

Magyar Néphadsereg Egészségügyi Szolgálat,
Debreceni Orvostudományi Egyetem Stomatológiai Klinikája
és Kórbonctani Intézete

Dr. Nagy György orvosalezredes, az orvostudományok kandidátusa,
Dr. Gyulavári Olivér o. v. főorvos, **Dr. Szokol Miklós** egyetemi adjunktus

A szájképletek elváltozásai polycythaemia rubra veraban (PRV) szenvedőkön

A szerzők 34 polycythaemia rubra veraban szenvedő beteg complex stomatológiai vizsgálata kapcsán ismételten felhívják a figyelmet a gyakori postextractiós vérzés jelentőségére, megerősítik a parakeratosis, mint legjellemzőbb szövettani elváltozás gyakori előfordulását, valamint az irodalomban először matematikailag bizonyítják a PRV-s betegek fokozott ütemű fogelvezését.

Polycythaemia rubra veraban (PRV) nő a keringő vérmennyiség és a vérviszkozitás, a térfogategységre eső vörösvérsejtszám, haematokrit- és haemoglobin-érték (7, 10, 18). A vérmennyiség és vérviszkozitás fokozódása következményes haemodinamikai elváltozásokra (a keringési sebesség csökkenése, stasis-hajlam) vezet (4, 9, 12, 20). Az elmondottak, valamint a betegségben kimutatható különböző véralvadási zavarok (4, 15, 20, 23, 24) képezik az alapját a PRV exacerbatiós stádiumában gyakori vascularis szövödményeknek (14, 19).

Vaquez—Osler kóros betegeink másfél évtizedes haematológiai gondozása során ismételten tapasztaltuk, hogy exacerbatiós stádiumban gyakori az elhúzódó és therápiásan nehezen befolyásolható postextractiós vérzés; egyszer-másszor éppen ilyen szövödmény kapcsán végzett kivizsgálás derítette ki az alapbetegséget (10, 16, 21). Ilyen észleletek nyomán szerveztük meg a betegek rendszeres stomatológiai vizsgálatát. Ennek során makroszkóposan a szájnyalvákahártyán, a nyelven és a fogazatban a betegek aktuális haematológiai státusával és az alapbetegség fennállásának időtartamával kapcsolatban állónak tűnő elváltozásokat találtunk. Ilyenekről korábban ismételten is beszámoltunk (21, 22). Jelenleg nagyobb beteganyagon, hosszabb idő alatt gyűjtött megfigyeléseink eredményeit ismertetjük.

Anyag és módszer

Harmincnégy — gondozásban levő — beteget vizsgáltunk meg az 1970. június 11. és 1972. május 20. közötti időszakban. Betegeink közül 21 férfi volt, és 13 nő. Életkor szerinti megoszlásuk a következőképpen adódott: egy

volt 30 évnél fiatalabb, 4 esett a 31 és 40, 6 a 41 és 50, 11 az 51 és 60, 8 a 61 és 70, valamint kettő a 71 és 80 év közötti korcsoportba. A 34 beteg közül a Vauez-Osler kór fennállásának időtartama 11-en volt 3 évnél rövidebb, 11-en 3 és 5 év, 6-on 5 és 10 év közé esett, és 6-on haladta meg a 10 évet.

A vizsgálat időpontjában 4 beteg remissió, 30 exacerbatiós stádiumban volt. Az exacerbatio és remissió kritériumait másutt közöltük (19).

A vizsgálat során a beteget részletesen kikérdeztük, főleg a megelőző extractiókat követő esetleges utóvérzésre, ennek jellegére és időtartamára, fennálló szájpanaszok jellegére és időbeli lefolyására vonatkozóan. A vizsgálat a szájnyálkahártya, a nyelv és a fogtartó szövetek állapotára, valamint a meglévő fogak számára és állapotára terjedt ki. Szükség esetén Panoramix-Rtg.-felvételt is készítettünk. Minden esetben próbakimetszést végeztünk a bucca nyálkahártyájából, illetve az ínyselekből.

A polycythaemiás beteganyag fogelvesztése mértékének vizsgálata céljából betegeink fogszámát a „decilis karakterszámok” Adler és mtsai (1, 2) által kidolgozott módszerével hasonlítottuk össze a balmazújvárosi-random-módszerrel kiválogatott, ezres nagyságrendű — standarddal. A módszert lúgmérgezést túlélték és diabetes mellitusban szenvedők vizsgálata során dolgozták ki.

Eredmények

Postextractiós vérzés — a betegek elmondása szerint — 13 esetben fordult elő. Ezek időtartama 1—2 naptól 1 hétig terjedt, — sok esetben a vérzés a lokális kezelés ellenére — elhúzódott. Külön kiemelésre érdemesnek tartjuk 3 betegünk észlelését, mely szerint alapbetegségük felfedezése, ill. adequat kezelése előtt többször is volt utóvérzésük, míg a többéves kezelt stádiumban végzett későbbi fogeltávolítások teljesen szövődéymenyesen zajlottak le.

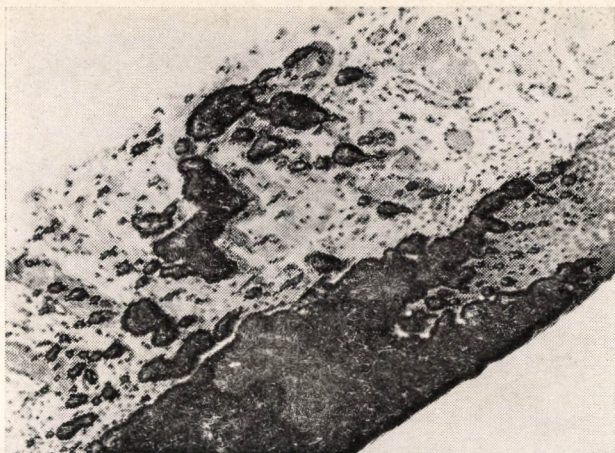
A nyelv, az ajak ill. a szájnyálkahártya olyan makroszkópos elváltozása, amelyet a betegségre jellemzőnek írnak le (málnavörös nyelv, ill. szájnyálkahártya, foltosan vagy teljesen depapillált nyelv, a szájnyálkahártya petechiái) kilenc betegünkön fordult elő.

A parodontium elváltozásai (chronicus parodontitis, az atrophia különböző fokozatai) melyek gyakori előfordulását erre a betegségre jellemzőnek tartják, 14 esetben került észlelésre. A viszonylag kis számot részben az magyarázza, hogy betegeink egyharmada (tizenny) a vizsgálat időpontjában már teljesen fogatlan volt.

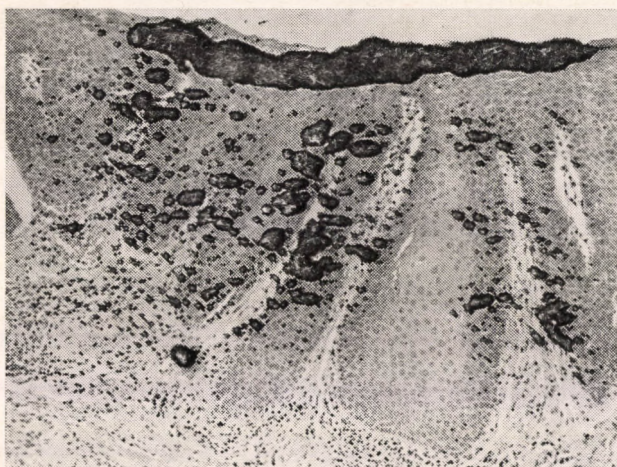
A megtartott fogak számát a „decilis karakterszámok” módszerével egyéenként vizsgálva azt találtuk, hogy betegeink fogelvesztése szignifikánsan nagyobb (p 0,001) az azonos korú és nemű balmazújvárosi standardénál.

Szövettanilag a gingivából és a bucca nyálkahártyájából vett próbákban az alábbi eltéréseket láttuk: A szájnyálkahártya hámja megvastagodott, a hámcsapok megnyúltak, főként a stratum spinosum, de a stratum basale is kiszélesedett. A felszínes laphámrétegben elszarusodás jelei, megtartott megfestődéssel. Ezek az elváltozások együttesen hámhyperplasiának, ill. acanthosisnak felelnek meg (lásd 1. kép).

A hám alatti kötőszövetes strómában göcos — főként lymhocytákból, histiocytákból — kisebb számban plasmasejtekből álló idült lobos beszűrődés, melyhez esetenként aspecifikus granulatio is társul. (lásd 2. kép).



1. kép. Kifejezett parakeratosis a gingiva laphámjában HE. 252 x.



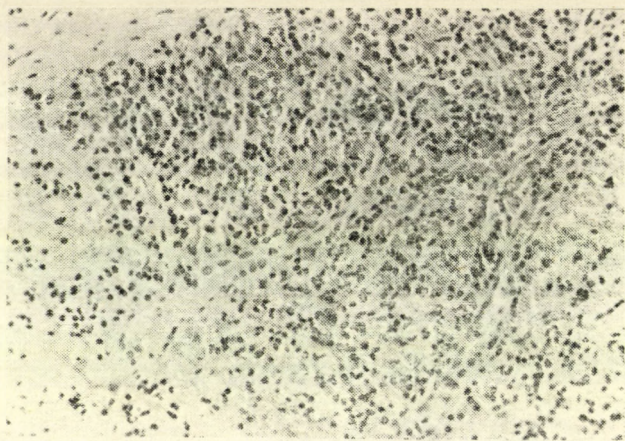
2. kép. Nem specifikus idült lobos beszűrődés a szájnyálkahártya stromájában, amely főként lymphocytákból, histiocytákból és plasmasejtekből áll. HE. 640

Egyik-másik metszetben — lombmentes területben is változó lumenű kapillárisokból álló érszaporulat volt megfigyelhető. (lásd 3. kép.).

A legjellemzőbb elváltozásként a parakeratosiszt kell megemlítenünk, — ez 34 próbaexcisiós anyagból 29-ben — már változó mértékben — megtalálható volt. A további jellegzetes szövettani elváltozások az előfordulás sorrendjében: acanthosis: 26; — chronicus lob: 25; — érszaporulat; 19; — granulatio: 8 esetben.

Megbeszélés

A haematologiai betegségek egy részében — különösen a haemoblastosisokban — gyakran figyelhetők meg az alapbetegségekre többé-kevésbé jellemző szájnyálkahártya, iny, nyelv és fogazati eltérések (3, 6, 13, 16).



3. kép. Nagyszámú, részben erősen tágult, vörösvértestekkel zsúfolásig kitöltött capillarisok a szájnyálkahártya subepithelialis kötőszövetes stromájában, mérsékelt idült lobos beszűrődéssel. HE. 252 x.

A Vaquez—Osler kór a myeloproliferatív betegségcsoport tagja (8, 10, 14), és számos megfontolás alapján a betegségcsoport modelljének tekinthető. Ezért a PRV-vel kapcsolatos klinikai, általános pathologiai és therápiás tapasztalatok — megfelelő fenntartásokkal — a betegségcsoport egyéb tagjain is hasznosíthatók (18, 19, 23).

Vizsgálataink újból felhívják a figyelmet arra, hogy elhúzódó és helyi kezelésre nehezen reagáló postextractiós vérzésnek PRV is oka lehet; illetve, amennyiben a betegség fennállásáról az extractiót végző orvos tud, a seb-ellátást fokozott gonddal kell végeznie. Jelen eredményeink, mely szerint a betegség megfelelő kezeléssel történő egyensúlyban tartása a postextractiós vérzések gyakoriságát csökkenti, — megfelelnek az általános sebészeti beavatkozásokkal kapcsolatos korábbi megfigyeléseinknek.

A PRV-ben előforduló, az irodalomból ismert szájnyálkahártyatüneteket (málnavörös nyelv, petechiák, depapillált nyelv) anyagunkban a várt gyakorisággal észleltük.

Vizsgálataink megerősíteni látszanak Nagy és Turner (22) észlelését, mely szerint a PRV-s betegek szájnyálkahártyájában igen gyakori a parakeratosis. Mivel az elváltozás az általunk vizsgált betegek 85%-án fordult elő, a PRV-re jellemzőnek tarthatjuk.

Az irodalomban általában jellemzőnek tartják a fogágybetegségek gyakoribb előfordulását, ill. súlyosabb voltát PRV-s betegeken, és feltételezik — mint ennek valószínű és logikus következményét — a fogzatnak az átlagpopulatiohoz viszonyított fokozottmértvű elvesztését. Az általunk elérhető irodalomban azonban ennek a feltételezésnek semmiféle bebizonyításával nem találkoztunk. Ennek valószínű oka az, hogy egyetlen szerző sem vizsgált olyan létszámú beteganyagot, amely a hagyományos statisztikai módszerekkel e különbség kimutatására kívánatos ill. szükséges lenne. A „decilis karakterszámok” módszere az összehasonlítást ilyen kisszámú adatra támaszkodva is lehetővé tette, így elsőként bizonyítottuk a PRV-s betegeknek az átlagpopulatiohoz viszonyítottan fokozottmértvű fog elvesztését.

1. Adler P., Borbély B., Tóth A., and Varga F.: The Dentition of Diabetics. *Caries Res.* 4:78—88 (1970) — 2. Adler P., Borbély B., Tóth A. and Varga F.: Der Gebisszustand von kontrollierten erwachsenen Diabetikern — 3. Donausymposion über Diabetes mellitus Budapest, 24.—25. Juni. 1971. *Wr. Med. Ak. Verlag*, 747—749. — 4. Antioch, R. J.: Hemorrhage in Oral Surgery *Oral Surg.* (St. Louis) 12:265 (1959) — 5. Burger T., Keszthelyi B. és Peer J.: Vérmennyiség változások pathologiai jelentősége polycythaemia veraban és alakulásuk 32p-vel kezelt betegekben *OH.*:103:357 (1962) — 6. Burger T., Nagy I., Keszthelyi B. és Peer J.: Vér-alvadási zavarok polycythaemia veraban I. *OH.*: 103—687 (1962) — 7. Burket, L. W.: Oral Medicine; Diagnosis and Treatment. Vith edition. J. B. Lippincott Co., Philadelphia — Toronto 1971 — 8. Csernyiseva N. N.: O pregyelényie objem cirkulirujuscsej masszi erythrocirov pri rasszpoznabanyii erythraemii *Ter. Arch.* 34—84 (1962) — 9. Dameshek, W.: The myeloproliferative Disorders *Proc. 3rd Nat. Cancer Conf. Philadelphia* (1957) — 10. Daróczy P., Nagy Gy., and Szegeci J.: Hemodynamic studies in polycythaemia vera. II. Response of peripheral blood flow to sympatho- and parasympathomimetic agents *Acta Med. Acad. Sci. Hung.*: 28—279 (1971) — 11. Demidova A. V.: Erythraemia. *Dokt. Diss. Moszkva* (1968) — 12. Harrison B. D. W.: Polycythaemia in selected group of patients with chronic airways obstruction *Clin. Sci.* 44—563 (1973) — 13. Harrison B. D. W.; Gregory R. J., Clark T. J. H. and Scott G. W.: Exchange transfusion with Dextran—40 in polycythaemia secondary to hypoxic lung disease. *Brit. Med. J.* 4—713 (1971) — 14. Havas P. M.: Morfologiceszkije izmenenyijá zubocseljusztnoj szistemi pri zaboлевanyijáh kroví. *Sztomatologijá* (Moszkva) 47—16 (1968) — 15. Kasszirszkij A., és Alekszejev G. A.: *Kliniceszkaja gematologija. Medicina*, (Moszkva) (1970) — 16. Krasik Ya, és Rozanova L. M.: Oszabennosztji gemosztaza i aktivnoszty erythrocytornih faktorov strertivanija kroví i fibrinoliza u bolnih eszencialnoj polycythaemijej. *Probl. Gematol.*: 19(6) 43—49 (1967) — 17. Lawrence J. H.: Polycythaemia; Physiology and Treatment based on 303 Cases. Grune and Stratton, New York-London. (1955) — 18. Macsabeli M. Sz.: *Kliniceszkaja koagulologija Medzig. Tbiliszi.* (1962) — 19. Nagy Gy.: Polycythaemia rubra vera. *Klinikai kép, pathologia és thérapia. Az orvostudomány aktuális problémái. Medicina, Budapest*, (1971) — 20. Nagy Gy.: Übersicht Polycythaemia Vera, *Fol. Haem.*: 93—381 (1970) — 21. Nagy Gy., Daróczy P. and Balázs Cs.: Hemodynamic investigations on the skin in polycythaemia vera. I. Effect of exposure to cold and of vesodilating stimuli. *Acta Med. Acad. Sci. Hung.* 27—209 (1970) — 22. Nagy Gy. és Gyulavári O.: Postextractióis vérzés polycythaemia veras betegekben, *Fogorv. Szle.* 64—450 (1971) — 23. Nagy Gy., és Terner K.: Szájnyálkahártya elváltozások polycythaemia veraban szenvedő betegekben, *Fogorv. Szle.* 63—78 (1970) — 24. Nagy Gy., und Varsányi M.: Komplikationen der Polycythaemia rubra vera, ihr häufigstew Vorkomen bei anderen Erkrankungen, *Fol. Haem.* 101—594 (1974) — 25. Rosenthal R. L.: Blood Coagulation in Leukemia and Palycythaemia Value of the Heparin Clotting Time and Clot Retraction Rate *J. Lab. Clin. Med.* 34—1321 (1949).

Надь Д., подполковник м/с, Дьюлавари О., Сокол М.:

ИЗМЕНЕНИЯ РОТОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИЦИТЕМИЕЙ КРАСНОЙ ИСТИННОЙ

На основании комплексного стоматологического исследования 34 больных с полицитемией красной истинной авторы повторно обращают внимание на значение частого возникновения послеекстракционного кровотечения, подчеркивают частоту паракератоза, как наиболее характерного гистологического изменения, и первыми в литературе математически подтверждают повышенный темп потери зубов у больных с полицитемией красной истинной.

Dr. Gy. Nagy, Oberstlth. des Med. Dienstes, Doktor der Med. Wissenschaften,
Dr. O. Gyulavári, Dr. M. Szokol:

VERÄNDERUNGEN DER MUNDGEBILDEN BEI KRANKEN AN
POLYCYTHAEMIA RUBRA VERA

Anhand komplexer stomatologischer Untersuchungen von 34 Kranken an Polycythaemia rubra vera lenken Verfasser die Aufmerksamkeit wiederholt auf die Bedeutung der häufigen Blutungen nach Zahnextraktionen. Es wird das häufige Vorkommen der Parakeratose, der am meisten charakteristischen histologischen Veränderung, unterstrichen. Verfasser beweisen als die ersten in der Literatur, daß Kranken an PRV ihr Gebiß in einem erhöhten Tempo verlieren.