Agresivní parodontitida

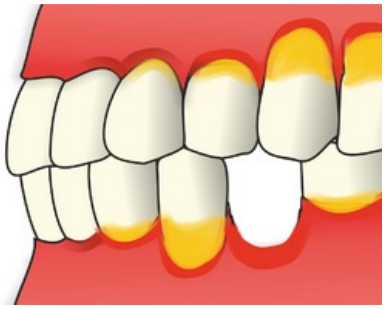
Agresivní parodontitida je infekční onemocnění parodontu (dříve nazývané juvenilní parodontitida, podle častého výskytu u mladých lidí).

Agresivní parodontitida je podle klasifikace americké parodontologické společnosti (AAP) z roku 1999 samostatná třída a lze ji dělit na lokalizovanou a generalizovanou.

Popis onemocnění

Typický je pro ni rodinný výskyt, rychlá ztráta attachmentu a kosti. Tvoří se hluboké choboty cca 5–8 mm, převážně vertikální s chybějící lamina dura. V subgingiválním biofilmu je pravidelný výskyt *Aggregatibacter* (dříve Actinobacillus) *Actinomycetemcomitans* a případně i *Porphyromonas gingivalis* a *Bacteroides forsythus*. K dalším příznakům, které se ale nevyskytují pravidelně, se řadí nepoměr mezi množstvím bakteriálního povlaku a zubního kamene a rozsahem tkáňové destrukce. Tkáňová destrukce může být samolimitující.

K dalším tzv. sekundárním znakům patří redukce fagocytózy a snížení chemotaxe neutrofilních granulocytů, nadměrná aktivita makrofágů, která je spojena se zvýšenou sekrecí zánětlivých mediátorů (prostaglandin E2 = PGE2) a interleukinů 1beta (IL-1beta), které způsobí osteolýzu.


Parodontitida

Lokalizovaná agresivní parodontitida (LAP)

Typická je u ní lokalizace u prvních molárů a řezáků nebo postižení ještě maximálně dvou jiných zubů. Počátek onemocnění bývá již v období puberty.

Generalizovaná agresivní parodontitida (GAP)

Onemocnění se vyskytuje i u starších pacientů a je přítomna generalizovaná ztráta attachmentu v mezizubních prostorech.

Agresivní parodontitida **tvoří pouze 5 %** všech parodontopatií. Podle novějších studií jsou příčinou nejen bakterie, ale i oslabení organismu stresem, diabetem, u pacientů s hypertenzí užívající např. beta-blokátory a u kuřáků.

Diagnóza

- Vyšetření klinického stavu pacienta;
- Měření indexů CPITN (Community Periodontal Index of Treatment Needs), API (Index pro aproximální plak), BOP (bleeding on Probing index- krvácení po sondování);
- Anamnéza pacienta (speciální, všeobecná, rodinná);
- Intraorální RTG status, OPG (na rtg jsou přítomny vertikální kostní defekty s chybějící lamina dura);
- Stanovení infekčního agens např. DNA testy

Terapie

Iniciální **léčba je antiinfekční**. Z celých úst je nutno **mechanicky odstranit biofilm** a provést subgingiválí scaling (full mouth scaling, root planing) při cíleném **podání antibiotik**. Lze doplnit výplachy chlorhexidinem před i po výkonu. Nejčastěji užívaná kombinace antibiotik je Entizol (Metronidazol) a Augmentin (Amoxicillin a kyselina klavulonová).

Dlouhodobě musí pacient docházet na recally. V prvním roce a při zhoršení po 3–4 měsících. V dalším roce po zhruba půl roce. Hloubkové čištění musí absolvovat každých 12 měsíců. Chirurgická terapie následuje u perzistujících chobotů větších nebo rovných 5 mm. Provádí se např. otevřená kyretáž minimálně invazivní technikou pomocí tzv. Cortelliniho řezů, které šetří papilu. Jestliže se při recallu objeví “aktivní” choboty (krvácející po sondáži, hnisavá exsudace) lze po kontrolním mikrotestu použít lokálně chlorhexidinové gely (1–2%).

Celkové podávání ATB při agresivní parodontitidě lze pouze při současném instrumentálním ošetření chobotů. Léčba agresivní parodontitidy bývá **náročnější a s horší prognózou** postižených zubů než u chronické parodontitidy.

Odkazy

Související články

Parodontitis

Použitá literatura

- MUTSCHELKNAUSS, Ralf. *Praktická parodontologie : klinické postupy.* první vydání. Quintessenz, 2002. 532 s. ISBN 80-902118-8-7.
- EICKHOLZ, Peter. *Parodontologie od A do Z : Základy pro praxi.* první vydání. Quintessenz, 2013. 261 s. ISBN 978-80-86979-10-6.

Zdroje

- BRUNNER, Monika, et al. *Agresivní parodontitida.* první vydání. Quintessenz, 2003.
- Přednáška Prof. Rotha, Praha 2003
- Přednáška Dr. med. dent. Westermanna, Praha 2005, 2007