȚIUNILOR CAVITĂȚII BUCALE LA PACIENȚII CU DIABET ZAHARAT ȘI CONDUITA CURATIV - STOMATOLOGICĂ

Victoria Vudu

(Conducători științifici - Elena Stepco, dr.m., conf. univ., Lorina Vudu, dr.m., conf. univ.)
Catedra Chirurgie OMF pediatrică, pedodonție și ortodonție, USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Management of the patient with diabetes mellitus in dental office

The global epidemic of diabetes is not only an extremely dangerous and alarming reality, but also an important medical and social issue. Dental assisting is particularly important for people with diabetes because they face a higher risk of oral health problems. In fact, the dental treatment of the diabetic patient should be done under certain conditions and taking some precautions to avoid a worsening of the patient's condition. Due to the severe complications, the importance of awareness, as well as regular monitoring and proper and responsible management of the diabetic patient by a dentist is major.

Rezumat

Epidemia mondială de diabet zaharat este nu doar o realitate alarmantă și extrem de periculoasă, dar și o problemă medico-socială majoră. Acordarea asistenței stomatologice este deosebit de importantă pentru persoanele cu diabet zaharat, deoarece acestea se confruntă cu un risc mai mare ale problemelor de sănătate orală. Analiza managementului pacientului cu diabet zaharat în cabinetul stomatologic mărturisește că, acesta, de facto nu ia în deplină considerație necesitatea de a influența dirijat asupra combaterii complicațiilor ca: hipoglicemia cu coma hipoglicemică, cetoacidoza diabetică și coma noncetonică hiperosmolară. Conduita curativă corectă a pacientului cu diabet zaharat de către medicul stomatolog este foarte importantă, reieșind din complexitatea afectării acestuia.

Actualitatea temei

Epidemia mondială de diabet zaharat este nu doar o realitate alarmantă și extrem de periculoasă, dar și o problemă medico-socială majoră, fapt relevat prin mortalitatea sporită, invalidizarea precoce, cât și evoluția pandemiei - 300 milioane pacienți cu diabet - 50% dintre care sunt persoane apte de muncă, active, cu vârsta de 40 – 59 ani, iar în a.2030 se prevede îmbolnăvirea a 370 mln. de oameni.

Conduita curativă corectă a pacientului cu diabet zaharat de către medicul stomatolog este foarte importantă, reieșind din complexitatea afectării acestuia, dar și a riscului mai mare ale problemelor de sănătate orală la diabetici. De facto, tratamentul stomatologic al pacientului diabetic trebuie realizat în anumite condiții și luând anumite precauții pentru a evita o agravare a stării pacientului.

Actualitatea temei este determinată și de faptul că afecțiunile cavității bucale pot fi cauza decompensării diabetului zaharat, cât și cauza progresării complicațiilor cronice a diabetului zaharat.

Scopul lucrării

Evidențierea spectrului afecțiunilor cavității bucale la pacienții cu diabet zaharat și determinarea conduitei terapeutice corecte în cabinetul stomatologic.

Rezultate

Diabetul zaharat este o boală multifactorială ce trebuie atent gestionată pentru a reduce complicațiile la nivelul diferitor sisteme organice. Mai multe afecțiuni stomatologice au fost raportate a fi asociate cu diabetul zaharat. Aceste complicații includ boli parodontale (gingivita și parodontita); disfuncția salivară care conduce la o reducere a fluxului salivar și modificări în compoziția salivară și disfuncții de gust. Infecțiile orale fungice și bacteriene, de asemenea, au fost raportate la pacienții cu diabet zaharat. Există, de asemenea, rapoarte de leziuni orale ale mucoasei în formă de stomatită, limbă geografică, glosită benignă migratoare, limbă fisurată, ulcer traumatic, lichen plan [3]. În plus, vindecarea deficitară a țesuturilor orale și pierderea dinților a fost raportată la pacienții cu diabet zaharat. Datorită acestor complicații orale, medicii stomatologi pot identifica primii acești pacienți. Identificarea timpurie și gestionarea acestor manifestări orale pot ajuta la diagnosticarea precoce a diabetului zaharat.

Complicații cronice macrovasculare și microvasculare ale diabetului zaharat au fost raportate în literatura de specialitate, în legătură cu afecțiunile cavității bucale [1,3].

Analiza managementului pacientului cu diabet zaharat în cabinetul stomatologic mărturisește că, acesta, de facto nu garantează selectarea integră a măsurilor de precauție în cazul unui pacient diabetic și nu ia în deplină considerație necesitatea de a influența dirjat asupra combaterii complicațiilor ca: hipoglicemia cu coma hipoglicemică, cetoacidoza diabetică la diabeticii insulino-dependenți și coma noncetonică hiperosmolară, de obicei, la diabeticii non-insulino-dependenți. Cea mai frecventă complicație acută întâlnită într-un cabinet stomatologic fiind criza hipoglicemică, care dacă nu este gestionată corespunzător poate conduce la o comă hipoglicemică.

Diabetul zaharat este asociat cu diverse boli inflamatorii și ale țesuturilor moi ale cavității bucale. Boala parodontală este complicația cea mai răspândită a diabetului zaharat, comparativ cu alte manifestări orale patologice.

Legătura dintre diabetul zaharat și boala parodontală este bine recunoscută de comunitatea medicală. Boala parodontală a fost raportată cu o prevalență crescută și gravitate sporită la pacienții cu diabet zaharat tip 1 și tip 2 [5]. Parodontita este mult mai frecventă și mai severă la pacienții cu diabet zaharat cu control glicemic precar. Studii recente indică faptul că parodontita are un efect bidirecțional asupra controlului glicemic la pacienții cu diabet. Riscul de a dezvolta parodontita la pacienții cu diabet zaharat a fost raportată de a fi de trei ori mai mare decât la populația sănătoasă [1,5]. Sunt cunoscuți factori de risc, care predispun pacienții cu diabet zaharat la apariția și dezvoltarea bolii parodontale, în special cei cu igiena orală deficitară, control metabolic slab, durata mai mare a diabetului zaharat și fumătorii. Fumatul a fost identificat în mai multe studii ca fiind un important factor de risc care favorizează boala parodontală și pierderea dinților [1,3,5]. Medicul stomatolog ar trebui să joace un rol important în consilierea pacienților cu diabet zaharat în ceea ce privește renunțarea la fumat. Mai multe studii au aratat ca tratamentul bolii parodontale are o influență asupra controlului glicemic, atât în diabetul zaharat tip 1, cât și de tip 2. O analiză recentă a eficacității tratamentului parodontal asupra controlului glicemic la pacienții cu diabet zaharat a sugerat că un astfel de tratament ar putea duce la o reducere semnificativă a HbA1c. [3].

Saliva are un rol important în menținerea unei cavități orale sănătoase. Disfuncția salivară a fost raportată la pacienții cu diabet. Pacienții cu diabet zaharat acuză de obicei xerostomie, polidipsie. Xerostomia constantă irită țesuturile moi orale, provocând inflamație și durere.

Pacienții cu diabet zaharat, cu xerostomie sunt mai predispuși la infecții parodontale și carii dentare. Este cunoscut faptul că diabetul zaharat este asociat cu complicații cronice, cum ar fi neuropatia, afecțiuni microvasculare și disfuncții endoteliale, care duc la o deteriorare a microcirculației și acest lucru poate juca un rol decisiv în reducerea ratei fluxului salivar și compoziției salivare, cât și în alterarea gustului în cavitatea bucală.

Incidența infecțiilor fungice la pacienții cu diabet zaharat a fost recunoscută de mulți ani. Infecțiile candidozice sunt raportate a fi mai prevalente la pacienții cu diabet zaharat, în special la acei care fumează, cu un control glicemic precar și care utilizează steroizi și antibiotice cu spectru larg. În plus, disfuncția salivară la pacienții cu diabet zaharat poate contribui, de asemenea, la transportul mai mare de fungi la acest grup de pacienți. Atât factorii locali, cât și cei sistemici cresc rata de predispunere a transportului candidozic și, prin urmare crește riscul de dezvoltare a infecțiilor candidozice orale la pacienții cu diabet.

Pacienții cu diabet zaharat sunt mai susceptibili de a dezvolta infecțiile bacteriene orale. Diabeticii cu control metabolic precar sunt mai predispuși la răspândirea și dezvoltarea infecției recurente bacteriene.

Regenerarea deficitară a țesuturilor orale la pacienții cu diabet zaharat decompensat este cunoscută ca complicație în timpul intervenției chirurgicale în regiunea oro-maxilo-facială. Prin urmare, gestionarea și tratamentul pacienților cu diabet zaharat în chirurgia orală este mult mai complexă.

Leziunile orale, care nu sunt cauzate de infecții candidozice au fost raportate să apară la pacienții cu diabet zaharat, cum ar fi limba fisurată, fibroame, iritații și ulcere traumatice..

Lichenul plan oral este raportat să apară mai frecvent la pacienții cu diabet zaharat de tip 1, comparativ cu diabetul tip 2. Motivul pentru aceasta este faptul că, diabetul de tip 1 este considerat o boala autoimuna, și lichenul plan oral a fost raportat de a avea un mecanism de bază autoimun. Pacienții cu diabet zaharat sunt supuși la o stare prelungită de suprimare imunitară cronică, în special în diabetul zaharat de tip 1. În plus, hiperglicemia acută provoacă alterarea răspunsului imun în diabetul zaharat. [2,3].

Sindromul gurii arzânde este o condiție dureroasă care afectează cavitatea bucală (palatul, limba, gâtul și gingia). Alte senzații anormale orale pot co-exista cu senzația gurii arzânde, cum ar fi furnicături, amorțeală, xerostomie în același timp. Cauza exactă a sindromului gurii arzânde este necunoscută, dar au fost atribuite mai multe condiții, cum ar fi xerostomia, menopauza, infecțiile candidozice, diabetul zaharat, terapia de cancer. Sindromul gurii arzânde este clasificat în două tipuri: primar idiopatic, și secundar, ca rezultat al unui proces sistemic; sindromul gurii arzânde secundar, a fost raportat să apară la pacienții cu diabet zaharat. Acesta ar putea afecta în mod negativ capacitatea de a menține o bună igienă orală, la pacienții cu diabet zaharat. Neuropatia diabetică se consideră cauza principală a sindromului gurii arzânde la pacienții cu diabet zaharat.

Este bine cunoscut faptul că pacienții cu diabet zaharat sunt predispuși la infecții orale care duc la apariția cariilor dentare și pierderea dinților. Disfuncția secreției salivare, tulburările periodontale cresc probabilitatea de a dezvolta carii dentare noi și recurente și pierderea dinților. Relația dintre diabet și dezvoltarea cariilor dentare este încă neclară. Este bine cunoscut faptul că curățarea și capacitatea tampon a salivei este diminuată la pacienții cu diabet zaharat, rezultând creșterea incidenței cariei dentare, în special la acei pacienți care suferă de xerostomie. [3,4].

Există tot mai multe dovezi că complicațiile cronice orale la pacienții cu diabet zaharat afectează în mod negativ controlul glicemiei. Prevenirea și gestionarea complicațiilor orale, a bolii parodontale, în special la pacienții cu diabet zaharat, este importantă din cauza posibilelor efecte adverse asupra controlului glicemic. Promovarea menținerii cavității orale sănătoase la pacienții cu diabet zaharat este extrem de importantă.

Un pacient cu diabet bine controlat poate tolera orice tip de tratament stomatologic, cu complicații sistemice minime. Două teste sangvine sunt utilizate în mod frecvent pentru monitorizarea nivelului glicemic: hemoglobina glicată (A1c sau Hb A1c) și glucoza sangvină.

Obligația medicului stomatolog și a echipei acestuia este de a cunoaște istoricul bolii diabetice a pacientului, inclusiv complicațiile sau urgențele medicale. În pregătirea pentru tratamentul elective, revizuirea HbA1c poate ajuta la formularea planurilor terapeutice specifice. La inițierea îngrijirii stomatologice glucoza sangvină trebuie testată la scaun, îndeosebi pentru procedurile extensive și prelungite. Dacă glucoza sangvină este cuprinsă între 70-90 mg/dl, pacientului trebuie să i se permită alimentația. Dacă valoarea depășește 200 mg/dl, pacientul poate avea nevoie de medicații hipoglicemice, sau poate fi necesară amânarea tratamentului.

Dacă pacientul beneficiază de orice fel de tratament stomatologic ce afectează capacitatea de alimentație, dozele de medicamente trebuie schimbate corespunzător. Dacă HbA1c depășește valoarea de 9%, în cazul oricărui semn de infecție trebuie prescrise antibiotice preoperator [6].

Indicarea pacientului de a nu înceta tratamentul bolii sistemice, programările la începutul zilei astfel încât să nu interfereze cu orarul insulinei, evitarea stresului în momentul așteptării acordării asistenței stomatologice, informarea pacientului despre luarea mesei înainte de a veni la programare, coordonarea cu valorile glicemiei, cât și monitorizarea permanentă a pacientului cu diabet zaharat în timpul și după finisarea tratamentului stomatologic fiind esențiale, deseori sunt omise de către medicul stomatolog.

Concluzii

1. Diabetul zaharat este o maladie ce duce la o invalidizare și la o letalitate precoce, datorită complicațiilor grave, de aceea este importantă monitorizarea regulată și gestionarea corectă și responsabilă a pacientului cu diabet zaharat de către medicul stomatolog este majoră.
2. Pentru a trata corect și eficient un pacient cu diabet zaharat cu afecțiunile cavității bucale trebuie să fie asigurată compensarea metabolismului glucidic și asigurate toate regulile necesare gestionării lui.
3. Medicul stomatolog are sarcina și responsabilitatea de a-și cunoaște pacientul, complicațiile acute și cronice ale diabetului pentru asigurarea unui tratament corect și eficient, prin cercetarea în acest domeniu ar trebui să fie încurajată.

Bibliografie

1. Ciobanu S. „Tratamentul complex in reabilitarea pacienților cu parodontite marginale cronice”, 2004
2. Vernillo AT. Diabetes mellitus: relevance to dental treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2001;91(3):263-270.
3. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2009. *Diabetes Care.* 2009;32(suppl):S13-S61.
4. Farmer A, Wade A, Goyder E, et al. Impact of self monitoring of blood glucose in the management of patients with non-insulin treated diabetes: open parallel group randomized study. *BMJ.* 2007;335(7611):132. Brian L. Mealey, Gloria L. Ocampo;
5. *Diabetes mellitus and periodontal disease, 2007*
6. <http://www.dentalnews.ro/evaluarea-paraclinica-a-starilor-medicale-cronice-pentru-tratamentele-stomatologice-diabetul-si-functia-renala/>