

Ziarniniak szczelinowaty u użytkownika ruchomych uzupełnień protetycznych – opis przypadku. Postępowanie leczniczo-rehabilitacyjne

Granuloma fissuratum in a user of removable prosthetic restorations – case report. Medical and rehabilitation procedures

Anna Kondrat¹, Dorota Namiot¹, Jakub Karaszewski²

¹ Zakład Protetyki Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
Department of Prosthodontics, Medical University, Białystok
Kierownik: dr hab. n. med. *Teresa Sierpińska*

² Zakład Chirurgii Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
Department of Oral Surgery, Medical University, Białystok
Kierownik: dr n. med. *Janusz Szarmach*

HASŁA INDEKSOWE:

ziarniniak szczelinowaty, protezy ruchome, odruch wymiotny, adaptacja do protez

KEY WORDS:

granuloma fissuratum, removable dentures, gag reflex, adaptation to prostheses

Streszczenie

Wprowadzenie. Zanik podłoża protetycznego może wpływać na utratę retencji oraz stabilizacji użytkowanych ruchomych uzupełnień protetycznych. W wyniku długotrwałego urazu mechanicznego, wywołanego obrzeżem ruchomego uzupełnienia protetycznego, może dojść do powstania zmiany rozrostowej zapalno-włóknistej, ziarniniaka szczelinowatego (*granuloma fissuratum*).

Cel pracy. W pracy opisano ziarniniaka szczelinowatego u pacjentki użytkującej ruchome uzupełnienia protetyczne oraz postępowanie leczniczo-rehabilitacyjne.

Dyskusja. Ziarniniak szczelinowaty występuje u 5-14% użytkowników protez ruchomych. Większość przypadków wykrywana jest u kobiet. Wraz z wydłużaniem się okresu użytkowania tych samych protez oraz ich całodobowego użytkowania wzrasta ryzyko rozwoju ziarniniaka szczelinowatego. W początkowym okresie nowe uzupełnienie protetyczne może wywoływać odruch wymiotny. Długotrwały nasilony odruch wymiotny pro-

Summary

Introduction. The atrophy of the prosthetic base may result in the loss of both retention and stabilization of the removable prosthetic restorations. As a result of prolonged mechanical injury caused by the edge of the removable prosthetic restoration, a lesion called inflammatory fibrous hyperplasia – *granuloma fissuratum* – can develop.

Aim of the study. The paper describes *granuloma fissuratum* in a patient using removable prosthetic restorations, and rehabilitation procedures.

Discussion. *Granuloma fissuratum* occurs in 5-14% of removable dentures users. Most cases are detected in women. The longer the period of use of the same dentures, as well as their circadian use, the higher the risk of developing *granuloma fissuratum*. The new prosthetic restoration may initially cause a gag reflex. If persistent and intensive, gag reflex leads to avoidance of control visits at the dentist, insufficient oral hygiene and, as a consequence, faster loss of the remaining

wadzi do unikania wizyt kontrolnych u stomatologa, niedostatecznej higieny jamy ustnej a w konsekwencji szybszej utraty pozostałego uzębienia. Ziarniniak szczelinowaty może być leczony zachowawczo bądź chirurgicznie. Uważa się, że chirurgia laserowa powinna stanowić standard postępowania w przypadku usuwania fałdów włóknistych.

Podsumowanie. Uzupełnienie protetyczne powinno stanowić aparat leczniczo-rehabilitacyjny, nie zaś jatrogeny czynnik urazowy układu stomatognatycznego.

teeth. The treatment of granuloma fissuratum can be conservative or surgical. It is believed that laser surgery should be the standard for removing granuloma fissuratum.

Conclusion. A prosthetic restoration should be a therapeutic and rehabilitation device, not an iatrogenic traumatic factor within the stomatognathic system.

Wprowadzenie

W wyniku wieloletnich zaniedbań zdrowotnych obserwowany jest wzrost odsetka osób bezzębnych wśród pacjentów w podeszłym wieku, użytkujących ruchome uzupełnienia protetyczne. Nabłonek błony śluzowej jamy ustnej wraz z wiekiem staje się cieńszy, bardziej podatny na urazy mechaniczne. Stopień keratynizacji oraz gęstość i objętość błony śluzowej ulegają redukcji. Postępujący wraz z wiekiem zanik podłoża protetycznego może wpływać na utratę retencji oraz stabilizacji przewlekłe użytkowanych ruchomych uzupełnień protetycznych.^{1,2}

W wyniku długotrwałego urazu mechanicznego, wywołanego obrzeżem ruchomego uzupełnienia protetycznego, może dojść do powstania ziarniniaka szczelinowatego (granuloma fissuratum). Jest to zmiana rozrostowa zapalno-włóknista. Uraz błony śluzowej jest zazwyczaj spowodowany przez ostre i/lub zbyt długie, przekraczające strefę neutralną, obrzeże protezy, które może powstać w efekcie nieprawidłowego zaprojektowania, bądź wykonania protezy, albo w wyniku zaniku podłoża protetycznego. W obrazie klinicznym ziarniniak szczelinowaty przybiera postać elastyczno-twardego, bladoróżowego, pojedynczego

fałdu, bądź kilku fałdów na szerokiej podstawie, pomiędzy które przeważnie wklina się obrzeże protezy. Niekiedy u podstawy fałdów może dochodzić do owrzodzenia. Ziarniniak szczelinowaty jest zmianą o charakterze łagodnym, jednak w każdym przypadku powinien być diagnozowany w kierunku wykluczenia rozrostu nowotworowego.¹⁻⁹

Podstawową zasadą rehabilitacji protetycznej jest zapobieganie urazom podłoża protetycznego.¹ W profilaktyce powstania ziarniniaka szczelinowatego kluczowym elementem postępowania jest prawidłowe zaprojektowanie i wykonanie protez, a szczególnie czynnościowe ukształtowanie obrzeża ruchomych uzupełnień protetycznych. Kolejną zasadą jest regularne, okresowe podścielanie protez lub wymiana ich na nowe. W tym celu należy odpowiednio przeprowadzić edukację pacjenta odnośnie zasad użytkowania ruchomych uzupełnień protetycznych i istoty regularnych wizyt kontrolnych u stomatologa.^{4,7} Na podstawie badań przeprowadzonych w Poznaniu, wśród osób leczonych z powodu ziarniniaka szczelinowatego wykazano, że żaden z pacjentów nie zgłaszał się regularnie do stomatologa po otrzymaniu protez, których użytkowanie doprowadziło do patologicznego rozrostu błony śluzowej.⁴

Cel pracy

Celem pracy było opisanie ziarniniaka szczelinowatego u pacjentki użytkującej ruchome uzupełnienia protetyczne oraz postępowania leczniczo-rehabilitacyjnego.

Opis przypadku

Do Poradni Protetyki Stomatologicznej zgłosiła się 65-letnia kobieta, celem wykonania nowych uzupełnień protetycznych. W badaniu podmiotowym pacjentka podała, że dotychczasowe protezy (proteza częściowa górna i całkowita dolna) używa całodobowo, od około 20 lat oraz, że przez ten okres nie uczęszczała regularnie na wizyty kontrolne. Stwierdziła, że okres adaptacji był długi i początkowo towarzyszyły mu dolegliwości bólowe. Przyznała również, że zasięg obrzeży obu protez był wielokrotnie korygowany, ze względu na nasilony odruch wymiotny uniemożliwiający ich użytkowanie. Skarżyła się na nadmierną ruchomość protez oraz trudności w spożywaniu pokarmów, lecz jak stwierdziła, w końcu się do nich przyzwyczaiła.

W wywiadzie ogólnym pacjentka podała, że od około 20 lat choruje na reumatoidalne zapalenie stawów, bóle zwyrodnieniowe kręgosłupa, nerwicę oraz alergię wziewną na pyłki roślin. W związku z RZS przyjmuje leki: metylprednisolonum, metotreksat i celecoxibum, a także przewlekle roślinny lek uspokajający oraz suplement diety z magnezem i potasem.

W badaniu zewnętrznym stwierdzono: twarz symetryczna, skrócona odległość nosowo-bródkowa, opadające kąty ust, profil wklęsły oraz zmniejszony kąt nosowo-wargowy. W badaniu wewnętrznym stwierdzono bezzębną żuchwę i uzębienie resztkowe w szczęce – ząb 13. W żuchwie, w przedsionku jamy ustnej w okolicy linii pośrodkowej wykazano obecność dwóch nieregularnych, przerośniętych fałdów błony śluzowej, o twardej



Ryc. 1. Ziarniniak szczelinowaty w przedsionku jamy ustnej w żuchwie.

konsystencji i wymiarach około 2x1 cm (ryc. 1). Obraz kliniczny przypominał zmianę o charakterze ziarniniaka szczelinowatego. Obecność zmiany rozrostowej nie powodowała dolegliwości bólowych u pacjentki.

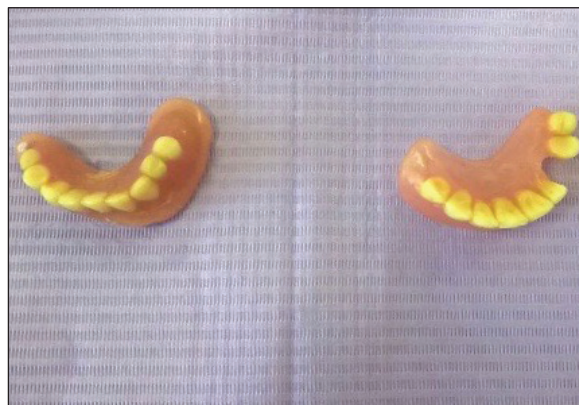
Dokonana analiza użytkowanych uzupełnień protetycznych wykazała ich niewłaściwą konstrukcję (ryc. 2-3). Pacjentka posiadała komplet protez o bardzo ograniczonym zasięgu, który był znacznie mniejszy od wielkości podłoża protetycznego. Protezy posiadały zredukowaną liczbę zębów a ich obrzeża były ostre. Przyleganie do podłoża protezy dolnej było możliwe dzięki umiejscowieniu pomiędzy fałdami ziarniniaka i pomocniczym przytrzymywaniu protezy językiem (ryc. 4). Funkcjonowanie w protezie górnej umożliwiał jedynie klej do protez. Wysokość zwarcia była widocznie obniżona a kontakty zwarciovne nieprawidłowe (ryc. 5). Protezy pokryte były ciemnym nalotem i kamieniem.

Postawiono rozpoznanie protetyczne: według klasyfikacji Kennedy'ego – w szczęce klasa I, w żuchwie – nie dotyczy; Eichnera – klasa C2 oraz według Galasińskiej-Landsbergerowej – w szczęce klasa III zaś w żuchwie V.

Zlecono wykonanie zdjęcia pantomograficznego (ryc. 6) i zębowego, celowanego na ząb 13, ze względu na to, iż pacjentka podawała brak reakcji bólowej na bodziec termiczny



Ryc. 2. Użytkowane protezy – strona dośluzówkowa.



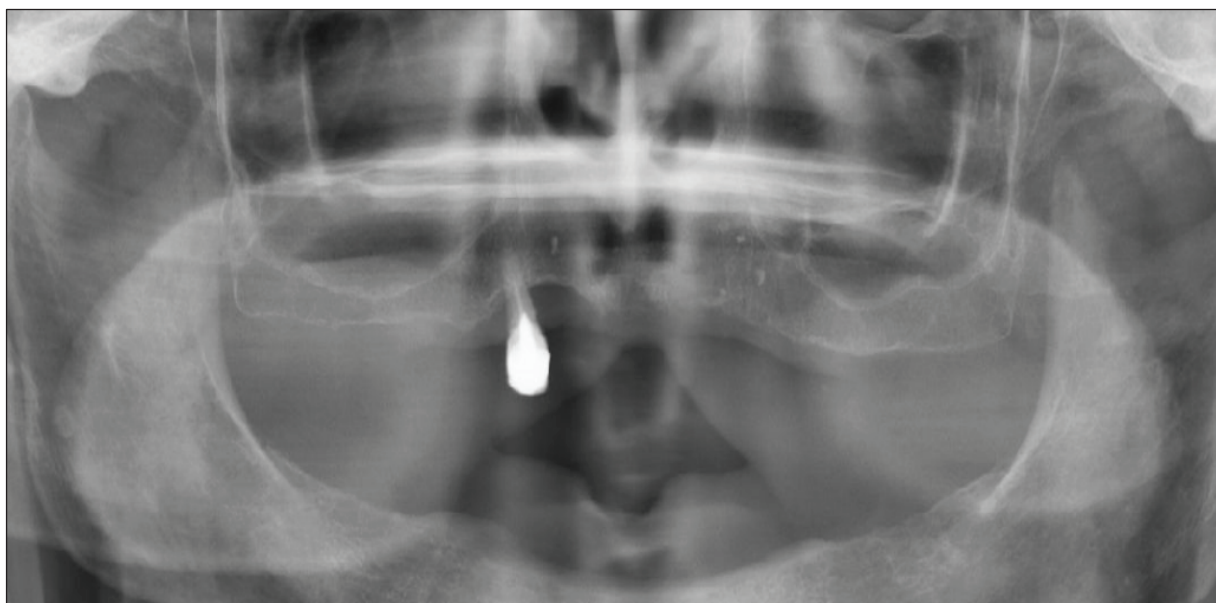
Ryc. 3. Użytkowane protezy – strona polerowana.



Ryc. 4. Użytkowana proteza dolna w jamie ustnej – próba otwarcia ust.



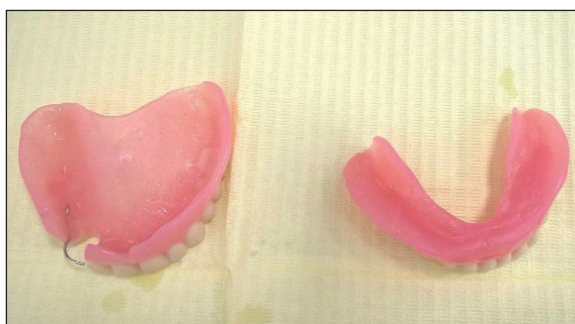
Ryc. 5. Użytkowane protezy w zwarciu – widok z przodu.



Ryc. 6. Zdjęcie pantomograficzne pacjentki.



Ryc. 7. Nowe protezy – strona polerowana.



Ryc. 8. Nowe protezy – strona dośluzówkowa.



Ryc. 9. Nowe protezy w jamie ustnej pacjentki, widok z przodu.

(chlerek etylu). Na zdjęciu pantomograficznym widoczna struktura kostna szczęki i żuchwy bez zmian patologicznych. Widoczny obustronny częściowy zanik wyrostków zębołowych szczęki i żuchwy w wymiarze pionowym. W szczęce pojedynczy ząb 13. Na zdjęciu celowanym, w obrębie korony i kanału zęba 13 widoczne zacinienie odpowiadające materiałowi kontrastowemu, sięgające do 1/2 długości kanału zęba, pozostała część kanału zęba wolna od materiału kontrastowego. Na podstawie zdjęcia celowanego zakwalifikowano ząb 13 do powtórnego leczenia endodontycznego, na które pacjentka nie wyraziła zgody.

Zaplanowano leczenie zespołowe; protezyczno-chirurgiczne. Pacjentkę skierowano do Poradni Chirurgii Stomatologicznej celem konsultacji i usunięcia ziarniniaka szczelinowatego.

Wstępny etap leczenia zespołowego polegał na skróceniu obrzeża protezy dolnej w miejscu kontaktującym z fałdami zapalno-włóknistymi. U pacjentki nie zdecydowano się na podścielenie protezy dolnej ze względu na ograniczony zasięg płyty protezy. Zmianę rozrostową zakwalifikowano do tradycyjnego wycięcia chirurgicznego z koagulacją. Zabieg chirurgiczny przeprowadzono w osłonie antybiotykowej i znieczuleniu miejscowym nasiękowym – Dentocaine (40mg + 0,005mg/ml). Brzeży rany częściowo zszyto szwami węzłkowymi nieresorbowalnymi Mersilk 4/0 a część rany pozostawiono do wygojenia poprzez ziarninowanie. Jako opatrunek na ranę zastosowano pastę Solcoseryl. Zalecono płukanie jamy ustnej roztworem płynu Eludril Classic z częstotliwością trzy razy dziennie przez okres dwóch tygodni. Bezpośrednio po zabiegu wprowadzono do jamy ustnej starą protezę odpowiednio skorygowaną pod kątem nowych warunków. Wycięte tkanki przesłano do badania histopatologicznego (nr 984041), w którym rozpoznano ziarniniak szczelinowaty (granuloma fissuratum).

Gojenie rany po zabiegu przebiegało bez powikłań i po 14 dniach od wycięcia zmiany usunięto szwy. Po dwóch tygodniach od zdjęcia szwów przystąpiono do właściwego leczenia protetycznego, polegającego na wykonaniu nowych uzupełnień protetycznych. Kolejne etapy wykonania protez zostały przeprowadzone zgodnie z obowiązującymi standardami

kliniczno-laboratoryjnymi. Oddano do użytkowania nowe uzupełnienia protetyczne, uzyskano zadowalający efekt estetyczny i funkcjonalny (ryc. 7-9). Pacjentka została szczegółowo pouczona co do prawidłowego użytkowania nowych uzupełnień, konieczności regularnego zgłaszania się na wizyty kontrolne oraz otrzymała instruktaż higieny jamy ustnej i protez. Pacjentka regularnie, w odstępach tygodniowych, zgłaszała się na wizyty do Poradni Protetycznej celem przeprowadzania korekt, zarówno ze względu na nasilony odruch wymiotny, jak i pojawiające się otarcia błony śluzowej w żuchwie. W czasie pięciu miesięcy obserwacji u pacjentki nie odnotowano nawrotu ziarniniaka szczelinowatego, blizn ściągających tkanki podłoża protetycznego ani spłyceń przedsonka jamy ustnej żuchwy.

Dyskusja

Najczęściej spotykaną patologiczną zmianą o charakterze rozrostowym na błonie śluzowej jamy ustnej jest ziarniniak szczelinowaty (*granuloma fissuratum*).^{3,5,6} Zmiana ta występuje średnio u 5-14% użytkowników protez ruchomych.³

Obserwacje kliniczne wykazały, że fałdy włókniste nie są przyczyną dolegliwości bólowych, wykrywane są przypadkowo, podczas wizyty stomatologicznej.^{4,7} Jeżeli dochodzi do ich owrzodzenia, wówczas ból i utrata stabilizacji protezy „zmusza” pacjenta do zgłoszenia się do lekarza.⁷ Opisywana pacjentka zgłosiła się do Poradni Protetycznej celem wykonania kompletu nowych protez, a nie z powodu zmiany w przedniej części przedsonka żuchwy.

Wiek i płeć pacjentki potwierdzają, że znajduje się ona w grupie ryzyka rozwoju ziarniniaka szczelinowatego. Większość przypadków fałdów włóknistych wykrywana jest u osób w wieku 40-60 lat.⁴⁻⁸ Wraz z wiekiem zmniejsza się u pacjentów zdolność przystosowawcza do zmian,¹ stopniowo pojawia się niechęć do

wymiany lub naprawy użytkowanych uzupełnień protetycznych, w efekcie czego częściej diagnozuje się zmiany typu ziarniniaka szczelinowatego.⁶ Fałdy włókniste częściej występują u kobiet,^{3,4,6-8} ponieważ częściej i dłużej użytkują protezy od mężczyzn, a także częściej zgłaszają się do stomatologa z powodów estetycznych. Ponadto, zmiany hormonalne wywołane menopauzą wpływają na błonę śluzową jamy ustnej, powodując jej większą skłonność do tworzenia zmian hiperplastycznych.^{4,6,8}

Lokalizacja fałdów włóknistych u pacjentki była typowa. Zazwyczaj jest to przedsionek jamy ustnej w przednim odcinku jednej ze szczęk.³⁻⁸ W piśmiennictwie istnieją różne poglądy, co do miejsca występowania ziarniniaka. Większość autorów oceniła, że częściej spotykany jest w szczęce,^{3,5-8} inni zaobserwowali, że fałdy włókniste zazwyczaj znajdują się w żuchwie,^{3,6} a pozostali, że częstość ta jest taka sama w obu szczękach.⁸

Pacjentka użytkowała złej jakości protezy osiadające, które miały znacznie ograniczony zasięg płyt, obejmujący jedynie przednią część wyrostka, w związku z czym nie posiadały cech retencji i stabilizacji. Na ogólną ocenę jakości ruchomych uzupełnień protetycznych wpływają takie cechy jak: retencja, stabilizacja, dopasowanie, wymiar pionowy, okluzja, estetyka, kumulacja resztek pokarmowych pod płytą protezy, prawidłowa wymowa i brak problemów z żuciem pokarmów.^{1,6} Nadmierne ograniczenie zasięgu protezy wywołuje wzrost koncentracji siły wyzwalonej w akcji żucia na ograniczony obszar pola protetycznego, co wpływa na powstawanie urazów tkanek miękkich i przyspieszony zanik podłoża kostnego w tym regionie.¹¹

Pacjentka użytkowała protezy, których obrzeża były zbyt długie w stosunku do wymiaru stoków wyrostków zębodołowych w szczęce i żuchwie. Obrzeże protezy powinno znajdować się w strefie neutralnej, zaokrąglone i gładkie.^{7,8} Prawidłowo wykonane ruchome

uzupełnienia protetyczne zawsze wykazują pewien zakres mikroruchów podczas spożywania pokarmów. Jeśli użytkowane protezy nie spełniają wymogów funkcjonalnych, to podczas żucia ruch jest zbyt intensywny i przekracza podatność tkanek miękkich, doprowadzając do ich urazu.^{3,7}

Pacjentka użytkowała protezy całodobowo. Wraz z wydłużaniem się okresu użytkowania tych samych protez, wzrasta ryzyko rozwoju ziarniniaka szczelinowatego.^{3,6} Wykazano, że u 44-63% osób powyżej 65 roku życia, użytkujących protezy całkowite dłużej niż 10 lat, występują zmiany patologiczne na błonie śluzowej a u 80% spośród tych osób wymagana jest wymiana uzupełnień na nowe.¹⁰ Według *Koczorowskiego R.*,¹ całodobowe użytkowanie ruchomych uzupełnień protetycznych zwiększa dziesięciokrotnie ryzyko wystąpienia zmian przerostowych i stanów zapalnych błony śluzowej, w porównaniu do osób, które wyjmują je z jamy ustnej na noc. W ciągu doby zaleca się wykonywać 6-8 godzinne przerwy, zazwyczaj nocne, w celu umożliwienia regeneracji podłoża protetycznego.¹

Brak wizyt kontrolnych u stomatologa stanowi istotny element ryzyka rozwoju ziarniniaka szczelinowatego i może wynikać z różnych przyczyn (brak odpowiedniej edukacji pacjenta lub lęk przed bólem).³

Problemy z adaptacją do ruchomych uzupełnień protetycznych u osób starszych mogą wynikać z czynników miejscowych, takich jak zanik podłoża protetycznego, zmniejszone wydzielanie śliny bądź osłabiona kontrola nerwowo-mięśniowa. Wszystkie te czynniki występowały u badanej pacjentki, poza tym stwierdzono obecność czynników ogólnoustrojowych, mogących istotnie modulować procesy przystosowawcze. Zaburzony stan psychosomatyczny pacjenta jest częstym źródłem niepowodzenia terapeutycznego w leczeniu i może prowadzić do nietolerancji protez na podłożu psychogennym. Pacjentka w wywiadzie

podała, że od dawna leczy się z powodu nerwicy. Jednostka ta jest często stwierdzana u osób starszych, gdyż wraz z wiekiem wzrasta podatność na negatywne bodźce.¹

Kolejnym czynnikiem utrudniającym pacjentce adaptację był nadmierny odruch wymiotny, który spowodował konieczność skrócenia tylnego pobrzeża protezy górnej o około 2 cm w stosunku do linii AH. Korekty nowych uzupełnień protetycznych są niezbędne w celu osiągnięcia pełnej adaptacji do protez. Jedynie 20% pacjentów nie wymaga przeprowadzania korekt.¹² Odruch wymiotny jest naturalnym mechanizmem obronnym,¹⁴ a nowe uzupełnienie protetyczne traktowane jest jako ciało obce i czynnik drażniący, wywołujący bodźce oddziałujące na ośrodkowy układ nerwowy.^{1,12}

Długotrwały nasilony odruch wymiotny u pacjenta może prowadzić do unikania wizyt u stomatologa, niedostatecznej higieny jamy ustnej a w konsekwencji szybszej utraty uzębienia.^{13,15} Jeśli pacjent przez istniejący odruch wymiotny nie jest w stanie użytkować protez, poważnie upośledza swój status społeczny, obniża poczucie własnej wartości i jakość życia.¹³ *Akarşlan i Yildirim Biçer*¹⁶ wykazali, że pacjenci z nasilonym odruchem wymiotnym posiadają niższy poziom wykształcenia, prezentują wyższy poziom lęku przed leczeniem stomatologicznym, zgłaszają częściej objawy zaburzeń ze strony SSŻ i posiadają większą ilość uzupełnień protetycznych (stałych i ruchomych), niż pacjenci bez nasilonego odruchu wymiotnego. Wśród czynników pochodzenia jatrogennego wyzwalających odruch wymiotny należy wymienić nieprawidłowe uszczelnienie tylnego obrzeża protezy, zbyt małą przestrzeń dla języka po umieszczeniu protezy w jamie ustnej, nadmiernie rozbudowane brzegi protezy oraz zbyt duże podniesienie wysokości zwarcia.^{13,15}

W początkowym odcinku przewodu pokarmowego umiejscowionych jest 5 pól szczególnie wrażliwych na dotyk, tzw. stref odruchorodnych. Należą do nich łuki

podniebienne-językowe i łuki podniebienne-gardłowe, tylna 1/3 część języka, podniebienie, języczek i tylna ściana przełyku.^{13,15} Ciekawym zagadnieniem jest brak wywoływania odruchu wymiotnego przez pasaż pokarmu przechodzący w kontakcie ze strefami odruchorodnymi.¹³

Ogólnie uważa się, że im mniejsza objętość użytkowanej protezy albo im krótszy okres czasu pomiędzy utratą wszystkich zębów a oddaniem do użytkowania nowej protezy, tym proces adaptacji jest szybszy. Ponadto pacjent przekonany o korzystnym efekcie estetycznym w nowych protezach dużo szybciej przejdzie proces adaptacji, nawet do nieprawidłowo wykonanych protez a osoba z negatywnymi doświadczeniami dotyczącymi leczenia protetycznego w przeszłości – gorzej.¹² Według *Spiechowicza*¹⁴ okres adaptacji zależy od wielkości bodźca, nabytego doświadczenia oraz osobniczej wrażliwości organizmu.

Ziarniniak szczelinowaty, w zależności od rozmiaru, może być leczony zachowawczo (nieinwazyjnie) – w przypadku bardzo małych zmian bądź chirurgicznie – jeśli fałdy włókniste są dużych rozmiarów.⁷⁻⁹ Leczenie zachowawcze polega na wyeliminowaniu czynnika uszkadzającego, w efekcie czego małe fałdy mogą ustąpić samoistnie.⁸ Wśród metod chirurgicznych można wyróżnić: tradycyjne – z użyciem skalpela, laserowe, oraz elektrokauteryzację.⁷ Ranę pozabiegową można zaopatrzyć szwami bądź pozostawić do gojenia przez ziarninowanie, pokrywając opatrunkiem chirurgicznym (np. Solcoseryl, Peripac, Reso-Pac).^{4,7-9}

W niektórych ośrodkach klinicznych z powodzeniem są wykorzystywane membrany z PRGF (Plasma Rich in Growth Factors) jako opatrunki chirurgiczne po zabiegach tradycyjnego chirurgicznego wycięcia ziarniników szczelinowatych. PRGF stanowi autologiczne źródło czynników wzrostu z surowicy krwi pacjenta, które skraca czas gojenia błony śluzowej wyrostka zębodołowego i zmniejsza

dyskomfort pozabiegowy u tych pacjentów. W efekcie zastosowania PRGF jako opatrunku uzyskuje się redukcję czasu trwania i intensywności bólu po zabiegu, szybsze gojenie się rany, mniejsze krwawienie i obrzęk pozabiegowy. W okresie gojenia rzadziej dochodzi do komplikacji, infekcji w obrębie operowanego pola a jakość i komfort funkcjonowania pacjenta jest bardzo dobry.¹⁷

Zabieg wycięcia ziarniniaka szczelinowatego można również wykonać przy pomocy noża elektrycznego (elektrotomia), wówczas niezbędne jest znieczulenie pacjenta, za to nie ma konieczności szycia rany lub zakładania opatrunku, w przeciwieństwie do metody tradycyjnej.^{7,8}

Lekarz decydując się na wybór tradycyjnej metody chirurgicznej powinien uwzględnić skierowanie pacjenta na wcześniejszą diagnostykę laboratoryjną i wykonanie badań dodatkowych.⁵ Pacjenci w podeszłym wieku często chorują na różne schorzenia układu sercowo-naczyniowego, leczone z reguły lekami przeciwpłytkowymi. W ostatnich latach pojawiają się nowe wytyczne, które sugerują, aby nie przerywać leczenia przeciwzakrzepowego przed planowanym leczeniem chirurgicznym w stomatologii. W takich przypadkach wybór metody laserowej niesie ze sobą wiele korzyści.¹⁸ Zabieg przeprowadzony za pomocą techniki laserowej trwa krócej a pole operacyjne należy znieczulić jedynie powierzchownie. Podczas zabiegu nie występuje krwawienie, ponadto laser zapewnia aseptyczność pola operacyjnego. Gojenie zachodzi bez stanu zapalnego, obrzęku i bólu. W późniejszym okresie nie obserwuje się ściągających zrostów a powstała blizna jest elastyczna.^{5,7,18-20}

Karimi i wsp.¹⁹ wykazali, że długość trwania zabiegu operacyjnego była krótsza, objętość krwi wyznaczynionej w czasie zabiegu była mniejsza oraz głębokość przedsiionka jamy ustnej po wygojeniu rany była większa u pacjentów operowanych techniką laserową,

w porównaniu do grupy osób poddanych tradycyjnemu zabiegowi wycięcia ziarniniaka szczelinowatego a różnice te były istotne statystycznie. Aktualnie chirurgia laserowa powinna stanowić standard postępowania w przypadku usuwania fałdów włóknistych, szczególnie u pacjentów w podeszłym wieku, obciążonych kardiologicznie lub z zaburzeniami krzepliwości krwi.^{9,18} Jedynym przeciwwskazaniem do chirurgii laserowej jest wszczepiony rozrusznik serca u pacjenta.⁵

Odpowiednie postępowanie protetyczne po zabiegu pozwala na nowo właściwe ukształtować sklepienie przedsionka jamy ustnej, przed przystąpieniem do właściwego leczenia protetycznego, które powinno nastąpić po 2-3 tygodniach od wycięcia zmiany.⁷ W tym celu można podścielić starą, skorygowaną protezę bezpośrednio po zabiegu, po czym wymienić ją na nową lub od razu wykonać nowe uzupełnienie, jeszcze przed zabiegiem chirurgicznym.⁷⁻⁹ Wówczas odlany model wstępny opracowuje się zgodnie z zasięgiem planowanego wycięcia fałdów i na nim wykonuje się nowe uzupełnienie bądź podścielenie starej protezy.^{7,8} Istnieją doniesienia, że jednak mimo poprawnie przeprowadzonego leczenia protetyczno-chirurgicznego ziarniaków szczelinowatych, czasami obserwuje się ich wznowy.⁸

Podsumowanie

Uzupełnienie protetyczne powinno stanowić aparat leczniczo-rehabilitacyjny, nie zaś jatrogeny czynnik urazowy układu stomatognatycznego.

Okresowe kontrole stomatologiczne u pacjentów użytkujących ruchome uzupełnienia protetyczne są niezbędnym elementem profilaktyki zmiany ziarniniaka szczelinowatego.

Miernikiem powodzenia leczenia jest pozytywnie zakończony proces adaptacji do nowych uzupełnień protetycznych.

Piśmiennictwo

1. *Koczorowski RW*: Geroprotetyka. Wydawnictwo: Med Tour Press International; wyd. I, 2010.
2. *Knyszalska-Karwan Z*: Stomatologia wieku podeszłego. Wydawnictwo: Czelej; wyd. II, Lublin 2009.
3. *Atashrazm P, Sadri D*: Prevalence of Oral Mucosal Lesions in a Group of Iranian Dependent Elderly Complete Denture Wearers. *J Contemp Dent Pract* 2013; 14(2): 174-178.
4. *Rivera C, Droguett D, Arenas-Márquez M*: Oral mucosal lesions in a Chilean elderly population: A retrospective study with a systematic review from thirteen countries. *J Clin Exp Dent* 2017; 9(2): 276-283.
5. *Bilhan H, Geckili O, Ergin S, Erdogan O, Ates G*: Evaluation of satisfaction and complications in patients with existing complete dentures. *J Oral Sci* 2013; 55(1): 29-37.
6. *Canger E, Celenk P, Kayipmaz S*: Denture-Related Hyperplasia: A Clinical Study of a Turkish Population Group. *Braz Dent J* 2009; 20(3): 243-248.
7. *Kafas P, Upile T, Stavrianos C, Angouridakis N, Jerjes W*: Mucogingival overgrowth in a geriatric patient. *Dermatol Online J* 2010; 16(8).
8. *Lewandowski B, Zdonek K, Paluszkiwicz M*: Włóknisto-przerostowe zmiany błony śluzowej jamy ustnej. Obserwacje własne. *Med Og Nauk Zdr* 2011; 17(3): 123-126.
9. *Matys J, Kostrzewska-Kaminiarz K*: Leczenie zmian rozrostowych zapalno-włóknistych z użyciem laserów Er:YAG i diodowego. *Mag Stomatol* 2015; 3: 44-46.
10. *Gajowiak I*: Etiologia i zasady leczenia zmian rozrostowych zapalno-włóknistych w zakresie podłoża protetycznego na podstawie opisu przypadku. *Por Stomatol* 2010; 10(6): 200-205.

11. *Bujak B, Wojtyńska E*: Trudności w adaptacji pacjentów do ruchomych protez całkowitych. *Stomatol Współcz* 2010; 17(5): 24-27.
12. *Cieślak A, Trykowski J*: Procesy przebiegające w trakcie adaptacji pacjenta do protez i czynniki na nie wpływające. *Stomatol Współcz* 2010; 17(2): 20-26.
13. *Bassi GS, Humphris GM, Longman LP*: The etiology and management of gagging: A review of the literature. *J Prosthet Dent* 2004; 91(5): 459-467.
14. *Spiechowicz E*: Protetyka stomatologiczna. Wydawnictwo PZWL; Warszawa 2004.
15. *Stefos S, Zoidis P, Nimmo A*: Managing Gag Reflex During Removable Partial Denture Treatment: A Review and a Clinical Report. *J Prosthodont* 2018; 00: 1-5.
16. *Akarşlan ZZ, Yildirim Biçer AZ*: Influence of gag reflex on dental attendance, dental anxiety, self-reported temporomandibular disorders and prosthetic restorations. *J Oral Rehabil* 2013; 40: 932-939.
17. *Mozzati M, Mortellaro C, Gallesio G, Ruggiero T, Pol R*: Surgical Treatment of Denture-Induced Fibrous Hyperplasia With Plasma Rich in Growth Factors. *J Craniofac Surg* 2015; 26: 772-775.
18. *Monteiro LS, Mouzinho J, Azevedo A, Camara MI, Martins MA, La Fuente JM*: Treatment of Epulis Fissuratum with Carbon Dioxide Laser in a Patient with Antithrombotic Medication. *Braz Dent J* 2012; 23(1): 77-81.
19. *Karimi A, Sobouti F, Torabi S, Bakhshandehfard A, Amirian A, Shariati M, Morshedi E, Barati M*: Comparison of Carbon Dioxide Laser With Surgical Blade for Removal of Epulis Fissuratum. A Randomized Clinical Trial. *J Lasers Med Sci* 2016; 7(3): 201-204.
20. *Paes-Junior TJ, Cavalcanti SCM, Nascimento DFF, Anzaloni Saavedra GDSF, Kimpara ET, Borges ALS, Niccoli-Filho W, Komori PC*: CO₂ Laser Surgery and Prosthetic Management for the Treatment of Epulis Fissuratum. *ISRN Dent* 2011.

Zaakceptowano do druku: 25.09.2019 r.

Adres autorów: 15-276 Białystok,
ul. M. Skłodowskiej-Curie 24A.

© Zarząd Główny PTS 2019.