

Ziarniniak szczelinowaty u użytkowników ruchomych uzupełnień protetycznych – etiologia i zasady leczenia

Anna Kondrat¹, Dorota Beata Namiot², Teresa Sierpińska²

¹ Specjalistyczna Lecznica Stomatologiczna UMB, Polska

² Zakład Protetyki Stomatologicznej UMB, Polska

Kondrat A, Namiot D. B, Sierpińska T. Ziarniniak szczelinowaty u użytkowników ruchomych uzupełnień protetycznych – etiologia i zasady leczenia. Med Og Nauk Zdr. 2019; 25(2): 82–87. doi: 10.26444/monz/109794

Streszczenie

Wprowadzenie. W wyniku procesu starzenia się społeczeństwa wrasta odsetek osób w podeszłym wieku, użytkowników ruchome uzupełnienia protetyczne. Protezy akrylowe sprzyjają powstaniu rozrostów zapalno-włóknistych błony śluzowej jamy ustnej, wśród których najczęściej spotykany jest ziarniniak szczelinowaty.

Cel pracy. W pracy przedstawiono etiologię oraz zasady leczenia i profilaktyki ziarniniaka szczelinowatego w obrębie jamy ustnej na podstawie przeglądu piśmiennictwa.

Materiał i metody. W celu zebrania piśmiennictwa przeszukano bazy danych PBL i Medline. Znalaziono 979 rekordów, które zawężono do przedziału lat publikacji 2000–2019. Ostatecznie zakwalifikowano 18 artykułów, których treści zawierały istotne, oryginalne i niepowtarzające się informacje dotyczące przedstawionej problematyki.

Skrócony opis stanu wiedzy. Głównym czynnikiem etiologicznym ziarniniaka szczelinowatego jest uraz mechaniczny, który powstaje w wyniku użytkowania niestabilnych, pozbawionych retencji protez ruchomych przy zbyt długim ich użytkowaniu. Należy właściwie przeprowadzić edukację pacjenta w zakresie użytkowania ruchomych uzupełnień protetycznych oraz przestrzegania zasad higieny jamy ustnej i protez. Pacjent powinien być poinformowany o konieczności wymiany uzupełnień protetycznych co 3–5 lat. Okresowe kontrole stomatologiczne pacjentów użytkujących protezy ruchome są niezwykle istotne w profilaktyce ziarniniaka szczelinowatego i nowotworowej. W przypadku usunięcia rozrostów zapalno-włóknistych błony śluzowej jamy ustnej konieczne jest przeprowadzenie ich badania histopatologicznego.

Podsumowanie. W przypadku wykrycia ziarniniaka szczelinowatego na błonie śluzowej jamy ustnej konieczne jest wdrożenie leczenia zespołowego, chirurgiczno-protetycznego.

Słowa kluczowe

ziarniniak szczelinowaty, zmiany zapalno-włókniste, protezy ruchome, leczenie zespołowe

WPROWADZENIE

Procesy przemian demograficznych zachodzące w krajach rozwijających się prowadzą do starzenia się społeczeństw. Problem ten stanowi jedno z najważniejszych wyzwań stojących obecnie i w przyszłości przed ludzkością [1, 2].

Średnia długość życia mężczyzn w Polsce w 2015 roku wynosiła 73,6 lat, natomiast kobiet 81,6 lat. Szacuje się, iż w 2035 roku średni wiek osiągany przez mężczyzn w Polsce będzie wynosił 77 lat, a kobiet 83 lata. Średnia długość życia mężczyzn w naszym kraju jest krótsza o 4,2 lata od wartości przeciętnej dla Unii Europejskiej, natomiast kobiet – o 1,7 roku [3].

Proces starzenia się społeczeństwa wiąże się ze znacznym wzrostem liczby osób z bezzębiem bądź rozległymi brakami w uzębieniu, w związku z czym można się spodziewać, że liczba użytkowników ruchomych uzupełnień protetycznych prawdopodobnie wzrośnie [4, 5]. W efekcie w Polsce będzie większe zapotrzebowanie na opiekę i niesienie różnego rodzaju pomocy, nie tylko stomatologicznej, osobom w podeszłym wieku [1].

Protezy ruchome, szczególnie całkowite, są często obecne w jamie ustnej ludzi starszych, a rozpowszechnienie tych

uzupełnień różni się w zależności od statusu socjoekonomicznego [2].

Zdrowie jamy ustnej stanowi istotną część jakości życia wszystkich osób, także w wieku podeszłym. Proces starzenia się, stan po utracie wszystkich zębów i użytkowanie uzupełnień protetycznych ruchomych wywołują zmiany w nabłonku błony śluzowej jamy ustnej, zmniejszając zdolności regeneracyjne nabłonka, a w konsekwencji narażają odporność organizmu na czynniki infekcyjne [2].

Użytkowane przez seniorów protezy akrylowe sprzyjają powstaniu różnych zmian na błonie śluzowej jamy ustnej, łącznie określanym mianem stomatopatii protetycznych. Czynniki predysponującymi do ich rozwoju są urazy mechaniczne, infekcje grzybicze, niedostateczna higiena jamy ustnej i protez, zbyt długie użytkowanie protez, choroby ogólne modulujące układ odpornościowy organizmu, a nawet niektóre leki [2, 6].

Rodzajem stomatopatii protetycznej o charakterze rozrostowym są m.in. rozrosty zapalno-włókniste (*inflammatory fibrous hyperplasia* – IFH, lub *denture-induced fibrous inflammatory hyperplasia* – DIFIH), określane w polskiej terminologii jako nadziąsłak szczelinowaty (*epulis fissuratum*), ziarniniak szczelinowaty (*granuloma fissuratum*), włókniaki płatowate albo fałdy włókniste [4, 8, 7]. W pracy ww. określenia będą używane zamiennie.

Adres do korespondencji: Anna Kondrat, Specjalistyczna Lecznica Stomatologiczna UMB, ul. Jerzego Waszyngtona 15A, 15-274, Białystok, Polska
E-mail: annaszpak@o2.pl

Nadesłano: 15 Maja 2019; Zaakceptowano do druku: 7 czerwca 2019

CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie na podstawie przeglądu piśmiennictwa etiologii oraz zasad leczenia chirurgiczno-protetycznego i profilaktyki zmian przerostowych włóknisto-zapalnych w obrębie błony śluzowej jamy ustnej, powstających w wyniku użytkowania ruchomych uzupełnień protetycznych.

MATERIAŁ I METODY

W celu zebrania piśmiennictwa przeszukano bazy danych PBL i Medline. Użyto haseł indeksowych: *ziarniniak szczelinowaty* oraz *stomatologia*, *protezy zębowe* oraz *ziarniniak*, *protezy zębowe – działanie szkodliwe*, *retencja protezy zębowej* oraz *ziarniniak i podłoże protetyczne jamy ustnej – działanie szkodliwe*. Hasła indeksowe w bazie angielskiej stanowiły: *granuloma fissuratum* oraz *epulis fissuratum*, *granuloma* oraz *denture complete*, *denture complete* oraz *adverse effects i denture retention* oraz *adverse effects*. Znaleziono 979 rekordów. Rekordy zawężono do przedziału lat publikacji 2000–2019 i otrzymano 364 artykuły. Ostatecznie zakwalifikowano 18 artykułów, których treści zawierały istotne, oryginalne i niepowtarzające się informacje dotyczące przedstawionej problematyki.

OPIS STANU WIEDZY – CZYNNIKI ETIOLOGICZNE

Błona śluzowa jamy ustnej nie jest fizjologicznie przystosowana do odbierania obciążeń związanych z siłą wyzwalaną przez mięśnie żwacze podczas ruchów zwarciowo-zgryzowych. Jeżeli zatem pacjent użytkuje nieprawidłowo przylegające ruchome uzupełnienie protetyczne, stosunkowo łatwo może dojść do jej uszkodzenia [7]. W wyniku reakcji zapalnej błony śluzowej jamy ustnej u pacjentów tych diagnozowane są niekiedy deformacje błony śluzowej w postaci fałdów włóknistych, które należą do najczęściej spotykanych patologicznych zmian o charakterze rozrostowym [2, 9–11]. Głównym czynnikiem etiologicznym rozrostów zapalno-włóknistych błony śluzowej jamy ustnej jest uraz mechaniczny, który powstaje w wyniku użytkowania niestabilnych, pozbawionych retencji protez ruchomych, przy zbyt długim ich użytkowaniu [2, 4, 7–9, 11–13].

Protezy zębowe są ruchomymi uzupełnieniami protetycznymi, co oznacza, że zawsze ma miejsce pewien zakres mikroruchów podczas żucia pokarmów. Jeśli użytkowana proteza nie ma prawidłowego zasięgu i wykazuje brak retencji, a ruch jest zbyt mocny, to uzupełnienie wywołuje uraz tkanek miękkich, zwłaszcza w cienkiej, pozbawionej keratyny błonie śluzowej [2, 12].

Ryzyko pojawienia się ziarniniaka szczelinowatego wzrasta wraz z wydłużaniem się okresu użytkowania protez [11, 14]. Do urazu dochodzi w wyniku drażnienia błony śluzowej ostrym i/lub zbyt długim, przekraczającym strefę neutralną obrzeżem protezy zębowej, które może być efektem nieprawidłowego zaprojektowania/wykonania protezy, lub w wyniku zaniku struktur kostnych podłoża protetycznego [4, 8, 10, 11, 13]. Proteza zębowa powinna stanowić aparat leczniczo-rehabilitacyjny, a nie jatrogenny czynnik urazowy błony śluzowej jamy ustnej [4].

Obrzeże protezy zębowej powinno być gładkie, zaokrąglone i nie może przekraczać strefy neutralnej. Strefą neutralną

określa się obszar w potencjalnej przestrzeni protezy, w której siły wypychania języka są neutralizowane przez siły policzków i warg dociskające do wewnątrz. Strefa neutralna jest wyznaczana podczas ruchów funkcjonalnych pacjenta i przenoszona do laboratorium w celu ukierunkowania ustawienia sztucznego uzębienia [4, 13].

Jakość ruchomych uzupełnień protetycznych zależy m.in. od retencji, stabilizacji, dopasowania, wymiaru pionowego (*vertical dimension*), okluzji, estetyki, kumulacji resztek pokarmowych pod płytą protezy, wymowy i problemów z żuciem pokarmów [6]. Badania przeprowadzone w Indiach przez Sandesh i wsp. [6] wśród osób w wieku 45–75 lat wykazały, że problemem najczęściej zgłaszanym przez użytkowników protez całkowitych były trudności z żuciem pokarmów (49,4%), brak przylegania protez do podłoża protetycznego (44,4%) oraz brak retencji protez (35,4%). H. Bilhan i wsp. [5] przeprowadzili badania wśród pacjentów, którzy od minimum 3 lat użytkowali ruchome protezy całkowite i wykazali, że ich główne skargi dotyczyły braku retencji protezy do podłoża (85,9% osób) bądź owrzodzeń (44,2% badanych). Autorzy potwierdzili również istotną zależność pomiędzy wydłużonym przedsiemkowym pobraniem protezy ruchomej a większą częstością występowania ziarniniaka szczelinowatego u tych pacjentów ($p=0,017$) [5].

Prawidłowo ruchome uzupełnienia protetyczne powinny być wymieniane co 3–5 lub 6 lat [7, 8, 9]. E. Canger i wsp. [11] przeprowadzili badania wśród pacjentów, u których zdiagnozowano zmiany zapalne na błonie śluzowej jamy ustnej i wykazali, że nadziąsłak szczelinowaty częściej występował wśród osób użytkujących protezy zębowe ponad 10 lat (72,5%) niż u tych, którzy korzystali z nich krócej (27,5%), lecz nie wykazali istotności statystycznej w tej zależności. Z kolei R. Basker i J. Davenport [15] uważają, że u większości osób bezzębnych w wieku powyżej 65 lat użytkujących uzupełnienia protetyczne, które są starsze niż 10 lat, obecne są zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej (u 44–63% spośród nich). Autorzy ci podają również, że powtórne leczenie protetycznego wymaga 40% osób użytkujących protezy starsze niż 5 lat i 80% osób użytkujących protezy starsze niż 10 lat [15].

Za kolejny czynnik etiologiczny powstania nadziąsłaka szczelinowatego uznaje się działanie czynników chemiczno-toksycznych, takich jak palenie wyrobów tytoniowych, oraz konsumpcję alkoholu [2, 8]. Istotnym elementem ryzyka wystąpienia nadziąsłaka jest również niski poziom edukacji zdrowotnej pacjentów i rzadkie uczęszczanie do stomatologa na wizyty kontrolne [2]. Niestety, ludzie w podeszłym wieku są skłonni rozważać leczenie protetyczne, jeśli doświadczają bólu, trudności w spożywaniu pokarmów lub pogorszenia wyglądu w związku z połamaniem się protezy lub jej utratą [5]. Nie bez znaczenia jest związek pomiędzy częstszym występowaniem zmian typu nadziąsłaka szczelinowatego w jamie ustnej a całodobowym użytkowaniem protez oraz faktem bycia zależnym w codziennym życiu od pomocy osób trzecich [2]. Ziarniniak szczelinowaty może powstać również w wyniku nawyków parafunkcyjnych [11], a także jako efekt braku prawidłowych stosunków okluzyjnych pomiędzy protezami [7].

Zmiany te powstają także wtedy, gdy zanik wyrostka żębodołowego jest szybki, a pacjent użytkuje protezę wczesną lub natychmiastową. W pewnym momencie obrzeże protezy może stać się zbyt długie, a jeśli dodatkowo jest niewłaściwie opracowane, szorstkie lub ostre, działanie drażniące i proces zapalny ulegają intensyfikacji [7].

LOKALIZACJA I OBRAZ MIKROSKOPOWY

Najczęstszą lokalizacją fałdów włóknistych jest przedsionek jamy ustnej, na wewnętrznej powierzchni wargi lub policzka, rzadziej na podniebieniu twardym, przeważnie jednak w przednim odcinku szczęki bądź żuchwy [2, 4, 7–11, 16]. Odnotowano, że ziarniniaki mogą tworzyć się w żuchwie również od strony jamy ustnej właściwej [4].

Większość autorów jest zdania, że fałdy włókniste częściej obserwowane są w szczęce niż w żuchwie [2, 4, 8, 10, 11], inna grupa autorów dokonała odmiennych obserwacji [2, 11], a pozostali uważają, że częstość występowania ziarniniaka szczelinowatego jest praktycznie taka sama w szczęce i w żuchwie [8]. Niektórzy specjaliści są zdania, że ziarniniak szczelinowaty częściej stwierdzany jest w żuchwie, bo właśnie tam częściej występują ruchy parafunkcyjne protez ruchomych [2].

Fałdy włókniste występują w postaci ruchomych, pojedynczych lub mnogich wypukłości, pokrytych gładką lub pobrużdżoną, różową błoną śluzową, najczęściej na szerokiej podstawie (ryc. 1 i 2). Niekiedy zdarza się, że mogą ulegać owrzodzeniom w wyniku stanu zapalnego [4, 8, 10, 11]. Wówczas niezwłocznie należy je różnicować w kierunku nowotworzenia. Mimo iż fałdy włókniste są zmianami o charakterze łagodnym, to o możliwości ich zezłośliwienia wspominają w swoich publikacjach liczni autorzy [4, 7, 8, 10, 14]. Fałdy włókniste mogą być różnej wielkości, niekiedy zdarza się, że obejmują całą długość przedsionka jamy ustnej [4], (ryc. 1 i 2).

Należy wspomnieć również o podziale nadziąsłaków szczelinowatych, w zależności od miejsca rozrostu, na centralne i obwodowe. Do zmian obwodowych zalicza się ziarniniaki zapalne i szczelinowate, inaczej nazywane fartuszkowatymi [7].

Widoczne w obrazie mikroskopowym, zmiany te charakteryzują się przewlekłym, wytwórczym zapaleniem tkanki łącznej, z obecną dużą ilością włókien kolagenowych oraz odczynowym rozrostem nabłonka płaskiego [4, 8, 9]. Obraz histologiczny fałdów włóknistych nie przypomina jednak obrazu typowego dla guzów umiejscowionych na dziąśle, czyli nadziąsłaków, w związku z czym niektórzy autorzy uważają, iż nazwa „nadziąsłak szczelinowaty” nie jest zbyt trafnym określeniem [8].

CHARAKTERYSTYKA EPIDEMIOLOGICZNA

Częstość występowania ziarniniaków szczelinowatych w obrębie jamy ustnej różni się w zależności od szerokości geograficznej, w której przeprowadzono badania. Autorzy w piśmiennictwie krajowym i zagranicznym donoszą, iż ziarniniaki szczelinowate obserwowane są u 5–10% ludności użytkującej ruchome uzupełnienia protetyczne [4, 11]. Niektórzy podają jednak, że zmiany te diagnozowane są średnio u 5–14% [2] bądź też u 5–26% użytkowników ruchomych uzupełnień protetycznych [14].

N. Naderi i wsp. [16] przeprowadzili badania retrospektywne mieszkańców Iranu z potwierdzoną histopatologicznie zmianą rozrostową zlokalizowaną w jamie ustnej i wykazali, iż ziarniniak szczelinowaty występował u 15,81% badanych. P. Atashrazm i D. Sadri [2] zbadały rezydentów domów opieki, również w Iranie, i stwierdziły, że u 16,4% badanych wykryto obecność ziarniniaków szczelinowatych. Z kolei C.

Rivera i wsp. [17], przeanalizowali w badaniu retrospektywnym wyniki badań mieszkańców Chile, obejmujących okres 14 lat (2001–2014) i wykazali, że ziarniniak szczelinowaty występował u 4,3% pacjentów.

Liczni autorzy zgodnie uważają, że zmiany rozrostowe zapalno-włókniste na błonie śluzowej jamy ustnej występują zazwyczaj w wieku 40–60 lat [4, 7, 8, 10, 11, 12, 16]. Błona śluzowa jamy ustnej u osób w tym wieku staje się bardziej podatna na drażnienie i urazy niż u młodszych dorosłych. Wraz ze starzeniem się wydłuża się okres użytkowania protez, ponadto rośnie niechęć do wymiany lub naprawy swoich starych uzupełnień protetycznych. Prawdopodobnie dlatego u osób w starszym wieku częściej występują zmiany typu ziarniniaka szczelinowatego [11].

Nadziąsłak szczelinowaty częściej występuje u kobiet niż u mężczyzn [2, 4, 7, 8, 11]. Fakt ten można tłumaczyć tym, że kobiety żyją dłużej od mężczyzn, częściej używają protezy, a także zazwyczaj z powodów estetycznych częściej korzystają z usług stomatologa. Kobiety ponadto dłużej używają protezy od mężczyzn oraz często korzystają z nich całodobowo. Dodatkowo po menopauzie błona śluzowa jamy ustnej u kobiet jest bardziej skłonna do wytwarzania zmian hiperplastycznych [7, 8, 11]. Nieliczni autorzy dokonali jednak odmiennych obserwacji, sugerujących, że nadziąsłaki szczelinowate częściej występują u mężczyzn niż u kobiet [16].

LECZENIE ZIARNINIAKA SZCELINOWATEGO

Liczni autorzy w swoich doniesieniach zwracają uwagę, iż interdyscyplinarna współpraca chirurgiczno-protetyczna jest niezbędna w celu osiągnięcia zadowalających wyników leczenia zmian rozrostowych zapalno-włóknistych [4, 7, 9]. Ziarniniak szczelinowaty zazwyczaj goi się bez powikłań, po korekcie traumatyzującego obrzeża protezy i/lub po usunięciu chirurgicznym zmiany [11]. W zależności od rozmiaru, fałdy włókniste mogą być leczone zachowawczo (nieinwazyjnie) bądź chirurgicznie [4, 12, 13].

W praktyce klinicznej w przypadku dużych zmian są one usuwane chirurgicznie, a właściwe leczenie protetyczne wdrażane jest dopiero po wygojeniu się ran pozabiegowych, gdyż obecność dużych fałdów w obrębie pola protetycznego znacznie komplikuje nowe leczenie protetyczne [4, 10, 12]. Metody chirurgiczne zazwyczaj obejmują użycie noża chirurgicznego, elektrokauterizację lub zabieg laserowy [12].

Jedną z metod całkowitego usunięcia ziarniniaka szczelinowatego może być tradycyjne wycięcie go za pomocą noża chirurgicznego, z zaopatrzeniem rany pozabiegowej szwami, bądź pozostawieniem jej do gojenia przez ziarninowanie i nabłonkowanie [4, 7, 8]. Rany ziarninujące pokrywa się zazwyczaj opatrunkami chirurgicznymi, m.in. takimi jak Solcoseryl czy Peripac, lub klejami tkankowymi [8]. Użycie noża zawsze wymaga zastosowania u pacjenta znieczulenia nasiękowego lub ogólnego [12].

Do wycięcia fałdów włóknistych może zostać użyty również nóż elektryczny (elektrotomia) [8]. Użycie znieczulenia w metodzie elektrochirurgicznej jest niezbędne, przy czym rana zazwyczaj nie wymaga założenia szwów ani opatrunku periodontologicznego (*periodontal dressing*) [12].

Inną metodą leczenia chirurgicznego fałdów włóknistych, zalecaną przez wielu autorów, jest technika laserowa, przy użyciu lasera CO₂ lub wysokiej mocy lasera diodowego [4, 7, 10, 12]. Laser przekazuje energię do tkanek, wywołując

ciepło, spajanie się tkanek, koagulację, denaturację białek, osuszanie, waporyzację i karbonizację [12].

Wybór metody laserowej w celu chirurgicznego wycięcia fałdów włóknistych niesie wiele korzyści. Ryzyko powłok wczesnych i późnych jest dużo niższe niż w przypadku tradycyjnego wycięcia go [4], a sam zabieg trwa znacznie krócej, co jest niezwykle istotne w przypadku operowania osób starszych. W przypadku wyboru tradycyjnej metody chirurgicznej może się okazać, że sam zabieg jest zbyt obciążający i stresujący dla pacjenta w podeszłym wieku, poza tym seniorzy często wymagają wcześniejszej diagnostyki laboratoryjnej i przeprowadzenia badań dodatkowych [10]. Wybór techniki laserowej pozwala na wykonanie bezbolesnego zabiegu, nie ma wymogu użycia znieczulenia infiltracyjnego za pomocą igły, pole zabiegowe znieczula się zazwyczaj jedynie powierzchownie. Rana nie wymaga hemostazy, gojenie zachodzi bez konieczności zakładania szwów. Brak krwawienia podczas zabiegu jest efektem koagulacji naczyń krwionośnych przez światło lasera. Gojenie zachodzi bez stanu zapalnego, a w późniejszym okresie nie powstają zrosty ani ściągające blizny oraz nie dochodzi do nawrotów [4, 8, 10, 12]. W ostatnich latach chirurgia laserowa stała się metodą z wyboru w przypadku całkowitego usuwania fałdów włóknistych [14]. Jedynym przeciwwskazaniem do zabiegu wykonywanego laserem CO₂ jest wszczepiony u pacjenta rozrusznik serca [10].

W przypadku konieczności wycięcia chirurgicznego wielu rozległych fałdów może się okazać, że istnieje potrzeba pobrania przeszczepu z płata naskórkowego, który pobiera się z uda pacjenta. Po zabiegu pacjent użytkuje specjalnie przygotowaną protezę lub płytę z odpowiednio ukształtowanym pobrzeżem, którą przymocowuje się szwami do podłoża na okres 10–12 dni, w celu polepszenia przylegania płata i odpowiedniego ukształtowania sklepienia przedsionka jamy ustnej [4].

Należy pamiętać, że po zabiegu chirurgicznym usunięte tkanki powinny być bezwzględnie wysłane do badania histopatologicznego, gdyż przewlekły stan zapalny błony śluzowej jamy ustnej oraz nieustanne jej drażnienie płytą protezy może być przyczyną metaplazji nowotworowej [4, 7, 9, 10, 12]. Okresowe kontrole stomatologiczne wśród pacjentów użytkujących ruchome uzupełnienia protetyczne są niezwykle istotne w profilaktyce nowotworowej [9].

W każdym przypadku usunięcia ziarniniaka szczelinowatego konieczne jest odpowiednie postępowanie pozabiegowe, które pozwala na właściwe ukształtowanie sklepienia przedsionka jamy ustnej po zabiegu chirurgicznym [4].

Leczenie pacjentów z fałdami włóknistymi jest dwuetapowe. W pierwszym etapie wykorzystuje się dotychczas używane przez pacjenta uzupełnienie, które jest dostosowane do nowych warunków w przedsionku jamy ustnej, powstałych po wycięciu zmian. Drugi etap leczenia chirurgiczno-protetycznego stanowi wykonanie nowej protezy, kontaktującej z wygojonym, odpowiednio ukształtowanym podłożem, po 2–3 tygodniach od zabiegu [9].

W celu uzyskania i utrzymania zadowalających efektów leczenia chirurgicznego można postąpić w dwojaki sposób. Bezpośrednio po zabiegu podścielić dotychczas użytkowaną protezę na okres gojenia się rany, a następnie wymienić ją na nową po zakończonym gojeniu bądź też od razu wykonać nowe uzupełnienie, jeszcze przed planowanym zabiegiem chirurgicznym [4, 13]. W tym celu należy pobrać wyciski pola protetycznego przed zabiegiem chirurgicznym, a następnie

opracować model zgodnie z zasięgiem zaplanowanego zabiegu chirurgicznego. Na tak przygotowanym modelu wykonuje się podścielenie starej protezy bądź nowe uzupełnienie protetyczne, czasem w formie specjalnej płyty, którą pacjent użytkuje do momentu całkowitego wygojenia się podłoża protetycznego [4, 8]. Zaletą bezpośredniego obciążenia pola protetycznego protezą natychmiastową tuż po zabiegu chirurgicznym jest możliwość uzyskania dobrej stabilizacji nowej protezy, opartej na właściwie ukształtowanym i wygojonym podłożu [9]. Protezy natychmiastowe zapewniają prawidłowy proces gojenia się rany pozabiegowej, służą do podtrzymywania opatrunków chirurgicznych, wymuszają odpowiednie ukształtowanie tkanek miękkich podłoża protetycznego i przeciwdziałają pozabiegowemu spłyceciu przedsonka jamy ustnej [8, 10].

Niewielkie fałdy można również leczyć zachowawczo, gdyż po wyeliminowaniu czynnika traumatyzującego mogą ustąpić samoistnie, bez potrzeby interwencji chirurgicznej [9, 13]. Postępowanie to wymaga więcej czasu oraz korekty brzegu protezy wywołującego traumę i podścielenia płyty protezy materiałem do biologicznej odnowy tkanek. Po wygojeniu zmiany należy ponownie zaprojektować i wykonać w sposób poprawny nowe uzupełnienie [4, 12, 13].

Niekiedy po zakończonym leczeniu ziarniniaka szczelinowatego obserwuje się jego wznowę. Na podstawie badania przeprowadzonego przez B. Lewandowskiego i wsp. [8] stwierdzono, że u 11,6% pacjentów zaszła konieczność ponownego wycięcia fałdów po pierwotnym zabiegu operacyjnym.

Dla pacjentów bezzębnych jedynie implanty zębowe stanowią szansę na posiadanie stałych lub ruchomych uzupełnień protetycznych dobrej jakości. Poprawiają znacznie retencję i stabilizację tych uzupełnień. K. Das i wsp. [18] twierdzą, że współcześnie wszczepienie dwóch implantów i wykonanie protezy typu overdenture powinno być standardem postępowania w przypadku leczenia bezzębnej żuchwy.

PROFILAKTYKA ZIARNINIAKA SZCELINOWATEGO

Profilaktyka ziarniniaka szczelinowatego powinna uwzględniać prawidłowe zaprojektowanie i wykonanie nowych uzupełnień protetycznych, systematyczne ich wymienianie co 3–5 lat, oraz adekwatną do sprawności intelektualnej pacjenta edukację zdrowotną, mającą głównie za zadanie podkreślenie ważności okresowych badań kontrolnych [4, 9]. Zmiany rozrostowo-zapalne zazwyczaj nie powodują dolegliwości bólowych, rozwijają się powoli, często wykrywane są przypadkowo podczas wizyty u stomatologa; chyba że dojdzie do ich bolesnego owrzodzenia [4, 7]. Wówczas ból i pogorszenie stabilizacji protezy jest głównym powodem zgłoszenia się pacjenta do lekarza [4]. E. Canger i wsp. [11] wykazali, że pacjenci z rozpoznaniem ziarniniakiem szczelinowatym skarżyli się w pierwszej kolejności na wielkość tworów w jamie ustnej (34,4%), następnie na wznawianie zmian (25,8%), ból (14,8%) i brak możliwości użytkowania dotychczasowych protez (25%).

W celu profilaktyki zmian rozrostowych zapalno-włóknistych obrzeża protezy powinny być odpowiednio ukształtowane, czyli gładkie i zaokrąglone. Edukacja pacjenta w zakresie właściwego użytkowania protez zębowych, przestrzeganie zasad higieny protez i jamy ustnej oraz konieczność regularnego zgłaszania się na wizyty kontrolne do stomatologa

(raz na 6 miesięcy) powinny być pacjentowi przystępnie przekazane na wizycie związanej z oddaniem do użytku gotowych protez zębowych. Pacjent powinien także zostać poinformowany o możliwości okresowego podścielania oraz wymiany protez na nowe w miarę postępującego zaniku kostnego podłoża protetycznego [4, 5, 7]. Ponadto w przypadku oddania do użytkowania protez natychmiastowych lub wczesnych niezwykle ważne jest poinformowanie pacjenta o konieczności zgłaszania się częściej niż zazwyczaj na wizyty kontrolne do lekarza, ze względu na znacznie szybszy zanik podłoża protetycznego [7].

J. Rybka i wsp. [7] na podstawie badania przeprowadzonego w Poznaniu wśród pacjentów ze zdiagnozowanym ziarniniakiem szczelinowatym podają, że żadna z badanych osób przed wykryciem zmiany nie zgłaszała się regularnie na wizyty kontrolne po zakończeniu okresu adaptacji do protez.

PODSUMOWANIE

Jatrogenne oddziaływanie ruchomych uzupełnień protetycznych długotrwale użytkowanych bądź nowych nieprawidłowo przylegających do podłoża protetycznego stanowi przyczynę powstawania włóknistych zmian przerostowych o charakterze ziarniniaka szczelinowatego.

Właściwie przeprowadzona edukacja pacjenta w zakresie użytkowania ruchomych uzupełnień protetycznych, przestrzegania zasad higieny jamy ustnej i protez, a także konieczność okresowej wymiany uzupełnień protetycznych i regularne zgłaszanie się na wizyty kontrolne stanowią istotę profilaktyki nowotworowej i stomatopatii protetycznych.

W profilaktyce zmian rozrostowych włóknisto-zapalnych istotne jest prawidłowe zaprojektowanie i wykonanie ruchomych uzupełnień protetycznych, ze szczególnym zwróceniem uwagi na czynnościowe ukształtowanie obrzeża protez akrylowych w przypadku bezzębia lub rozległych braków zębowych.

W przypadku wykrycia zmian na błonie śluzowej jamy ustnej typu ziarniniak szczelinowaty konieczne jest wdrożenie leczenia zespołowego, chirurgiczno-protetycznego.

Skuteczną i zalecaną metodą usuwania zmian zapalnych włóknisto-rozrostowych jest stosowanie techniki laserowej.

W przypadku usunięcia zmian przerostowych włóknistych z tkanek miękkich jamy ustnej konieczne jest przeprowadzenie ich badania histopatologicznego.

PIŚMIENNICTWO

1. Zdrowe starzenie się: Biała Księga. Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2013.
2. 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.
3. Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania. PZH; 2016.
4. 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.
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. Gosavi S, Ghanchi M, Malik S, Sanyal P. A Survey of Complete Denture Patients Experiencing Difficulties with their Prosthesis. *J Contemp Dent Pract.* 2013; 14(3): 524–527.
7. Rybka J, Otulakowska-Skrzyńska J, Hędzulek W. Ziarniniak szczelinowaty u użytkowników protez ruchomych-opis przypadków. *Protet Stomatol.* 2011; 61(3): 217–223.
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. Ciechowicz K, Kisłowska-Syrczyńska M, Siedlecki M. Chirurgiczno-protetyczne leczenie pacjentów z przyrosłymi fałdami włóknistymi. *Protet. Stomatol.* 2001; 51(2): 95–100.
10. Wiśniewska G. Procedura chirurgiczno-protetycznego postępowania zabiegowego w przypadkach włóknistych zmian przerostowych błony śluzowej jamy ustnej. *Protet Stomatol.* 2004; 54(1): 46–50.
11. 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.
12. Kafas P, Upile T, Stavrianos C, Angouridakis N, Jerjes W. Mucogingival overgrowth in a geriatric patient. *Dermatol Online J.* 2010; 16(8).
13. Çomut A, Somohano T. Surgical and prosthetic management of a complex edentulous patient for fabrication of complete dentures. *N Y State Dent J.* 2015; Mar; 81(2): 29–33.
14. Durmaz E. Denture-induced fibroma. *Clin Exp Dermatol.* 2014; 39: 763–65. DOI: 10.1111/ced. 12381.
15. Basker R, Davenport J. Prosthetic treatment of the edentulous patient. 4th ed. Oxford: Blackwell; 2002: 1–21.
16. Naderi N, Eshghyar N, Esfehania H. Reactive lesions of the oral cavity: A retrospective study on 2068 cases. *Dent Res J.* 2012; 9: 251–5.
17. 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): 276–83. <http://dx.doi.org/10.4317/jced.53427>
18. Das K, Jahangiri L, Katz R. The first-choice standard of care for an edentulous mandible: a Delphi method survey of academic prosthodontists in the United States. *J Am Dent Assoc.* 2012; 143(8): 881–889.

Granuloma fissuratum in users of removable prosthetic restorations – etiology and principles of treatment

■ Summary

Introduction. As a result of the aging process, the percentage of elderly people using removable prosthetic restorations increases. Acrylic dentures promote the development of inflammatory-fibrous growths of the oral mucosa, the most common of which is granuloma fissuratum.

Aim of the study. The paper presents the etiology and principles of treatment and prophylaxis in patients with granuloma fissuratum located in the mouth on the basis of a literature review.

Materials and method: To collect the literature, PBL and Medline databases were searched. We found 979 records, which were narrowed down to the 2000–2019 publication period. Finally, 18 articles were qualified, the contents of which contained significant, original and non-recurring information on the issues presented.

Description of the state of knowledge. The main etiological factor of granuloma fissuratum is the mechanical injury that arises from the use of unstable, without retention removable dentures, with too long use. It is necessary to properly educate the patient regarding the use of removable prosthetic restorations and principles of oral and prostheses hygiene. The patient should be informed about the need to replace prosthetic restorations every 3–5 years. Periodic dental check-ups of patients using removable dentures are extremely important in the prophylaxis of granuloma fissuratum and malignant oral mucosa lesions. In the case of removal of inflammatory-fibrous growths of the oral mucosa, it is necessary to perform a histopathological examination.

Summary. In the case of detection of granuloma fissuratum on the oral mucosa, it is necessary to implement team, surgical and prosthetic treatment.

■ Key words

granuloma fissuratum, inflammatory-fibrous lesions, removable dentures, team treatment