

## Interdyscyplinarne leczenie pacjenta z ziarninującym stanem zapalnym błony śluzowej jamy ustnej – opis przypadku

### Interdisciplinary treatment of the patient with inflammatory papillary hyperplasia stomatitis – case report

**Katarzyna Kubicka, Tomasz Godlewski**

Katedra Protetyki Stomatologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. *Elżbieta Mierzwińska-Nastalska*

---

---

HASŁA INDEKSOWE:

stomatopatia protetyczna, protezy całkowite

---

---

---

---

KEY WORDS:

stomatitis prothetica, complete denture

---

---

*Streszczenie*

*Leczenie protetyczne bezzębnych pacjentów jest często dużym wyzwaniem dla lekarza klinicysty. W wielu przypadkach musi zostać poprzedzone leczeniem przygotowawczym przedprotetycznym, stając się postępowaniem interdyscyplinarnym. Jednocześnie należy pamiętać, iż proces leczniczy nie kończy się w momencie oddania pacjentowi uzupełnień protetycznych. Równie ważna jest edukacja chorego odnośnie użytkowania protez, higienizacji, wizyt kontrolnych oraz czasu ich użytkowania. Brak któregoś z tych elementów lub niezastosowanie się przez pacjenta do zaleceń lekarskich może wiązać się z niekorzystnymi zmianami w obrębie narządu żucia, a tym samym całego organizmu.*

*W artykule przedstawiono opis przypadku leczenia protetycznego bezzębnej pacjentki ze stomatopatią protetyczną trzeciego stopnia wg klasyfikacji Newtona. Proces rehabilitacji poprzedziło leczenie chirurgiczne podłoża protetycznego. W publikacji przybliżono nie tylko etapy postępowania klinicznego, opieki pozabiegowej ale także zwrócono uwagę na szczególną rolę lekarza protetyka w profilaktyce onkologicznej.*

*Summary*

*Prosthetic treatment of the edentulous patients is often a big challenge for a clinician. In many cases, it must be preceded by preparatory treatment before prosthetic treatment, becoming interdisciplinary. It should be remembered that the healing process does not end at the moment of hand over final prosthetic restorations. Equally important is patient education about the use of prostheses, the time of their use, hygienization and control visits. Lack of any elements or failure to follow medical recommendations may be associated with far-reaching adverse changes within the masticatory system and health.*

*The article presents a description of prosthodontic treatment edentulous patient with third degree denture stomatitis according to the Newton's classification. The rehabilitation process was preceded by surgical treatment of the prosthetic base. The publication describes not only the stages of clinical management, postoperative care but also highlights the special role of the prosthetics physician in oncological prevention.*

## Wstęp

Stomatopatie protetyczne są stanami zapalnymi w obrębie tkanek jamy ustnej, których występowanie jest ściśle związane z użytkowaniem uzupełnień protetycznych, zwłaszcza ruchomych.<sup>1,2</sup> W piśmiennictwie spotyka się wprawdzie opisy przypadków pojawienia się tego typu zmian u pacjentów nie użytkujących żadnych uzupełnień, jednak należą one do rzadkości. Schorzenie to może dotyczyć nawet do 70% pacjentów użytkujących ruchome protezy.<sup>3</sup> W grupie tej przeważają kobiety i osoby w podeszłym wieku.<sup>4</sup> Wśród wielu podziałów stomatopatii protetycznych jedną z najbardziej rozpowszechnionych jest klasyfikacja Newtona z 1962 roku.<sup>5</sup> Oparta jest ona na ocenie klinicznej i wyróżnia trzy typy zapalenia. Pierwszy stopień obejmuje ograniczone stadium zapalne występujące na niezmięnionej błonie śluzowej, dookoła ujść przewodów podniebiennych gruczołów śluzowych. Stadium drugie charakteryzuje się rozległym przekrwieniem błony śluzowej objętej płytą protezy. Trzecie przedstawia obraz przerozowego, ziarninującego zapalenia mogącego swoim zasięgiem przekraczać obszar pokryty płytą protezy. Spiechowicz i wsp. wyróżnili dodatkowe stadium „0” obejmujące przypadki kliniczne, gdy przy braku zmian w obrębie błony śluzowej, pacjent zgłasza dolegliwości w postaci pieczenia, palenia czy suchości jamy ustnej.<sup>6</sup> Z kolei Majewski podzielił stomatopatie na stany ostre i przewlekłe. Pierwsze charakteryzują się przekrwieniem błony śluzowej podniebienia i wyrostków, rozlanym stanem zapalnym błony śluzowej z jej rozpulchnieniem, krwawymi wybroczynami, odleżynami i ruchomością względem podłoża, pokrywając się z zasięgiem płyty protezy. Stany przewlekłe są włóknistymi rozrostami tkanki łącznej, przyjmującymi postać ziarniniaków szczeliniowatych (granuloma fissuratum), brodawkowatych rozrostów błony śluzowej podniebienia,

czy też rozrostu włóknistego błony śluzowej grzbietowej części wyrostka zębodołowego żuchwy tworzącego obraz ruchomego wyrostka, nie podpartego tkanką kostną.<sup>7</sup> Z przedstawionym powyżej obrazem często współistnieje występowanie zapalenia kątów ust oraz nadkażenie błony śluzowej przez grzyby z rodzaju *Candida*. Według niektórych badań infekcja grzybicza może dotyczyć nawet dwóch trzecich pacjentów użytkujących protezy.<sup>8</sup>

Występowanie stomatopatii protetycznych ma najczęściej wieloczynnikowe podłoże. Zissis i wsp. wykazali w swoich badaniach, iż długoterminowe użytkowanie protez ruchomych o złej retencji i stabilizacji stanowi jedną z wiodących przyczyn rozwoju stanu zapalnego.<sup>9</sup> Zła higiena jamy ustnej oraz uzupełnień protetycznych wraz z całodobowym ich użytkowaniem predysponuje do namnażania szczepów z rodzaju *Candida*, prowadząc do nasilenia objawów zapalnych.<sup>8</sup> Niedostateczna gładkość, wzrost chropowatości i nasiąkliwość tworzywa akrylowego narastające wraz z czasem użytkowania uzupełnień leżą również u podstaw patogenezy tego schorzenia.<sup>10,11</sup> Nie bez znaczenia pozostaje także toksyczne działanie wolnego monomeru oraz reakcje elektrochemiczne, które mogą pojawić się podczas kontaktu stopów dentystycznych ze środowiskiem jamy ustnej. Wśród czynników ogólnych wpływających na powstanie stomatopatii protetycznych wymienia się palenie tytoniu, cukrzycę, immunosupresję, schorzenia wymagające przewlekłej antybiotykoterapii, sterydoterapii, czy stosowanie leków psychotropowych. U pacjentów poddawanych radio- lub chemioterapii z powodu uszkodzenia komórek nabłonkowych błony śluzowej jamy ustnej i komórek gruczołów ślinowych dochodzi do powstawania mucositis. Ze względu na zmniejszenie ilości wydzielanej śliny oraz zmian jakościowych w jej składzie, ścięczała błona śluzowa jamy ustnej jest szczególnie podatna na uraz mechaniczny oraz wtórne nadkażenia fizjologiczną florą. W



*Ryc. 1. Wzmoczone napięcie mięśnia okrężnego ust w obecności protezy całkowitej górnej.*



*Ryc. 2. Włóknisto-ziarninujące przerosty błony śluzowej jamy ustnej.*

pierwszych etapach leczenia przeciwnowotworowego pojawia się zaczerwienienie i obrzęk, przechodząc w późniejszym okresie terapii w bolesne nadżerki i owrzodzenia. Przy niedoborach witamin z grupy B, kwasu foliowego oraz żelaza również dochodzi do pojawienia się lub nasilenia stanu zapalnego błony śluzowej jamy ustnej.<sup>12-14</sup>

Lekarz klinicysta wielokrotnie spotyka się z sytuacją, gdy stomatopatia protetyczna jest niezauważana przez pacjentów lub lekceważona, przybierając bardziej zaawansowane stadia. Mała liczba pacjentów uskarża się na ból czy pieczenie, które najczęściej skłaniają do wizyty w gabinecie lekarskim.<sup>15</sup> Dlatego tak istotna wydaje się edukacja odnośnie potencjalnych czynników ryzyka oraz ich wpływu na zdrowie ogólne, nauka prawidłowych zabiegów higienizacyjnych wraz z ich ewaluacją podczas planowych wizyt kontrolnych, mających miejsce na przestrzeni lat.

## Opis przypadku

Pacjentka w wieku 78 lat zgłosiła się w celu wykonania nowych uzupełnień protetycznych. W wywiadzie podała, że obecną protezę całkowitą górną i dolną użytkuje całodobowo ponad 20 lat. Na podstawie przeprowadzonego wywiadu ogólnomedycznego uzyskano

informację o występowaniu u pacjentki schorzeń układu krążenia, w tym utrwalonego migotania przedsionków. Z tego powodu pacjentka przyjmowała przewlekłe leki przeciwkrzepliwie oraz antyarytmiczne (Digoxin, Acenocumarol). W opinii pacjentki obecne uzupełnienia przez wiele lat spełniały bardzo dobrze wszystkie swoje funkcje, dlatego nie zgłaszała się na żadne wizyty kontrolne do lekarza protetyka. Całodobowe użytkowanie protez wynikało z przeświadczenia pacjentki, iż jest to właściwe postępowanie. W przeprowadzonym badaniu zewnątrzustnym stwierdzono obniżenie wysokości zwarcia, obecność zapalenia kątów ust oraz wzmoczone napięcie mięśnia okrężnego ust (ryc. 1). Wewnątrzustnie stwierdzono obecność rozległych przerostów błony śluzowej o charakterze włóknisto-ziarninującym, zlokalizowanych w obrębie bezzębnego wyrostka zębodołowego szczęki i części zębodołowej żuchwy (ryc. 2). Stwierdzony obraz kliniczny odpowiadał stadium trzeciemu wg klasyfikacji Newtona.<sup>5</sup>

Brak retencji i stabilizacji protez był kompensowany przez czynne napięcie mięśnia okrężnego ust oraz policzków, mające na celu utrzymanie protez na podłożu. Przy ruchach mimicznych lub mowie widoczna była jednak znaczna ruchomość uzupełnień. Zaniżona wysokość zwarcia wraz całkowitym starciem



*Ryc. 3. Starte powierzchnie żujące akrylowych zębów w protezach.*



*Ryc. 4. Nieprawidłowe przyleganie protezy górnej do podłoża protetycznego.*

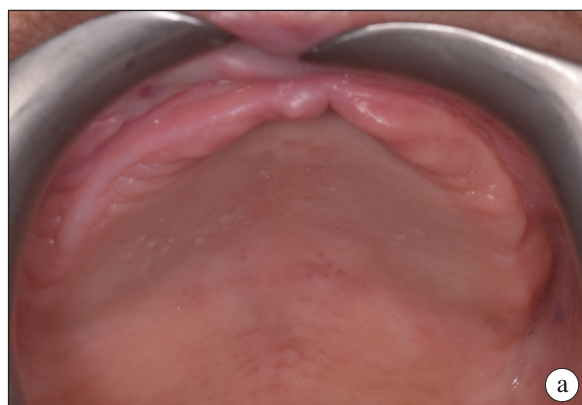


*Ryc. 5. Zmiana o charakterze rogu skórniego w linii pośrodkowej szyi.*

powierzchni żujących akrylowych zębów uniemożliwiały prawidłową wydolność funkcjonalną protez podczas posiłków (ryc. 3, 4). Dodatkowo w linii pośrodkowej szyi obecna była zmiana o charakterze rogu skórniego (ryc. 5). Ze względu na brak możliwości odtworzenia funkcji żucia, mowy oraz względów estetycznych bez przygotowania przedprotetycznego podłoża śluzówkowego, pacjentkę skierowano na konsultację w celu kwalifikacji do zabiegu chirurgicznej korekty powstałych zmian. Jednocześnie wydano skierowanie do lekarza dermatologa w celu leczenia guza zlokalizowanego w linii pośrodkowej szyi. Badania histopatologiczne przeprowadzone na podstawie wycinków wewnątrznych

ujawniły przerosty włókniste bez cech dysplazji, natomiast we fragmencie guza szyi stwierdzono brodawczaka płaskonabłonkowego z wyraźną hiperkeratozą. Po ok. 6 tygodniach od przeprowadzonego leczenia chirurgicznego w obrębie jamy ustnej, przystąpiono do rozpoczęcia leczenia protetycznego z zastosowaniem protez całkowitych. Ze względu na bardzo szeroki zakres wycięcia zmian, zastane warunki do leczenia protetycznego były bardzo trudne. Zarówno w szczęcie, jak i żuchwie obecne było podłoże zanikłe twarde wg Supple.<sup>6</sup> Wyrostek zębodołowy szczęki oraz część zębodołowa żuchwy były słabo zarysowane, podniebienie płasko wysklepione. Błona śluzowa zbita, cienka, napięta, niepodatna, w żuchwie przyczepiająca się na szczycie części zębodołowej, której szerokość nie przekraczała 3 mm (ryc. 6 a,b). Istniejące warunki nie sprzyjały retencji i stabilizacji planowanych uzupełnień protetycznych.

Po przeprowadzonym badaniu przystąpiono do pobrania wycisków anatomicznych z zastosowaniem masy alginatowej na łyżkach standardowych metalowych do bezzębia, w celu wykonania modeli anatomicznych. Na nich, po zaznaczeniu zasięgu zlecono wykonanie łyżek indywidualnych z akrylu, zaopatrzonych w wały woskowe. Ze względu na trudne warunki podłoża protetycznego zaplanowano wykonanie wycisku czynnościowego szczęki przy



Ryc. 6. Podłoże protetyczne szczęki i żuchwy po korekcie chirurgicznej.

ustach zamkniętych oraz wycisku ekstensyjnego żuchwy wykorzystując do tego celu wykonane protezy próbne. Podczas drugiego etapu klinicznego, po skorygowaniu zasięgu płyty wzorników (wg testów Herbsta), przystąpiono do ustalenia i zarejestrowania zwarcia centralnego metodą anatomofizjologiczną. Ze względu na wzmożone napięcie mięśniowe widoczne w rysach twarzy pacjentki oraz trudności w znalezieniu powtarzalnego położenia spoczynkowego żuchwy, jako metodę pomocniczą przyjęto pomiary antropometryczne odcinków czołowego, nosowego i bródkowego. W następnej kolejności dobrano kolor i kształt przyszłych zębów, który został zaakceptowany przez pacjentkę. Kontrolę próbną protez przeprowadzono w oparciu o ogólnie przyjęte zasady. Dodatkowo zwrócono uwagę na stan napięcia powłok twarzy. Po akceptacji próbną protez przez pacjentkę przystąpiono do pobrania wycisków czynnościowych przy ustach zamkniętych. Ukształtowanie czynnościowe pobrzeża przyszłej protezy górnej i dolnej uzyskano stosując masę silikonową. Funktion (Bisico<sup>®</sup>, Niemcy), którą naniesiono w postaci plastycznego wałeczka na brzegi akrylowej płyty. Przy równoczesnej obecności próbną protezy górnej i dolnej oraz zwarcia zębów polecono pacjentce wykonanie ruchów mimicznych, uśmiechu, przełykania śliny, a następnie mówienia. Po ocenie



Ryc. 7. Wyciski czynnościowe szczęki i żuchwy wykonane na próbną protezach.

ukształtowanego czynnościowo wycisku na powierzchnię dośluzówkową każdej z próbną protez nałożono masę silikonową OranwashL (Zhermack<sup>®</sup>, Włochy) w celu pobrania wycisku uzupełniającego. Były one wykonane kolejno, przy równoczesnej obecności protezy próbną przeciwnego łuku. W żuchwie dążono do uzyskania wycisku ekstensyjnego poprzez wykonywanie testów czynnościowych o mniejszym zakresie ruchów. Z tak ukształtowanych



Ryc. 8 a, b. Nowe protezy całkowite w jamie ustnej.

wycisków mukodynamicznych (ryc. 7) odlano modele robocze, na których wykonano docelowe uzupełnienia protetyczne. Uszczelnienie linii AH oraz odciążenia okolicy szwu podniebiennego oraz brodawki przysiecznej wykonano na modelu roboczym, na podstawie przeprowadzonego badania wewnątrzustnego. Na następnej wizycie, po sprawdzeniu poprawności wykonania protezy całkowitej górnej i dolnej wg ogólnie przyjętych zasad, uzupełnienia oddano pacjentce do użytkowania wraz z pisemną instrukcją odnośnie sposobu użytkowania, częstości oczyszczania, dezynfekcji i przechowywania (ryc. 8a, b). Po 24 godzinach od otrzymania docelowych uzupełnień pacjentka zgłosiła się na wizytę kontrolną, na której dokonano korekty protez w miejscach nadmiernego ucisku błony śluzowej oraz przeprowadzono analizę okluzji statycznej i dynamicznej. Na kolejnej wizycie kontrolnej wyznaczonej za tydzień, wykonano niezbędne korekty oraz ponownie przeprowadzono instruktaż higieny protez i jamy ustnej.

Pomimo bardzo trudnych warunków podłoża protetycznego, w szczęce uzyskano dobrą retencję oraz stabilizację protezy. W żuchwie niezależnie od przyłożenia dużej uwagi do ekstensyjnego ukształtowania pobrzoży dolnej protezy, nie osiągnięto tak zadawalających efektów. Wobec powyższego rozważono możliwość wsparcia uzupełnienia o wszcep-

śródkostne zaopatrzone w elementy retencyjne. W wyniku badania klinicznego oraz na podstawie diagnostyki CBCT stwierdzono wystarczające warunki kostne do zabiegu implantacji. Pacjentka jednak nie zdecydowała się na zaproponowane leczenie implantoprotetyczne, rezygnując tym samym z możliwości polepszenia retencji i stabilizacji dolnej protezy całkowitej.

## Podsumowanie

Jednym z bezsprzecznych czynników mających wpływ na powstanie stomatopatii protetycznych jest niska świadomość społeczna oraz brak dostatecznej edukacji prozdrowotnej w zakresie użytkowanych uzupełnień protetycznych. Zmniejszenie koordynacji wzrokowo-ruchowej u pacjentów w podeszłym wieku również nie sprzyja zachowaniu zdrowia jamy ustnej. Dlatego w kompetencji lekarza dentysty, poza procedurami klinicznymi i laboratoryjnymi, jest zwrócenie szczególnej uwagi na oddziaływanie protez na podłoże. Zalecenia odnośnie higieny jamy ustnej oraz protez (ruchomych i stałych), sposobu, czasu ich użytkowania oraz harmonogramu wizyt kontrolnych należy wydawać na piśmie i powtarzać w przekazie ustnym na każdej wizycie. Pacjenci powinni być świadomi, iż nocne użytkowanie protez ruchomych może wiązać

się z generowaniem urazowych i infekcyjnych stanów zapalnych błony śluzowej jamy ustnej oraz z dwukrotnym wzrostem ryzyka rozwoju zapalenia płuc, które w 90% osób starszych może prowadzić do zgonu.<sup>16,17</sup> Prawidłowe mechaniczne i chemiczne oczyszczanie protez za pomocą specjalnych szczotek i past niezawierających środków ściernych, połączone z krótkotrwałym ich umieszczeniem w środku dezynfekcyjnym zmniejszy ryzyko rozwoju schorzeń błony śluzowej jamy ustnej, gardła, układu oddechowego, krwionośnego czy reumatoidalnego zapalenia stawów. Ponadto częste kontrole uzupełnień protetycznych i wykonywanie niezbędnych korekt spełnia zadania profilaktyki onkologicznej. Przestrzeganie przez pacjentów regularnych wizyt kontrolnych co 6 miesięcy umożliwia dokładne monitorowanie stanu błony śluzowej jamy ustnej, warg oraz powłok twarzy. Działania te mają na celu jak najszybsze wykrycie i leczenie patologicznych stanów zapalnych o charakterze nadżerek, rozrostów czy owrzodzeń występujących w obrębie powyższych struktur anatomicznych. Ponieważ lekarz dentysta jest często lekarzem pierwszego kontaktu dla wielu pacjentów, wykazana przez niego czujność onkologiczna jest priorytetowa. Wczesne wykrycie stanów chorobowych predysponujących do metaplastji nowotworowej pozwala wdrożyć odpowiednie leczenie w jak najkrótszym czasie, a tym samym zwiększa szanse pacjenta na przeżycie.

## Piśmiennictwo

1. *Thwaites MS, Jeter TE, Ajagbe O*: Inflammatory papillary hyperplasia: review of literature and case report involving a 10-year-old child. *Quintessence Int* 1990; 21(2): 133-138.
2. *Tucker KM, Heget HS*: The incidence of inflammatory papillary hyperplasia. *J Am Dent Assoc* 1976; 93(3): 610-613.
3. *Gendreau LI, Loewy ZG*: Epidemiology and etiology of denture stomatitis. *J Prosthodont* 2011; 20(4): 251-260
4. *Figueiral MHI, 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(6): 448-455.
5. *Newton AV*: Denture sore mouth. *Br Dent J* 1962; 112: 357-360
6. *Spiechowicz E*: Protetyka stomatologiczna. Wydanie VI, PZWL, 2016
7. *Majewski S*: Współczesna protetyka stomatologiczna. Podstawy teoretyczne i praktyka kliniczna. Wydanie I, Elsevier Urban&Partner, 2014
8. *Webb BCI, Thomas CJ, Willcox MD, Harty DW, Knox KW*: Candida-associated denture stomatitis. Aetiology and management: a review. Part 3. Treatment of oral candidosis. *Aust Dent J* 1998; 43(4): 244-249.
9. *Zissis AI, Yannikakis S, Harrison A*: Comparison of denture stomatitis prevalence in 2 population groups. *Int J Prosthodont* 2006; 19(6): 621-625.
10. *Zamperini CAI, Machado AL, Vergani CE, Pavarina AC, Giampaolo ET, da Cruz NC*: Adherence in vitro of *Candida albicans* to plasma treated acrylic resin. Effect of plasma parameters, surface roughness and salivary pellicle. *Arch Oral Biol* 2010; 55(10): 763-770.
11. *Sesma NI, Laganá DC, Morimoto S, Gil C*: Effect of denture surface glazing on denture plaque formation. *Braz Dent J* 2005; 16(2): 129-134.
12. *Soysa NSI, Ellepola AN*: The impact of cigarette/tobacco smoking on oral candidosis: an overview. *Oral Dis* 2005; 11(5): 268-273.
13. *Soysa NSI, Samaranayake LP, Ellepola AN*: Diabetes mellitus as a contributory factor in oral candidosis. *Diabet Med* 2006; 23(5): 455-459.
14. *Soysa NSI, Samaranayake LP, Ellepola AN*: Cytotoxic drugs, radiotherapy and oral

- candidiasis. *Oral Oncol* 2004; 40(10): 971-978.
15. Mago J, Mittal K, Kaur M, Kaur A, Kaunda M: Denture stomatitis – a case report and an update. *World J Pharm Med Res* 2016; 2(4): 224-226.
16. O'Donnell LE1, Smith K2, Williams C2, Nile CJ1, Lappin DF1, Bradshaw D3, Lambert M3, Robertson DP1, Bagg J1, Hannah VI, Ramage G1: Dentures are a Reservoir for Respiratory Pathogens. *J Prosthodont* 2016; 25(2): 99-104.
17. Guest JF1, Morris A: Community-acquired pneumonia: the annual cost to the National Health Service in the UK. *Eur Respir J* 1997; 10(7): 1530-4.

Zaakceptowano do druku: 14.06.2018 r.

Adres autorów: 02-006 Warszawa, ul. Nowogrodzka 59.

© Zarząd Główny PTS 2018.