

Akútna nekrotizujúca ulcerózna gingivitída (ANUG)

Acute necrotizing ulcerative gingivitis

Kyjevská Čičvákova, M., Riznič, M., Ďurovič, E.

MDDr. Martina Kyjevská Čičvákova, MDDr. Marcel Riznič, PhD., doc. MUDr. Eugen Ďurovič, DrSc., Klinika stomatológie a maxilofaciálnej chirurgie LF UPJŠ a UN L. Pasteura, Košice, SKZL – Regionálna komora zubných lekárov – výbor pre vzdelávanie, Košice

Abstrakt

Akútna nekrotizujúca ulcerózna gingivitída predstavuje bolestivú infekciu ďasien, ktorej prvotnými symptómami sú akútna bolesť, krvácanie ďasien a výrazný foetor ex ore. Diagnóza je založená na klinických nálezoch a liečba je celková s kombináciou lokálneho debridementu nekrotických lézií a výplachov ústnej dutiny. Tejto liečbe napomáha zlepšenie ústnej hygieny a podporná starostlivosť v zmysle vitamínov, analgetík a cielenej antibiotickej liečby. V súčasnosti sa ANUG vyskytuje najčastejšie u fajčiarov a oslabených pacientov, ktorí sú vystavení nadmernému stresu. Ďalšími rizikovými faktormi sú nutričné nedostatky, imunodeficientné stavy, imunosupresívna liečba a deprivácia spánku. U niektorých pacientov sa vyvinie aj ústna kandidóza.

Kľúčové slová: akútna nekrotizujúca ulcerózna gingivitída (ANUG), infekcia ústnej dutiny, ATB liečba, imunosupresia.

Abstract

Acute necrotizing ulcerative gingivitis (ANUG) is a painful infection of the gingiva. Its primary symptoms are acute pain, bleeding of gingiva and significant halitosis (foetor ex ore). The diagnosis is based on clinical findings and complete treatment is achieved in combination of local debridement of the necrotic lesion and mouth rinsing. This condition is improved by oral hygiene and supportive therapy through vitamins, analgesics and targeted antibiotic treatment. Nowadays ANUG occurs most frequently in smokers and patients with weakened immunity exposed to excessive stress. Other risk factors are nutritional deprivation, state of immunodeficiency, immunosuppressive therapy and sleep deprivation. In some cases, oral candidiasis can appear.

Key words: acute necrotizing ulcerative gingivitis (ANUG), infection of oral cavity, antibiotic treatment, immunosuppression.

Charakteristika a výskyt

Gingivitis ulcerosa (ďalej len g. ul.) je časté ochorenie, ktoré sa oddávna vyskytuje vo väčších kolektívach, napr. v internátoch, kasárňach a pod. Veľký výskyt bol zaznamenaný u vojakov v prvej svetovej vojne, odkiaľ pochádzal aj samotný, dnes už obsolentný názov „zákopová choroba“. Prvýkrát tento stav opísal francúzsky lekár Jean Hyacinth Vincent, lekár pracujúci v Pasteurovom inštitúte. Vincent popísal fusospirochetálnu infekciu hltana a krčných mandlí ako ulceromembranóznu faryngitídu a tonzilitídu, známu aj ako Vincentovu angínu. Vincentova angína

je niekedy zamieňaná s ANUG, avšak prvou z nich je tonzilitída a faryngitída, pričom druhá sa týka len ďasien. Zvyčajne sa tieto dva stavy vyskytujú od seba izolovane [4, 6, 12]. V súčasnosti sa g. ul. vyskytuje v predkonferenčnom období a v predskúškovom období u mladých ľudí, fajčiarov a u pacientov so zlou hygienou ústnej dutiny.

Etioopatogenéza

Príčinou choroby je podľa väčšiny autorov saprofitná flóra mikroorganizmov žijúcich v ústnej dutine. Na tejto infekcii participujú: *fuzobaktérium nucleatum*, *borélie*,

anaeróbne streptokoky. G. ul. je deštruktívne zápalové ochorenie parodontu, ktoré prichádza ako akútne ochorenie a postihuje mladých ľudí najčastejšie v druhom a treťom decéniu. Nevyskytuje sa v bezzubých ústach u malých detí a starcov. Choroba prichádza v plnom zdraví alebo po prekonaní niektorých iných chorôb. Ide teda o pacientov, u ktorých sú obranné mechanizmy organizmu oslabené [13, 14]. Choroba sa vyskytuje endemicky po celý rok, ale najviac v dvoch alebo troch maximách. Nedá sa hovoriť o sezónnom výskyte choroby.

Klinický obraz

G. ul. prichádza bez prodromálneho štádia, začína katarálnou gingivitídou. Na zápalovom podklade sa tvoria vredy, ktoré majú deštruktívny priebeh na parodonte. Predilekčné zvrhodovanie začína v miestach, kde sú rôzne dráždivé faktory, napr. v oblasti zhotovených fixných protetických náhrad, previslých koruniek, výplní, rozpadnutých koreňov a v okolí zubov múdrosti. Výskyt ulcerácií je prevažne vo frontálnom úseku dolného a horného zuboradia, v oblasti dolných posledných molárov. Vredy sú lokalizované na hrotoch interdentalných papíl, ktoré robia dojem, akoby boli zrezané. Ich hroty sú však v skutočnosti sploštené, vrcholky jemne kráterovite prehĺbené a pokryté sivým nekrotickým povlakom [8, 15]. Ak ochorenie prejde do chronického štádia, hovoríme o g. ul. chronica. Pri g. ul. acuta sú gingívy silne bolestivé na pohmat i spontánne. Nastáva krvácanie z gingív, pacienti odmietajú potravu, čistenie chrupu a vzniká veľmi nepríjemný foetor ex ore. Choroba môže prebiehať perakútne s vysokými horúčkami, inokedy v sprievode subfebrilných teplôt alebo bez teplôt. Submandibulárne sú lymfatické uzliny zväčšené a bolestivé. Choroba však môže prebiehať i bez postihnutia lymfatických uzlín.

Akútne štádium choroby trvá asi 4 – 5 dní a keď nezasiahneme liečbou, ochorenie prechádza do chronického štádia. V akútnom stave sa infekcia môže šíriť per continuitatem na ďalšie časti mäkkých tkanív slizníc a môže vzniknúť obraz ulceróznej gingivostomatitídy [7, 9, 10].



Obr. 1. *Gingivitis ulcerosa acuta. Ulcerácie sú lokalizované na hrotoch interdentalných papíl*

vo frontálnom úseku chrupu. Distálne ubúdajú (Ďurovič).

Fig. 1. *Acute ulcerative gingivitis. Ulcerations are located at the tips of the interdental papillae in the frontal segment. Distally they are vanishing (Ďurovič).*



Obr. 2. *Ulcerácie začínajú na hrotoch interdentalných papíl v hornom frontálnom úseku (Čičváková)*

Fig. 2. *In the upper frontal section, ulcerations start at the tips of the interdental papillae (Čičváková).*



Obr. 3. *V dolnom frontálnom úseku je prítomné šírenie ulcerácií z hrotov interdentalných papíl na marginálnu gingívu (Čičváková)*

Fig. 3. *In the lower anterior segment, spread of ulcerations from the tips of interdental papillae to the marginal gingiva is present (Čičváková).*



Obr. 4. *Ulcerácie rozrušujú interdentalné papily a marginálnu gingívu vo frontálnom úseku dolného*

zuboradia, s následným krvácaním a tvorbou zrazeniny (Čičváková)

Fig. 4. *Ulcerations disrupt interdental papillae and the marginal gingiva of the frontal section of the lower teeth, followed by bleeding and clot formation (Čičváková)*



Obr. 5. *Gingivitis ulcerosa acuta. Keď sa zvrhovatenie nachádza v distálnej časti v oblasti tretích molárov, vred sa môže šíriť na bukkálnu sliznicu, faryngeálny oblúk alebo aj na okraj jazyka (Ďurovič).*

Fig. 5. *Acute ulcerative gingivitis. If the ulceration is located in the distal part, around the third molars, the ulcer may spread to the buccal mucosa, pharyngeal arch or even to the edge of the tongue (Ďurovič).*

Diferenciálna diagnostika

V diferenciálnej diagnostike treba chorobu odlíšiť od gingivostomatitis herpetica, prejavov agranulocytózy a leukémie, infekčnej mononukleózy a peradenitis mucosae necrotisans recurens (Aphtosis major). Pri ťažších stavoch sa odporúča vykonať krvný obraz [5, 11].

Liečenie

V liečení sa doteraz vyskúšalo veľa metód a druhov medikamentov. Aplikujeme liečbu lokálnu a celkovú. Lokálne podávame výplachy s ústnymi vodami, ktoré majú dezinfekčné účinky. Odporúčame 3 % H₂O₂ riedený vo vode a výplachy úst harmančekom. Po úplnom zhojení gingívy odstraňujeme zubný kameň. Ak sú nánosy rozsiahle, odstraňujeme kameň etapovite. Konzervatívna

sanácia chrupu s opravou výplní a protetických náhrad je podmienkou na vylúčenie chronickej iritácie. S cieľom podpory minimálnej možnosti regenerácie interdentalných papíl na doliečenie s poučením pacienta aplikujeme masáže gingív [2, 3]. Celková terapia je aplikovaná súčasne s lokálnou terapiou. Riadime sa vypracovaným liečebným protokolom. Ordinujeme Penicilín i. m. 600 – 800 000 m. j. denne, minimálne počas 5 – 6 dní. Spolu s PNC podávame Metronidazol v rovnakej dávke.

U pacientov alergických na Penicilín alebo Metronidazol sa osvedčil Rovamycín v dávke 4x250 mg. Z vitamínov paralelne podávame Celaskon v dávke 3x3 tbl. a B-komplex v dávke 3x1 až 3x2 dražé. U pacientov, ktorých obranné mechanizmy nie sú schopné dostatočne odolávať dlhšie trvajúcim príznakom, aplikujeme vitamín B6 v počte 5 – 6 injekcií. Počas rozvinutého klinického obrazu g. ul. acuta v ústnej dutine nevykonávame žiadne stomatologické ošetrenie a vyvarujeme sa chirurgickým zákrokom [16].

Poznámka: Niektoré literárne zdroje udávajú rezistentné stavy na liečbu Metronidazolom s odporúčaním inej antibiotickej liečby [1].

Záver

Neliečená g. ul. môže viesť k rýchlej deštrukcii parodontu a predčasnej strate dentície. Môže sa šíriť do susedných tkanív tváre a okolia úst a vzácné vyvolať bakteriálne infekčné ochorenie zvané Nóma. Stav sa môže vyskytnúť, a byť obzvlášť nebezpečný, u ľudí s oslabeným imunitným systémom, ktorí celkovo zle tolerujú priebeh ochorenia, ako aj samotnú liečbu. K progresii ochorenia môže dôjsť prevažne u malnutričných pacientov so závažným znetvorením tváre a nezvratnými ťažkosťami funkcie ústnej dutiny i stomatognátneho systému.

Literatúra

1. AHMED, A., LOES, D., J., BRESSLER, E., L.: Reversible resonance imaging in metronidazole-induced encephalopathy. *Neurology*. 1995, 45 : 588 – 589.
2. ARENDORF, TM1, BREDEKAMP, B., CLOETE, C., A., JOSHIPURA, K.: Seasonal variation of acute necrotising ulcerative gingivitis in South Africans. *Oral Dis*. 2001 May; 7 (3): 150 – 154.
3. COLLET-SCHAUB, D.: The prevalence of acute necrotizing ulcerative gingivitis in Swiss military collectives. *Schweiz Monatsschr Zahnmed*. 2000; 110 (5): 538 – 541.
4. ĎUROVIČ, E., VODRÁŽKA, J., ĎUROVIČOVÁ, J., VINCZE, K.: Choroby slizníc ústnej dutiny. Vydavateľstvo Michala Vaška. Prešov, 2009.
5. FOLYAN, O., M.: The Epidemiology, Etiology, and Pathophysiology of Acute Necrotizing Ulcerative Gingivitis Associated with Malnutrition. *Journal of Contemporary Dental Practice*, Volume 5, No. 3, August 2015, 200.

6. JENČA, A., ĎUROVIČ, E., JAVORKA, V., VODRÁŽKA, J.: Atlas chorôb ústnej dutiny a orofaciálnej oblasti. Vydavateľstvo Michala Vaška. Prešov 2007.
7. LOESCHE, W., J., SYED, S., A., MORRISON, E., C., LAUGHON, B., GROSSMAN, N., S.: Treatment of periodontal infections due to anaerobic bacteria with short-term treatment with metronidazole. *Journal of Clinical Periodontology* 1981; 8: 29 – 44.
8. MARTINČEKOVÁ, M.: Imunita – čo by sme mali o nej vedieť. *Prakt. lekár.*, 2011, 1 (3): 153 – 154.
9. NOVAK, J.: Necrotizing Ulcerative Periodontitis. *Annals of Periodontology* Dec 1999, Vol. 4, No. 1, Pages 74 – 77.
10. RANDAL, W. ROWLAND.: Necrotizing Ulcerative Gingivitis. *Annals of Periodontology* Dec 1999, Vol. 4, No. 1, Pages 65 – 73.
11. SACHIN GOYAL, GARIMA GUPTA¹, BETSY THOMAS², K., M., BHAT², G., S., BHAT.: Stress and periodontal disease: The link and logic!! *Industrial Psychiatry Journal* 4. Jan-Jun 2013, Vol 22, Issue 1.
12. SLEZÁK, R., DŘÍZHAL, I.: Atlas chorob ústní sliznice. Quintessens. Praha 2004.
13. ŠKACH, M., ĎUROVIČ, E., MEJCHAR, B., ŠKACHOVÁ, S., ZÁBRODSKÝ, S.: Onemocnění ústní sliznice. Avicenum. Praha 1982.
14. TIMKOVÁ, S., ĎUROVIČ, E., RIZNIČ, M., MINČÍK, J.: Stomatitídy bakteriálneho pôvodu. 26, 2016, 2: 24 – 37.
15. WU, H., MOSER, C., WANG, Z., H. et al.: Strategies for combating bacterial biofilm infections. *International Journal of Oral Science* (2014) 7, 1 – 7.
16. WYSS, C1, DEWHIRST, F., E., GMÜR, R. et al.: *Treponema parvum* sp. nov., a small, glucuronic or galacturonic acid-dependent oral spirochaete from lesions of human periodontitis and acute necrotizing ulcerative gingivitis. *Int J Syst Evol Microbiol.* 2001 May; 51 (Pt 3): 955 – 962.

MDDr. Martina Kyjovská Čičvákova
Klinika stomatológie a maxilofaciálnej
chirurgie LF UPJŠ a UN L. Pasteura
Košice