

Ο οδοντιατρικός ασθενής με ηπατική νόσο. Έλεγχος και αντιμετώπιση

N. Γ. Χατζηγιάννης*, K. I. Τόσιος**

Οι ασθενείς που πάσχουν από ηπατικά νοσήματα αποτελούν σημαντικό τμήμα του πληθυσμού και, όπως είναι φυσικό, υποβάλλονται συχνά σε οδοντιατρική θεραπεία. Η χρόνια λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας Β (HBV) είναι η συχνότερη ιογενής λοίμωξη στη υφήλιο. Στην Ευρώπη οι χρονίως πάσχοντες είναι περίπου 4.000.000, ενώ στην Ελλάδα το ποσοστό τους ανέρχεται σε 2% του πληθυσμού περίπου. Πολύ συχνή, επίσης, είναι η ηπατική κήρωση ως αποτέλεσμα της αλκοολικής ηπατοπάθειας, η οποία αποτελεί την τρίτη κατά σειρά αιτία θανάτου σε νέους άντρες από 35 έως 54 ετών στις ΗΠΑ.

Οι πάσχοντες από ιογενείς ηπατίτιδες αποτελούν δυνητικά κίνδυνο για την δημόσια υγεία εξαιτίας του κινδύνου μετάδοσης της νόσου. Επιπλέον, οι ηπατικές λειτουργίες είναι πολύ σημαντικές και έχουν άμεσο αντίκτυπο στην οδοντιατρική πράξη. Ειδικότερα, οι πάσχοντες από σοβαρής μορφής ηπατική νόσο ενδέχεται να αδυνατούν να μεταβολίσουν ορισμένα φάρμακα και να έχουν προβλήματα στην αιματική πήξη. Η αναγνώριση των ασθενών αυτών μέσα από την προσεκτική λήψη του ιατρικού ιστορικού και την κλινική εξέταση, η τήρηση των κανόνων υγιεινής, και η λήψη ειδικών προφυλάξεων αποτελούν τα μέσα που θα προστατέψουν τον οδοντίατρο από κάθε ενδεχόμενο κίνδυνο.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παράθεση βασικών γνώσεων για την ανατομία και τη φυσιολογία του ήπατος, καθώς και για τις κλινικοεργαστηριακές παραμέτρους των νοσημάτων του ήπατος, οι οποίες μπορούν να καταστήσουν τον οδοντίατρο περισσότερο ικανό στην πρόληψη και αντιμετώπιση καταστάσεων που ενδέχεται να ανακύψουν κατά την τέλεση της οδοντιατρικής θεραπείας.

ελληνικά στοματολογικά χρονικά 48: 219-223, 2004

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παρά την μεγάλη εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης, μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού εξακολουθεί να πάσχει από παθήσεις του ήπατος, κυρίως από ιογενείς ηπατίτιδες. Η χρόνια λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας Β (Hepatitis-B Virus, HBV) είναι η συχνότερη ιογενής λοίμωξη στην υφήλιο. Προσβάλλει το 5% του πληθυσμού της γης και οι φορείς του ιού υπολογίζονται σε περισσότερους από 300.000.000 (1). Στην Ευρώπη οι χρονίως πάσχοντες εί-

ναι περίπου 4.000.000, ενώ στην Ελλάδα το ποσοστό τους ανέρχεται σε 2% του πληθυσμού, περίπου⁽¹⁾. Οι φορείς του HBV αποτελούσαν και αποτελούν σημαντικό παράγοντα προβληματισμού για τους οδοντιάτρους, κυρίως εξαιτίας της εύκολης μεταδοτικότητας της νόσου. Και άλλα νοσήματα του ήπατος, όμως, εκτός της HBV λοίμωξης, επηρεάζουν ποικιλοτρόπως την οδοντιατρική θεραπεία. Η γνώση και κατανόηση της φυσιολογίας του ήπατος και των κλινικοεργαστηριακών παραμέτρων των νοσημάτων του μπορεί να καταστήσει τον οδοντίατρο περισσότερο ικανό στην πρόληψη και την αντιμετώπιση καταστάσεων που ενδέχεται να ανακύψουν κατά την οδοντιατρική θεραπεία⁽²⁾.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παράθεση βασικών γνώσεων για την ανατομία και τη φυσιολογία του ήπατος, καθώς και για τις κλινικοεργαστηριακές παραμέτρους των νοσημάτων του ήπατος, οι οποίες μπορούν να καταστήσουν τον οδοντίατρο πιο ικανό στην πρόληψη και αντιμετώπιση καταστάσεων που ενδέχεται να ανακύψουν κατά την οδοντιατρική θεραπεία.

Λέξεις κλειδιά: Ηπατική νόσος, επιπλοκές, αντιμετώπιση, οδοντιατρική θεραπεία.

* Οδοντίατρος, Μεταπτυχιακός Φοιτητής

** Λέκτορας

Εργαστήριο Στοματολογίας και Εργαστήριο Βασικών Ιατροβιολογικών Επιστημών, Οδοντιατρικό Τμήμα, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Το φυσιολογικό ήπαρ έχει βάρος περίπου 1500 γρ. και αποτελεί το μεγαλύτερο ενδοκοιλιακό όργανο. Βρίσκεται στο χώρο του δεξιού υποχονδρίου διαστήματος και εκτείνεται από το πέμπτο μεσοπλεύριο διάστημα ως το χείλος του δεξιού πλευρικού τόξου. Στη θέση αυτή καθλώνεται με συνδέσμους προς το διάφραγμα και το τοιχωματικό περιτόναιο και έρχεται σε στενή σχέση με τα γύρω όργανα⁽³⁾.

Οι βασικές λειτουργίες του ήπατος μπορούν να διακριθούν σε (α) μεταβολικές που αφορούν τα περισσότερα από τα μεταβολικά συστήματα του σώματος, (β) αγγειακές, για την αποθήκευση και τη διήθηση του αίματος και, (γ) εκκριτικές και απεκκριτικές που σχετίζονται με την παραγωγή της χολής, η οποία ρέει μέσα από τα χολαγγεία και το χοληφόρο πόρο προς τη γαστρεντερική οδό⁽⁴⁾.

Για τον οδοντίατρο, η συμμετοχή του ήπατος στο μεταβολισμό των φαρμάκων και την πήξη του αίματος είναι οι λειτουργίες με το μεγαλύτερο ενδιαφέρον. Στο ήπαρ τα λιπόφιλα φάρμακα μετατρέπονται σε υδατοδιαλυτές ενώσεις, ώστε να είναι δυνατή η απέκκριση τους από τους νεφρούς⁽⁵⁾. Στα λιπόφιλα φάρμακα ανήκουν τα τοπικά αναισθητικά της κατηγορίας των αμιδίων, τα οποία είναι τα περισσότερο χρησιμοποιούμενα στην οδοντιατρική⁽⁶⁾. Η φυσιολογική λειτουργία του ήπατος καθορίζει, επίσης, την πήξη του αίματος, καθώς η παραγωγή των εξαρτημένων από την βιταμίνη Κ παραγόντων πήξης II, VII, IX και X γίνεται στο ήπαρ και επηρεάζεται σημαντικά σε σοβαρές ηπατικές βλάβες⁽⁷⁾.

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Η ποικίλης αιτιολογίας, παθογένειας και βαθμού μείωση της λειτουργικής ηπατικής μάζας ορίζεται ως ηπατική ανεπάρκεια⁽⁸⁾. Αποτέλεσμα της ηπατικής ανεπάρκειας είναι η εμφάνιση παθοφυσιολογικών μεταβολών, δευτερογενών κλινικών εκδηλώσεων και εργαστηριακών διαταραχών⁽⁹⁾. Οι συχνότερες παθήσεις του ήπατος που μπορούν να οδηγήσουν σε ανεπάρκεια είναι οι ιογενείς ηπατίτιδες, η κίρρωση του ήπατος και ο ηπατοκυτταρικός καρκίνος. Η ιογενής ηπατίτιδα από τον ιό τύπου Α συνήθως παρέρχεται χωρίς επιπλοκές, κυρίως υποκλινικά. Χρόνια προβλήματα και σοβαρές επιπλοκές προκαλούνται από τις ιογενείς ηπατίτιδες τύπου Β και C. Υπολογίζεται ότι 35% των ασθενών με ιογενή ηπατίτιδα τύπου Β και το 40% των ασθενών με ηπατίτιδα τύπου C θα αναπτύξει χρόνια ενεργό ηπατίτιδα, η οποία μπορεί να μεταπέσει σε κίρρωση⁽⁹⁾. Τα πιο συχνά παθολογοανατομικά ευρήματα στην ηπατίτιδα είναι η εστιακή ή εκτεταμένη ηπατοκυτταρική νέκρωση και η διήθηση του οργάνου από φλεγμονώδη κύτταρα, η οποία επικρατεί στις πυλαίες περιοχές ή στο ηπατικό παρέγχυμα. Κλινικά, παρατηρείται διόγκωση και ευαισθησία του ήπατος, με ή χωρίς ίκτερο. Η ηπατίτιδα συνοδεύεται πάντα από εργαστηριακές αποκλίσεις ενδεικτικές ηπατοκυτταρικής βλάβης, κυρίως αύξηση τις τιμές των τρανσαμινασών. Ανεξάρτητα από την αιτιολογία της, η κλινική εικόνα της ηπατίτιδας μπορεί να κυμαίνεται από λανθάνουσα ή ελαφρά

νόσηση, ως δραματική νόσηση που συνοδεύεται από στοιχεια βαρίας ηπατοκυτταρικής δυσλειτουργίας, ίκτερο, ελάττωση της πήκτικότητας του αίματος και νευρολογικές διαταραχές.

Η ηπατίτιδα διακρίνεται σε οξεία (μέχρι 6 μήνες) και χρόνια^(10, 11). Υπολογίζεται ότι 20-40% των χρονίως πασχόντων από HBV καταλήγουν από επιπλοκές της κίρρωσης του ήπατος ή ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (ΗΚΚ)⁽¹⁾, ενώ υψηλά ποσοστά θνησιμότητας και εμφάνισης ΗΚΚ παρατηρούνται και στους ασθενείς που πάσχουν από χρόνια ιογενή ηπατίτιδα τύπου C⁽¹²⁾.

Αν και οι ιογενείς ηπατίτιδες αποτελούν συχνή αιτία κίρρωσης, κυριότερη αιτία είναι η αλκοολική ηπατοπάθεια. Η νόσος αποτελεί την τρίτη κατά σειρά αιτία θανάτου στους άνδρες 35-54 ετών στις ΗΠΑ⁽¹³⁾. Είναι αποτέλεσμα της χρόνιας καταστροφής του ήπατος που οδηγεί σε απώλεια ηπατοκυττάρων και προοδευτικά αυξανόμενη ουλοποίηση του οργάνου.

Ο ΗΚΚ αποτελεί τον συχνότερο τύπο καρκίνου στους άνδρες σε πολλές χώρες και τον όγδοο κατά σειρά συχνότητας τύπο καρκίνου παγκοσμίως με 250.000 νέες περιπτώσεις ανά έτος, από τις οποίες 70% εμφανίζεται στην Ασία⁽¹⁴⁾. Η γεωγραφική κατανομή των ασθενών με ΗΚΚ συσχετίζεται με τον επιπολασμό της HBV λοίμωξης στην ίδια περιοχή. Στην Ελλάδα, 62% των ασθενών με ΗΚΚ έχει θετικό αντιγόνο ηπατίτιδας Β (HBsAg - αυστραλιανό αντιγόνο) και 80% δείκτες παρούσας ή παρελθούσας λοίμωξης⁽¹⁴⁾. Οι κλινικές εκδηλώσεις του ΗΚΚ είναι ποικίλες και μπορούν να ταξινομηθούν στα παρακάτω σύνδρομα⁽⁸⁾:

- Κίρρωτικό σύνδρομο που χωρίς φανερό λόγο επιδεινώνεται απότομα, ενώ κάποιες φορές η κίρρωση πάνω στην οποία αναπτύσσεται ο ΗΚΚ είναι τελείως υποκλινική (25-30% των περιπτώσεων).
 - Νεοπλασματικό σύνδρομο με ή χωρίς σημεία κίρρωσης (60% των περιπτώσεων).
 - Εμπύρετο σύνδρομο.
 - Παρανεοπλασματικά σύνδρομα.
- Σπανιότερα, το ΗΚΚ μπορεί να είναι ασυμπτωματικό ή να εκδηλώνεται με άλλους κλινικούς τύπους.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Ως αποτέλεσμα της χρόνιας ηπατοπάθειας, πολλές εργαστηριακές τιμές παρουσιάζουν μεταβολή⁽¹⁰⁾. Αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης και των τρανσαμινασών είναι πολύ πιθανό να παρατηρηθεί σε ασθενείς με κίρρωση του ήπατος και ηπατίτιδα. Αδρά, ο οδοντίατρος πρέπει να θυμάται ότι στην οξεία ιογενή-τοξική ηπατίτιδα οι τιμές των τρανσαμινασών βρίσκονται σε πολύ υψηλά επίπεδα και ο χρόνος προθρομβίνης κυμαίνεται από φυσιολογικά έως πολύ υψηλά επίπεδα, ενώ σε κίρρωτικούς ασθενείς οι αντίστοιχες τιμές κυμαίνονται από φυσιολογικές έως λίγο αυξημένες⁽¹⁾. Για την διάγνωση της αιτιολογίας και παθογένειας των διάφορων τύπων χρόνιας ηπατίτιδας και κίρρωσης απαιτούνται ειδικές εξετάσεις για την ανίχνευση αντιγόνων, ικών νουκλεϊκών οξέων, αυτοαντισωμάτων, αντισωμάτων IgM ορού κα⁽⁸⁾.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η αντιμετώπιση των ασθενών με ηπατικά νοσήματα από τον οδοντίατρο επικεντρώνεται κυρίως σε τρία σημεία:

- Μέριμνα για αποφυγή μετάδοσης λοιμώξεων.
- Έλεγχος της πηκτικότητας του αίματος.
- Αποφυγή χορήγησης ορισμένων φαρμάκων.

Μέριμνα για αποφυγή μετάδοσης λοιμώξεων

Οι οδοντιατρικές πράξεις απαιτούν την χρησιμοποίηση αιχμηρών εργαλείων, τα οποία μπορούν να προκαλέσουν μικροτραυματισμούς στα χέρια του οδοντίατρου μέσα σε μια δυνητικά μολυσμένη δεξαμενή αίματος⁽¹⁵⁾. Επίσης, ενδέχεται να συμβεί διασταυρούμενη λοίμωξη από ασθενή-φορέα σε οδοντιατρικό ασθενή που δεν είναι φορέας της νόσου μέσω αντικειμένων ή επιφανειών που έχουν μολυνθεί από εκκρίσεις ή σωματικά υγρά του ασθενή-φορέα. Ο κίνδυνος μετάδοσης της λοίμωξης είναι αυξημένος, καθώς συχνά οι ασθενείς αποκρύπτουν την νόσο από τον οδοντίατρο. Με δεδομένο ότι ακολουθείται αποτελεσματικός τρόπος αποστείρωσης των εργαλείων, τα δύο σημεία στα οποία πρέπει να εστιάσει η προσοχή του οδοντίατρου είναι (α) η αποστείρωση των επιφανειών του χώρου του οδοντιατρείου με κατάλληλα απολυμαντικά διαλύματα και, (β) ο καθαρισμός των σωλήνων παροχής νερού των οδοντιατρικών χειρολαβών με την συνεχή ροή νερού μέσα από τους σωλήνες για ένα λεπτό μετά το τέλος της θεραπείας σε κάθε ασθενή⁽¹⁶⁾. Σε γνωστούς φορείς ιών ηπατίτιδας θα πρέπει επιπρόσθετα να αποφεύγεται η χρήση συσκευών υπερήχων και χειρολαβών υψηλών ταχυτήτων που δημιουργούν εκνέφωμα (spray), και να εξαντλείται η δυνατότητα χρήσης υλικών και εργαλείων μίας χρήσης. Επίσης, πρέπει να επιδιώκεται οι ασθενείς αυτοί να αντιμετωπίζονται στην τελευταία συνεδρία της ημέρας, προκειμένου να διακόπτεται η αλυσίδα μετάδοσης από ασθενή σε ασθενή, αλλά και να δίνεται στον οδοντίατρο η χρονική ευχέρεια για προσεκτικότερους χειρισμούς⁽¹⁶⁾.

Ο πιο ασφαλής τρόπος προφύλαξης του οδοντίατρου από την ηπατίτιδα Β είναι η ενεργητική προφύλαξη με την χορήγηση του αντίστοιχου εμβολίου. Οι επιβεβλημένες ενέργειες που πρέπει να γίνουν μετά από τραυματισμό με εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν σε ασθενή-φορέα ιογενούς ηπατίτιδας περιλαμβάνουν πίεση του τραυματισμένου σημείου για να προκληθεί τοπική αιμορραγία, καθαρισμό και αντισηψία του τραύματος. Στην συνέχεια, θα γίνει αιματολογική εξέταση στον ασθενή και στον οδοντίατρο για ορολογικό έλεγχο. Αν ο έλεγχος για αυστραλιανό αντιγόνο (HBsAg) αποβεί θετικός για τον ασθενή και αρνητικός για τον οδοντίατρο, δηλαδή ο ασθενής είναι φορέας HBV και ο οδοντίατρος υγιής, συνίσταται άμεση χορήγηση ειδικής υπερανόσου γ-σφαιρίνης (HBIG) και ο εμβολιασμός του οδοντίατρου. Σε περίπτωση που και ο οδοντίατρος είναι φορέας, δεν απαιτείται επιπλέον ενέργεια⁽¹⁶⁾.

Σε περίπτωση τρυπήματος με βελόνα από ασθενή θετικό για αντισώματα έναντι του HCV (αντι-HCV), δηλαδή από ασθενή φορέα της ηπατίτιδας C, συνίσταται ο έλεγχος να γίνεται με αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης

ανάστροφης μεταγραφάσης (RT PCR) για την πρώιμη ανεύρεση γενετικού υλικού του ιού (HCV-RNA). Σε θετικό αποτέλεσμα χορηγείται ιντερφερόνη α (IFN-α) και ριφαμπικίνη⁽¹⁷⁾.

Έλεγχος της πηκτικότητας του αίματος

Οι αιμορραγικές διαθέσεις διακρίνονται, ανάλογα με τον παθογενετικό τους μηχανισμό, σε αγγειακές, θρομβοκυτταρικές και σε αυτές που οφείλονται σε διαταραχές της πήξης του αίματος. Η αιμορραγική διάθεση που παρατηρείται στην ηπατική ανεπάρκεια ανήκει στην τελευταία κατηγορία και δεν οφείλεται μόνο στη μειωμένη παραγωγή των παραγόντων πήξης, αλλά και σε ανώμαλη σύνθεση του ινωδογόνου και των πρωτεϊνών πήξης, σε ανεπάρκεια της βιταμίνης Κ, και σε αυξημένη ινωδογολυτική δραστηριότητα⁽¹⁸⁾. Επιπλέον, οι ασθενείς που εμφανίζουν εθισμό στο αλκοόλ έχουν συνήθως δίαιτα φτωχή σε πρωτεΐνες, με αποτέλεσμα την επιδείνωση του προβλήματος της πηκτικότητας του αίματος (19). Τέλος, η πυλαία υπέρταση στην ηπατική νόσο μπορεί να προκαλέσει σπληνική διόγκωση και συνακόλουθη μείωση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων και αιμοπεταλίων, με αποτέλεσμα την πρόκληση θρομβοκυττοπενίας.

Στους ασθενείς με ηπατική νόσο απαιτείται παρακολούθηση του χρόνου προθρομβίνης (PT) και του χρόνου ενεργοποιημένης μερικής θρομβοπλαστίνης (aPTT). Η θρομβοκυττοπενία αναγνωρίζεται κυρίως από τον αυξημένο χρόνο ροής⁽⁷⁾. Ο χρόνος προθρομβίνης πρέπει να ρυθμίζεται σε συνεργασία με τον αιματολόγο ώστε να βρίσκεται το πολύ 1½ φορά πάνω από την φυσιολογική τιμή. Ο έλεγχος του χρόνου προθρομβίνης πρέπει να γίνεται το πρωί λίγη ώρα πριν την αιματηρή επέμβαση και δεν επιτρέπεται να υπερβαίνει τα 17 - 19''⁽²⁰⁾.

Οι ασθενείς που παρουσιάζουν νοσήματα που προκαλούν αιμορραγικές διαθέσεις συνήθως γνωρίζουν το πρόβλημα τους και ενημερώνουν τον οδοντίατρο. Στους μικρής ηλικίας ασθενείς ελέγχεται το ιστορικό προηγούμενων εγχειρήσεων ή οδοντιατρικών επεμβάσεων και η αιμοπηκτική επάρκεια σε τυχαίους ανοικτούς τραυματισμούς⁽²⁾.

Τα προληπτικά μέτρα που συνίστανται σε ασθενείς με αιμορραγικά νοσήματα για την αποφυγή επιπλοκών κατά τη διάρκεια αιματηρών οδοντιατρικών επεμβάσεων είναι⁽²⁰⁾:

- Χορήγηση από τον θεράποντα αιματολόγο φαρμακευτικής αγωγής.
- Προγραμματισμός μικρών σε διάρκεια συνεδριών, μόνον κατά τις πρωινές ώρες.
- Χρήση τοπικών εμποτίσεων αναισθητικού με αγγειοσυσπαστικό.
- Εφαρμογή τοπικών αιμοστατικών μέτρων, όπως πωματισμός, ερμητική συρραφή, ομαλοποίηση οστικών χειλέων και δήξη γάζας.
- Αποφυγή μετεγχειρητικής χρήσης φαρμάκων που προκαλούν αιμορραγική διάθεση, όπως η ασπιρίνη και η ινδομεθακίνη.
- Πραγματοποίηση της επέμβασης σε νοσοκομειακό περιβάλλον σε βαριές καταστάσεις.

Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Αποφυγή χορήγησης φαρμάκων

Σε ασθενείς με σοβαρή ηπατική βλάβη ποικίλης αιτιολογίας είναι απαραίτητη η τροποποίηση της δόσης ή η πλήρης αποφυγή ορισμένων φαρμάκων που μεταβολίζονται στο ήπαρ⁽¹⁹⁻²¹⁾. Μεταξύ των φαρμάκων αυτών βρίσκονται και τα τοπικά αναισθητικά που χρησιμοποιούνται στην καθημερινή οδοντιατρική πράξη, καθώς μεταβολίζονται κατά το μεγαλύτερο μέρος τους στο ήπαρ. Ο μεταβολισμός των τοπικών αναισθητικών της κατηγορίας των εστέρων γίνεται με την βοήθεια της ψευδοχολινεστεράσης, ενώ των τοπικών αναισθητικών αμιδικού τύπου πραγματοποιείται μέσω των μικροσωμικών ενζύμων⁽⁶⁾. Σε παθήσεις του ήπατος ο μεταβολισμός των τοπικών αναισθητικών περιορίζεται, με αποτέλεσμα την αύξηση του επιπέδου του φαρμάκου στο αίμα, την παρατεταμένη δράση του και τον κίνδυνο εμφάνισης τοξικών φαινομένων από το καρδιαγγειακό και το κεντρικό νευρικό σύστημα⁽⁶⁾. Χαρακτηριστικά, σε ασθενείς με ηπατική νόσο ο χρόνος ημισείας ζωής της λιδοκαΐνης αυξάνεται στο τριπλάσιο⁽⁶⁾.

Επιπλέον, αντενδείκνυται η χρήση της παρακεταμόλης εξαιτίας της ηπατοτοξικότητας που παρουσιάζει, και της ασπιρίνης η οποία θα επιδεινώσει τυχόν πρόβλημα αιμόστασης^(22, 23). Επίσης, θα πρέπει να αποφεύγεται η συνταγογράφηση των αντιμυκητιασικών φλουκοναζόλη και μικοναζόλη, όπως και της ερυθρομυκίνης, της μετρονιδαζόλης και των τετρακυκλινών⁽²⁴⁾.

Μέριμνα του οδοντιάτρου πρέπει να αποτελεί το ενδεχόμενο αλληλεπίδρασης της αιθανόλης με ηρεμιστικά που χρησιμοποιούνται για την καταπολέμηση του άγχους, στους αλκοολικούς ασθενείς⁽⁷⁾. Η αλληλεπίδραση αυτή ισχυροποιεί την αναισθησία και καταστέλλει το φαρμαγικό αντανακλαστικό. Σε περίπτωση που ο ασθενής έχει πρόσφατα μειώσει την ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνει, είναι πιθανό να παρουσιάσει στερητικό σύνδρομο κατά την διάρκεια της θεραπείας⁽²⁾. Σε αυτή την περίπτωση, η κλινική εικόνα ποικίλει από την εμφάνιση απλής ταραχής ή τρόμου, ως παραισθήσεων και λιποθυμίας.

Σε έκπτωση της ηπατικής λειτουργίας μπορεί να προκύψει σοβαρό πρόβλημα και σε αιματηρές οδοντιατρικές επεμβάσεις, όπου ο ασθενής καταπίνει μεγάλες ποσότητες αίματος. Και αυτό γιατί το ήπαρ αδυνατεί να μεταβολίσει το αίμα, με αποτέλεσμα αυτό να συσσωρεύεται και να αυξάνουν τα επίπεδα του αζώτου που φυσιολογικά περιέχει οπότε υπάρχει σοβαρός κίνδυνος πρόκλησης εγκεφαλοπάθειας⁽⁷⁾.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αναγνώριση των ασθενών με γενική νόσο βασίζεται κυρίως στο ιατρικό ιστορικό και στις απαντήσεις που δίνει ο ασθενής στο ερωτηματολόγιο υγείας. Στις ερωτήσεις που κάνει ο γιατρός θα πρέπει να ζητούνται πληροφορίες για παρελθούσες ιογενείς ηπατίτιδες, ίκτερο, κατανάλωση αλκοόλ, μεταγγίσεις αίματος και ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών⁽¹⁸⁾. Με την λήψη του ιατρικού ιστορικού ο οδοντίατρος καταγράφει τους ασθενείς που είναι ενήμεροι για την κλινική τους κατάσταση, ενώ με το ερωτηματολόγιο υγείας αναγνωρίζει εκείνους που α-

γνοούν την ύπαρξη της νόσου⁽²⁵⁾. Έτσι, σε καταφατική απάντηση στην ερώτηση «Πίνεις αλκοόλ;» υπάρχει μία στις έξι πιθανότητες να υπάρχει ενεργός αλκοολισμός⁽¹⁸⁾. Η αναγνώριση του αλκοολικού ασθενή απαιτεί την χρήση πιο εξειδικευμένου ερωτηματολογίου, όπως είναι το ερωτηματολόγιο C.A.G.E.⁽²⁶⁾, με το οποίο αποκαλύπτεται ο βαθμός εθισμού στο αλκοόλ μέσω βαθμολόγησης των απαντήσεων (Πίνακας I).

Πίνακας I: Ερωτηματολόγιο C.A.G.E. (26). Θετική απάντηση σε κάθε μία από τις παρακάτω ερωτήσεις αντιστοιχεί σε ένα βαθμό. Δύο βαθμοί αντιστοιχούν σε πιθανότητα 30-60% να υπάρχει ενεργός αλκοολισμός, τρεις βαθμοί ανεβάζουν την πιθανότητα στο 60-75%, ενώ στους τέσσερις βαθμούς η πιθανότητα να υπάρχει εξάρτηση από το αλκοόλ είναι μεγαλύτερη από 90%.

- Έχετε αισθανθεί ποτέ ότι πρέπει να κόψετε το ποτό;
- Σας έχουν ποτέ επισημάνει το ότι πίνετε;
- Έχετε νιώσει ποτέ ενοχές επειδή πίνετε;
- Έχετε πιει ποτέ αλκοόλ το πρωί για να ηρεμήσουν τα νεύρα σας ή για να συνέλθετε από μέθη;

Ο συνδυασμός αλκοόλ και καπνίσματος είναι συχνό φαινόμενο και αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης νεοπλασιών στον στοματοφάρυγγα και τον οισοφάγο^(26, 27). Γίνεται, συνεπώς, εύκολα αντιληπτό ότι ο υψηλός βαθμός υποψίας του οδοντιάτρου κατά την λήψη ιστορικού και την κλινική εξέταση μπορεί να προφυλάξει τον ίδιο, τον ασθενή, αλλά και όλους τους ασθενείς από σοβαρές καταστάσεις που ενδέχεται να απειλήσουν την υγεία τους (28).

Επιδημιολογικές έρευνες συσχετίζουν την μόλυνση από τον ιό της ηπατίτιδας τύπου C με τον ομαλό λειχήνα του στόματος^(29, 30). Σε ασθενείς με ομαλό λειχήνα έχει διαπιστωθεί υψηλός επιπολασμός αντι-HCV (38%) και HCV RNA (30%), και έχει υποστηριχθεί πως ο ιός μπορεί να αποτελέσει παθογόνο αίτιο της εμφάνισης του ομαλού λειχήνα. Επιπλέον, η εκδήλωση του ομαλού λειχήνα συσχετίζεται με μακράς διάρκειας ηπατική νόσο και συνήθως προσβάλλει πολλές περιοχές του σώματος εκτός του στοματικού βλεννογόνου⁽³¹⁾. Σε πρόσφατες μελέτες αναφέρεται ότι και η ηπατίτιδα G, η οποία μεταδίδεται με τρόπο παρόμοιο με αυτόν της ηπατίτιδας C, ανιχνεύεται σε ασθενείς που πάσχουν από ομαλό λειχήνα και καρκίνο του στόματος, ενώ συχνά (10-20%) συνυπάρχει με χρόνια ηπατίτιδα C^(32, 33). Ωστόσο, δεν υπάρχουν σαφείς αποδείξεις για την αιτιολογική συσχέτιση της ιογενούς ηπατίτιδας με τον ομαλό λειχήνα του στόματος. Συμπερασματικά, για την οδοντιατρική αντιμετώπιση του ασθενή με ηπατική νόσο απαιτείται:

- Γνώση της αιτιολογίας και της κλινικής εικόνας της νόσου.
- Αποφυγή φαρμάκων τα οποία μεταβολίζονται στο ήπαρ.
- Παρακολούθηση της ηπατικής ικανότητας του αίματος.
- Λήψη κατάλληλων μέτρων για την αποφυγή μόλυνσης και μετάδοσης ιογενών λοιμώξεων, όπως επιβάλλεται άλλωστε για όλους τους ασθενείς.

SUMMARY

"The Dental Patient with Hepatic Disease"

N. G. Xatzigiannis, DDS, K. I. Tosios, DDS, Dr. Dent

hellenic stomatological review 48: 219-223, 2004

Hepatic disease affects a considerable part of the general population and, consequently, of the dental patients. Hepatic functions may have a direct impact on dental practice, as patients suffering from serious hepatic diseases may be unable to metabolize certain drugs and may have complicated blood coagulation. Furthermore, viral hepatic diseases pose a serious public health hazard due to their highly contagious nature.

In the present paper, liver anatomy and physiology, and the clinical and laboratory parameters of hepatic disease are reviewed, and guidelines for the prevention and management of complications associated with liver disease during dental treatment are suggested.

Key words: *Hepatic disease, management, medical emergencies, dental treatment*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Παρασκευάς Ε, Ξυπόπουλος Δ, Ντουράκης Σ: Ηπατοκυτταρικός Καρκίνος. Αθήνα, 2001: 10-11.
2. Μάρτης Χ: Ο προβληματικός ασθενής του οδοντιατρείου. Αθήνα: Εκδ. ΖΗΤΑ 1995, σελ. 309-317.
3. Παπαδημητρίου ΓΔ, Ανδρουλάκης ΓΑ: Αρχές Γενικής Χειρουργικής. Αθήνα: Εκδ. Παρισιάνος, 1989, σελ. 589-593.
4. Guyton A.G.: Ιατρική Φυσιολογία. 8η Εκδόση. Αθήνα: Εκδ. Παρισιάνος 1992, σελ. 1012-1018.
5. Harvey RA, Champre PC: Φαρμακολογία. Αθήνα: Εκδ. Παρισιάνος 1995, σελ. 11-12.
6. Φραγκίσκος Φ: Τοπική αναισθησία και καταστολή-αναλγησία στην οδοντιατρική. Αθήνα, 1995, σελ. 45-46.
7. Peterson LJ, Ellis EI, Hupp JR, Tucker MR: Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery. St Louis: Mosby 1998, pp 14-19.
8. Χατζηγιάννης Σ: Εσωτερική Παθολογία. Αθήνα: Εκδ. Πασχάλη 1995, σελ. 375-386.
9. Little JW, Falace DA: Dental management of the medically compromised patient. 4th Edition. St Louis: Mosby 1993, pp 258-263.
10. CECIL: Παθολογία. Αθήνα: Εκδ. Λίτσας 1996, σελ. 501-514.
11. Wisnom CJ, Kelly M: Medical dental management of a chronic hepatitis C patient: A case report. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 1993, 76: 786-798.
12. Molinari JA: Hepatitis C virus infection. Dent. Clin. North Am. 1996, 40: 309-325.
13. Lieber CS: Medical disorders of alcoholism. N. Engl. J. Med. 1995, 333: 1058-1065.
14. Αλεξοπούλου Α: Ηπατίτιδα Β και ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα. Επιστημονική διημερίδα «Ιογενείς Ηπατίτιδες Β & C». Αθήνα 28/21/3/2003. Τόμος εισηγήσεων.
15. Christianson C, Epstein J, Mathias R: A case of a hepatitis B infected practitioner. J. Can. Dent. Assoc. 1993, 59: 52-57.
16. Πανής Β: Πρόληψη λοιμώξεων στην οδοντιατρική. Αθήνα: Εκδ. ΒΗΤΑ 1994: 21-27.
17. Δρακούλης Χρ: Προφύλαξη-Θεραπεία χρόνιας ηπατίτιδας C. Επιστημονική διημερίδα «Ιογενείς Ηπατίτιδες Β & C». Αθήνα 28/21/3/2003. Τόμος εισηγήσεων.
18. Misch CE: Contemporary Implant Dentistry. 2nd Edition. St Louis: Mosby 1999: 36-59.
19. Schueler L, Harper JL: Acetaminophen toxicity: report of case and review of the literature. J. Oral Maxillofac. Surg. 1995, 53:1212-1214.
20. Φραγκίσκος Φ: Χειρουργική του στόματος. Αθήνα 2000, σελ. 23-31.
21. Ιακωβίδης Δ, Τσιρλής Α: Τοπική αναισθησία στην οδοντιατρική. Θεσσαλονίκη 1992, σελ. 275-277.
22. Lindroth J, Herren C, Falace D: The management of acute dental pain in the recovering alcoholic Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. 2003, 95: 432-436.
23. DePaola LG: Managing the care of patients infected with blood-borne diseases. J. Am. Dent. Assoc. 2003, 134: 350-358.
24. Greenwood M, Meechan J: General medicine and surgery for dental practitioners. Part 5: Liver disease. Br. Dent. J. 2003, 195:71-73.
25. Σπυρόπουλος Ν, Πατσάκας Ι, Αγγελόπουλος Α: Αξιολόγηση των ασθενών που προσέρχονται για οδοντιατρική θεραπεία. Ελλην. Στομ. Χρον. 1980, 24: 9-20.
26. Friedlander A, Marder S, Pisegnia J, Yagiela G: Alcohol abuse and dependence. Psychopathology, medical management and dental implications. J. Am. Dent. Assoc. 2003, 134: 731-740.
27. Schreiber A: Alcoholism. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. 2001, 92: 127-131.
28. Φραγκίσκος Φ, Μασούλας Γ, Γκιζόντης Λ: Αλλεργία στα τοπικά αναισθητικά με δικές μας περιπτώσεις. Οδον. Πρόοδος 1991, 45: 317-325.
29. Lodi G, Porter SR, Scully C: Hepatitis C virus infection. Review and implications for the dentist. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. 1998, 86: 8-22.
30. Carrozzo M, Gandolfo S, Lodi G, Carbone M, Garzino-Demo P, Carbonero C, Porter SR, Scully C: Oral lichen planus in patients infected or noninfected with hepatitis C virus: the role of autoimmunity. J. Oral Pathol. Med. 1999, 28: 16-19.
31. Ντουράκης Σ: Εξωηπατικές εκδηλώσεις του ιού της ηπατίτιδας C. Επιστημονική διημερίδα «Ιογενείς Ηπατίτιδες Β & C». Αθήνα 28/21/3/2003. Τόμος εισηγήσεων.
32. Lodi G, Carrasi A, Scully C, Porter SR: Hepatitis G virus: Relevance to oral health care. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. 1999, 88: 568-572.
33. Nagao Y, Sata M, Noguchi S, Suzuki H, Mizokami M, Kameyama T, et al.: GB virus infection in patients with oral cancer and oral lichen planus. J. Oral Pathol. Med. 1997, 26: 138-141.

Διεύθυνση για επικοινωνία:

Νίκος Γ. Χατζηγιάννης
 Δαμάρεως 99
 11633 Αθήνα
 Τηλ.: 210-7525070
 e-mail: nhatz@dent.uoa.gr