

SINDROM STEČENOG GUBITKA IMUNITETA — RIZIK STOMATOLOŠKE PROFESIJE

Ana Cekić-Arambašić

Zavod za bolesti usta Stomatološkog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

Sažetak

Sindrom stečenog gubitka imuniteta je bolest koja je važna za stomatologe i stomatološko osoblje zbog moguće transmisije u stomatološkoj praksi i infekcije krvlju i slinom. Dosadašnja istraživanja otkrila su uzročnik humani retro virus HTLV-3, kao i moguće razvojne stadije bolesti.

Bolest se pojavljuje u početnom stadiju sa manifestacijama na oralnoj sluznici, koje su karakterizirane sklonošću oportunističkim infekcijama i prisutnošću Kaposi sarkoma. Iz razloga infekcioznosti virusa HTLV-3 i njegove prisutnosti u tjelesnim tekućinama potrebno je predvidjeti mjere predostrožnosti u stomatološkoj praksi, koje omogućavaju prepoznavanje bolesnih osoba.

U slučaju suspektih bolesnika sa sindromom stečenog gubitka imuniteta kao i kod nosioca antitijela provode se zaštitne mjere u stomatološkoj praksi koje uključuju postupak dezinfekcije i sterilizacije radnog polja, odjeće i instrumenata.

Ukoliko dođe do kontakta s oboljelim od sindroma stečenog gubitka imuniteta potrebno je da stomatolog uključi bolesnika u opće mjere zaštite predviđene za tu bolest.

Kod oboljelih nužne su stomatološke intervencije u cilju smanjivanja oralnih simptoma bolesti, kao i pružanja nužne stomatološke zaštite.

Ključne riječi: AIDS i stomatološka praksa

UVOD

Sindrom stečenog gubitka imuniteta — SIDA ili AIDS je bolest gotovo nepoznata do prije pet godina. Sada je već u punoj ekspanziji. Broj dijagnosticiranih slučajeva udvostručuje se svakih 6 mjeseci, iako je stupanj povećanja, izgleda, usporava.

Bolest je prvi puta identificirana 1979. godine, a pojavila se prvi puta u San Francisku, nakon toga i u drugim urbanim područjima SAD-a i na drugim kontinentima. Slučajevi slične simptomatologije poznati su od sredine 70.-tih godina na Karibima i u Ekvatorijalnoj Africi. Prognoza bolesti je veoma loša, smrtnost (Philippart i sur. 1985.) do danas iznosi negdje od 40—60%, iako još ne znamo da li je to konačno. Predviđa se da će smrtnost narasti do 80—100%. Infaustna prognoza rezultat je kroniciteta ove

bolesti sklonosti oportunističkim infekcijama oboljelih, izostanaka odgovora na antibiotsku terapiju i pomanjkanja sredstava kojim bi se mogla liječiti.

Sindrom stečenog gubitka imuniteta karakteriziran je jakom depresijom celularnog imuniteta, što rezultira defektnom reakcijom kasne preosjetljivosti (Davis, Knapp 1984.), limfopenijom T stanica i abnormalnim odnosom pomoćničkih i supresorskih T stanica.

Humani retrovirus odgovoran za ovu bolest (Groopman i sur. 1984) izoliran je u Francuskoj od Montagner-a i sur. pod imenom LAV (Lymphadenopathy associated virus) i gotovo u isto vrijeme od Gall-a i sur. u SAD-u nazvan kao HTLV-3 (Gumen T Lymphotropic virus III).

Vjeruje se da je bolest niske infekcioznosti i da je potrebno da budu inokulirane visoke doze virusa da izazove bolest, ili je potrebno više uzastopnih kontakata u inkubacionom periodu koji može trajati, prema današnjim saznanjima, od nekoliko mjeseci od 5 godina.

Za sve one koji se brinu o zdravlju stanovništva potrebno je upoznavanje sa karakteristikama bolesti sindroma stečenog gubitka imuniteta radi prepoznavanja te opasne bolesti.

Danas se smatra da postoje tri faze bolesti (Philippart i sur. 1985):

I. Prodromalni stadij

1. Adenopatija generalizirana
2. Kronična dijareja
3. Temperatura
4. Opća slabost

II. Intermedijarni stadij

Oportunističke infekcije

III. Stadij infekcije

1. Reaktiviranje infekcije od ranije
2. Manifestne infekcije sa pneumonocitis carini pluća
3. Infekcija *Candida albicans*
4. Infekcija Herpes simplex I i II citomegalovirusom
5. Kaposi sarjom

Karakteristično je za adenopatiju da se javlja cervikalno i retroaurikularno, da su limfne žlijezde trajno povećane i bolne.

Kronična dijareja prisutna je bez gastrointestinalne infekcije. Temperatura intermitentna ili trajna, može biti subfebrilna. U intermedijarnom stadiju dolazi već do manifestacije deficita imuniteta koji se manifestira infekcijom *Candida* i virusom Herpes simplex. Zbog toga u ovom stadiju možemo očekivati pacijente u stomatološkoj ambulanti. Limitirane imunološke reakcije pacijenata i nesposobnost da infekciju sanira dovodi do reaktiviranja infekcijom micobacteriom tuberkuloze i salmonelom.

Infekcija virusom HTLV-3 ili LAV virusom prenosi se putem seksualnih kontakata, intravenskim unosom infektivnog materijala, putem krvi i derivata krvi, te transmisijom od majke na dijete intrauterino. Rizične skupine su homoseksualci, biseksualci (70%), intravenski korisnici droge (17%), hemofiličari i politransfundirane osobe (4%), (4%), Haićani (oko 5%).

Istraživanja AIDS-a napreduju veoma brzo, pa je virus izoliran, osim iz krvi, i iz limfnih žlijezda, sjemene tekućine i sline (Groopmann i sur. 1984.)

MOGUĆNOST PRENOSA U STOMATOLOŠKOJ PRAKSI

Budući da stomatolozi u svakodnevnom radu dolaze u kontakt sa krvlju svojih pacijenata prilikom kirurških i parodontoloških intervencija, a sa slinom kod svih ostalih konzervativnih i protetskih intervencija, postoji poseban rizik za infekciju upravo za stomatologe. Taj rizik od infekcije zbog kontagioznosti bolesti nema samo značaj za stomatologe i ostalo medicinsko osoblje, medicinske sestre i tehničare, već i zbog moguće transmisije infekcije u stomatološkoj ambulanti na ostale pacijente.

Infekciji pogoduju ponovljene ekspozicije virusu putem sline, kao i suprimirani imunološki sistem medicinskog osoblja (Braun-Falco 1985.), kao i dugački inkubacijski period.

Opisana su 4 slučaja infekcije virusom HTLV-3 kod zdravstvenih radnika, izvan rizičnih skupina, dakle strah je nepotreban, jer se kod njih radilo o incidentu ubodom na iglu koja je bila u kontaktu sa AIDS bolesnikom.

ORALNE MANIFESTACIJE BOLESTI

Sindrom stečenog gubitka imuniteta pojavljuje se često u početnom stadiju u obliku oralnih patoloških promjena na sluznici. Karakteristika tih promjena je sklonost k oportunističkim infekcijama oralne sluznice zbog insuficijentnog imuniteta (Wofford i Miler 1985.). Kliničke manifestacije ovih infekcija ima svoje specifične karakteristike ovisno o porijeklu infekcije (Schuppli 1984.).

Možemo očekivati u intermedijarnom stadiju i stadiju infekcije ove oralne patološke promjene:

stomatitis candiomycetica

— leukoplakia villosa linguae

— stomatitis simplex uzrokovan pneumocystis carinii

— herpes simplex

— sarkoma Kaposi

— nekroze i ulceracije

Infekcija Candidom javlja se na svim regijama oralne sluznice, ali najčešće je primjećena na jeziku i nepcu. Predominiraju u kliničkoj slici akutni oblici oralne kandidijaze.

Pseudomembranozne formacije ne moraju biti tipično grupirane zbog prisutnosti funkcije žvakanja.

Hiperkeratoza rubova jezika može predstavljati rani simptom AIDS-a. Diskutira se još o tome da li je takva dlakava leukoplakija odgovor na iritaciju papiloma virusom i herpes virusom. Kataralne upale oralne sluznice posljedica su pneumonije izazvane protozom *Pneumocystis carinii*.

Oralni herpes simplex hominis tip I infekcije, rekurentnog tipa sa produljenim trajanjem bolesti i komplikacijama, može stavljati jedan od znakova AIDS-a (Braun-Falco, Helm 1985.) u području nepca i gingive. Karakteristične vezikule za herpes simpleks infekciju najčešće neće biti prisutne u usnoj šupljini zbog njene funkcije. One pucaju i ostavljaju erozije koje nemaju tipični eritem reaktywne upale. Erozije mogu konfluirati, što ovisi o toku bolesti.

Maligna neoplazma koja se javlja u slučaju AIDS bolesnika u ustima je Kaposi sarkom. To je sistematski sarkom sa multicentričnim porijeklom. Manifestira se sa crvenim ili crvenosmeđim leizjama kože i sluznice, koje se mogu inicijalno javiti intraoralno (Eversole i sur. 1983.).

Najprije se javljaju na ekstremitetima, ušima i vratu, da bi se diseminirali. Bolest je otprije poznata kod mladih Afrikanaca, a Kaposi je opisuje kod ljudi u mediteranskom području, starijih Židova. Postoji, izgleda, genetska predispozicija prema sarkomu, iako nije uočen familijarni prenos. Tipično se pojavljuje na nepcu, ali moguće su i druge interoralne lokalizacije. Počinju sa crvenim, ljubičastim, ružičastim i purpurno crvenim makulama, papulama, i nodulima koji podsjećaju na piogene granulome (Farman i Uys 1975.).

Gubitak obrambenih mehanizama dovodi do pojave opsežnih oralnih nekroza, bez tendencije k sanaciji.

MJERE PREDOSTROŽNOSTI U STOMATOLOŠKOJ PRAKSI

Stomatolog bi u svom svakodnevnom radu morao izvršiti opću procjenu zdravlja pacijenta prije početka tretmana, naročito kod rizičnih skupina. Iako se radi o skupinama koje je anamnestički lako identificirati potrebno je uzeti u obzir i delikatnost davanja takvih podataka i mogućnost njihova zatajivanja kod različitih skupina. Mjere predostrožnosti u radu potrebno je provesti u svim slučajevima suspektnim na AIDS, kao i kod nosioca anti-tijela na HTLV-3 virus (Conte i sur. 1984.).

Suspektna su stanja na manifestnu bolest:

- pneumonia
- oportunistička infekcija usta
- Kaposi sarkom
- kronična generalizirana limfadenopatija
- gubitak tjelesne težine
- povišena temperatura kod rizičnih osoba 38⁰C

- dijarea
- osjećaj slabosti i umora

ZAŠTITNE MJERE U STOMATOLOŠKOJ PRAKSI

U kontroli ove bolesti danas se poduzimaju veliki napori. Prava terapija za sada na žalost nepostoji. Indukcija obrambenih snaga aktivnom i pasivnom imunizacijom nažalost isto nije moguća. Ostaje nam da u borbi protiv ove bolesti uspostavimo barijere kako bi se spriječila transmisija.

Mjere moraju predvidjeti:

- zaštitu stomatologa i ostalog stomatološkog osoblja (sestra — tehničar)
- potrebno je spriječiti širenje infekcije na druge pacijente — daljnja kontaminacija u stomatološkoj ambulanti.

Iako do sada nema nikakvog službenog stava što je potrebno da stomatolog učini preventivno u sprečavanju i širenju bolesti AIDS-a u zaštiti od ove bolesti potrebno je primijeniti mjere koje su propisane za infekciju B hepatitisom (Maeglin 1985.).

Zaštita stomatologa i ostalog osoblja sastoji se u radu sa rukavicama, maskom i zaštitnim naočalama. Zbog moguće daljnje kontaminacije pomoću stomatoloških instrumenata i predmeta potrebno je provesti posebne mjere:

- kirurškog načina izolacije radnog polja,
- uklanjanje rublja nakon upotrebe
- dezinfekcija i sterilizacija svega što je došlo u kontakt s bolesnikovom slinom ili krvi,
- primjena posuda za jednokratnu upotrebu — čaše.

Sreća je da je virus HTLV-3 kemijski i termički labilan, pa su uobičajene zaštitne metode dovoljne (Spire i sur. 1985.). Primjena uobičajenih anti-septičkih sredstava se preporučuje (Cetavlon, Asepsol) za predmete i za dezinfekciju ruku.

Posebno na virus djeluje alkohol, etanol 25%, natrium hipoklorid 0,5% otopina, kao i hidrogen, a već kod temperature od +56°C virus bude inaktivan. Sterilizacija se ipak produžuje kao kod B hepatitisa na 200°C 1 sat. Instrumente koje nije moguće sterilizirati suhom sterilizacijom (nasadnici, kolječnici, dijamanti), potrebno je prokuhati nakon dezinfekcije u parafinskom ulju pola sata i držati u posudi s formalinskim parama (Davis, Knapp 1984.) 24 sata, otiske je potrebno dezinficirati i ostaviti 2 sata da stoje prije daljnje upotrebe (Leung, Schonfeld 1983.).

Budući da stomatolozi imaju više od slučajnog kontakta s AIDS bolesnikom razborito je primijeniti mjere opreza.

Nije moguće točno utvrditi kada treba provesti te mjere. Ipak, poznato je da su kod nosioca antitijela na virus HTLV-3 bez manifestnih simptoma

bolesti potrebne zaštitne mjere. Kao opća mjera opreza preporučuje se nošenje zaštitne odjeće, maske i rukavica, te naočala kod obrade svih pacijenata gdje je moguća kontaminacija krvlju i slinom.

Posebne prostorije za čekanje za AIDS bolesnike, prema službenim izvještajima, nisu potrebne, iako se za tretman preporuča posebna ambulanta. Nema dokaza o transmisiji HTLV-3 virusa zrakom i slučajnim kontaktom rukovanjem. Direktni kontakti sa bolesnicima sa oštećenim imunim sistemom se trebaju ipak izbjegavati. (Helineberg 1985).

DUŽNOST LIJEČNIKA STOMATOLOGA KOJI JE U KONTAKTU S OBOLJELIM

Stomatolog mora nakon sumnje na AIDS:

- identificirati bolesnika
- uputiti ga na daljnju medicinsku obradu
- konzultirati se s infektolozima o trajanju mjera predostrožnosti.

U identifikaciji uz kliničke znakove kod kojih su potrebne mjere opreza koriste se i objektivni laboratorijski nalazi:

- leukopenija 2000 L
- smanjen broj T pomoćničkih stanica
- antitijela na HTLV-3 virus

Pacijenta je potrebno uputiti u dijagnostički Centar Odjela za kliničku imunologiju Klinike za infektivne bolesti Dr. Fran Mihaljević, ili ukoliko su prisutne oralne promjene, a postoji dilema da li se radi o AIDS-u ili ne, na Zavod za bolesti usta Stomatološkog fakulteta ili Odjel za bolesti usta Stomatološke Klinike KBC-a.

STOMATOLOŠKE INTERVENCIJE KOD OBOLJELIH OSOBA

Dileme oko toga da li je potrebno bolesnom čovjeku na AIDS pružiti stomatološku zaštitu — postoje.

Intervencije treba izbjegavati medicinsko osoblje u trudnoći zbog potencijalne infekcije retrovirusom.

Oboljelima se ne smije uskratiti njega, a stomatološke intervencije potrebno je svesti na neophodne zahvate:

- konzervativni stomatološki tretman u cilju uklanjanja boli i infekcije oralne sluznice,
- akutni stomatološki zahvati na zubima koji zahtijevaju urgentni tretman (pulpotomija, incizija, drenaža, ekstrakcija pod antibiotskom zaštitom).

Budući da oralne manifestacije gljivičnih, bakterijskih i virusnih infekcija uzrokuju velike tegobe bolesnicima u neophodnoj funkciji uzimanja hrane i govora potrebno je liječiti ih uz adekvatna sredstva. Također se predviđa lokalna terapija antisepticima i opća analgeticima, da bi se pacijenti-

ma olakšali simptomi. Terapiju oralnih oportunističkih infekcija potrebno je provoditi gdje je to moguće u specijalističkim ambulantama, od strane specijaliste oralnog patologa.

Osim zahvata koje je urgentno potrebno učiniti na zubima, ostale stomatološke zahvate nije potrebno provoditi.

Do danas nije opisan slučaj transmisije AIDS-a kroz stomatološku praksu, iako ima oboljelih stomatologa pripadnika rizičnih grupa i nosioca antitijela. Uvjeti rada u ustima mogu dovesti do ozljeđivanja:

U slučaju ozljede prilikom rada s oboljelim osobama potrebno je:

- zatražiti nalaz limfocita u krvi
- zatražiti pomoć infektologa.

ZAKLJUČAK

Aktualnost razmatranja mjera zaštite o praktičnim stomatološkim postupcima kod AIDS bolesnika, te kod zdravih osoba pozitivnih na anti HTLV-3 proizlazi iz činjenice da su i u našoj zemlji također registrirana antitijela (Burek i sur. 1986.) u određenom postotku, među svim klasičnim grupama visokog rizika oboljenja.

Kao zdravstveni radnici i liječnici stomatolozi su obavezni pomoći pacijentu oboljelom na AIDS-u u svrhu postizanja najviše razine oralnog zdravlja koja je moguća.

Mogućnost diseminacije virusa zahvatima u ustima treba uzeti u obzir u slučaju manifestne bolesti, kao i kod nosioca antitijela.

Veoma je značajna uloga stomatologa u ranom otkrivanju AIDS bolesnika, zbog brojnih kontakata koje ima s pacijentima, a time i mogućnosti prepoznavanja općih, a posebno lokalnih znakova bolesti, tako i u slučaju potrebe za intervencijom u ustima kod već verificiranih oboljelih osoba.

Literatura

1. BRAUN-FALCO O, HELM D. Was sollte der Zahnarzt von AIDS wissen, Zahnärztliche praxis 1985; 8:36.
2. CONTE J. E., HADLEY W. K., SANDE M. Infection contact guidelines for patients with Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) Special Report New Engl J Med 1983; 309 (12).
3. DAVIS D. R., KNAPP J. F. The significance of AIDS to dentists and dental practice. J Prosphet Dent 1984; 52, No 51.
4. EVERSOLE I. R., LEIDER A. S., JACOBSON D. L., SHABER E. P. Oral Kaposi's sarcoma associated with acquired immunodeficiency syndrome among homosexual males. J. Am. Dent. Assoc. 1983; 107.
5. FARMAN, A. G., UYS P. P. Oral Kaposi's sarcoma. Oral Surg. 1975; 39:2.
6. GROOPMANN K. E., SALAHUDDIN S. Z., SARNGADARAN M. G., MARKHAM P. D., GONDA M., SLISKI A., GALLO R. C. HTLV-III in Saliva of people with AIDS — related complex and healthy homosexual men and risk for AIDS, Science 1984; 226.
7. HELINENBERG B. J. AIDS ein neues Befrisiko, Die Quintessenz 1985; 11.
8. LEUNG R. L., SCHONFELD S. E. Gypsum casts as a potential source of microbial cross contamination. J. Prosthet Dent 1983; 42.
9. MAEGLIN B. AIDS — das Erworbene ImmunnangelsSyndrom seine Bedeu-

- tung für den Zahnarzt Schweiz, Mschr. Zahn u. medizin 1985; 95, 8.
10. PHILIPPART P., CLUMECK N., LOEB I. TANT L. Syndrome d'immunodeficiency acyuisse (SIDA ou AIDS) et Stomatologie. Acta Stomatologica Belgica. 1985; 82, 3.
 11. SCHUPPLI R. AIDS — Eine neue Krankheit Schw Mschr Zahnmed, 1984; 94.
 12. SPIRE B., BARRE-BINOSSI F., DORT MONT D., MANTAGNER L., CAERMANN J. C. Inactivation of lymphadenopathy-associated virus by heat, gamma rays and ultraviolet light. Lancet 1985; 188.
 13. WOFFORD D. T., MILLER R. I. Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS): Disease characteristics and oral manifestations. J. Am. Dent Assoc 1985; 11 8.
 14. BUREK V., SAKOMAN S., HUDOLIN V., KOVAČ D. Antibodies to Human T-Lymphotropic Virus tipe III (Anti-HTLV-III) among Yugoslav high risk population for AIDS (u tisku 1986.).