

CONCEPȚII NOI ÎN TRATAMENTUL AFTELOR CRONICE RECIDIVANTE

dr. Șt. Bocskay, O. Manolache, dr. A. Monea

Afta cronică recidivantă poate fi determinată ca o ulcerare necrotică a mucoasei bucale a cărei etiologie nu a fost clarificată.

În 1911 *Sutton* a descris o formă deosebit de gravă a acestei afecțiuni, pe care a denumit-o „periadenitis mucosa necrotica recurrens”. Ulterior s-au descris o mulțime de alte forme mai mult sau mai puțin grave, folosindu-se nomenclaturi și clasificări care au contribuit mai mult la confuzia practicienilor, decît la înțelegerea și diagnosticarea afecțiunii.

Se lansează și azi supoziții de natură psihică, alergică, traumatică și endocrină, cu accent special pe tărîmul microbiologiei și imunologiei (*Graykowski E., Francis T. C., Lehner T. etc.*).

În cadrul Clinicii de odontologie și parodontologie din Tîrgu-Mureș, s-a întreprins în ultimii ani cercetări și evaluări clinice curente, pe baza urmării în timp a rezultatelor terapeutice, obținute cu diverse substanțe și medicamente. Rezultatele la care am ajuns dorim să le prezentăm în lucrarea de față.

Observații clinice

Frecvența afecțiunii constatată de către noi se apropie de datele din literatura de specialitate, indicînd un procentaj de cca 35⁰/₀ printre afecțiunile cele mai frecvente ale cavității bucale. *Ship* și colab. indică o incidență de 50⁰/₀ la studenții cercetați, iar *Sircus* și colab., presupun că fiecare a 5-a persoană prezintă această afecțiune într-o perioadă dată a vieții.

Pe baza observațiilor noastre, afecțiunea are o frecvență mai mare la femei decît la bărbați și este mai des întîlnită între 10 și 30 de ani.

Fără a descrie semnele clinice ale afecțiunii, care sînt cunoscute, vrem totuși să prezentăm unele observații, privind manifestările psihice determinate de această afecțiune:

— nu numai individul este marcat de boală dar foarte frecvent și cei din anturaj (mai ales familia) care îi văd suferința;

— la pacienții cu dese recidive și forme rebele la tratament, se întîlnește foarte frecvent cancerofobia;

— copiii cu afte se izolează de partenerii de joacă sau de colegii de școală. Nu mai sînt atenți la lecții, nu iau parte la viața colectivă a clasei și de foarte multe ori sînt catalogați drept înapoiți mintali;

— literatura de specialitate citează afectarea gravă a relațiilor familiale, ajungându-se chiar la divorț.

Posibilități terapeutice actuale

Experiența acumulată în clinica noastră ne-a dat posibilitatea să observăm rezultatele obținute prin terapie locală, generală și combinată.

Local indicăm o suspensie de tetracilină care conține 250 mg de subst. activă, în 5 ml de suspensie și care aderă la leziunile ulceroase. Suspensia este menținută în cavitatea bucală timp de 2 minute. Se repetă de câteva ori pe zi.

În cazuri mai grave, pentru ușurarea alimentației, noi indicăm și recomandăm:

Rp. Decoct rad. Althaeae	g	10,0
Anestezină	g	5,0
Sirop simplu	g	10,0
Apă distilată	g	200,0
M. f. sol.	D.S. ext. pt. băi bucale.	

Cu rezultate bune am utilizat în ultimul timp preparatul Oxicorn spray care poate fi ușor manipulat de pacienți.

Sintem categoric împotriva folosirii badijonărilor locale cu nitrat de Ag, utilizat cronic de pacienți, deoarece pot crea condiții favorabile pentru stări precanceroase.

Considerăm că tratamentul local are mai mult un aspect paliativ, favorizând doar vindecarea leziunilor existente și ușurând alimentarea pacienților. Nu împiedică recidivele.

Rezultate multumitoare am obținut în urma tratamentului general, administrat sub diverse forme, pentru a avea posibilitatea unui studiu comparativ. În acest sens am utilizat derivați corticoidici (Prednison), gamaglobulină, vitamine din grupul B, metronidazol, iar mai recent un preparat nou — Flumidin.

Prednisonul l-am indicat în cazurile grave, numai sub strict control în staționar, cel puțin în fazele inițiale. Tratamentul se începe cu 40 mg la care se adaugă tetracilină 250—500 mg. După 10—12 zile leziunile dispar și cantitatea de Prednison administrată scade zilnic, pînă se ajunge la 50 mg. Se menține această doză timp de 30 de zile. În caz de recidivă, cantitatea administrată poate să crească din nou.

Gamaglobulinele administrate singure sau în combinație cu vitamina B₁ și B₆ au dat cele mai bune rezultate în prevenirea recidivelor. Am utilizat mai multe modalități de administrare.

În cazul tratamentului singular cu gamaglobulină s-a început cu administrarea a 4 fiole sol. 16% într-o singură doză, repetată la interval de 7 zile. În continuare am indicat cite o fiolă la 30 de zile timp de 3 luni. La copii și adolescenți doza de șoc a fost de 3 fiole.

În tratamentul combinat cu vitamina B₁ și B₆ am indicat 2 fiole de gamaglobuline în prima zi urmate de 2 fiole de vit. B₁ și B₆ în ziua următoare. Se alternează acest tratament timp de 8 zile. În cazurile mai grave sau care au beneficiat de numeroase alte tratamente, am indicat repetarea după o lună.

Metronidazolul în aplicații locale sau generale sub formă de soluție glicerinată 8% și 3 tablete zilnic per os, nu a dat rezultatele scontate de noi.

Recent am introdus administrarea de Flumidin, care din punct de vedere chimic este N-amidino-4-morfoline-carboxamidin. În culturi de celule are un efect inhibant asupra unor virusuri, ca de exemplu cel hepatic și cel al gripei. Rezultatele obținute în puținele cazuri pe care le-am tratat până acum pot fi considerate bune.

În tabelul prezentat mai jos se poate vedea clar situația, cu mențiunea că în cazurile în care nu am avut rezultate cu alte medicamente, am utilizat ulterior, cu rezultate bune, combinația de gamaglobulină cu vitaminele B₁ și B₆.

Concluzii

Așa după cum rezultă din cercetările noastre, cele mai bune rezultate le-am obținut prin combinarea gamaglobulinei cu vitamina B₁ și B₆, fapt ce ne sugerează presupunerea unei etiologii virale a îmbolnăvirii, viroză ce rămâne latentă în organism până când un factor extern (frecvent întâlnit la cei care suferă de această afecțiune — traumatisme masticatorii, factori alimentari etc.) declanșează boala.

În privința fenomenelor psihice, sugerăm ca, în cazurile mai grave, să se colaboreze cu un specialist. În alte cazuri, convorbirile purtate cu pacienții asupra inofensivității afecțiunii pentru cei din anturaj sau privind rezervele pe care le au bolnavii asupra factorului cancerigen, au avut un efect binevenit și liniștitor, rareori fiind nevoiți să recurgem la tranchilizante minore.

Tabelul nr. 1

Medicamentul aplicat	Tratament		Nr. de cazuri	Recidive
	local	general		
Vitamina B ₁	—	+	7	6
Vit B ₁ +B ₆	—	+	14	8
Gamaglobulină	—	+	26	5
Gamaglob.+B ₁ +B ₆	—	+	42	4
Prednison	—	+	13	6
Flumidin	—	+	24	3
Oxicort	+	—	10	10
Metronidazol	—	+	10	8
Metronidazol	+	—	12	12
TOTAL			158	62

Numărul cazurilor tratate au fost urmărite pe grupe de vîrstă și pe sexe. Recidivele au fost controlate la intervale de 1, 3, 6 și 12 luni.

Sosit la redacție: 18 octombrie 1976.

Bibliografie

1. Foliant A. V., Hersonskaia F. S.: Stomatologia (1970), 13, 4; 2. Gray M.: Terapia buco-dentară, Ed. med. București, 1973; 3. Graykowski E. A., Barile M. F., Stanley H. R.: J. Amer. Dent. Ass. (1964), 69, 119; 4. Graykowsky E. A. și colab.: Dent. Wld. (1967), 1, 23; 5. Krashen A. S.:

J. Amer. Dent. Ass. (1970), 81, 1163; 6. *Sallay Kornélia*: Fogorv. Szle. (1968), 1, 18; 7. *Ship I., Morris A. L., Durocher R. T., Barket L. W.*: Oral Surg. Med. Path. (1960), 13, 1191, 1317; 8. *Ship I., Morris A. L., Durocher R. T., Barket L. W.*: Oral Surg. Med. Path. (1961), 14, 30; 9. *Ship I.*: Am. J. Med. (1962), 32, 32; 10. *Sircus W., Church R., Kelleher I.*: Quart. J. Med. (1957), 26, 235; 11. *Stanley H. E.*: Oral Surg. Oral Med. (1972), 33, 3, 407; 12. *Vilanova X. J.*: Rev. stom. (1955), 1, 70.
