

RENATA GÓRSKA

## Raport grupy roboczej Amerykańskiej Akademii Periodontologicznej o aktualizacji klasyfikacji chorób przyzębia

### Report of the American Academy of Periodontology Workgroup on Updating the Current Classification of Periodontal Diseases

Zakład Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

#### Streszczenie

Amerykańskie Towarzystwo Periodontologiczne (APP) okresowo na łamach Journal of Periodontology publikuje doniesienia lub wytyczne na temat zagadnień związanych z periodontologią. W tegorocznym lipcowym numerze tego periodyku został zamieszczony raport AAP na temat aktualizacji obecnie obowiązującej klasyfikacji chorób przyzębia z 1999 r., która już od początku budziła wiele kontrowersji. Podczas ostatniej wizyty prof. K. Kornmana w Polsce zapytałam, czy są prowadzone prace nad zmianą klasyfikacji chorób przyzębia, mówiąc o jej słabych punktach. Profesor odpowiedział, że środowisko periodontologiczne ma świadomość pewnych jej ułomności i toczą się obecnie prace nad jej udoskonaleniem.

Minęło kilka miesięcy i z ogromnym zainteresowaniem zapoznałam się z artykułem redakcyjnym Journal of Periodontology dotyczącym tego tematu. Nie ukrywam, że nie usatysfakcjonował mnie on w pełni z wielu powodów. Skupiono się bowiem na parametrach klinicznych, odrzucając kryteria wynikające z badań mikrobiologicznych czy immunologicznych. Niemniej chciałabym, mimo moich wątpliwości, przedstawić główne jej zasady, aby przedstawić, w jakim kierunku toczy się dyskusja na ten temat (**Dent. Med. Probl. 2015, 52, 4, 462–465**).

**Słowa kluczowe:** choroby przyzębia, klasyfikacja, Amerykańska Akademia Periodontologii.

#### Abstract

The American Academy of Periodontology (AAP) periodically publishes reports or guidelines on problems related to periodontology in Journal of Periodontology. The issue of July 2015 features the AAP report on updating the current classification of periodontal diseases from 1999, which, from the very beginning, aroused much controversy. During professor Kenneth Kornman's last visit in Poland I asked whether any work was underway to change the classification of periodontal diseases, pointing out its weaknesses. The professor replied that the periodontal community was aware of some of its deficiencies and that work was being conducted towards its improvement.

Several months passed and I read, with great interest, the editorial in Journal of Periodontology on this subject. I must admit that it did not satisfy me fully, for many reasons. The main focus was on clinical parameters, discarding criteria resulting from microbiological and immunological tests. However, despite my doubts, I would like to acquaint you with its main principles (**Dent. Med. Probl. 2015, 52, 4, 462–465**).

**Key words:** periodontal disease, American Academy of Periodontology, classification.

W 2014 r. wybrana grupa ekspertów zajęła się kliniczną interpretacją dotychczasowej klasyfikacji, aby ustosunkować się do wielu uwag społeczności akademickiej i lekarzy praktyków. Uwagi te zawierały liczne pytania odnośnie do sposobu edukacji studentów stomatologii i wątpliwości, czy ak-

tualnie stosowana klasyfikacja z 1999 r. [1] w dalszym ciągu ma uzasadnienie w praktyce klinicznej.

AAP zapowiedziała aktualizację istniejącej klasyfikacji, nad którą prace rozpoczną się w 2017 r. Tymczasem podjęto próbę częściowej aktualizacji, koncentrując się na 3 obszarach [2]:

- zastosowanie CAL w diagnostyce zapalenia przyzębia,
- przewlekłe *versus* agresywne zapalenie przyzębia,
- zlokalizowane *versus* uogólnione zapalenie przyzębia.

## Zastosowanie CAL w diagnostyce zapalenia przyzębia

Zapalenie przyzębia jest chorobą infekcyjną tkanek otaczających ząb, w wyniku której dochodzi do postępującej utraty położenia klinicznego przyczepu (clinical attachment loss, CAL) oraz utraty kości (bone loss, BL). Cechą jej jest obecność kieszonek przyzębnych i/lub recesji dziąseł. Stopień zaawansowania choroby jest oparty w dalszym ciągu na ocenie klinicznego położenia przyczepu (CAL) mimo licznych trudności i czasochłonności w jego określeniu. Zdarza się, że pomiar może być obarczony błędem, szczególnie wtedy, kiedy połączenie szklwno-cementowe jest niewidoczne lub słabo wyczuwalne.

Zapalenie przyzębia można scharakteryzować pod względem rozległości i ciężkości. Stopień zaawansowania zapalenia przyzębia określa się na podstawie klinicznej utraty przyczepu (CAL), głębokości kieszonek (pocket depth, PD), krwawienia przy zgłębnikowaniu (bleeding on probing, BOP) i utraty kości (BL). Zgodnie z tymi kryteriami pacjent ma zapalenie przyzębia, gdy stwierdzono obecność jednego lub więcej miejsc krwawiących (BOP), na zdjęciu rtg występują ubytki kostne (BL) oraz jest rejestrowana zwiększona głębokość kieszonek (PD) lub utrata położenia klinicznego przyczepu (CAL).

Autorzy publikacji [2] przedstawili w postaci tabeli parametry określające stopień zaawansowania choroby od lekkiego, poprzez umiarkowane do ciężkiego zapalenia przyzębia (tabela 1).

Szczególną grupę stanowią pacjenci z recesjami dziąseł lub po przebytych leczeniu periodontologicznym w fazie leczenia podtrzymującego. U tych pacjentów może występować utrata klinicznego położenia przyczepu, jeśli jednak kieszonki nie przekraczają 3 mm i nie ma oznak stanu zapalnego, są klasyfikowani jako zdrowi ze zredukowanym przyzębiem.

Jeśli dodatkowo występuje stan zapalny, lecz PD nie przekracza 3 mm, to stan ten diagnozuje się jako zapalenie dziąseł (*gingivitis*) przy zredukowanym przyzębiu. Obecność kieszonek > 3 mm wraz z utratą klinicznego położenia przyczepu (CAL) oraz stanu zapalnego upoważnia do rozpoznania zapalenia przyzębia (*periodontitis*), a stopień jego ciężkości określa się zgodnie z tabelą 1.

## Przewlekłe a agresywne zapalenie przyzębia

Drugie zagadnienie, nad którym pochyliła się grupa ekspertów AAP, to wytyczne diagnostyczne dla przewlekłego i agresywnego zapalenia przyzębia. Diagnoza tych zapaleń opiera się na badaniu wielu parametrów klinicznych i radiologicznych.

Klasyfikacja z 1999 r. wyróżniła 2 główne postacie choroby: przewlekłe (chronic periodontitis, CP) i agresywne zapalenie przyzębia (aggressive periodontitis, AgP) [3]. CP było opisane jako choroba wolno postępująca (wcześniej była nazwana zapaleniem przyzębia dorosłych), która u niektórych pacjentów może przebiegać z krótkimi okresami szybkiej destrukcji. Odrzucono jednak koncepcję, że tempo progresji oraz określone limity wieku mogą być stosowane do odróżnienia tych dwóch postaci zapalenia przyzębia.

Grupa ekspertów, po analizie klasyfikacji z 1999 r. oraz najnowszych publikacji dotyczących diagnostyki chorób przyzębia (kryteriów rozpoznania poszczególnych postaci choroby), ich epidemiologii i markerów przygotowała raport, w któ-

**Tabela 1.** Kryteria diagnostyczne stopnia ciężkości zapalenia przyzębia

**Table 1.** Diagnostic criteria of periodontitis severity

Zapalenie przyzębia Periodontitis	Lekkie Mild	Umiarkowane Moderate	Ciężkie Severe
Głębokość kieszonek Pocket depth	> 3 i < 5 mm	≥ 5 i < 7 mm	≥ 7 mm
Krwawienie przy zgłębnikowaniu Bleeding on probing	tak	tak	tak
Utrata kości na zdjęciu RTG Bone loss on X-ray	do 15% długości korzenia lub ≥ 2 i ≤ 3 mm	16–30% lub > 3 i ≤ 5 mm	> 30% lub > 5 mm
Utrata położenia klinicznego przyczepu Clinical attachment loss	1–2 mm	3–4 mm	≥ 5 mm

rym potwierdziła zasadność podziału z 1999 r. na przewlekłe i agresywne zapalenie przyzębia jako osobnych, wyraźnie odróżniających się jednostek klinicznych, przebiegających z destrukcją tkanek przyzębia i zapaleniem. Jednak dokonano pewnych korekt.

Jeśli chodzi o agresywne zapalenie przyzębia, zalecono, aby uwzględnić wiek, w którym choroba się rozpoczyna (początek choroby) jako ogólną wytyczną pozwalającą odróżnić pacjentów z tej szerokiej grupy ryzyka. Wiek pacjentów poniżej 25 lat w momencie rozpoczęcia choroby powinien, w połączeniu z innymi objawami i kryteriami, być argumentem przemawiającym za rozpoznaniem agresywnego zapalenia przyzębia [2].

Utrzymano podział na postać zlokalizowaną i uogólnioną agresywnego zapalenia przyzębia. Podkreślono istnienie grupy młodych pacjentów, zwykle w wieku dojrzewania, u których destrukcja tkanek przyzębia tworzy charakterystyczny obraz, obejmując głównie pierwsze zęby trzonowe i sieczne. Przypadki te można klasyfikować jako zlokalizowane agresywne zapalenie przyzębia.

Z kolei u innych młodych dorosłych dochodzi do szybkiej destrukcji przyzębia, widocznej przy porównywaniu kolejnych badań klinicznych i radiologicznych, jednak nie dotyczącej charakterystycznych grup zębów. U takich pacjentów można zdiagnozować uogólnione agresywne zapalenie przyzębia. Grupa ekspertów ponownie zaznaczyła ponadto, że stosunkowo mała ilość biofilmu i kamienia u pacjentów mogą dodatkowo przemawiać za rozpoznaniem agresywnego zapalenia przyzębia.

Inaczej to wygląda u pacjentów, u których destrukcja tkanek przyzębia rozpoczyna się w starszym wieku i towarzyszy jej obecność dużej ilości płytki i kamienia, gdyż u nich jest rozpoznawane przewlekłe zapalenie przyzębia (CP). Także wśród pacjentów z CP istnieje jednak zróżnicowanie w szybkości progresji choroby. U niektórych osób może występować powolny, ciągły postęp destrukcji, podczas gdy u innych wokół części zębów dochodzi do szybkiego postępu choroby w stosunkowo krótkim czasie. U jeszcze innych w pewnych okresach występuje wiele zaostrzeń procesu destrukcji z dużą częstotliwością.

Po przeanalizowaniu dowodów naukowych dotyczących badań mikrobiologicznych i odpowiedzi gospodarza grupa ekspertów stwierdziła, że obecnie nie ma konkretnych biomarkerów, które pozwoliłyby odróżnić agresywne zapalenie przyzębia od przewlekłego zapalenia przyzębia lub postać miejscową od ogólnej w ramach agresywnego zapalenia przyzębia [2]. Klinicyści muszą zatem opierać swoje decyzje diagnostyczne na wywiadzie, objawach klinicznych i badaniach radiologicznych.

Prowadzone obecnie i w przyszłości badania mogą pomóc w definiowaniu podtypów i profili prognostycznych w obrębie AgP lub CP, wskazując osoby obciążone większym ryzykiem szybkiej progresji choroby lub słabej reakcji na leczenie.

Potwierdzono także, że diagnoza AgP lub CP ma ważne implikacje dotyczące metod leczenia, odległego rokowania lub podejmowania decyzji o skierowaniu pacjenta do specjalisty (periodontologa). Pacjenci z AgP (zarówno z postacią miejscową, jak i uogólnioną) oraz z umiarkowanym lub ciężkim CP wymagają zwykle zaawansowanej terapii periodontologicznej wykraczającej poza skaling i wygładzanie korzeni (SRP). Taka rozszerzona terapia może obejmować leczenie farmakologiczne, zabiegi chirurgii regeneracyjnej lub resekcyjnej, leczenie implantologiczne oraz częste wizyty w fazie podtrzymującej leczenia. Zaleca się kierowanie tych pacjentów do periodontologów w celu badania i leczenia specjalistycznego lub interdyscyplinarnego.

## **Zlokalizowane a uogólnione zapalenie przyzębia**

W klasyfikacji z 1999 r. postać zlokalizowaną i uogólnioną rozróżniano na podstawie odsetka miejsc badanych objętych zmianami [3]. Postać zlokalizowana miała dotyczyć pacjentów, u których stwierdza się do 30% miejsc badanych objętych zmianami, natomiast w postaci uogólnionej zmiany patologiczne obejmowały więcej niż 30% miejsc badanych. Lekarze sugerowali jednak, że w praktyce klinicznej zasada ta nie jest łatwa w użyciu.

W przypadku agresywnego zapalenia przyzębia istnieje dobrze udokumentowana powtarzalność, jeśli chodzi o zęby objęte chorobą. Zlokalizowana postać AgP charakteryzuje się zmianami patologicznymi w obrębie pierwszych zębów trzonowych i siekaczy, co jest dobrze opisane w piśmiennictwie, a co poprzednio diagnozowano jako młodzieńcze zapalenie przyzębia. Także w przypadkach mniej jednoznacznych można dokładnie podać umiejscowienie okolic objętych chorobą. Uogólniona postać AgP dotyczy niemal wszystkich zębów. Tak więc w odniesieniu do AgP rozróżnienie między postacią zlokalizowaną i uogólnioną nie opiera się na odsetku zmienionych miejsc, ale na charakterystycznej lokalizacji, która jest dobrze znana większości lekarzy praktyków.

W przypadku przewlekłego zapalenia przyzębia istnieje większa różnorodność w obrazie choroby. Zatem w opisie umiejscowienia zmian bardziej korzystne może być słowne określenie rozmieszczenia objętych chorobą zębów – na przykład „przewlekłe zapalenie przyzębia w obrębie zębów

trzonowych szczęki oraz zaawansowane zmiany w obrębie zębów przedtrzonowych”.

Zgodnie z obecnymi wytycznymi grupy ekspertów [2] w przypadku przewlekłego zapalenia przyzębia postać zlokalizowaną rozpoznaje się więc w jednym z dwóch przypadków: jeśli można jednoznacznie opisać lokalizację zmian lub jeśli zmiany dotyczą do 30% zębów (odsetek liczby zębów, w przeciwieństwie do stosowanego uprzednio odsetka miejsc badanych).

Uogólnione przewlekłe zapalenie przyzębia rozpoznaje się natomiast, jeśli nie można zwięźle

opisać lokalizacji zmian i/lub jeśli zmiany (w postaci utraty położenia klinicznego przyczepu, utraty kości i obecności kieszonek patologicznych) dotyczą > 30% zębów.

We wspomnianej, planowanej na 2017 r., przyszłej klasyfikacji eksperci zajmą się nie tylko wszechstronnie chorobami przyzębia, ale także *periimplantis* i zapaleniem błony śluzowej wokół implantów. Ich prace powinny również uwzględnić ocenę ryzyka progresji choroby oraz profilu, jakie można wyróżnić w ramach przewlekłego i agresywnego zapalenia przyzębia.

## Piśmiennictwo

- [1] ARMITAGE G.C.: Development of a classification system for periodontal diseases and condition. *Ann Periodontol.* 1999, 4, 1–6.
- [2] AAP Board of Trustees: American Academy of Periodontology test force report on the update to 1999 classification of periodontal diseases and condition. *J. Periodontol.* 2015, 86, 835–838.
- [3] FLEMMIG T.F.: Periodontitis. *Ann. Periodontol.* 1999, 4, 32–37.

## Adres do korespondencji:

Renata Górską  
Zakład Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia  
Warszawski Uniwersytet Medyczny  
ul. Miodowa 18  
00-005 Warszawa  
Polska  
e-mail: r\_gorska@interia.pl

Konflikt interesów: nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 5.11.2015 r.  
Po recenzji: 9.11.2015 r.  
Zaakceptowano do druku: 9.11.2015 r.

Received: 5.11.2015  
Revised: 9.11.2015  
Accepted: 9.11.2015