

Leczenie powikłań będących konsekwencją błędów jatrogennych w rehabilitacji protetycznej – opis przypadku

Treatment of iatrogenic complications in the prosthetic rehabilitation: A case report

Małgorzata Niesłuchowska, Bożena Baran

Z Katedry Protetyki Stomatologicznej IS Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Kierownik: prof. dr hab. n. med. E. Mierzwińska-Nastalska

HASŁA INDEKSOWE:

protezy częściowe osiadające, błędy jatrogenne w protezy stomatologicznej, płaszczyna zwarcia, wysokość zwarcia

KEY WORDS:

removable partial dentures, iatrogenic complications in prosthodontics, occlusion surfaces, occlusal vertical dimension

Streszczenie

Przedstawiono opis leczenia powikłań będących konsekwencją nieprawidłowej rehabilitacji protetycznej na przykładzie pacjentki, u której pół roku wcześniej wykonano dwie protezy częściowe osiadające. Zwrócono uwagę na konieczność przedprotetycznego przygotowania jamy ustnej do leczenia protetycznego oraz na fakt, że niewyrównana płaszczyna zwarciowo-artykulacyjna oraz zawyżona wysokość centralnego zwarcia utrudnia adaptację pacjenta, a także może prowadzić do zmian patologicznych w obrębie tkanek jamy ustnej poza polem protetycznym. Przedstawiono prawidłowe postępowanie rehabilitacyjne w opisywanym przypadku.

Summary

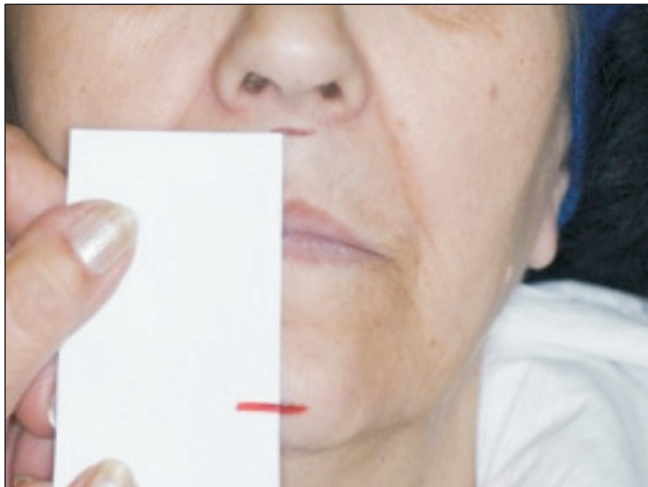
In this paper the complications caused by prosthodontic mistreatment were discussed, taking as an example the female patient who had two removable dentures made six months earlier. The need for the pre-prosthetic preparation of the oral cavity was discussed. It was also highlighted that the uncompensated occlusal plane and too high central occlusion make the tissues outside the prosthetic area. The proper prosthetic rehabilitation procedures in the discussed case were presented.

Wstęp

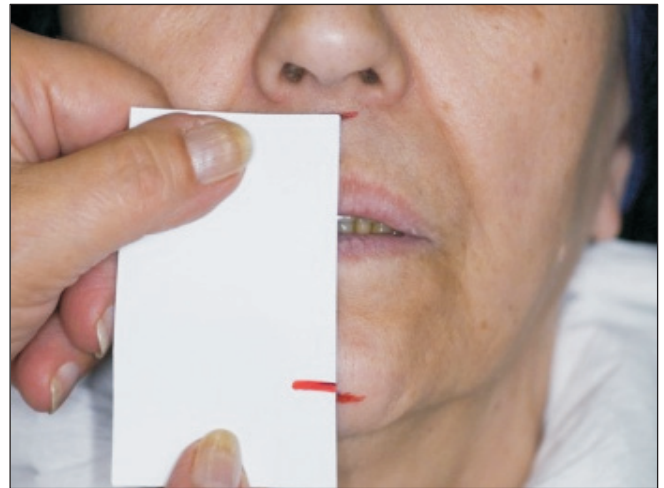
Leczenie protetyczno-stomatologiczne ma na celu odtworzenie utraconych czynności żucia, poprawę wymowy i wyglądu estetycznego, a także ochronę tkanek jamy ustnej przed schorzeniami wynikającymi z utraty zębów. Powyższe wymagania mogą zostać spełnione jedynie wtedy, kiedy prawidłowo zaplanowano cały proces rehabilitacji oraz poprawnie wykonano uzupełnienia protetyczne (1, 2, 3, 4, 5).

Działanie jatrogenne to postępowanie lekarza zmierzające do poprawy stanu pacjenta. Jeśli działania lekarza prowadzą do wystąpienia objawów niepożądanych lub pogorszenia stanu pacjenta mówimy o błędach jatrogennych (6).

Z uwagi na to, że od kilku lat protezy częściowe osiadające są w Polsce refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia coraz liczniejsza jest grupa pacjentów leczonych za pomocą tych uzupełnień. Jednocześnie coraz częściej obserwuje się błędy jatrogenne (7, 8, 9).



Ryc. 1. Spoczynkowa wysokość zwarcia.



Ryc. 2. Wysokość centralnego zwarcia przy obecności w jamie ustnej poprzednio wykonanych protez.



Ryc. 3. Płaszczyzna zwarcia przy obecności w jamie ustnej poprzednio wykonanych protez: a – w odcinku bocznym po stronie prawej, b – w odcinku przednim, c – w odcinku bocznym po stronie lewej.

Opis przypadku

Sześćdziesięcioletnia pacjentka zgłosiła się z powodu trudności w adaptacji do uzupełnień protetycznych wykonanych pół roku wcześniej. Zgłaszała trudności w spożywaniu pokarmów i stukanie zębami podczas mówienia. Podawała, iż ulgę przynosiło wyjmowanie protez z jamy ustnej. Nie zgłaszała współistnienia chorób ogólnoustrojowych. W badaniu zewnętrznym stwierdzono trudności w łączeniu warg i napięcie mięśni bródki, a także wydłużony dolny odcinek twarzy. Po ustaleniu położenia spoczynkowego stwierdzono, że wysokość zwarcia w dotychczas używanych uzupełnieniach protetycznych przekracza wielkość szpary spoczynkowej (ryc. 1, 2). W badaniu wewnątrznym stwierdzono braki klasy III w szczęcie i klasy IV w zuchwie, wg klasyfikacji Galasińskiej-Landsbergerowej (2) oraz zaobserwowano zaburzoną płaszczyznę zwarcia (ryc. 3a, b, c). Na błonie śluzowej lewego policzka widoczne było



Ryc. 4. Patologiczne zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej.

białawe zgrubienie błony śluzowej zlokalizowane w rzucie lanej klamry dolnej protezy. Zmiany o takim samym charakterze występowały również na błonie śluzowej dolnej wargi w rzucie przestrzeni międzyzębowych własnych zębów pacjentki (ryc. 4). W badaniu palpacyjnym były one nieznacznie



Ryc. 5. Górny wzornik zwarciowy z prawidłowo ustaloną wysokością zwarcia i wyrównaną płaszczyzną zwarcia: a – w odcinku bocznym po stronie prawej, b – w odcinku przednim, c – w odcinku bocznym po stronie lewej.

wyczuwalne i niebolesne. Ponadto dolna proteza wykonana jako szkieletowa uznana została za protezę częściową osiadającą z laną płytą, ponieważ w jej konstrukcji nie występowały elementy podpierające (10).

Leczenie

Za pomocą górnego wzornika zwarciowego ustalono prawidłową płaszczyznę zwarciową i prawidłową wysokość centralnego zwarcia. Następnie wyrównano płaszczyznę zwarcia w obrębie własnych zębów pacjentki poprzez wybiórcze szlifowanie zębów bocznych w szczęcie: 15, 14, 13 i przednich w żuchwie: 43, 42, 32, 33, 34. Kolejną czynnością było skrócenie zębów bocznych w dotychczas użytkowanej przez pacjentkę protezie częściowej osiadającej górnej. Pozwoliło to na wstępne wyrównanie płaszczyzny zwarcia w górnym łuku. Z uwagi na dobrą retencję lanej płyty protezy dolnej zdecydowano o wykorzystaniu jej w toku dalszego postępowania. W tym celu skrócono zęby przednie w protezie dolnej oraz wymieniono laboratoryjnie zęby boczne, ustawiając je do wyrównanej płaszczyzny zwarcia w górnym łuku (ryc. 5a, b, c). Po oddaniu do użytkowania protezy dolnej przystąpiono do wykonywania nowej protezy częściowej osiadającej górnej według ogólnie przyjętych zasad.

W celu przyspieszenia gojenia zmian na błonie śluzowej jamy ustnej, równocześnie z postępowaniem protetycznym przystąpiono do leczenia wspomagającego z zastosowaniem lasera biostymulującego. Zastosowano laser diodowy CTL-1106 o długości 80 nm (ryc. 6). Naświetlano błonę śluzową lewego policzka i dolnej wargi w miejscach występowania białawych zgrubień, aplikatorem światło-



Ryc. 6. Laser diodowy.



Ryc. 7. Stan po leczeniu powikłań będących konsekwencją błędów jatrogennych: a – wyrównana płaszczyzna zwarcia, b – obraz błony śluzowej.

wodowym kątowym do aplikacji wewnątrzustnej, o średnicy 6 mm i długości 80 mm, przy ustawieniu mocy 30 mW i energii 6 J. Czas trwania ekspozycji wynosił 3 min 20 s. Wykonano 10 zabiegów laseroterapii.

W wyniku prawidłowo zaplanowanego i przeprowadzonego leczenia przedprotetycznego oraz poprawnie wykonanych uzupełnień protetycznych uzyskano ustąpienie dolegliwości subiektywnych oraz zmian na błonie śluzowej jamy ustnej, a także pełną adaptację pacjentki do nowych uzupełnień protetycznych (ryc. 7a, b).

Dyskusja

Istnieje wiele publikacji dotyczących leczenia za pomocą protez częściowych. Autorzy zgodnie podają, że w wyniku nieprawidłowej, zawyżonej wysokości zwarcia pacjenci zgłaszający się na wizyty kontrolne skarżą się na zaburzenia wymowy, stukanie zębami podczas mówienia oraz trudności w spożywaniu pokarmów. W badaniu zewnątrzustnym stwierdza się w tych przypadkach wydłużenie dolnego odcinka twarzy, wygładzenie fałdów nosowo-wargowych i napięcie mięśni bródki z charakterystycznymi dołkami w miejscu przyczepu mięśni bródkowych do powłok skórnych (1, 2, 11).

Coraz częściej obserwuje się błędy jatrogenne, zdaniem wielu autorów, polegające głównie na nieprawidłowo ustalonej wysokości zwarcia oraz nieprawidłowych kontaktach w zwarcu statycznym i dynamicznym, mogące prowadzić do mio- i artropatii (4, 7, 8, 9, 12, 13, 14). Wśród powikłań będących konsekwencją tych błędów autorzy wymieniają stomatopatie protetyczne odnoszące się do zmian na błonie śluzowej w obrębie podłoża protetycznego (1, 15, 16, 17, 18, 19). W dostępnej literaturze nie znaleziono opisu podobnych patologicznych zmian na błonie śluzowej poza polem protetycznym, zlokalizowanych tak jak w opisywanym przypadku, będących konsekwencją błędu jatrogennego polegającego na ustaleniu w uzupełnieniach protetycznych wysokości zwarcia przekraczającej szparę spoczynkową. W przypadkach leczenia za pomocą protez szkieletowych mówi się o konieczności przedprotetycznego przygotowania zębów własnych pacjenta polegającym na wybiórczym ich szlifowaniu w celu umożliwienia

zaprojektowania prawidłowej konstrukcji (10, 20). W literaturze można znaleźć sugestie dotyczące korekt zębów własnych pacjenta polegających na ich skróceniu, w celu wyrównania płaszczyzny zwarcio-artykulacyjnej w wykonawstwie jakichkolwiek uzupełnień protetycznych (1, 9).

Wyznaczenie prawidłowej płaszczyzny zwarcia jest jednym z uwarunkowań funkcjonalności protez zarówno w okluzji statycznej jak i dynamicznej. Często wyznaczenie tej płaszczyzny wiąże się z koniecznością skrócenia własnych zębów pacjenta, wysuniętych w kierunku luk w łuku przeciwstawnych (efekt Godona). To, a także źle ustalona wysokość zwarcia, szczególnie przekraczająca szparę spoczynkową, utrudnia adaptację. Jeśli, tak jak w opisywanym przypadku, pacjent usiłuje złączyć wargi dochodzi do nadmiernego napięcia mięśni, co dalej skutkuje wpukleniem błony śluzowej jamy ustnej w przestrzenie międzyzębowe.

Brak przygotowania przedprotetycznego polegającego na usunięciu zaburzeń zwarciowych i ustaleniu właściwej relacji żuchwy w stosunku do szczęki może powodować lub nasilać istniejące wcześniej zaburzenia czynnościowe układu stomatognatycznego (9).

Wnioski

1. Leczenie za pomocą protez częściowych może wymagać postępowania przedprotetycznego polegającego na skróceniu własnych zębów pacjenta poprzez wybiórcze szlifowanie.
2. Niewyrównana płaszczyzna zwarciowa oraz zawyżona wysokość centralnego zwarcia utrudnia adaptację pacjenta do uzupełnień protetycznych, a także może prowadzić do zmian patologicznych w obrębie struktur układu stomatognatycznego.

Piśmiennictwo

1. *Spiechowicz E.*: Protetyka stomatologiczna. PZWL, Warszawa 2008.
2. *Galasińska-Landsbergerowa J.*, Protetyka Stomatologiczna. PZWL, Warszawa 1980.
3. *Majewski S.*: Propedeutyka klinicznej i laboratoryjnej protetyki stomatologicznej. Sanmedica, Warszawa 1997.

4. *Ratajczak-Zieleniewska A., Matkowski D., Hędzielek W.*: Czynniki wpływające na adaptację pacjenta do protez osiadających. *Dent. Med. Probl.*, 2007, 44, 2, 259-265.
 5. *Hupfauf L.*: Protetyka stomatologiczna. Protezy częściowe. Urban&Partner, Wrocław 1997, wyd. 1.
 6. *Hędzielek M., Jurga J., Cierpiałkowska A.*: Działanie jatrogenne lekarza stomatologa w ocenie studentów stomatologii i psychologii. *Dent. Med. Probl.*, 2006, 43, 1, 95-99.
 7. *Wojda M., Grzelak M., Spiechowicz E., Mierzwińska-Nastalska E.*: Ocena wyników leczenia pacjentów z zastosowaniem akrylowych protez ruchomych prowadzonego w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. *Protet. Stomatol.*, 2010, LX, 1, 28-36.
 8. *Godlewski T., Golecka M., Rusiniak-Kubik K., Mierzwińska-Nastalska E.*: Problemy rehabilitacji protetycznej związane z nowymi formami rozwiązań systemowych w służbie zdrowia i współpracą z kasami chorych. *Protet. Stomatol.* 2002, LII, 3, 167-172.
 9. *Panek H.*: Ocena jatrogennego wpływu uzupełnień protetycznych na dysfunkcje skroniowo-żuchwowe. *Protet. Stomatol.*, 2008, LVIII, 6, 431-437.
 10. *Budkiewicz A.*: Protezy szkieletowe. PZWL, Warszawa 2004.
 11. *Bochenek A., Reicher M.*: Anatomia człowieka. PZWL, Warszawa 1990, Tom I.
 12. *Frączak B., Kubrak J., Frączak P.*: Przyczyny niepowodzeń w leczeniu protetycznych pacjentów z bezzębiem. *Stomat. Współczesna*, 1997, 4, 2, 158.
 13. *Ey-Chmielewska H., Sobolewska E., Frączak B., Grabikowska-Prowans K.*: Najczęstsze przyczyny skarg na stomatologiczne świadczenia protetyczne w opiniach lekarzy biegłych Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie. *Arch. Med. Sąd. Krym.*, 2005, LV, 273-276.
 14. *Piotrowski P., Szygenda A.*: Zaniki kostne podłoża protetycznego pod protezami ruchomymi. Opis przypadków. *Dental Forum*, 2005, 2, XXXIII, 103-109.
 15. *Frączak B., Ey-Chmielewska H., Frączak P.*: Błędy popełniane na etapach klinicznym i laboratoryjnym przy wykonywaniu uzupełnień stałych i ruchomych. *Stomatologia Współczesna*, 1997, 4, 1, 53-55.
 16. *Siedlecki M., Niestuchowska M.*: Wpływ ruchomych uzupełnień protetycznych na bezzębny wyrostek zębodołowy w łuku przeciwstawnym. *Nowa Stomatologia*, 2004, 3, 29, 117-120.
 17. *Siedlecki M., Nawrocka-Furmanek J., Rusiniak-Kubik K., Mierzwińska-Nastalska E.*: Kliniczna i radiologiczna ocena podłoża protetycznego oraz wskazań do jego przed-protetycznej korekty. *Nowa Stomatologia*, 2004, 1, 24-27.
 18. *Newton A. V.*: Denture sore Mouth. *British Dental Journal*, 1962, 112, 357-360.
 19. *Niestuchowska M.*: Rozpoznawanie i różnicowanie stomatopatii protetycznych. *Stomatopatie protetyczne*. PZWL, 1993, rozdz. 3, 39-57.
 20. *Spiechowicz E.*: Współczesna rehabilitacja protetyczna. Część II. Braki jakościowe i ilościowe. *Protet. Stomatol.*, 2003, LIII, 5, 253-260.
- Zaakceptowano do druku: 24.II.2011 r.
Adres autorów: 02-006 Warszawa, ul. Nowogrodzka 59, Pawilon XI A
© Zarząd Główny PTS 2011.