

## Συνήθεις βλάβες του βλεννογόνου του στόματος σε ηλικιωμένους σχετιζόμενες με την χρήση κινητών προσθετικών εργασιών

Αναστασία Ε. Κοσιώνη\*, Φλώρα Ζερβού-Βάλβη\*\*

*Η αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων οδηγεί σε αύξηση των αναγκών σε κινητές προσθετικές αποκαταστάσεις, οι οποίες όμως συχνά σχετίζονται με βλάβες του βλεννογόνου, όπως είναι τα τραυματικά έλκη, η στοματίτιδα από οδοντοστοιχίες, η συγγειλίτιδα και η πτυχωτή ινώδης υπερπλασία. Τα τραυματικά έλκη εμφανίζουν μεγάλη κλινική ποικιλομορφία και η αντιμετώπισή τους συνίσταται στην άρση του αιτίου και στην συμπτωματική αγωγή. Η στοματίτιδα από οδοντοστοιχίες αφορά συχνή φλεγμονή των ιστών αντιδραστική στο συνεχές τραύμα και στην μόλυνση, κυρίως από την *Candida Albicans*. Η θεραπεία συνίσταται στην προσθετική παρέμβαση, στην αντιμικροβιακή αγωγή, στη χειρουργική θεραπεία και στη συμβουλευτική προς τον ασθενή σχετικά με την χρήση και την υγιεινή των οδοντοστοιχιών. Η συγγειλίτιδα έχει ως κυριότερη αιτία την επιμόλυνση από μικροοργανισμούς αλλά έχουν συζητηθεί και άλλοι γενικοί και προσθετικοί προδιαθεσικοί παράγοντες. Η θεραπεία συνίσταται στην άρση του αιτίου και στην επιδιόρθωση της αποκατάστασης, αν χρειάζεται. Η πτυχωτή ινώδης υπερπλασία αφορά αντίδραση του βλεννογόνου της ουλοπαριακής ή ουλοχειλικής αύλακας σε χρόνιο μηχανικό ερεθισμό που προκαλείται από κακή διαμόρφωση των πτερυγίων της οδοντοστοιχίας και αποκαθίσταται συντηρητικά ή χειρουργικά. Για την αποφυγή των σχετικών προβλημάτων συνιστάται η προσεκτική κατασκευή των κινητών αποκαταστάσεων, η χορήγηση κατάλληλων οδηγιών χρήσης, υγιεινής και συντήρησης προς τον ασθενή και κυρίως ο συστηματικός επανέλεγχος.*

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 2: 85-90, 2009

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η δραματική αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων, κυρίως στις αναπτυγμένες χώρες και στην Ελλάδα<sup>1</sup>, αλλάζει σταδιακά το προφίλ του οδοντιατρικού πληθυσμού και τις θεραπευτικές του ανάγκες. Όλο και περισσότεροι ηλικιωμένοι, νωδοί και ενόδοντες, θα προσέρχονται στα οδοντιατρεία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας προς επίλυση ποικίλων οδοντοστοματολογικών προβλημάτων.

**Λέξεις κλειδιά:** οδοντοστοιχίες, τραυματικό έλκος, στοματίτιδα από οδοντοστοιχίες, συγγειλίτιδα, πτυχωτή ινώδης υπερπλασία, ηλικιωμένοι

\* Επίκουρη Καθηγήτρια Κινητής Προσθετικής Οδοντιατρικού Τμήματος ΕΚΠΑ

\*\* Συντονίστρια Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Δρ Οδοντιατρικής, MPhil Med

### Ιδρύματα προέλευσης

1. Εργαστήριο Προσθετικής, Οδοντιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Αθηνών
2. Οδοντιατρικό Τμήμα-Ειδική Μονάδα ΑμεΑ Ενηλίκων, Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπιείο Βούλας»

Η πολλαπλή παθολογία και η αυξημένη νοσηρότητα στον πληθυσμό αυτό επιβάλλουν τη στενή συνεργασία ιατρικών και οδοντιατρικών ειδικοτήτων αλλά και την ανάπτυξη ιδιαίτερων γνώσεων και δεξιοτήτων από τον Οδοντίατρο<sup>2</sup>. Επιπλέον, η συχνότητα εμφάνισης της νωδότητας μπορεί μεν να μειώνεται στο γενικό πληθυσμό, αυξάνεται όμως ο αριθμός των ηλικιωμένων, τρίτης και τέταρτης ηλικίας, που ήδη απώλεσαν ή θα απολέσουν τα δόντια<sup>2,3</sup>. Αναμένεται λοιπόν αύξηση της ανάγκης παροχής κινητών προσθετικών εργασιών αλλά και των προβλημάτων και βλαβών που σχετίζονται με αυτές.

Ο σκοπός της εργασίας αυτής είναι να περιγράψει τις συχνότερες βλάβες του βλεννογόνου του στόματος που καταγράφονται στους ηλικιωμένους και σχετίζονται με την χρήση κινητών προσθετικών εργασιών καθώς και να δώσει κατευθύνσεις για την αντιμετώπισή τους κάτω από το πρίσμα της σύγχρονης έρευνας.

Οι συνηθέστερες βλάβες αυτής της αιτιολογίας είναι τα τραυματικά έλκη, η στοματίτιδα από οδοντοστοιχίες, η συγγειλίτιδα και η πτυχωτή ινώδης υπερπλασία. Τα προαναφερθέντα νοσήματα, ιδιαίτερα το τραυματικό έλκος και η συγγειλίτιδα, συγκαταλέγονται εν γένει μεταξύ των συχνότερα παρατηρουμένων νόσων του στόματος<sup>4,5</sup>. Λόγω δε

## Πρακτικό θέμα

των συμπτωμάτων που προκαλούν πολλές φορές ωθούν τους ηλικιωμένους σε αναζήτηση έκτακτης οδοντιατρικής βοήθειας<sup>6,7</sup>.

### ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΑ ΕΛΚΗ

Τα τραυματικά έλκη εμφανίζουν μεγάλη κλινική ποικιλομορφία. Το μέγεθός τους μπορεί να κυμαίνεται από μερικά χιλιοστά έως πολλά εκατοστά, έτσι ώστε να χρειάζεται συρραφή για την επουλώσή τους. Σχετίζονται κυρίως με κινητές προσθετικές εργασίες, αλλά και με σπασμένες οδοντικές αποκαταστάσεις ή οξύαιχμα όρια δοντιών με αποτριβές<sup>8</sup>. Διακρίνονται σε οξέα και χρόνια. Στα οξέα έλκη, τα οποία είναι αρκετά επώδυνα, η επιφάνεια συνήθως είναι λεία, καλύπτεται από ψευδομεμβράνη και περιβάλλεται από ερυθρή άλω. Στα χρόνια έλκη, δηλ. σε εκείνα που οφείλονται στην δράση χρόνιου τραυματικού παράγοντα και τα οποία είναι συνήθως ασυμπτωματικά, η επιφάνεια μπορεί να είναι ανώμαλη και βλαστική, τα χείλη επηρμένα, να υπάρχει περιφερική σκληρία και γενικά να παρουσιάζουν μεγάλη κλινική ομοιότητα με τα καρκινικά έλκη<sup>9</sup>.

Η συχνότητα εμφάνισης είναι ιδιαίτερα αυξημένη στους χρήστες κινητών προσθετικών εργασιών (εικ. 1). Στις περιπτώσεις αυτές οι βλάβες παρουσιάζονται συνήθως μία ή δύο μέρες μετά από την τοποθέτηση των προσθέσεων και εντοπίζονται κυρίως στην περιοχή των πτερυγίων, σε περιοχές όπου υπάρχει κάποια ανώμαλη προεξοχή του ακρυλικού ή εκεί όπου ασκείται υπερπίεση από το μετα-



**Εικόνα 1**  
Τραυματικό έλκος που σχετίζεται με την προσθετική εργασία.

λικό σκελετό. Ενίοτε εμφανίζονται και μετά από μακροχρόνια χρήση των οδοντοστοιχιών και σχετίζονται με την ελλιπή πλέον εφαρμογή τους στους υποκείμενους ιστούς και κυρίως με την έντονη οστική απορρόφηση ή με την ασταθή και μη εξισορροπημένη σύγκλειση. Συχνά συνυπάρχουν γενικοί προδιαθεσικοί παράγοντες όπως ο σακχαρώδης διαβήτης ή η ξηροστομία<sup>10</sup>.

Τα ποσοστά εμφάνισης σε διάφορες μελέτες κυμαίνονται από 0,5%-26,3%. Συγκεκριμένα αναφέρονται ποσοστά: 7,4% σε γενικό ηλικιωμένο ιδρυματιζόμενο ελληνικό πληθυσμό και 8,3% σε ιδρυματιζόμενους με οδοντοστοιχίες<sup>11</sup>, 3,7% σε ηλικιωμένο ιδρυματιζόμενο και μη ελληνικό πληθυσμό<sup>12</sup>, 2% σε ηλικιωμένους χρήστες ολικών οδοντοστοιχιών και 0,5% σε μη χρήστες στη Βραζιλία<sup>13</sup>, 2% σε ηλικιωμένους φέροντες ολικές οδοντοστοιχίες και 1% σε

ηλικιωμένους ανεξάρτητα οδοντικής κατάστασης στον Καναδά<sup>14</sup>, 6,3% σε φέροντες κινητές αποκαταστάσεις στη Βραζιλία<sup>15</sup>, 26,3% σε ηλικιωμένους φέροντες ολικές οδοντοστοιχίες και 15,6% σε ηλικιωμένους ανεξάρτητα οδοντικής κατάστασης στην Ταϊλάνδη<sup>8</sup>.

Η διάγνωση των τραυματικών ελκών βασίζεται κυρίως στο ιστορικό και την κλινική εικόνα. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει νοσήματα που προκαλούν έλκη, ιδίως δε το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα<sup>9</sup>. Η θεραπεία συνίσταται στην άρση του αιτίου. Αν οφείλεται σε κινητή πρόσθεση, αυτή επιδιορθώνεται ανάλογα (τροχισμός, εξομάλυνση σύγκλεισης, αναπροσαρμογή βάσης ή και αντικατάσταση). Συνήθως δίνεται η συμβουλή να αποφεύγει ο ασθενής για κάποιες μέρες τη χρήση της οδοντοστοιχίας του.

Η συμπτωματική αγωγή περιλαμβάνει τοπική εφαρμογή χημειοθεραπευτικών και κορτικοστεροειδών. Με την άρση του αιτίου, το έλκος πρέπει να επουλωθεί πλήρως σε διάστημα 1-2 εβδομάδων. Άλλως, ακόμα και σε μερική υποχώρηση, απαραίτητη είναι η διενέργεια βιοψίας και ιστολογικής εξέτασης εξαιτίας της πιθανότητας ύπαρξης ακανθοκυτταρικού καρκινώματος, ιδίως όταν το έλκος είναι χρόνια<sup>9</sup>.

### ΣΤΟΜΑΤΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΕΣ

Η κλινική εικόνα της στοματίτιδας από οδοντοστοιχίες συνίσταται σε ερυθρότητα και εξοίδηση του βλεννογόνου του στόματος της περιοχής της έδρασης της οδοντοστοιχίας (εικ. 2). Μπορεί να προκαλέσει διάφορα συμπτώματα, όπως καυσalgία, πόνο κ.ά.<sup>9</sup>, συνήθως όμως είναι ασυμπτωματική. Καταγράφονται τρεις τύποι με βάση την κλινική εικόνα της βλάβης (ταξινόμηση κατά Newton)<sup>16</sup>: 1) στική υπεραϊμία (τύπος I) με μικρά ερυθρά φλεγμαίνοντα σημεία στην επιφάνεια έδρασης της οδοντοστοιχίας, 2) διάχυτη υπεραϊμία (τύπος II) με διάχυτη φλεγμονή στην επιφάνεια έδρασης της οδοντοστοιχίας και 3) θηλώδης υπερπλασία (τύπος III) με χαρακτηριστικά πολλαπλά ερυθρά επάρματα στον βλεννογόνο της σκληρής υπερώας. Η συχνότητα εμφάνισης της στοματίτιδας παρουσιάζει μεγάλες διαφοροποιήσεις στη διεθνή βιβλιογραφία, από 11% έως 67%, όπως επίσης μεγάλες διαφοροποιήσεις κατα-



**Εικόνα 2**  
Στοματίτιδα από οδοντοστοιχία: περιοχές υπεραϊμίας στην επιφάνεια έδρασης της ολικής οδοντοστοιχίας.

γράφονται και στους σχετιζόμενους αιτιολογικούς ή προδιαθεσικούς παράγοντες<sup>11-13, 17-22</sup>. Οι διαφοροποιήσεις αυτές οφείλονται κυρίως στη διαφορετική ερευνητική μεθοδολογία σχετικά με την ηλικία του πληθυσμού αναφοράς, την γενική κατάσταση υγείας του, την οδοντική του κατάσταση, το αν αναφέρονται σε ιδρυματιζόμενο ή μη πληθυσμό, τις διαφορετικές μεθόδους καταγραφής και στατιστικής ανάλυσης και τον υποκειμενισμό των ερευνητών. Στην Ελλάδα οι περισσότερες μελέτες σε ασθενείς με κινητές προσθετικές εργασίες, καταγράφουν παρόμοια και αρκετά αυξημένα ποσοστά εμφάνισης σε σχέση με τη διεθνή βιβλιογραφία: (38%<sup>11</sup>, 39,7%<sup>21</sup>, 39,6%<sup>22</sup>, 45%<sup>23</sup>, 39,6%<sup>24</sup>). Με βάση τις περισσότερες μελέτες η στοματίτιδα παρουσιάζεται συχνότερα στις γυναίκες<sup>8, 19-21, 25</sup> ενώ υπάρχουν και αντίθετα ευρήματα<sup>14</sup>.

Η αιτιολογία φαίνεται ότι είναι πολυπαραγοντική. Βασικά πρόκειται για φλεγμονή των ιστών αντιδραστική στον τραυματισμό του από τις οδοντοστοιχίες καθώς και στην μόλυνση από διάφορους μικροοργανισμούς, ιδιαίτερα όταν κάτω από αυτές παραμένουν υπολείμματα τροφών που αποσυντίθενται. Έχουν επίσης ενοχοποιηθεί η αλλεργική αντίδραση στα υλικά της βάσης της οδοντοστοιχίας (αλλεργία λόγω επαφής) και διάφορα χημικά αίτια. Πάντως για την διαπίστωση της αλλεργίας λόγω επαφής μπορεί να γίνει η επιδερμική δοκιμασία (patch test). Συγκεκριμένα, τοποθετείται η οδοντοστοιχία ή ξέσματά της στην επιδερμίδα, οπότε επί υπέρξεως ευαισθησίας αναπτύσσεται τοπικά φλεγμονή<sup>9, 17</sup>. Οι αναφερόμενοι ως προδιαθεσικοί παράγοντες για την εμφάνιση της στοματίτιδας αυτής είναι γενικά εκείνοι που ευνοούν είτε τη μόλυνση είτε το τραύμα είτε και τα δύο, μεταξύ δε αυτών συγκαταλέγονται και διάφοροι συστηματικοί παράγοντες (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, αναιμία) κλπ.

Η συχνότερη πηγή μόλυνσης είναι η *Candida Albicans*<sup>10, 17, 18, 20, 26, 27</sup>, η οποία βρίσκεται στη στοματική κοιλότητα πολλών υγιών ατόμων, αλλά σχετίζεται ιδιαίτερα με τη χρήση κινητών προσθετικών εργασιών (κυρίως ολικών οδοντοστοιχιών στην άνω γνάθο<sup>28</sup>). Η διάγνωση της καντιντίασης στηρίζεται στην κλινική εικόνα και στο ιστορικό και επιβεβαιώνεται με εργαστηριακές εξετάσεις, κυρίως με μικροσκοπικές μεθόδους, από τις οποίες εύκολη και αξιόπιστη είναι η εξέταση κυτταρολογικών επιχρισμάτων βαμμένων με PAS<sup>9</sup>.

Ο μηχανικός ερεθισμός από την χρήση των οδοντοστοιχιών μπορεί να οφείλεται στην απώλεια της ορθής επαφής της επιφάνειας έδρασης της οδοντοστοιχίας με τον υποκείμενο βλεννογόνο, στην αυξημένη κάθετη διάσταση σύγκλεισης, στη λανθασμένη κεντρική σχέση, σε ανωμαλίες στην εσωτερική επιφάνεια της οδοντοστοιχίας κλπ<sup>29</sup>. Η συνεχής 24ωρη χρήση των οδοντοστοιχιών είναι σημαντικότερος προδιαθεσικός παράγοντας<sup>19-22, 30</sup>, που σχετίζεται τόσο με το μηχανικό ερεθισμό όσο και με την αύξηση της παρουσίας της *Candida Albicans* στην επιφάνεια έδρασης της οδοντοστοιχίας<sup>17</sup>. Ακόμα έχουν ενοχοποιηθεί η μακρά περίοδος χρήσης οδοντοστοιχιών<sup>20, 22</sup> και η μεγάλη ηλικία των εν χρήσει οδοντοστοιχιών<sup>19, 20, 25</sup> ενώ καταγράφονται και αντίθετες απόψεις<sup>30</sup>. Είναι χαρακτηριστικά τα διαφορετικά ευρήματα σε δύο πληθυσμιακά δείγματα στην Ελλάδα και στο Ηνωμένο Βασίλειο μέσα στην ίδια μελέτη<sup>21</sup>.

Η υγιεινή των οδοντοστοιχιών (συνήθειες καθαριότητας,

επίπεδο καθαριότητας κατά την εξέταση) έχει επίσης συζητηθεί, οι δε απόψεις επ' αυτού είναι αντικρουόμενες<sup>14, 18, 20, 30</sup>. Ωστόσο φαίνεται ότι η υποτροπή της νόσου είναι χαμηλή στα άτομα που τηρούν καλή στοματική υγιεινή<sup>31</sup>. Από τα τεχνικά χαρακτηριστικά των οδοντοστοιχιών έχουν ενοχοποιηθεί η μειωμένη κάθετη διάσταση<sup>20</sup>, η ασταθής σύγκλειση<sup>20</sup> και η μειωμένη συγκράτηση της άνω οδοντοστοιχίας<sup>22</sup>.

Η θεραπεία κινείται σε τέσσερις άξονες: την προσθετική παρέμβαση, την αντιμικροβιακή αγωγή, την χειρουργική θεραπεία και τη συμβουλευτική προς τον ασθενή.

Κατ' αρχάς θα πρέπει να γίνεται προσεκτική εξέταση των υπάρχουσών οδοντοστοιχιών για πιθανή τραυματογόνο δράση (πχ. μη ικανοποιητική επαφή της οδοντοστοιχίας με τον βλεννογόνο). Αν αυτό συμβαίνει, η προσθετική θεραπεία σε πρώτη φάση περιλαμβάνει την τοποθέτηση υλικών αποκατάστασης ιστών στη βάση της οδοντοστοιχίας, με αλλαγή κάθε 4-6 ημέρες και για 2-4 εβδομάδες<sup>29</sup>. Έχουν ακόμα γίνει αρκετές προσπάθειες για την ενσωμάτωση αντιμικροβιακών παραγόντων στα υλικά αποκατάστασης ιστών ενισχύοντας έτσι το θεραπευτικό αποτέλεσμα<sup>32</sup>. Ο ασθενής θα πρέπει να αφαιρεί τις οδοντοστοιχίες τουλάχιστον το βράδυ ενώ θα πρέπει να δίνονται οι κατάλληλες οδηγίες υγιεινής τους. Επιπλέον κατά τη διάρκεια της θεραπείας συνιστάται η εμβύθισή τους σε διάλυμα χλωρεξιδίνης 2% το βράδυ για 10 λεπτά<sup>10, 33</sup> ή σε διάλυμα υποχλωριώδους νατρίου 5,25% για 5 λεπτά<sup>34</sup> ή σε διάλυμα υποχλωριώδους νατρίου 1% για 10 λεπτά<sup>35</sup> (εκτός αν υπάρχει μεταλλικός σκελετός). Μετά την αποκατάσταση της βλάβης γίνεται επιδιόρθωση των υπάρχουσών οδοντοστοιχιών ή κατασκευή νέων. Επίσης προτείνεται η καλή στίλβωση της επιφάνειας έδρασης της οδοντοστοιχίας<sup>10</sup>. Λαμβάνοντας υπ' όψιν την συχνότατη παρουσία μυκήτων σε ασθενείς με στοματίτιδα από οδοντοστοιχίες, ιδιαίτερα σε όσους είναι επιρρεπείς λόγω συστηματικών παθήσεων (πχ. μη ελεγχόμενος σακχαρώδης διαβήτης), συνήθως είναι σκόπιμη και η έναρξη αντιμικροβιακής αγωγής τοπικά ή per os, ιδιαίτερα όταν η προσθετική αντιμετώπιση δεν έχει τα αναμενόμενα αποτελέσματα μέσα σε διάστημα 15 ημερών. Επίσης επιβάλλεται η επάλειψη αντιμικροβιακών φαρμάκων και στην επιφάνεια έδρασης της οδοντοστοιχίας. Η χειρουργική εξαίρεση συνιστάται κυρίως στις περιπτώσεις της θηλώδους υπερπλασίας που δεν ελέγχεται ικανοποιητικά με συντηρητικές μεθόδους.

Ο πιο σημαντικός, όμως, τρόπος αντιμετώπισης είναι η πρόληψη της εμφάνισης αλλά και της επανεμφάνισης του προβλήματος. Κι αυτό επιτυγχάνεται με τις κατάλληλες οδηγίες προς τον ασθενή κατά την παράδοση των οδοντοστοιχιών και η προτροπή για συχνές επανεξετάσεις. Η σημαντικότερη οδηγία αφορά στην απομάκρυνση των οδοντοστοιχιών το βράδυ ή έστω για κάποιες ώρες (6-8) στη διάρκεια του 24ωρου, αν η βραδινή αφαίρεση δημιουργεί αισθητικά και ψυχολογικά προβλήματα σε κάποιους ασθενείς (κυρίως γυναίκες). Επίσης, πρέπει να δίνονται σχολαστικά οδηγίες υγιεινής των οδοντοστοιχιών (βούρτσισμα, χρήση καθαριστικών δισκίων, εμβύθιση σε διάλυμα χλωρεξιδίνης μία φορά την εβδομάδα). Επιπλέον θα πρέπει να τονίζεται η ανάγκη επανεξετάσεων μία φορά κάθε χρόνο για τυχόν επιδιορθώσεις και βελτιώσεις.



## Πρακτικό θέμα

### ΣΥΓΧΕΙΛΙΤΙΔΑ

Η συγχειλίτιδα αποτελεί φλεγμονώδη αντίδραση που εμφανίζεται στη μία ή και στις δύο γωνίες του στόματος και μπορεί να έχει ποικίλη κλινική εικόνα. Χαρακτηρίζεται από πτυχωσείς, ερυθρότητα και ραγάδες στις συγχειλίες, οι οποίες μπορεί να είναι είτε μονήρεις, αβαθείς και να περιορίζονται στις γωνίες του στόματος είτε πολλαπλές και βαθιές και να επεκτείνονται ακτινωτά στο δέρμα της περιοχής. Οι γραμμοειδείς αυτές ελκώσεις συνοδεύονται από ερυθρότητα του δέρματος και μερικές φορές και από την ανάπτυξη λευκών πλακών<sup>9</sup>. Μπορεί να εκδηλώνεται ακόμη και αιμορραγία, οι δε ελκώσεις πολλές φορές καλύπτονται από εφελκίδες. Ο ασθενής συχνά παραπονείται για πόνο, αίσθημα καύσου, ξηρότητα στα χείλη και ευαισθησία κατά τη διάνοιξη του στόματος. Εάν μείνει αθεράπευτη, μπορεί να διαρκεί επί μακρόν και να εμφανίζει υφέσεις και εξάρσεις<sup>35</sup>.

Η συχνότητα εμφάνισης κυμαίνεται από 3,4 έως 30%<sup>8, 10, 11, 14, 15</sup>. Πολλοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί. Η κυριότερη αιτία φαίνεται ότι είναι η επιμόλυνση από μύκητες (*Candida albicans*), σταφυλόκοκκο *aureus* και στρεπτόκοκκους<sup>10, 36, 37</sup>. Έχουν, όμως, συζητηθεί και άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες όπως είναι η αναιμία, στερητικές καταστάσεις, αλλεργία εξ επαφής, ατοπική δερματίτιδα, αυξημένη σιαλόρροια και εκκρότη του σάλιου από τις γωνίες του στόματος αλλά και η μειωμένη κάθετη διάσταση σύγκλεισης του στόματος<sup>9, 10, 29, 37</sup>. Η μειωμένη κάθετη διάσταση σύγκλεισης και η ελλιπής υποστήριξη χειλέων και παρειών στους νωδούς ασθενείς ευνοούν την δημιουργία πτυχωσέων στις συγχειλίες και την διαβροχή τους από το σάλιο, συνθήκες πρόσφορες για την επιμόλυνσή τους από μικροοργανισμούς που μεταφέρονται μέσα από το σάλιο<sup>10</sup>. Η συγχειλίτιδα είναι πιο συχνή στα άτομα που φέρουν κινητές προσθετικές εργασίες<sup>10, 13, 14</sup> και ιδιαίτερα στους πάσχοντες από στοματίτιδα<sup>10, 11</sup> ενώ η κλινική εικόνα της βλάβης είναι σοβαρότερη στους νωδούς με οδοντοστοιχίες απ' ό,τι στους ενόδοντες<sup>36</sup> (εικ. 3).

Η θεραπεία είναι ανάλογη με τον αιτιολογικό παράγοντα που έχει εντοπιστεί και αποσκοπεί στην άρση του αιτίου. Η μικροβιολογική εξέταση θα εντοπίσει το μικροοργανισμό που πιθανά ευθύνεται και ανάλογα θα χορηγηθούν τοπικά κορτικοστεροειδή, αντιμυκητιασικά ή χημειοθεραπευτικά σκευάσματα. Η εμμονή των συμπτωμάτων απαιτεί αιματολογικό-βιοχημικό έλεγχο (φυλλικό οξύ, βιταμίνες B2, B6,



B12, σίδηρο ορού, φερρίνη, σάκχαρο κλπ) και επακόλουθη αποκατάσταση τυχόν διαταραχών<sup>9</sup>. Αν συνυπάρχει στοματίτιδα από οδοντοστοιχίες θα πρέπει να ελεγχθεί και αυτή ταυτόχρονα. Επιπλέον είναι σκόπιμη η επιδιόρθωση τυχόν προβλημάτων στις κινητές προσθετικές εργασίες ώστε να μην προδιαθέτουν στην ανάπτυξη πτυχωσέων και ρυτίδων στις γωνίες του στόματος. Οι οδηγίες για στοματική υγιεινή και τακτικές επανεξετάσεις είναι ιδιαίτερα σημαντικές για τους νωδούς ασθενείς.

### ΠΤΥΧΩΤΗ ΙΝΩΔΗΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΑΠΟ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΑ

Η πτυχωτή ινώδης υπερπλασία του βλεννογόνου είναι αντιδραστική υπερπλασία του βλεννογόνου του στόματος με την μορφή επιμήκων πτυχωτών επαρμάτων αντίστοιχα προς το όριο των πτερυγίων οδοντοστοιχίας. Τα επάρματα αυτά είναι άλλοτε άλλοι μεγέθους, ευκίνητα και υπόσκληρα, συνήθως φλεγμαίνουν και στην βάση τους είναι δυνατό να υπάρχουν ελκώσεις<sup>9, 35</sup> (εικ. 4). Η βλάβη αυτή παριστά αντίδραση του βλεννογόνου της ουλοπαρειικής ή ουλοχειλικής αύλακας σε χρόνιο μηχανικό ερεθισμό η οποία προκαλείται από λεπτά, αιχμηρά και υπερεκτατικά πτερύγια οδοντοστοιχίας που δεν έχει καλή εφαρμογή<sup>9, 35</sup>. Οι πτυχωτές υπερπλασίες όταν είναι μεγάλες δημιουργούν προβλήματα συγκράτησης της οδοντοστοιχίας, ενώ όταν συνοδεύονται από έλκη προκαλούν και την ανάλογη συμπτωματολογία<sup>35, 38</sup>.

Όταν η υπερπλασία δεν είναι εκτεταμένη μπορεί να αντιμετωπιστεί συντηρητικά. Κατασκευάζεται νέα οδοντοστοιχία που εσωκλείει στην επιφάνεια έδρασης τη βλάβη, η οποία και προσδευτικά συρρικνώνεται. Σε εκτεταμένες λάβες γίνεται χειρουργική εξαίρεση των πτυχών και επιδιόρθωση ή συνθέστερα κατασκευή νέας οδοντοστοιχίας<sup>9, 35, 38</sup>. Κατά την επέμβαση, πρέπει να λαμβάνεται πρόνοια για την διατήρηση της ουλοπαρειικής και ουλοχειλικής αύλακας. Για τον ίδιο λόγο, αμέσως μετά την επέμβαση μπορεί να τοποθετηθεί η παλαιά οδοντοστοιχία κατόπιν αναπροσαρμογής της βάσης της, έστω και προσωρινά, με την χρήση μαλακού επιστρώματος. Σημειωτέον ότι εάν δεν διατηρηθούν οι αύλακες, η νέα οδοντοστοιχία που θα κατασκευασθεί δεν θα διαθέτει την απαραίτητη συγκράτηση και είναι δυνατό να προκαλέσει ίδια ή παρόμοια βλάβη<sup>38</sup>.



**Εικόνα 3**

Συγχειλίτιδα σε νωδή ασθενή που φέρει παλαιές κινητές προσθετικές εργασίες.

**Εικόνα 4**

Πτυχωτή ινώδης υπερπλασία του βλεννογόνου σε τρόφιμο γηροκομείου από παραμελημένη οδοντοστοιχία που δεν εφαρμόζει καλά.



### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι βλάβες του βλεννογόνου του στόματος που καταγράφονται στους ηλικιωμένους και σχετίζονται με την χρήση κινητών προσθετικών εργασιών είναι συχνές, παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλομορφία και συμπτωματολογία και ο οδοντίατρος οφείλει να είναι εξοικειωμένος με την διάγνωση, την θεραπεία και την πρόληψή τους. Επί εμφανίσεώς τους η άρση του αιτίου είναι θεμελιώδους σημασίας για την θεραπεία. Είναι σημαντικό ότι η εμφάνισή τους μπορεί να προληφθεί α) με την τήρηση των ενδεδειγμένων κανόνων κατά την κατασκευή των κινητών προσθέσεων από πλευράς του οδοντιάτρου και β) με την τήρηση των ενδεδειγμένων κανόνων υγιεινής και χρήσης των οδοντοστοιχιών από πλευράς του ασθενούς, τους οποίους ο οδοντίατρος με σαφή και κατανοητό τρόπο πρέπει να συστήσει.

Μειζονος σημασίας είναι και η τακτική επανεξέταση των ασθενών, ιδρυματιζομένων και μη, με στόχο τη διατήρηση κινήτρου φροντίδας των οδοντοστοιχιών και συνεχούς εκπαίδευσης στη στοματική υγιεινή<sup>39</sup> αλλά και για τον έγκαιρο εντοπισμό και την άρση τυχόν προβλημάτων που προκύπτουν.

### SUMMARY

#### Frequent denture-related oral mucosal lesions in older dental patients

Anastassia Kossioni, Flora Zervou-Valvi

*hellenic hospital dentistry 2: 85-90, 2009*

*The increased proportion of elderly wearing removable dentures increases the risk of denture-related oral mucosal lesions, like traumatic ulcers, denture stomatitis, angular cheilitis and denture irritation hyperplasia.*

*Traumatic ulcers are often met after denture insertion, usually caused by overextended flanges or unbalanced occlusion, but can also be met after many years of denture insertion. Denture stomatitis is common, caused by chronic injury or infection and is usually related to the continuous use of dentures. Angular cheilitis is usually caused by infection, but there are many predisposing factors (systemic or prosthetic). Denture irritation hyperplasia is caused by chronic injury from the denture border. The treatment of those conditions is causal*

*ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 2: 85-90, 2009*

*(prosthetic, antimycotic, systemic). It is very important to put special emphasis on the patients' instructions on the use and maintenance of dentures and on the particular importance of regular dental visits after the dentures placement.*

**Key words:** dentures, traumatic ulcer, denture stomatitis, angular cheilitis, denture irritation hyperplasia, old

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Giannakouris K: Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies. 2008, Eurostat. Statistics in focus 72/2008. [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-SF-08-072/EN/KS-SF-08-072-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-08-072/EN/KS-SF-08-072-EN.PDF).
2. Kossioni AE, Vanobbergen J, Newton J, Müller F, Heath R: European College of Gerodontology: undergraduate curriculum guidelines in Gerodontology. Gerodontology 2009; 26: 165-171.
3. Petersen PE, Yamamoto T: Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol 2005; 33: 81-92.
4. Ζερβού-Βάλβη Φ, Πηλαλητός Π, Κουτούλας Δ: Στοματολογικά περιστατικά του Οδοντιατρικού Τμήματος του ΠΓΝΝΠ. Κλινικά Χρονικά 1996; 19: 206-214.
5. Castellanos JL, Diaz-Guzman L: Lesions of the oral mucosa: an epidemiological study of 23785 Mexican patients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2008; 105: 79-85.
6. Τρίμη Κ, Ζερβού-Βάλβη Φ, Ντόκος Ε, Μίχος Ν: Τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών ως έκτακτα περιστατικά κατά τις εφημερίες Οδοντιατρικού Τμήματος Γενικού Νοσοκομείου. Κλινικά Χρονικά 1993; 16: 73-78.
7. Ζερβού-Βάλβη Φ, Βλάχος Η, Γκιώνη Ε, Καρκαντζού Σ, Κοντού Μ, Τσιλιβίγκου Ε και συν: Αιτίες έκτακτης προσέλευσης σε Οδοντιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου. Κλινικά Χρονικά 2007; 30(4): 207-212.
8. Jaikittivong A, Aneksuk V, Langlais RP: Oral mucosal conditions in elderly dental patients. Oral Diseases 2002; 8: 218-223.
9. Αγγελόπουλος ΑΠ, Παπανικολάου Σ, Αγγελοπούλου Ε: Σύγχρονη Στοματική και Γναθοπροσωπική Παθολογία. 3η έκδοση. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα. 2000,

## Πρακτικό θέμα

- σελ. 535-536, 542-544, 548, 630-636.
10. Budtz-Jorgensen E: Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures. *J Oral Pathol* 1981; 10: 65-80.
  11. Karkazis HC, Kossioni AE: Oral health status, treatment needs and demands of an elderly institutionalised population in Athens. *Eur J Prosthodont Rest Dent* 1993; 1: 157-163.
  12. Triantos D: Intra-oral findings and general health conditions among institutionalized and non-institutionalized elderly in Greece. *J Oral Pathol Med* 2005; 34: 577-582.
  13. Freitas JB, Gomez RS, de Abreu MHNG, Ferreira E: Relationship between the use of full dentures and mucosal alterations among elderly Brazilians. *J Oral Rehabil* 2008; 35: 370-374.
  14. MacEntee MI, Glick N, Stolar E: Age, gender, dentures and oral mucosal disorders. *Oral Diseases* 1998; 4: 32-36
  15. Coelho CMP, Sousa YTCS, Daré AMZ: Denture-related oral mucosal lesions in a Brazilian school of dentistry. *J Oral Rehabil* 2004; 31: 135-139.
  16. Newton AV: Denture sore mouth: a possible etiology. *Br Dent J* 1962; 112: 357-360.
  17. Arendorf TM, Walker DM: Denture stomatitis: a review. *J Oral Rehabil* 1987; 14: 217-227.
  18. Kulak-Ozkan Y, Kazazoglu E, Arikian A: Oral hygiene habits, denture cleanliness, presence of yeasts and stomatitis in elderly people. *J Oral Rehabil* 2002; 29: 300-304.
  19. Shulman JD, Rivera-Hidalgo F, Beach MM: Risk factors associated with denture stomatitis in the United States. *J Oral Pathol Med* 2005; 34: 340-346.
  20. Figueiral MH, Azul A, Pinto E, Fonseca PA, Branco FM, Scully C: Denture-related stomatitis: identification of aetiological and predisposing factors- a large cohort. *J Oral Rehabil* 2007; 34: 448-455.
  21. Zissis A, Yannikakis S, Harrison A: A joint clinicostatistical study on the prevalence of Denture Stomatitis. *Int Dent J* 2006; 19: 621-625.
  22. Kossioni AE: The prevalence of denture stomatitis and its predisposing conditions in an older Greek population. *Gerodontology* 2010; doi: 10.1111/j.1741-2358.2009.00359.x (in press).
  23. Τσοβίλη-Ραζέλλου Α: Μακροσκοπική εξέταση των αλλοιώσεων του βλεννογόνου του στόματος επί μερικών και ολικώς νωδών ασθενών. Διδακτορική διατριβή. Αθήνα. 1987.
  24. Ζήσης ΑΙ, Γιαννικάκης ΣΑ: Συχνότητα εμφάνισης συνδυσσμού στοματίτιδας και συγγειλίτιδας σε άτομα με ολικές οδοντοστοιχίες. *Στόμα* 1997; 25: 243-249.
  25. Mikkonen M, Nyysonen V, Paunio I, Rajala M: Prevalence of oral mucosal lesions associated with wearing removable dentures in Finnish adults. *Commun Dent Oral Epidemiol* 1984; 12: 191-194.
  26. Dar-Odeh, Shehabi AA: Oral Candidosis in patients with removable dentures. *Mycoses* 2003; 46: 197-191.
  27. Coco BJ, Bagg J, Cross LJ, Jose A, Cross J, Ramage G: Mixed *Candida albicans* and *Candida glabrata* populations associated with the pathogenesis of denture stomatitis. *Oral Microbiol Immunol* 2008; 23: 377-383.
  28. Ikebe K, Morii K, Matsuda K, Hata K, Nokubi T: Association of candidal activity with denture use and salivary flow in symptom-free adults over 60 years. *J Oral Rehabil* 2006; 33: 36-42.
  29. Δημητρίου Π, Ζήσης Α, Καρκαζής Η, Πολυζώης Γ, Σταυρόκης Γ: Κινητή Προσθετική. Ολικές Οδοντοστοιχίες. 4η έκδοση. Αθήνα. ΜΙ Μπονισέλ. Αθήνα. 2001, σελ 340-348.
  30. Jeganathan S, Payne JA, Thean HPY: Denture stomatitis in an elderly edentulous Asian population. *J Oral Rehabil* 1997; 24: 468-472.
  31. Cross L, Williams DW, Sweeney CP, Jackson MS, Lewis MAO, Bagg J: Evaluation of the recurrence of denture stomatitis and *Candida* colonization in a small group of patients who received itraconazole. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004; 97: 351-358.
  32. Yamamoto D, Shinohara Y, Nagadome H, Terada Y: Development of tissue conditioner capable of binding with anti-microbial protein lactoferrin. *J Prosthodont Res* 2009; 53: 136-141.
  33. da Silva FC, Kimpura ET, Mancini MNG, Balducci I, Jirge AOC, Koga-Ito CY: Effectiveness of six different disinfectants on removing five microbial species and effects on the topographic characteristics of acrylic resin. *J Prosthodont* 2008; 17: 627-633.
  34. Yilmaz H, Aydin C, Bal BT, Oz?elik B: Effects of disinfectants on resilient denture-lining materials contaminated with *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus sobrinus*, and *Candida albicans*. *Quintessence Int* 2005; 36: 373-381.
  35. Ζερβού-Βάλβη Φ: Παθολογία του στόματος στην Τρίτη Ηλικία. Στο: Η. Καρκαζή - Γ. Πολυζώη «Εισαγωγή στη Γηροδοντιατρική και Γναθοπροσωπική Προσθετική», Εκδ. Μπονισέλ. Αθήνα. 1998, σελ. 93-110.
  36. Öhman S-C, Dahlén G, Möller A, Öhman A: Angular cheilitis: a clinical and microbial study. *J Oral Pathol* 1986; 15: 213-217.
  37. Devani A, Barankin B: Angular cheilitis. *Can Fam Physician* 2007; 53: 1022-1023.
  38. Ζερβού-Βάλβη Φ., Βαλαμβάνος Κ., Καραγιάννη Μ., Αλεξίου Ι., Στέφα Χ., Μητσόπουλος Α.: Πτυχωτή ινώδης υπερπλασία από οδοντοστοιχία. *Κλινικά Χρονικά* 2004; 27: 135-140.
  39. Ribeiro DG, Pavarina AC, Giampaolo ET, et al: Effect of oral hygiene education and motivation on removable partial denture wearers: longitudinal study. *Gerodontology* 2009; 26: 150-156.

### Διεύθυνση για επικοινωνία:

Αναστασία Ε. Κοσιώνη,  
Εργαστήριο Προσθετικής Οδοντιατρικής  
Σχολής ΕΚΠΑ, Θηβών 2 Γουδή,  
Αθήνα 11527, Τηλ: 2107461212,  
email: akossion@dent.uoa.gr