

SĂNĂTATEA ORALĂ ȘI NEVOIA DE ÎNGRIJIRI STOMATOLOGICE LA PACIENȚII CU HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ ASISTAȚI SOCIAL

ARANKA ILEA¹, MARIA MAGDALENA MÎRZA², MINODORA MOGA¹,
DAN BUHĂȚEL¹, CLAUDIA FEURDEAN¹, ANCA IONEL¹,
RADU SEPTIMIU CÂMPIAN¹

¹Disciplina de Reabilitare Orală, Sănătate Orală și Managementul Cabinetului Dentar

²Studentă anul VI, an univ. 2010-2011

Facultatea de Medicină Dentară, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca, Romania

Rezumat

Introducere. Un procent de 92% din pacienții care au accesat programul SANODENTAPRIM în 2010 au prezentat multiple comorbidități. Cea mai frecventă comorbiditate au fost bolile cardiovasculare (36%), iar dintre acestea cea mai frecventă a fost hipertensiunea arterială (69%).

Obiective. Evaluarea statusului odonto-parodontal, igienei orale și efectelor secundare orale ale medicației antihipertensive la un grup de pacienți defavorizați social, cu hipertensiune arterială (HTA), din programul Sanodentaprim. Determinarea nevoii reale de îngrijiri stomatologice și înregistrarea modificărilor tensiunii arteriale (TA) în timpul tratamentului stomatologic.

Material și metodă. Studiul s-a efectuat pe un lot de 55 de pacienți cu HTA și un lot martor de 55 de pacienți normotensivi, din programul Sanodentaprim. La cele două loturi s-au determinat indicii de placă, sângerare gingivală, inflamație gingivală; indicele parodontal; prevalența cariilor simple, complicate; numărul dinților extrași; restaurări protetice fixe și mobilizabile. Mijloacele de igienă orală folosite și frecvența consultului stomatologic periodic au fost evaluate printr-un chestionar. TA a fost monitorizată la cele două loturi în 3 momente: în sala de așteptare, în timpul manoperei stomatologice și la 30 de minute după tratament.

Rezultate. Indicii parodontali și prevalența cariilor simple și complicate au prezentat valori mai mari la lotul pacienților hipertensivi. Pacienții hipertensivi au prezentat mai multe restaurări protetice fixe și mobilizabile. TA sistolică a crescut cu o medie de 9,16 mmHg, iar cea diastolică cu 3,46 mmHg în timpul manoperelelor stomatologice la pacienții hipertensivi, față de lotul martor.

Concluzii. Sănătatea orală a pacienților cu HTA defavorizați social este precară, iar nevoia reală de îngrijiri stomatologice este mare. Complanța este redusă la tratamentele stomatologice și la igienizarea orală. Pacientul cu HTA prezintă multiple riscuri în cabinetul stomatologic.

Cuvinte cheie: hipertensiune arterială, sănătate orală, asistat social.

ORAL HEALTH AND DENTAL CARE NEEDS IN PATIENTS WITH HIGH BLOOD PRESSURE SOCIALLY DISADVANTAGED

Abstract

Introduction. A proportion of 92% of patients who accessed Sanodentaprim programme had multiple comorbidities. The most common comorbidity were cardiovascular diseases (36%), and of these most common was high blood pressure (69%).

Objectives. Assessment of odonto-periodontal status, oral hygiene and oral side

effects of antihypertensive drugs in a group of socially disadvantaged patients with high blood pressure (HBP) of Sanodentaprim programme. Assessment of real needs for dental care and recording changes in blood pressure (BP) during dental treatment.

Material and method. *The study was conducted on a group of 55 patients with hypertension and a control group of 55 normotensive patients of the Sanodentaprim programme. At the two groups were determined indices: plaque, gingival bleeding, gingival inflammation, periodontal index, prevalence of simple and complicated caries, the number of teeth extracted, fixed and movable prosthetic restoration. Patients responded to a questionnaire regarding personal oral hygiene and regular dental check frequency. BP was monitored on the two groups in 3 stages: in the waiting room, during dental procedure and 30 minutes after dental treatment.*

Results. *Prevalence of complicated caries and periodontal indices showed higher values in hypertensive patients group. Hypertensive patients showed more movable and fixed prosthetic restorations. Systolic BP increased by an average of 9.16 mmHg and 3.46 mmHg diastolic with during dental procedures in patients with hypertension than controls.*

Conclusions. *Oral health of socially disadvantaged patients with hypertension is poor and dental care needs are high. Compliance is minimized for dental care and oral hygiene. Patients with hypertension present many risks in the dental office.*

Keywords: high blood pressure, oral health, disadvantaged population.

INTRODUCERE

Sănătatea orală este parte integrantă a sănătății generale și nu poate fi separată de întregul general. Interrelația dintre sănătatea orală și sănătatea generală este în ambele sensuri. Sănătatea orală are repercusiuni asupra sănătății generale, bine cunoscută fiind corelația dintre focarele dentare și afecțiunile cardiovasculare sau, mai nou, dintre boala parodontală și afecțiunile cardiovasculare [1]. Gravitatea bolii parodontale, alături de valorile crescute ale proteinei C reactive cu înaltă sensibilitate (hPCR), pot fi factori predictivi pentru iminența instalării unui accident acut cardiovascular [2]. De asemenea, afecțiunile generale au răsunet asupra sănătății orale, atât prin manifestările orale din cadrul bolilor generale, cât și prin influențarea evoluției, manifestărilor și a răspunsului la terapia instituită în afecțiunile oro-maxilo-faciale. În studiul realizat de Holmlund A, Holm G și Lind L se arată că speranța de viață este corelată cu numărul de dinți prezenți pe arcele dentare, mortalitatea printr-o boală cardiovasculară crescând la pacienții care au mai puțin de 10 unități dentare restante [3].

Hipertensiunea arterială (HTA) poate influența sănătatea orală prin tulburări circulatorii periferice, prin hipoperfuzia și staza la nivelul structurilor dento-parodontale, glandelor salivare, mucoaselor bucală, labială și linguală. Aceste modificări pot determina tulburări trofice ale mucoaselor, osoase, pulpare, modificări cantitative și calitative ale salivei (hiposialie, vâscozitate crescută). Astfel, prin degradarea colagenului și resorbțiile osoase din parodonțiu, pacientul cu HTA va fi mai susceptibil de a dezvolta o boală parodontală. Modificările cantitative și calitative ale salivei, alături de tulburările trofice

pulpare, pot favoriza apariția leziunilor odontale simple și complicate. Nu trebuie să uităm nici efectele secundare ale medicației cronice antihipertensive asupra cavității orale. Blocantele canalelor de calciu pot determina hiperplazii gingivale generalizate [4].

Nevoia percepută de îngrijiri stomatologice este diferită de nevoia reală de îngrijiri stomatologice, la majoritatea pacienților care accesează servicii de medicină dentară. Nevoia de intervenție, adică nevoia de îngrijire medicală, este dată de diferența dintre starea de sănătate ideală și starea de sănătate existentă. Legea nr. 17/2000 definește nevoia socială ca fiind ansamblul de cerințe indispensabile fiecărei persoane pentru asigurarea condițiilor de viață în vederea integrării sociale. Nevoia de îngrijiri stomatologice la pacienții cu comorbidități și asitați social va fi influențată de mai mulți factori, printre care se numără: gradul de compensare a afecțiunii generale, educația sanitară și posibilitățile financiare ale acestora. SANODENTAPRIM este un program destinat pacienților defavorizați social (pensionari cu venituri sub 1000 lei, pensionari pe caz de boală, șomeri, persoane cu dizabilități, persoane cu diverse grade de handicap care necesită un asistent social) și se derulează prin parteneriatul dintre Primăria Municipiului Cluj-Napoca și Facultatea de Medicină Dentară din Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca.

MATERIAL ȘI METODĂ

Studiul s-a realizat pe două loturi de câte 55 de pacienți defavorizați social, care au accesat programul SANODENTAPRIM în perioada 15 aprilie 2010-31 decembrie 2010. Lotul 1 (de studiu) a fost reprezentat de pacienții care au prezentat HTA esențială ca și afecțiune

asociată, iar lotul 2 (martor) a fost reprezentat de pacienți cu valori tensionale normale. Gradele de hipertensiune arterială au fost evaluate conform recomandărilor OMS. Fiecare pacient a prezentat o adeverință medicală de la medicul de familie prin care se atesta sau se infirma prezența bolilor asociate și medicația cronică urmată de acesta. La ambele loturi s-au întocmit foi de observații și pacienții au completat un chestionar pe care l-au semnat exprimându-și consimțământul informat de a participa la acest studiu. Chestionarul a cuprins întrebări referitoare la igiena orală, mijloacele auxiliare de igienă orală, frecvența controalelor stomatologice periodice, semne și/sau simptome orale observate de pacient, statusul de fumător/nefumător, percepția pacientului hipertensiv asupra bolii de bază, a nevoilor de îngrijiri stomatologice, temerile pacientului de a accesa serviciile stomatologice. La ambele loturi, la examenul obiectiv s-au determinat: indicii de placă LOE, de sângerare gingivală, de inflamație gingivală; indicele parodontal Russel; numărul cariilor simple și complicate; numărul dinților extrași; numărul de restaurări protetice fixe și mobilizabile. Tuturor pacienților li s-a efectuat o ortopantomografie (OPT) și, în funcție de necesități, s-au realizat radiografii retroalveolare. Pacienților din cele două loturi li s-a măsurat TA cu tensiometrul mecanic Reister în trei momente diferite: în sala de așteptare după un repaus de minim 5 minute, în timpul manoperei stomatologice și la 30 de minute după manopera efectuată.

REZULTATE

Lotul de studiu a fost format din 60% femei și 40% bărbați, cu vârsta medie de 59,05 ani. Lotul martor a fost format din 53% femei și 47% bărbați, cu vârsta medie de 58,85 ani. Pacienții din lotul de studiu au prezentat diverse grade de HTA (Fig. 1).

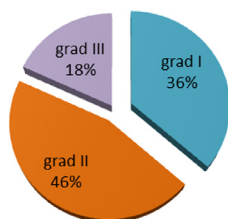


Fig. 1. Repartiția pacienților din lotul 1 în funcție de gradul HTA.

Medicația cronică a pacienților hipertensivi este reprezentată în Fig. 2.

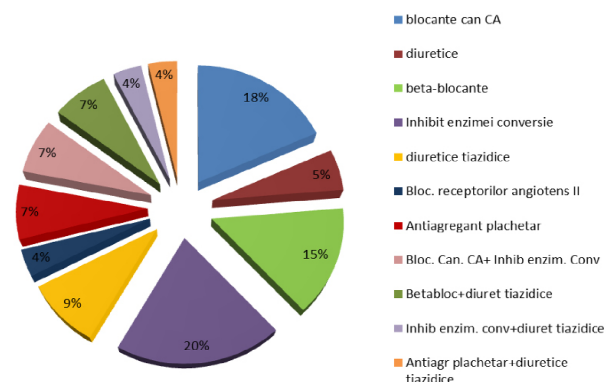


Fig. 2. Clasele de medicamente prescrise lotului 1 de pacienți.

Statusul parodontal la cele două loturi s-a evaluat prin frecvența indicelui de placă LOE (Fig. 3), frecvența indicelui de sângerare gingivală (Fig. 4), frecvența indicelui de inflamație gingivală (Fig. 5) și frecvența indicelui parodontal Russel (Fig. 6).

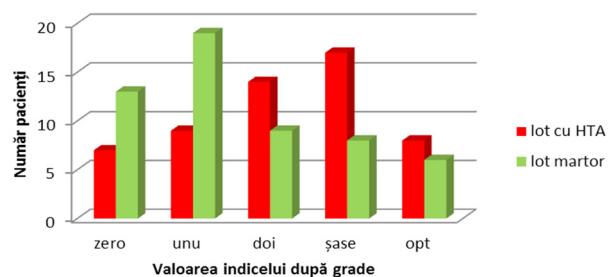


Fig. 3. Frecvența indicelui parodontal.

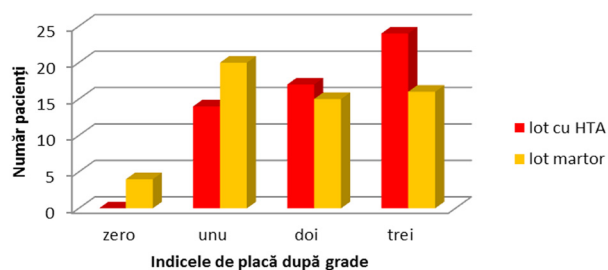


Fig. 4. Frecvența indicelui de placă.

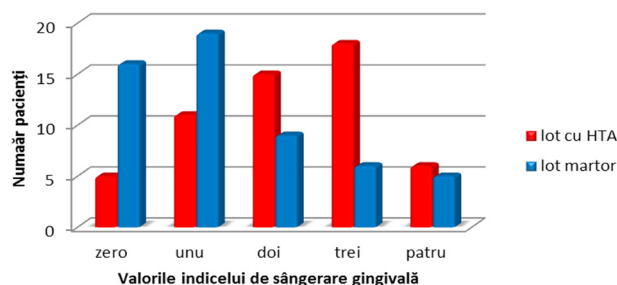


Fig. 5. Frecvența indicelui de sângerare gingivală.

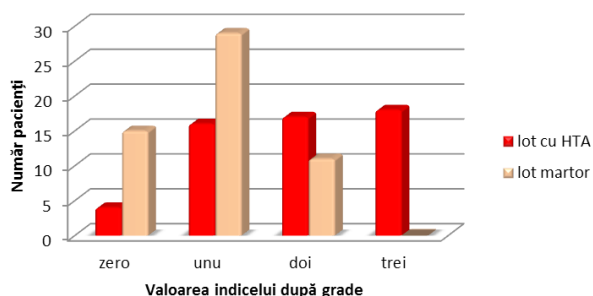


Fig. 6. Frecvența indicelui de inflamație gingivală.

Hiperplazia gingivală a fost evaluată la cele două loturi și reprezentată în Fig. 7.

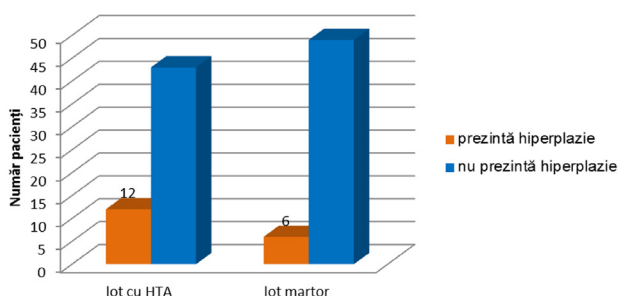


Fig. 7. Distribuția pacienților în funcție de prezența/absența hiperplaziei gingivale.

La evaluarea statusului odontal s-a constatat că la lotul de studiu 56% dintre pacienți prezentau carii simple și 44% carii complicate, iar la lotul martor un procent de 67% dintre pacienți prezentau carii simple și 33% carii complicate. Suma numărului de unități dentare extrase a fost de 150 la lotul de studiu (cu o medie de 2,72/pacient) și de 115 la lotul martor (cu o medie de 2,09/pacient).

Reabilitarea protetică prin lucrări protetice conjuncte s-a realizat la lotul de studiu prin 75 de proteze parțiale fixe (care reprezintă 59% din numărul total de lucrări protetice fixe la cele două loturi), iar la lotul martor prin 53 (41%). Reabilitarea protetică prin lucrări protetice adjuncte s-a realizat la lotul de studiu prin 45 de proteze mobilizabile (care reprezintă 57% din numărul total de lucrări protetice mobilizabile la cele două loturi), iar la lotul martor prin 34 (43%). Prevenția primară a afecțiunilor oro-dentare a fost evaluată prin prelucrarea informațiilor obținute din chestionarele completate de pacienți și reprezentate grafic: frecvența periajului dentar (Fig. 8), mijloacele de igienă auxiliară (Fig. 9), frecvența controalelor stomatologice (Fig. 10) și statusul de fumător/nefumător (Fig. 11).

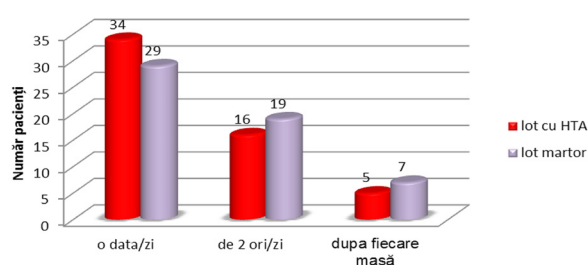


Fig. 8. Frecvența periajului dentar la cele 2 loturi de pacienți.

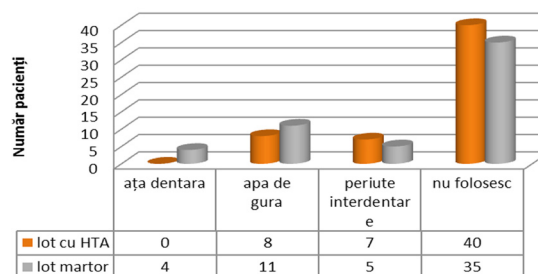


Fig. 9. Distribuția mijloacelor de igienă auxiliară.

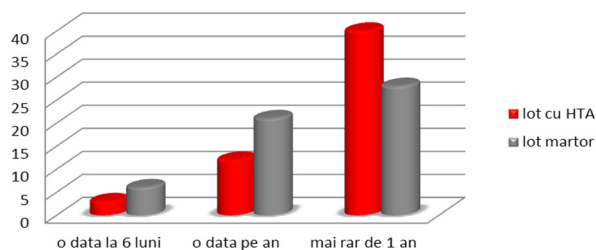


Fig. 10. Distribuția numărului de pacienți în funcție de frecvența controalelor stomatologice.

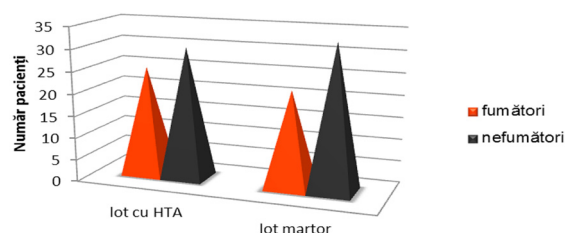


Fig. 11. Distribuția pacienților în funcție de statusul de fumător/nefumător.

Tensiunile arteriale măsurate în sala de așteptare (TA1), în timpul manoperei stomatologice (TA2) și la 30 de minute după manoperele stomatologice (TA3), la pacienții din lotul de studiu, sunt reprezentate în Fig. 12, iar la lotul martor în Fig. 13.

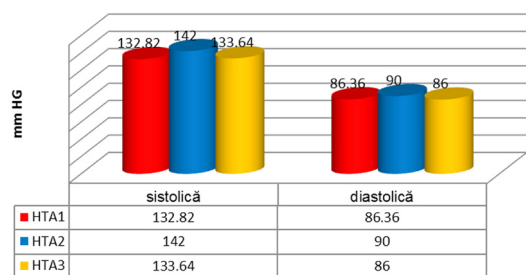


Fig. 12. Evoluția mediilor TA, măsurată înainte, în timpul și după tratamentul stomatologic, la pacienții hipertensivi din lotul de studiu.

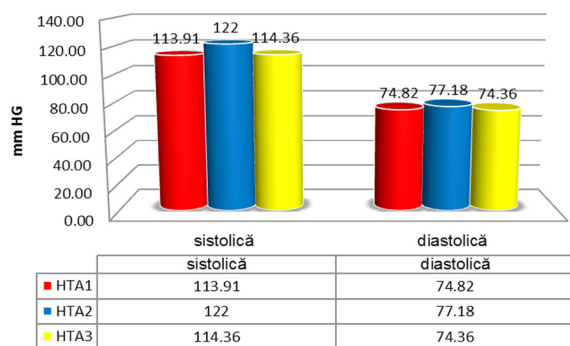


Fig. 13. Evoluția mediilor TA, măsurată înainte, în timpul și după tratamentul stomatologic, la pacienții nehipertensivi din lotul de studiu.

DISCUȚII

Prevalența HTA este mare în rândul populației globului, după cum arată și studiul efectuat de Prince MJ și colaboratorii. Studiul, efectuat pe un eșantion de 17014 subiecți de peste 65 de ani, din America Latină, India și China, arată că prevalența HTA a fost în mediul urban cuprinsă între 52,6-79,8%, iar în mediul rural între 42,6-56,9%, cu o frecvență mai redusă în rândul populației de sex masculin [5]. Prevalența HTA la pacienții care au accesat programul SANODENTAPRIM în anul 2010 a fost de 24,84%, adică 365 de pacienți hipertensivi din totalul de 1470 de subiecți [6]. Deși studiul actual a fost realizat pe un eșantion de 55 de pacienți cu HTA, cu vârsta medie de 59,05 ani, frecvența bolii hipertensive a fost mai mică la bărbați (40%) decât la femei (60%) la lotul de studiu, fiind în concordanță cu datele obținute de Price MJ și colaboratorii [7]. Repartiția pacienților din lotul de studiu ne arată că aproape jumătate (46%) suferă de HTA gradul II la diagnosticare, adică au avut valori tensionale sistolice cuprinse între 160-179 mmHg și diastolice între 100-109 mmHg [7]. Sub terapia antihipertensivă și regimul de viață modificat, valorile medii tensionale sistolice la lotul de studiu au fost de 132,82 mmHg, iar cele diastolice de 86,36 mmHg. Aceste valori se încadrează în categoria TA normal înaltă, iar subiecții pot fi stratificați în funcție de factorii de risc asociați în pacienți cu risc scăzut, moderat, înalt și

foarte înalt de a prezenta la 10 ani o boală cardiovasculară cu risc fatal [7]. Dintre factorii ce influențează prognosticul pacienților cu HTA am evaluat valorile sistolice și diastolice ale TA, vârsta, sexul, fumatul și statusul parodontal. Nu am luat în studiu factorii de risc din sindromul metabolic și afectarea organelor țintă (cord, rinichi, creier, globul ocular). Nu s-au putut exclude modificările tensionale determinate de fenomenul de "halat alb", deoarece TA nu s-a măsurat în mediul habitual al pacienților, dar pentru cele două loturi condițiile de determinare a TA au fost identice. Valorile medii ale TA la pacienții din lotul martor măsurate în sala de așteptare au fost normale. În timpul tratamentului stomatologic, pacienții din lotul de studiu au prezentat valori medii tensionale sistolice mai mari cu 9,16 mmHg și diastolice mai mari cu 3,46 mmHg, decât lotul martor. La 30 de minute după manopera stomatologică, la ambele loturi, valorile tensionale au revenit aproape de valorile inițiale. Aceste diferențe tensionale pot fi explicate prin faptul că pacienții hipertensivi pot prezenta: mecanisme deficitare de reglare a TA în condiții de stres, prelucrare afectivă crescută și gestionare deficitară a unei situații de stres, experiențe anterioare de tratament stomatologic având în vedere că pacienții din lotul de studiu au nevoi de îngrijiri stomatologice mai mari decât lotul martor. Nu s-au făcut evaluări ale TA în funcție de tipul de manoperă stomatologică, durata manoperei, necesitatea administrării unui anestezic local cu acțiune vasoconstrictoare intrinsecă. Conform ghidului Societății de Hipertensiune și Societății Europene de Cardiologie, privind evaluarea și tratamentul hipertensiunii arteriale, se arată că pacienții cu valorile tensionale mai mari sau egale cu 140/90 mmHg determinate de situația de "halat alb", dar cu valori tensionale normale la domiciliu, pot prezenta afectări de organe țintă și risc metabolic, ceea ce necesită investigații paraclinice și evaluări repetate [7].

Pacienții din lotul cu HTA au prezentat un status parodontal mai deficitar decât lotul martor, relevat prin: frecvența mai mare a indicelui de placă și inflamație gingivală de gradul II și III; frecvența mai mare a indicelui parodontal de gradul VI (cu pierderi osoase până la jumătatea rădăcinii) și gradul VIII; proporția mai mare de pacienți fumători; efectele secundare ale medicației antihipertensive. Aceste date concordă cu cele din literatura de specialitate, unde se arată că prevalența HTA este mai mare la pacienții cu boală parodontală [3] și această prevalență crește la pacienții cu pierderi osoase severe [8,9]. Este incert dacă HTA este un factor de risc pentru boala parodontală, deși cele două boli au la bază procese inflamatorii similare, obiectivate prin creșterea nivelului plasmatic al proteinei C reactive cu înaltă sensibilitate [10]. Fumatul favorizează pierderea de os alveolar [11], alături de creșterea riscului prin boli cardiovasculare. În consensul editorilor Jurnalului American de Cardiologie și al Jurnalului de Parodontologie din 2009, s-a stabilit managementul pacienților cu HTA și boală parodontală, astfel: aducerea TA cât mai aproape de

valorile normale, schimbarea stilului de viață, asocierea medicației antihipertensive dacă măsurile de schimbare a stilului de viață nu dau rezultatele scontate, iar pacienții la care se indică blocante ale canalelor de calciu trebuie atent monitorizați, pentru că există posibilitatea agravării bolii parodontale, în asociație cu hiperplazia gingivală. Dintre medicamentele antihipertensive prescrise pacienților din lotul de studiu, 25% se aflau sub terapie cu blocanți ai canalelor de calciu sau combinații cu aceștia. Hiperplazia gingivală a fost prezentă la 22% din pacienții hipertensivi, față de 11% la lotul martor. Cauzele acestor hiperplazii gingivale pot fi efectele secundare ale blocanților de calciu (mai frecvent la Nifedipină) și/sau datorită proceselor inflamatorii prin placă bacteriană [4].

Statusul odontal al pacienților cu HTA a fost mai deficitar decât la lotul martor, exprimat prin numărul mai mare de pacienți cu leziuni carioase complicate, mai multe unități dentare extrase/pacient, care au necesitat mai multe lucrări protetice fixe și mobilizabile pentru reabilitare orală. Cea mai bună igienă orală au avut-o pacienții din lotul martor, din care aproximativ 50% realizează periajul dentar cu o frecvență de 2-3 ori/zi, față de lotul de studiu la care majoritatea realizează periajul dentar o dată pe zi. Mai mult de jumătate dintre pacienții din cele două loturi nu folosesc mijloace auxiliare de igienizare, iar frecvența controalelor stomatologice este mai redusă la lotul de studiu.

Interesul mai scăzut al pacienților cu HTA pentru prevenția primară a afecțiunilor stomatologice se poate explica prin teama de decompensare a bolii hipertensive în cabinetul stomatologic, ceea ce va reduce șansele de a depista și preveni o afecțiune dento-parodontală și de multe ori pacientul va necesita extracții dentare. Statutul social al pacienților din cele două loturi poate fi un impediment în accesarea serviciilor de medicină dentară și determină neglijarea sănătății orale.

CONCLUZII

Sănătatea orală a pacienților cu HTA defavorizată social este precară, iar nevoia reală de îngrijiri stoma-

logice este mare. Complanța este redusă la tratamentele stomatologice și la igienizarea orală. Pacientul cu HTA poate prezenta riscuri în cabinetul stomatologic, prin creșteri ale valorilor tensionale în timpul tratamentelor stomatologice.

Bibliografie

1. Blaizot A, Vergnes JN, Nuwwareh S, Amar J, Sixou M. Periodontal diseases and cardiovascular events: metaanalysis of observational studies. *Int Dent J*, 2009; 59(4):197-209
2. Ridker PM, Paynter NP, Rifai N, Gaziano JM, Cook NR. C-reactive protein and parental history improve global cardiovascular risk prediction: The Reynolds Risk Score for men. *Circulation*, 2008; 118:2243-2251
3. Holmlund A, Holm G, Lind L. Number of teeth as a predictor of cardiovascular mortality in a cohort of 7,674 subjects followed for 12 years. *J Periodontol*, 2010; 81(6):870-876
4. Ellis JS, Seymour RA, Steele JG, Robertson P, Butler TJ, Thomason JM. Prevalence of gingival overgrowth induced by calcium channel blockers: A communitybased study. *J Periodontol*, 1999; 70:63-67
5. Prince MJ, Ebrahim S, Acosta D, et al. Hypertension prevalence, awareness, treatment and control among older people in Latin America, India and China: a 10/66 cross-sectional population-based survey. *J Hypertens*. 2012; 30(1):177-187
6. Ilea A, Moga M, Câmpian RS, Sava A, Lucaciu O, Buhățel D, Feurdean C. Prevalența comorbidităților la pacienții asistați social care au necesitat tratamente stomatologice prin programul SANODENTAPRIM, Zilele UMF "Iuliu Hațieganu", 2010
7. Erdine S, Ari O, Zanchetti A, et al. ESH-ESC guidelines for the management of hypertension. *Herz*, 2006; 31(4):331-338.
8. Al-Emadi A, Bissada N, Farah C, Siegel B, Al-Zaharani M. Systemic diseases among patients with and without alveolar bone loss. *Quintessence Int*, 2006; 37:761-765.
9. Grossi SG, Genco RJ, Machtei EE, et al. Assessment of risk for periodontal disease. II. Risk indicators for alveolar bone loss. *J Periodontol*, 1995; 66:23-29.
10. Sesso HD, Buring JE, Rafai N, Blake GJ, Gaziano JM, Ridker PM. C-reactive protein and the risk of developing hypertension. *JAMA*, 2003; 290:2945-2951.
11. Bergstrom J, Preber H. Tobacco use as a risk factor. *J Periodontol*, 1994; 65(Suppl. 5):545-550