

LUCRAREA PRACTICĂ NR.5

SINDROMUL SJOGREN

Se caracterizează printr-o inflamație cronică a glandelor salivare și lacrimale prin prezența unui infiltrat limfoplasmocitar, ce duce la o scădere a secreției exocrine a acestor glande.

Este o afecțiune care asociază o uscăciune oculară cu o uscăciune bucală.

Sindromul Sjogren poate fi primar, izolat sau secundar unor afecțiuni ca poliartrita reumatoidă, LES, sclerodermia, sau ca urmare a unei afecțiuni autoimune – tiroidă, hepatită cronică activă.

Tablou clinic:

Sindromul Sjogren afectează glande lacrimale, glande salivare, precum și alte glande exocrine.

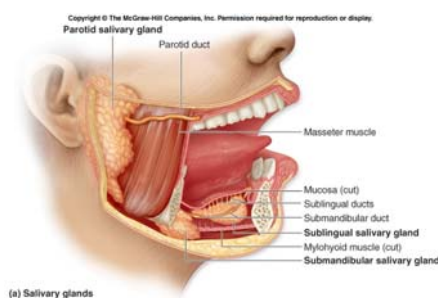


Fig. 1 Afectarea glandelor salivare în Sindromul Sjogren

XEROFTALMIA se caracterizează prin:

- scăderea progresivă a secreției lacrimale fiziologice
- senzație de uscăciune a ochilor;

- senzație de corpi străini intraoculari;
- imposibilitatea purtării lentilelor de contact;
- incapacitatea de a plânge;
- fotofobie

Simptomele se accentuează în mediu cu umiditate scăzută, aer condiționat, fum de țigară, vânt.

Corneea este fără luciu și prezintă eroziuni și ulceratii, care sunt înconjurate de edem, dând aspectul de keratină punctată.

XEROSTOMIA se caracterizează prin:

- senzație de gură uscată, de arsură la nivelul cavității bucale;
- necesitatea de a bea lichide în timpul mesei;
- dificultatea de a mesteca și de deglutiție;
- disfagie pentru solide și alimente uscate;
- dificultatea de a vorbi timp îndelungat;
- modificarea sau pierderea gustului;
- halenă, carii dentare, infecții la nivelul cavității bucale
- candidoza orală
- mărirea în volum a glandelor parotide, care la palpare sunt ferme, neregulate și posibil dureroase;
- Febră;
- Atrofii ale papilelor linguale;
- Fisuri orale, mai ales la colturile gurii.

Manifestări în cavitatea orală

Manifestările orale sunt reprezentate de:

- infecții recurente ale gâtului;
- ulceratii ale mucoasei orale;
- infecții cu virus herpetic;

- candidoza orala;
- gingivite grave;
- carii explozive.



Fig. 2,3 Carii dentare explozive în xerostomie

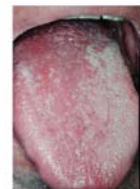


Fig. 4 Condidoza

Cu toate ca aceste manifestari orale nu sunt grave in raport cu manifestarile sistemice ale bolii, ele sunt de mare ajutor in diagnosticul precoce al bolii. Boala carioasa, fiind provocata de bacteriile din placa dentara este influentata de diversele imunodeficiente.

1 Modificari orale prin scaderea secretiei salivare:

- senzație de gura uscata;
- dificultate in inghitirea alimentelor solide;
- modificări de gust;
- senzație de arsură;
- incapacitatea de a vorbi mai mult decât câteva minute.

2 Clinic se remarca:

- buze subtiri, inguste, care se usuca si se descuameaza;
- limba eritematoasa, cu fisuri adanci, atrofii ale papilelor;
- gingii cu depozit albicios prin prezenta celulelor descuamate;

- dinții prezintă carii la nivelul marginii incizale ale molarilor superiori și inferiori, devin friabili, sfaramicioși și se rup ușor;
- afectarea glandelor salivare, cel mai des fiind afectate glandele parotide, ducând la hipertrofie, urmată de atrofie și scleroză.

Teste diagnostice specifice

- Testul Schirmer I
hârtie de filtru lată de 5 mm introdusă la nivelul sacului conjunctival, cu măsurarea distanței umezite după 5 minute (dacă hârtia se umezește sub 8 mm testul este considerat pozitiv). În mod normal hârtia se umezește în acest interval între 8 - 15 mm.
- Determinarea debitului salivar
- Scintigrafia glandelor salivare cu Tc99
- Sialografia



Fig. 4 Testul Schirmer

Biopsie

- glande salivare minore
- glande parotide
- glande lacrimale

Tabelul 1. Criteriile de diagnostic ale SS - Consensul Americano-european, 2002

1. Simptome ale ochilor uscați - cel puțin un răspuns pozitiv: <ul style="list-style-type: none">▪ Ați avut senzația zilnică, persistentă de ochi uscați pt cel puțin 3 luni?▪ Aveți senzația de corp străin intraocular?▪ Folosiți lacrimi artificiale mai des de 3 ori pe zi?
2. Semne ale ochilor uscați – cel puțin un rezultat pozitiv <ul style="list-style-type: none">- Testul Schirmer- Testul roz bengal
3. Simptome ale gurii uscate - cel puțin un răspuns pozitiv: <ul style="list-style-type: none">- Ați avut senzația zilnică de gură uscată pentru cel puțin 3 luni?- Ați avut glandele salivare tumefiate persistent sau recurent la vârsta adultă?- Beți frecvent lichide pentru a ușura deglutiția alimentelor uscate?
4. Teste ⊕ pt ↓ secreției salivare - cel puțin un rezultat pozitiv <ul style="list-style-type: none">- Determinarea debitului salivar total (<1,5 ml în 5 minute)- Sialografia glandei parotide- Scintigrafia glandelor salivare
5. Biopsia glandelor salivare minore (scor focus >1)
6. Autoanticorpi prezenți în ser <ul style="list-style-type: none">- Ac anti SS-A- Ac anti SS-B

4 criterii îndeplinite, dintre care unul trebuie să fie *obligatoriu criteriu V sau VI.*

TRATAMENT:

Tratamentul necesita interventie interdisciplinara intre medicul dentist, oftalmolog, reumatolog si internist

Tratament Igieno-dietetic:

- educația pacientului
- igiena cavității bucale
- evitarea deshidratării prin aport de lichide
- evitarea alimentelor uscate

- evitarea expunerii la factori poluanți și la frig
- evitarea administrării de medicamente antispastice, antidepresive triciclice, antihistaminice, α , β -blocante, simpatomimetice

Tratamentul xeroftalmiei

- reducerea inflamației glandelor lacrimare și îmbunătățirea funcției acestora,
- reducerea inflamației de la nivelul suprafețelor oculare
- asigurarea unui film lacrimal permanent
- administrarea de lacrimi artificiale, preferabil fără conservanți
- tratamentul infecțiilor locale

Tratamentul xerostomiei

- folosirea de paste de dinți și geluri orale cu fluor;
- reducerea uscăciunii bucale ;
- prevenirea și tratarea cariilor dentare și a infecțiilor orale
- stimularea secreției salivare – pilocarpina;
- substituenți artificiali ai salivei;
- tratamentul infecțiilor orale – candidoza orală
- tratament medicamentos antiinflamator, corticoterapic sau chirurgical în cazul tumefacțiilor glandelor salivare .

Medicul stomatolog trebuie să prevină și să trateze caria dentară, tratamentul candidozei și stimularea fluxului salivar.

Tratament profilactic:

La pacienții cu sindrom Sjögern se vor practica aplicații frecvente cu fluor, pe lângă folosirea unor substanțe fluoride. Datorită sensibilității mucoasei orale, se recomandă o pastă de dinți fără prea multe componente alergice.

Tratament curativ

Cariile explozive se vor trata în funcție de situația clinică, prin restaurări coronare sau reconstrucții protetice clasice sau moderne.

Tratamentul manifestărilor extraglandulare:

- tratamentul mialgiei și asteniei fizice și artralgiilor;
- tratament medicamentos antiinflamator;
- tratament de recuperare fizioterapeutic;
- managementul durerii prin proceduri de electroterapie antalgică și masaj miorelaxant;
- kinetoterapie pentru menținerea structurilor articulare și creșterea forței musculare

Tratamentul manifestărilor sistemice presupune corticoterapie de scurtă durată.

Sindromul Sjögren este o boală inflamatorie a glandelor exocrine cu impact considerabil la nivelul cavității orale. De aceea, medicul stomatolog este primul care poate depista semnele primare ale acestei boli; se impune astfel familiarizarea cu manifestările acestei afecțiuni și pregătirea necesară unei intervenții precoce active în diagnosticarea și tratarea sindromului Sjögren.

Tratarea leziunilor de la nivelul cavității orale are efect PROFILACTIC, dar și TERAPEUTIC, astfel ca medicul stomatolog are un rol major în cadrul echipei multidisciplinare.

LUPUSUL ERITEMATOS SISTEMIC

Este o boala inflamatorie de origine autoimuna, caracterizata printr-un proces inflamator ce afecteaza un mare numar de organe – piele, articulatii, sistem nervos, seroase).

Boală de cauză necunoscută în care țesuturile și celulele sunt distruse de autoanticorpii patogeni (anticelulari sunt cei mai reprezentativi) și complexe imune.

Tablou clinic:

1. Semne generale:

- febra, ca urmare a procesului inflamator;
- pierderea poftei de mancare;
- scadere în greutate;
- astenie, anorexie;

2. Manifestari oste-articulare si musculare:

- dureri articulare la 90% dintre bolnavi – artralгии si artrite. Artrita este frecvent simetrica, afecteaza în special articulatiile mici si este adesea reversibila si fara deformari. Nu se intalnesc eroziuni articulare, deoarece procesul inflamator este exudativ si nu ploriferativ ca in poliartrita reumatoida.

3. Manifestari cutanate:

- eritem al fetei în forma de aripi de fluture (*vespertilio*) ce cuprinde eminentele malare si piramida nazala, respectand santul nazo-labial. Eritemul se poate extinde si pe alte zone, în special cele expuse la soare (frunte, barbie, regiunea decolteului);
- urticarie, sensibilitate la lumina;

- parul este uscat, fara luciu si se rupe usor de la emergenta.
- Alopecia poate fi permanenta cand sunt leziuni discoide;
- leziuni de tip degeratura (sindrom Raynaud);
 - leziuni ale mucoaselor nedureroase, constand in ulceratii ale mucoasei palatului dur si moale;



Fig. 1 - Eritem al fetei in forma de aripi de fluture (*vespertilio*)

- 4. Atingere renala:
- 5. Manifestari neuropsihice :
- 6. Manifestari cardiovasculare:
- 7. Manifestari pulmonare:
- 8. Manifestari digestive:

9. Manifestari in cavitatea orala:

Majoritatea pacientilor cu LES prezinta leziuni patologice ale mucoasei bucale sau histo-patologice, in absenta unor manifestari clinice.



Fig. 2 Mucoasa lupica

Debutul mucoasei lupice este adesea concomitent cu eritemul facial.

Hiposialia este urmată de arsura sau usturime ce se accentuează pe fondul unui pH acid și nu permite bolnavilor decât ingestia de lichide.

Mucoasa este roșie, lucioasă, congestionată, edematiată, presărată cu macule hemoragice de culoare intensă.

După 2,3 zile de la debut în locul maculelor apar ulceratii. Acestea sunt mici și superficiale. Uneori ulceratiile cuprind întreaga mucoasă buco-faringiană.

Leziuni asemănătoare pot fi întâlnite și în alte maladii. Există însă elemente particulare clinice: simetricitatea leziunilor, ocolirea parodontiului marginal. Mai apar și leucokeratoze ca urmare a scăderii imunității.

- Xerostomia însoțește perioadele de activitate ale bolii, ca apoi să dispară.
- Hiperkeratoza limbii merge spre foliculii pielosi dând aspect de “limba de pisică”;
- Gingivite ;
- Fisuri mici în smalț, cu zone de dentină decalcificată.



Fig. 3 Gingivite

Tabel 1. Criteriile revizuite ale Colegiului American de Reumatologie
pentru diagnosticul LES

1. Rash malar	Eritem facial fix, la nivelul eminențelor malare
2. Leziuni discoide	Plăci eritematoase ciclice cu cruste cheratozice aderente și posibile cicatrici atrofice
3. Fotosensibilitate	Expunerea la razele ultraviolete determină apariția rashului cutanat
4. Ulcerații orale	Ulcerații orale și naso-faringiene

5. Artrită	Artrită neerozivă a 2 sau mai multe articulații periferice, cu durere, tumefacție și exudat
6. Serozită	<ul style="list-style-type: none">▪ Pleurită sau▪ pericardită, evidențiate pe ECG, prin frecătură pleurală/ pericardică sau prin evidențierea lichidului pleural/ pericardic
7. Afectare renală	<ul style="list-style-type: none">▪ Proteinurie > 0,5g/dl sau > 3+ (dacă nu se poate determina cantitativ)sau▪ Cilindrii celulari
8. Afectare neurologică	<ul style="list-style-type: none">▪ Convulsii sau▪ Psihoză, fără alte cauze
9. Afectare hematologică	<ul style="list-style-type: none">▪ Anemie hemolitică sau▪ Leucopenie < 4000/mm³ la 2 sau mai multe determinări sau▪ Limfopenie < 1500/mm³ la 2 sau mai multe determinări sau▪ Trombocitopenie < 100000/mm³, în absența administrării unor medicamente ce pot induce astfel de modificări hematologice
10. Anomalii imunologice	<ul style="list-style-type: none">▪ Anticorpi anti ADN dublu catenar sau▪ Anticorpi anti-Sm sau▪ Anticorpi antifosfolipide - anticorpi anti-cardiolipină, test pozitiv pentru anticoagulant lupic, test fals pozitiv pentru sifilis
11. Anticorpi antinucleari	<ul style="list-style-type: none">▪ Determinați prin imunofluorescență sau altă tehnică echivalentă în absența medicamentelor ce pot determina apariția acestor anticorpi

Pentru diagnosticul LES sunt necesare 4 criterii din cele 11.

Boala trebuie suspiciunată când la o femeie tânără apare febra, purpură, splenomegalie, artrită, erupție cutanată, nefrită.

Prezența anticorpilor antinucleari este esențială pentru diagnosticul LES.

Tratament medicamentos:

Tratamentul include o serie de măsuri generale asociate cu tratamentul patogenetic adaptat gravității bolii.

Astfel, se interzic expunerile la soare și raze ultraviolete;

Se va evita administrarea unor medicamente care ar putea induce sau agrava boala, precum și transfuziile de sânge;

Sarcina este permisă doar după o perioadă de liniște a bolii de 3 ani.

⇒ Aproximativ 25% dintre bolnavii de LES prezintă forme ușoare de boală, fără manifestări care să le pună viața în pericol. Aceștia trebuie tratați fără glucocorticoizi.

Medicamentele cele mai folosite în LES includ:

- Antiinflamatoare nesteroidiene indicate în formele ușoare cu febră și manifestări osteo-articulare;
- Antimalaricele de sinteză, indicate în manifestările cutanate și articulare;
- Corticosteroizi; - au proprietăți antiinflamatoare și imunosupresive (Prednison, Metilprednisolon);
- Ciclofosfamida este cel mai eficient imunosupresor, dar și cel mai toxic
- Dermatitele, astenia, artritele pot răspunde la antimalarice.

Program de recuperare generală:

Durerile și oboseala impun măsuri fizice antalgice și de conservare a energiei: repaus, controlul durerilor prin aplicarea de căldură, masaj sedativ, electroterapie antalgică TENS, băi galvanice.

Fenomenul Raynaud poate fi redus prin proceduri de încălzire a mâinilor – băi calde, împachetări cu parafină.

Terapie fizică:

- Exercițiile aerobice pot îmbunătăți capacitatea aerobică la pacienții cu LES formă moderată.
- Exerciții izometrice pentru pacienții cu inflamații articulare

- Exerciții izotonice pot fi utilizate când inflamația este absentă sau redusă.
- Exerciții de creștere a forței sunt inițiate când este cazul. Oboseala poate împiedica progresul unor pacienți.
- Dacă durerea este prelungită peste 1-1,5 ore după activitate exercițiile trebuie reduse în intensitate și/sau durată.
- Ultrasunetul (US) este o modalitate frecvent utilizată pentru a produce endotermie unei articulații afectate, dar nu trebuie utilizat în prezența inflamației. Când US este utilizat pentru creșterea amplitudinii de mișcare, articulația trebuie mișcată simultan cu aplicarea de US.
- Termoterapie și US sunt indicate în durerea articulară cu caracter cronic, în timp ce gheața este modalitatea preferată pentru articulațiile inflamate.
- Piscina (bazinul), când este disponibilă, este un excelent mediu pentru efectuarea exercițiilor la nivelul articulațiilor inflamate.

Terapie ocupațională:

Rolul terapiei ocupaționale (TO) este de a ajuta pacienții să-și recapete independența funcțională la maximum posibil în ciuda problemelor cauzate de boală.

Principiile terapiei ocupaționale la pacienții cu LES includ următoarele:

- Activitățile zilnice (ADL) sunt încurajate și pot necesita antrenament cu echipament, tehnici și proceduri speciale. Activitățile ADL includ hrănirea, îmbrăcatul, îmbăierea, îngrijire și gospodărire.

Tratamentul în cadrul manifestarilor din cavitatea orală:

În primul rând medicul dentist trebuie să aibă în vedere modalitatea de abordare a pacienților cu LES din punct de vedere terapeutic, astfel încât să minimizeze infecțiile orale și interacțiunea cu alte medicamente.

Concomitent cu tratamentul medicamentos specific pentru LES se va recomanda fizioterapie de recuperare.

Pentru ameliorare durerii și inflamației se recomandă:

- masaj ușor relaxant la nivelul feței,
- ultrasunetul pentru a produce endotermie la nivelul articulației afectate, dar nu în prezența inflamației. Poate fi aplicat cu un strat de gel antiinflamator, parafină sau glicerina.
- Exerciții izometrice pentru creșterea mobilității articulare, exerciții de mimică și contra rezistenței opuse de kinetoterapeut pentru creșterea forței musculare.
- Logopedie:

Logopedul poate interveni când pacientul prezintă o vorbire neclară, dificultate în înțelegerea limbajului, sau când prezintă dificultăți în a vorbi adecvat.

Indivizii cu probleme de înghițire pot fi de asemenea evaluați și tratați de logoped.