

Αντιμετώπιση ασθενών με πολλαπλή συμπτωματολογία που σχετίζεται με ολικές οδοντοστοιχίες

Β. ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΟΥ¹, Ε. ΚΩΤΣΙΟΜΥΤΗ², Ο. ΝΑΚΑ³, Δ. ΚΑΠΑΡΗ⁴
Εργαστήριο Οδοντικής και Ανωτέρας προσθετικής, Τμήμα Οδ/κής Α.Π.Θ.

Denture related multi-factorial pathology: Soft tissue lesions and decreased vertical dimension

V. ANASTASIADOU¹, E. KOTSIOMITI², O. NAKA³, D. KAPARI⁴
Department of Removable Prosthodontics, Dental School, Aristotle University of Thessaloniki

Περίληψη

Οι ολικά νωδοί ασθενείς που χρησιμοποιούν ολικές οδοντοστοιχίες αντιμετωπίζουν, συχνά, προβλήματα που σχετίζονται με κατασκευαστικά λάθη και κακή συντήρηση των οδοντοστοιχιών, όπως και με μεταβολές των στηρικτικών ιστών. Ένα σύνηθες εύρημα είναι η μείωση της κατακόρυφης διάστασης, οφειλόμενη κυρίως στη συνεχόμενη απορρόφηση των υπολειμματικών φατνιακών ακρολοφιών. Συχνά, επίσης, παρατηρούνται βλάβες των μαλακών μορίων, όπως η συγγειλίτιδα και πτυχωτές υπερπλασίες (επουλίδες fissuratum). Ο συνδυασμός της μειωμένης κατακόρυφης διάστασης με βλάβες στους μαλακούς ιστούς περιπλέκει τη κλινική εικόνα και δημιουργεί προβληματισμό ως προς την αξιολόγηση των συμπτωμάτων και τον τρόπο αντιμετώπισής τους.

Στην εργασία αυτή μελετήθηκε η συχνότητα εμφάνισης και οι συσχετίσεις των παραπάνω χαρακτηριστικών (μειωμένη κατακόρυφη διάσταση, συγγειλίτιδα, υπερπλασίες) σε δείγμα νωδών ασθενών που αντιμετώπιζαν προβλήματα με τις οδοντοστοιχίες τους. Στη συνέχεια, εκπονήθηκε και εφαρμόστηκε θεραπευτικό πρωτόκολλο με σκοπό τη συστηματική αντιμετώπιση των περιπτώσεων, όπου η μείωση της κατακόρυφης διάστασης συνοδεύεται από κάποια ή κάποιες βλάβες των μαλακών ιστών.

Τα ευρήματα έδειξαν ότι η ανάπτυξη συγγειλίτιδας ευνοείται κυρίως από τη μείωση της κατακόρυφης διάστασης, ενώ οι υπερπλασίες φαίνεται ότι, κατά κύριο λόγο, σχετίζονται με τη λανθασμένη διαμόρφωση του μήκους και του σχήματος των πτερυγίων.

Το θεραπευτικό σχέδιο που ακολουθήθηκε αντιμετώπισε διαδοχικά, αλλά σε συνάρτηση μεταξύ τους, όλους τους αιτιολογικούς και προδιαθεσικούς παράγοντες, εξασφαλίζοντας ολοκληρωμένη αποκατάσταση των στοματικών ιστών και υγιές υπόστρωμα για τη λειτουργία των νέων ολικών οδοντοστοιχιών που κατασκευάστηκαν.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Ολικές οδοντοστοιχίες, κατακόρυφη διάσταση, πτυχωτή ινώδης υπερπλασία, συγγειλίτιδα.

Summary

Complete denture wearers often experience problems with their dentures, especially in case when their follow up visits have been neglected, and denture wear has taken place. Prior to the construction of new dentures, the old ones must be carefully examined and the pathologic entities of the oral tissues must be identified and treated. Soft tissue lesions, such as angular cheilitis and denture irritation hyperplasia, are common findings among denture wearers. They are often accompanied by a decrease of occlusal vertical dimension, which is also common among long-term edentate patients. The combined presence of the above features complicates the clinical appearance and induces difficulties concerning their treatment. A well organized treatment plan is necessary to efficiently confront the multiple aspects of such a multi-factorial pathology.

The present study examined a sample of 121 denture wearers presenting problems associated with their dentures, in order to identify the cases of angular cheilitis and hyperplasia and to explore their relationship with a decreased occlusal vertical dimension. The information acquired provided the basis for the construction of a treatment plan aiming at treating each one of the aforementioned symptoms, with respect to their possible interactions.

Normal occlusal vertical dimension was assessed by using the rest-position method. 46,3% of the patients presented decreased, compared to normal occlusal vertical dimension. Angular cheilitis was diagnosed in 15% and hyperplasia in 16,1% of the subjects. 12 out of 13 cases of angular cheilitis accompanied decreased occlusal vertical dimension, indicating a relationship between the two features. No such correlation was noticed for the hyperplasia cases.

The treatment protocol which worked out and applied to

KEY WORDS: Complete dentures, occlusal vertical dimension, hyperplasia, angular cheilitis.

Στάλθηκε στις 24.9.2002. Εγκρίθηκε στις 30.6.2003.

1 Αναπληρώτρια καθηγήτρια

2 Επίκουρη καθηγήτρια

3 Υποψήφια διδάκτωρ, υπότροφος του Ι.Κ.Υ.,

4 Καθηγήτρια

Received on 24th Sept., 2002. Accepted on 30th June, 2003.

1 Associate Professor

2 Assistant Professor

3 Research Assistant

4 Professor

treat the cases combining soft oral lesions and decreased occlusal vertical dimension was comprised of the following successive steps:

1. History recording, detailed clinical examination and assessment of existing dentures.
2. Local and/or systemic treatment of the inflammation; disinfection and temporary removal of dentures.
3. Restoration of decreased occlusal vertical dimension.
4. Application of tissue conditioning material to restore fitting and polished surfaces of dentures.
5. Follow-up.
6. Construction of new dentures incorporating the information supplied by the modifications on the old ones.

The treatment was carried out without significant complications. All treated symptoms were considerably improved by the end of prosthetic intervention. Of the 15 cases of hyperplasia treated, 12 were efficiently healed. One case of angular cheilitis recurred and was referred for a thorough medical examination.

The treatment applied was focusing on two main targets: restoration of occlusal vertical dimension and treatment of soft tissue lesions. Denture related lesions should be considered multifactorial in origin and no permanent improvement can be achieved, unless all possible aetiological factors are dealt with. Decreased occlusal vertical dimension is a most critical causative factor; its effect often appears combined with several other aspects, mostly related to denture contour. The treatment was based on the premise that none of the possible detrimental features must be underestimated, and all should be carefully assessed and thoroughly eliminated.

Εισαγωγή

Η ολική οδοντοστοιχία αποτελεί στις περισσότερες περιπτώσεις την προσθετική θεραπεία εκλογής για την αποκατάσταση της λειτουργίας, της αισθητικής και της στοματικής υγείας, γενικότερα, του ολικά νωδού ασθενή. Με το χρόνο, η λειτουργία της ολικής οδοντοστοιχίας μπορεί να δυσχεραίνεται είτε λόγω μεταβολών στους στηρικτικούς ιστούς είτε λόγω ανεπαρκούς συντήρησης της οδοντοστοιχίας. Πριν από την κατασκευή των νέων οδοντοστοιχιών, τα προβλήματα που συνοδεύουν τις παλιές πρέπει να αναγνωρίζονται και να αξιολογούνται, ώστε να διορθώνονται μέσω της αντικατάστασης των προσθετικών εργασιών.

Ένα πολύ συνηθισμένο εύρημα κατά την εξέταση παλιών ολικών οδοντοστοιχιών είναι η μείωση της κατακόρυφης διάστασης. Οφείλεται στη συνεχή απορρόφηση της υπολειμματικής φατνιακής ακρολοφίας και στην αποτριβή των ακρυλικών δοντιών¹⁻⁷ και αποτελεί αιτία παραπόνων από τους ασθενείς, καθώς το ύψος του κάτω προσώπου και γενικότερα η εμφάνιση, μεταβάλλονται⁸. Παράλληλα, η μείωση της κατακόρυφης διάστασης συνοδεύεται από προς τα εμπρός και άνω μετατόπιση της κάτω γνάθου, η οποία μπορεί να προκαλέσει συγκλεισιακά προβλήματα, καθώς και με κακή εφαρμογή των βάσεων, η οποία δημιουργεί αστάθεια της οδοντοστοιχίας^{8,9}.

Αναφέρεται, ότι η μείωση της κατακόρυφης διά-

στασης συχνά συνοδεύει, προδιαθέτει ή επιτείνει παθολογικές καταστάσεις των μαλακών μορίων των σχετιζόμενων με την οδοντοστοιχία ιστών⁷⁻¹². Τέτοιες καταστάσεις, επίσης, συχνά παρατηρούμενες σε ασθενείς με παλιές ολικές οδοντοστοιχίες, είναι η συγγειλίτιδα και οι ινώδεις υπερπλασίες.

Η συγγειλίτιδα είναι φλεγμονή της γωνίας των χειλέων, από μύκητες, σταφυλόκοκους ή στρεπτόκοκους, που αναπτύσσεται δευτερογενώς επί ενός τοπικού ή γενικού προδιαθεσικού παράγοντα^{10,13}. Στους τοπικούς παράγοντες περιλαμβάνονται η μειωμένη κατακόρυφη διάσταση και η ανεπαρκής υποστήριξη του χείλους από τις λείες επιφάνειες της ολικής οδοντοστοιχίας^{10,14}, ενώ στους γενικούς η σιδηροπενική αναιμία και διατροφικές διαταραχές, όπως υπερβολική κατανάλωση υδατανθράκων και αβιταμινώσεις^{10,11,15}. Η φλεγμονή προσβάλλει τόσο το βλεννογόνο όσο και το δέρμα της συγγειλίας, η οποία εμφανίζεται υγρή, ερυθρή και συχνά καλύπτεται από εφελκίδες. Λεπτές ραγάδες αναπτύσσονται ακτινωτά από τη συγγειλία, ενώ με το χρόνο εγκαθίστανται ουλές που έχουν τάση να αιμορραγούν^{10,16}. Η συμπτωματική αντιμετώπιση με αντιμυκητιασικά και αντιβιοτικά σκευάσματα πρέπει να συνοδεύεται από άρση των προδιαθεσικών παραγόντων, τοπικών ή γενικών, για να αποφευχθεί ο κίνδυνος υποτροπής^{11,13}.

Οι πτυχωτές ινώδεις υπερπλασίες ή επουλίδες *Fissuratum* αναπτύσσονται σαν αντίδραση των ιστών σε οδοντοστοιχίες με κακή εφαρμογή. Χαρακτηρίζονται από υπερπλαστικά, μεμονωμένα ή πολλαπλά πτυχωτά, επάρματα που γειτνιάζουν με τα όρια του πτερυγίου^{10,11,17}. Αποτελούνται από υπερκερατωσικό επιθήλιο που καλύπτει υπερπλαστικό συνδετικό ιστό, ο οποίος αναπτύσσεται λόγω συνεχούς ερεθισμού από την οδοντοστοιχία¹⁸. Η επιφάνεια είναι συνήθως λεία και το χρώμα του βλεννογόνου φυσιολογικό^{18,19}, αν και σε κάποιες περιπτώσεις παρατηρείται φλεγμονή και ελκώσεις στο βάθος των πτυχών^{10,11,16,17}. Θεωρούνται καλοήθεις βλάβες, αλλά η πιθανότητα προκαρκινικής ή νεοπλασματικής εξαλλαγής δεν έχει αποκλεισθεί¹⁸. Για τη θεραπευτική τους αντιμετώπιση προτείνονται διευθέτηση (διόρθωση/αντικατάσταση) των οδοντοστοιχιών, χειρουργική εξαίρεση^{10,11,17,18}, ή συνδυασμός των παραπάνω. Ως εναλλακτική λύση της χειρουργικής αφαίρεσης έχει, επίσης, προταθεί η εξαίρεση με Laser^{19,20}.

Η συνδυασμένη δράση των παραπάνω βλαβών των μαλακών μορίων με τη μείωση της κατακόρυφης διάστασης συντελεί στην εμφάνιση έντονης, επιπλεγμένης κλινικής εικόνας. Η αξιολόγηση του κάθε συμπτώματος ξεχωριστά, η εκτίμηση των αλληλεπιδράσεων και ο τρόπος της τελικής αντιμετώπισης αποτελούν αιτίες προβληματισμού για τον θεράποντα.

Τα αντικείμενα της παρούσας εργασίας ήταν:

1. Διερεύνηση της συχνότητας εμφάνισης των παρα-

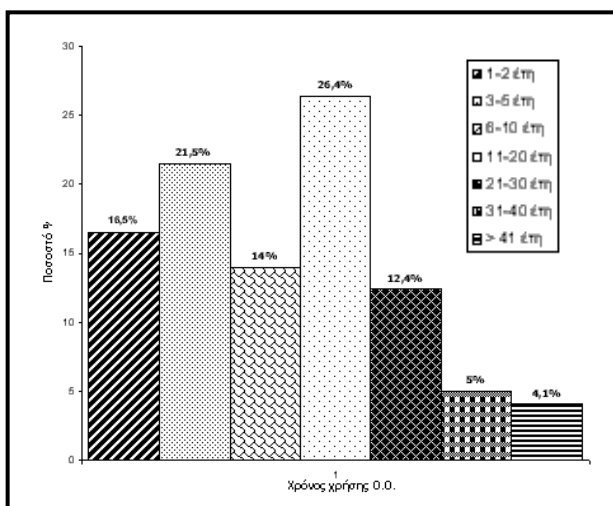
πάνω χαρακτηριστικών (μειωμένη κατακόρυφη διάσταση, συγχειλίτιδα, υπερπλασίες) σε δείγμα ολικών ασθενών με ολικές οδοντοστοιχίες, καθώς και των πιθανών συσχετισμών τους.

2. Σχεδιασμός θεραπευτικού πρωτοκόλλου, το οποίο μπορεί να εφαρμοστεί στις περιπτώσεις όπου τα παραπάνω συμπτώματα συνυπάρχουν, και το οποίο αποσκοπεί στη συστηματική αντιμετώπιση και τη διατήρηση του αποτελέσματος.

Ο σκοπός της εργασίας ήταν η παρουσίαση συστηματικής μεθοδολογίας αντιμετώπισης ασθενών με πολλαπλή συμπτωματολογία, που προκαλείται από παλιές ολικές οδοντοστοιχίες, και που πρέπει να αντιμετωπιστεί πριν την κατασκευή καινούριων ολικών οδοντοστοιχιών.

Υλικά και μέθοδος

Το δείγμα αποτέλεσαν 121 ασθενείς με ολικές οδοντοστοιχίες που προσήλθαν στην Πανεπιστημιακή Κλινική* για εξέταση και έλεγχο των οδοντοστοιχιών τους. 56 (46,3%) ήταν άνδρες και 65 (53,7%) γυναίκες. Η ηλικία των ασθενών κυμαίνονταν από 44 έως 92 χρόνια. 35 ασθενείς (28,9%) ήταν κάτω και 86 (71,1%) ήταν άνω των 65 χρόνων. Η κατανομή των οδοντοστοιχιών ανάλογα με το χρόνο χρήσης (παλαιότητα) τους φαίνεται στην εικόνα 1.



Εικ. 1. Κατανομή των οδοντοστοιχιών ανάλογα με το χρόνο χρήσης τους (παλαιότητα).

Στο πλαίσιο της λεπτομερούς αρχικής εξέτασης σημειώθηκε στους ασθενείς η παρουσία των παρακάτω χαρακτηριστικών:

1. Ύπαρξη μειωμένης κατακόρυφης διάστασης. Πραγματοποιήθηκε κατά την κλινική εξέταση με οπτικό έλεγχο, με βάση την κατακόρυφη διάσταση σε

ανάπαυση, όταν και οι δυο οδοντοστοιχίες ήταν στη θέση τους. Η κατακόρυφη διάσταση σε σύγκριση θεωρήθηκε επαρκής όταν η διαφορά από τη θέση ανάπαυσης ήταν 2-3 mm. Μεγαλύτερη διαφορά υποδήλωνε μείωση της κατακόρυφης διάστασης, που μπορεί να ήταν I) της τάξεως των 1-3 mm, II) 3-7 mm, III) μεγαλύτερη από 7 mm^{21,22}.

2. Ύπαρξη συγχειλίτιδας σύμφωνα με την κλινική εικόνα που περιγράφεται από τους Butz-Jorgensen και Λάσκαρη^{10,11}.
3. Ύπαρξη πτυχωτών υπερπλασιών σύμφωνα με την κλινική εικόνα που περιγράφεται από τους Butz-Jorgensen, Λάσκαρη, Ralph και Coehlo^{10,11,17,18}.

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά μελετήθηκαν τόσο ως προς τη συχνότητα εμφάνισής τους όσο και ως προς τις πιθανές συσχετίσεις, με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS v. 10.0.5 (SPSS Inc 1989-1999 SN 33277971).

Το θεραπευτικό πρωτόκολλο που εκπονήθηκε μετά τη μελέτη των στοιχείων που προέκυψαν από τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, περιελάμβανε τα παρακάτω βήματα:

1. Λήψη ιστορικού, κλινική εξέταση, εξέταση των υπάρχουσων οδοντοστοιχιών.
2. Αντιμετώπιση φλεγμονής, απολύμανση, προσωρινή απομάκρυνση των ολικών οδοντοστοιχιών.
3. Ανύψωση της κατακόρυφης διάστασης σύμφωνα με τη μεθοδολογία που περιγράφεται από τους Αναστασιάδου και συν.⁷
4. Βελτίωση της εφαρμογής των οδοντοστοιχιών, της επέκτασης των πτερυγίων τους και της διαμόρφωσης των λείων επιφανειών σύμφωνα με τη μεθοδολογία που περιγράφεται από τους Αναστασιάδου και συν.⁷
5. Παρακολούθηση και διορθώσεις.
6. Κατασκευή νέων οδοντοστοιχιών, που ενσωματώνουν την εμπειρία που αποκτήθηκε από τις τροποποιήσεις των παλιών.

Ευρήματα

Από τους 121 ασθενείς που εξετάστηκαν, 80 (66,1%) παρουσίασαν μειωμένη κατακόρυφη διάσταση. Από αυτούς 56 (46,3%) είχαν μείωση της τάξης των 3-7 mm (Πίνακας I). 13 ασθενείς (10,7%) παρουσίασαν συγχειλίτιδα και 15 (12,4%) υπερπλασίες. Η δοκιμασία χ^2 για επίπεδο σημαντικότητας 5% ανάμεσα στα χαρακτηριστικά «υπερπλασία» και «μειωμένη κατακόρυφη διάσταση» έδειξε ότι η συχνότητα εμφάνισης υπερπλασιών στους ασθενείς με μειωμένη κατακόρυφη διάσταση (12,5%, 10/80), ήταν παρόμοια με εκείνη στο συνολικό δείγμα, εύρημα που υποδηλώνει απουσία συσχέτισης μεταξύ τους. Όταν η ίδια δοκιμασία εφαρμόστηκε στο ζεύγος «συγχειλίτιδα» και «μειωμένη κατακόρυφη διάσταση», φάνηκε ότι το 15% (12/80) των περιπτώσε-

* Εργαστήριο Οδοντικής και Ανωτέρας Προσθητικής.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Κατανομή των συμμετεχόντων ανάλογα με την κατακόρυφη διάσταση σε σύγκλιση

Κατακόρυφη διάσταση	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Μειωμένη <3 mm	23	19
Μειωμένη 3-7 mm	56	46,3
Μειωμένη >7mm	1	0,8
Φυσιολογική-αυξημένη	41	33,9
Σύνολο	121	100

ων μειωμένης κατακόρυφης διάστασης εμφάνιζε συγχειλίτιδα. Με άλλα λόγια από τις 13 περιπτώσεις συγχειλίτιδας του συνολικού δείγματος, οι 12 συνυπήρχαν με μειωμένη κατακόρυφη διάσταση, ενώ οι 9 (16,1%) εντοπίστηκαν στα 47 άτομα του δείγματος με μεγάλη (3-7 mm) μείωση της κατακόρυφης διάστασης. Τέλος, συνύπαρξη υπερπλασίας και συγχειλίτιδας παρατηρήθηκε σε 2 περιπτώσεις, από τις οποίες η μια μόνο συνοδευόταν από μείωση της κατακόρυφης διάστασης.

Επομένως, ένα αξιοσημείωτο ποσοστό (17,4%, 21/121) των ασθενών με προβλήματα από τις ολικές τους οδοντοστοιχίες, που αποτέλεσαν το δείγμα, παρουσίασαν εκδηλώσεις που οφειλόνταν σε συνδυασμένη δράση μείωσης κατακόρυφης διάστασης και βλαβών των μαλακών μορίων (συγχειλίτιδα ή/και υπερπλασίες).

Στους 21 αυτούς ασθενείς εφαρμόστηκε θεραπευτικό σχέδιο που περιελάμβανε τα παρακάτω διαδοχικά στάδια:

1. Μετά τη λήψη του ιστορικού, τη λεπτομερή κλινική εξέταση και καταγραφή των παραπόνων του ασθενή, έγινε προσεκτική εξέταση των υπάρχουσών οδοντοστοιχιών και αξιολόγηση των προβλημάτων τους.
2. Χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή, στις περιπτώσεις που θεωρήθηκε απαραίτητο, για την αντιμετώπιση της φλεγμονής. Οι οδοντοστοιχίες απολυμάνθηκαν, ενώ στους ασθενείς δόθηκαν οδηγίες να μη τις χρησιμοποιήσουν για κάποιο χρονικό διάστημα, μέχρι την αποδρομή των οξέων φαινομένων.
3. Στη συνέχεια, οι οδοντοστοιχίες τροποποιούνταν, με προσθήκη ακρυλικού στις μασητικές επιφάνειες, ώστε να ανυψωθεί η κατακόρυφη διάσταση⁷. Κατόπιν γινόταν δοκιμή στο στόμα, προσυγκλειστική καταγραφή, επανανάρτηση και εξισορρόπηση της σύγκλεισης²³.
4. Το επόμενο στάδιο της θεραπείας αφορούσε την αποκατάσταση των βλαβών στους μαλακούς ιστούς. Αρχικά, τροχίζονταν τα όρια των πτερυγίων και οι λείες επιφάνειες των οδοντοστοιχιών, ώστε να επιτρέπουν ανεμπόδιστη ενέργεια των μυών. Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στις περιοχές των υπερπλασιών, οι οποίες ελευθερώνονταν τελείως από

την κάλυψη της οδοντοστοιχίας. Στη συνέχεια τοποθετήθηκε στο εσωτερικό και στα όρια των πτερυγίων προσωρινό υλικό αποκατάστασης των ιστών [Visco-gel (Dentsply)]. Η χρήση του υλικού αυτού, σε παχύρρευστη σύσταση, αποσκοπούσε στη βελτίωση της εφαρμογής της βάσης, στη λειτουργική διαμόρφωση του σχήματος, της επέκτασης και του πάχους των ορίων, αλλά και στη διαμόρφωση των εξωτερικών επιφανειών, ώστε να αξιοποιούν τον λειτουργικά διαθέσιμο χώρο (ουδέτερη ζώνη) και να υποστηρίζουν τη λειτουργία των μυών. Η διαδικασία ολοκληρώνονταν με τον έλεγχο των συγκλεισιακών επαφών και με εξισορρόπηση.

5. Κατά τη διάρκεια των επανελέγχων σημειωνόταν η πρόοδος ως προς τη διευθέτηση των μαλακών μορίων, καθώς και ο βαθμός αποδοχής, λειτουργικής και αισθητικής, του νέου ύψους του κάτω προσώπου. Σε κάθε επανέλεγχο γινόταν αλλαγή του προσωρινού μαλακού επιστρώματος και έλεγχος των συγκλεισιακών επαφών.
6. Μετά την αποδρομή όλων των συμπτωμάτων και την αποδοχή από τον ασθενή της νέας κατάστασης, κατασκευάζονταν νέες οδοντοστοιχίες, στις οποίες αντιγράφονταν τα βελτιωμένα λειτουργικά στοιχεία των τροποποιημένων παλιών οδοντοστοιχιών.

Η κατακόρυφη διάσταση, όπως και οι σχέσεις των γνάθων ελέγχονταν και διορθώνονταν κατά τους επανελέγχους, ώστε να εξασφαλίζουν ανεμπόδιστη λειτουργία και καλή αισθητική και με γνώμονα την αναφερόμενη από τον ασθενή βελτίωση και ικανοποίηση. Όλες οι βλάβες των μαλακών μορίων που αντιμετωπίστηκαν έδειξαν άμεση ανταπόκριση στη θεραπεία. Από τις 15 υπερπλασίες του δείγματος, οι 12 αποκαταστάθηκαν σε διάστημα τριών μηνών, ενώ οι υπόλοιπες παραμένουν υπό παρακολούθηση. Τα συμπτώματα φλεγμονής της συγχειλίας υποχώρησαν σε όλες τις περιπτώσεις, αλλά παρατηρήθηκε υποτροπή σε μια περίπτωση, η οποία παραπέμφθηκε για περαιτέρω εργαστηριακές εξετάσεις.

Συζήτηση

56 από τις 121 οδοντοστοιχίες (46,3%) που εξετάστηκαν εμφάνισαν μέτρια ως μεγάλη μείωση της κατακόρυφης διάστασης, η οποία χρήζει διόρθωσης. Η μείωση της κατακόρυφης διάστασης αποτελεί διαπιστωμένο πρόβλημα της χρήσης των ολικών οδοντοστοιχιών¹⁻⁷, που επιβάλλει τη συνεχή παρακολούθηση των ολικών νωδών ασθενών μετά την τοποθέτηση των οδοντοστοιχιών^{8,9,24,25}.

Τα ποσοστά εμφάνισης των βλαβών των μαλακών μορίων που προέκυψαν από την παρούσα εργασία, συμφωνούν με τα αναφερόμενα στη διεθνή βιβλιογραφία. Θα πρέπει βέβαια να σημειωθεί ότι οι συχνότητες

εμφάνισης βλαβών, που έχουν ως τώρα δημοσιευτεί, παρουσιάζουν αξιοσημείωτη ποικιλία, λόγω διαφορών στη σύνθεση των δειγμάτων αλλά και στον πειραματικό σχεδιασμό των αντίστοιχων εργασιών. Η εμφάνιση συγγειλιτίδας αναφέρεται σε ποσοστά από 3,4% μέχρι 33%^{7,10,26-30}, ενώ η παρουσία υπερπλασιών από 3% μέχρι 26%^{7,10,18,25,29-32}.

Στο δείγμα των ασθενών που εξετάστηκε, φάνηκε ότι η μείωση της κατακόρυφης διάστασης συνοδεύεται συχνά από συγγειλιτίδα, όπως ακριβώς αναφέρεται στη βιβλιογραφία^{10,14,33}. Βέβαια, η ύπαρξη και χρήση προβληματικών οδοντοστοιχιών ευνοεί την ανάπτυξη συγγειλιτίδας και μέσω άλλων μηχανισμών. Τέτοιοι μηχανισμοί είναι η ανεπαρκής υποστήριξη του χείλους λόγω κακής διαμόρφωσης των λείων επιφανειών, η ύπαρξη στοματίτιδας από οδοντοστοιχίες, αλλά και η αστάθεια της ολικής οδοντοστοιχίας που μπορεί να επηρεάσει τις διαιτητικές συνήθειες^{10,12}. Το θεραπευτικό σχήμα που ακολουθήθηκε αποδείχτηκε αποτελεσματικό διότι αντιμετωπίζει, διαδοχικά αλλά και στο σύνολό τους, όλους τους πιθανούς προδιαθεσικούς παράγοντες, τους σχετιζόμενους με την προσθετική εργασία.

Αντίθετα με τη συγγειλιτίδα, οι εποουλίδες που παρατηρήθηκαν δε φάνηκε να σχετίζονται με τη μείωση της κατακόρυφης διάστασης. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τις παρατηρήσεις της διεθνούς βιβλιογραφίας^{19,17,18,32}, σύμφωνα με τις οποίες το αίτιο των υπερπλασιών βρίσκεται σε υπερέκταση των πτερυγίων, η οποία είναι συνήθως μικρής έκτασης, ώστε να γίνεται υποκειμενικά ανεκτή και να μην είναι αντικειμενικά ανιχνεύσιμη. Ένα δεύτερο, συχνά παραγνωρισμένο, αίτιο είναι η λανθασμένη μορφολογία των λείων επιφανειών και η απόδοση μειωμένου πάχους πτερυγίων. Η αστάθεια της οδοντοστοιχίας είτε λόγω κακής εφαρμογής της βάσης, είτε λόγω προβλημάτων στη σύγκλειση αποτελεί, τέλος, ένα ακόμη αίτιο επαναλαμβανόμενου μηχανικού ερεθισμού στην περιοχή των ορίων¹⁸. Σε μια παλιά, προβληματική ολική οδοντοστοιχία είναι πιθανόν πολλοί ή και όλοι από τους παραπάνω αιτιολογικούς παράγοντες να συνυπάρχουν και να συνεισφέρουν στην εμφάνιση των υπερπλασιών. Η ανύψωση της κατακόρυφης διάστασης συμβάλλει στην αποκατάσταση σταθερών συγκλεισιακών σχέσεων⁸. Η επίστρωση των επιφανειών της οδοντοστοιχίας, στηρικτικών και λείων, όπως και των ορίων, με μαλακό επίστρωμα δίνει στην οδοντοστοιχία αφενός εφάρμογή και σταθερότητα και αφετέρου σχήμα τέτοιο που να εκμεταλλεύεται την ουδέτερη ζώνη και να χρησιμοποιεί την ενέργεια των μυών για περαιτέρω εξασφάλιση σταθερότητας⁹. Τοπικά, η νέα διαμόρφωση της επέκτασης και του πάχους του πτερυγίου αντικαθιστά τον διαρκή ερεθισμό, ενώ ο υπερπλαστικός ιστός περιορίζεται εκτός του λειτουργικού χώρου του πτερυγίου και τελικά υποστρέφεται.

Πολλοί συγγραφείς αναφέρουν^{17,18,26,34-36} ότι οι υπερπλασίες και η συγγειλιτίδα συναντούνται συχνότε-

ρα στις γυναίκες. Αυτό, πιθανό, να οφείλεται στο ότι οι γυναίκες χρησιμοποιούν περισσότερο τις ολικές οδοντοστοιχίες, εκφράζουν τα παράπονά τους, αναζητούν λύσεις και ακόμη παίρνουν περισσότερα φάρμακα^{18,34,37}. Έχουν, επίσης, ενοχοποιηθεί ορμονικοί παράγοντες· μετά την εμμηνόπαυση ο βλεννογόνος γίνεται λεπτότερος, ευαίσθητος, επιρρεπής στην ανάπτυξη υπερπλασίας και στη λύση της συνέχειάς του^{18,38}. Σε άλλες δημοσιεύσεις, όμως, δε διαπιστώνεται τέτοια διαφορά εμφάνισης υπερπλασιών ή συγγειλιτίδας ανάλογα με το φύλο^{32,33}. Στην παρούσα εργασία, οι βλάβες των μαλακών μορίων εντοπίστηκαν εξ ίσου, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες που συμμετείχαν.

Το πρωτόκολλο θεραπείας που εκπονήθηκε για την αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών του δείγματος στηρίχτηκε σε δυο διακριτούς, αν και συσχετιζόμενους, άξονες-στόχους που επιδιώκονταν σε διαδοχικά, επίσης, συσχετιζόμενα στάδια: την αποκατάσταση φυσιολογικής κατακόρυφης διάστασης και την αποκατάσταση των βλαβών των μαλακών μορίων. Μια τέτοια οργάνωση βοηθά στην αντιμετώπιση με συστηματικό τρόπο των περιπτώσεων και στη διατήρηση του ελέγχου της πορείας της θεραπείας. Πρέπει όμως να τονισθεί ότι σε τέτοιες, πολυπαραγοντικής αιτιολογίας, παθολογικές καταστάσεις, το σχέδιο θεραπείας είναι ενιαίο, έτσι ώστε βελτιώσεις, αλλαγές ή επεμβάσεις στον πρώτο άξονα να επηρεάζουν το δεύτερο^{7,39}. Οι δυο στόχοι της προσθετικής θεραπείας πρέπει να επιδιώκονται, ταυτόχρονα, κατά τη διάρκεια των θεραπευτικών συνεδριών. Έτσι, για παράδειγμα, η θεραπεία της συγγειλιτίδας, και κυρίως, η διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος, προϋποθέτει τόσο την αποκατάσταση της κατακόρυφης διάστασης όσο και τη διόρθωση του σχήματος των λείων επιφανειών· παρόμοια, η αντιμετώπιση των εποουλίδων επιβάλλει, πέρα από την εξάλειψη των αντίστοιχων ερεθισμών των μαλακών μορίων, και τη διόρθωση των συγκλεισιακών δυνάμεων μέσω της αποκατάστασης της κατακόρυφης διάστασης. Μια τέτοια συνολική θεώρηση των προβλημάτων συμβάλλει στην επίτευξη του τελικού στόχου της προσθετικής θεραπείας, που είναι η διατήρηση, σε μακροχρόνιο επίπεδο, του θεραπευτικού αποτελέσματος.

Βιβλιογραφία

1. Tallgren A, Lang BR, Walker GF, Ash Jr. Roentgen cephalometric analysis of ridge resorption and changes in jaw and occlusal relationships in immediate complete denture wearers. *J Oral Rehabil* 1980; 7:77-94.
2. Tuncay OC, Thomson S, Abadi B, Ellinger C. Cephalometric evaluation of the changes in patients wearing complete dentures. A ten-year longitudinal study. *J Prosthet Dent* 1984; 51:169-80.
3. Tallgren A, Lang BR, Miller RL. Longitudinal study of soft-tissue profile changes in patient receiving immedi-

- ate complete dentures. *Int J Prosthodont* 1991; 4:9-16.
4. Douglass JB, Meader L, Kaplan A, Ellinger CW. Cephalometric evaluation of the changes in patients wearing complete dentures: a 20 year study. *J Prosthet Dent* 1993; 69:270-5.
 5. Karkazis HC, Lambadakis J, Tsihlikis K. Cephalometric evaluation of the changes in mandibular symphysis after 7 years of denture wearing. *Gerodontology* 1997; 14:101-5.
 6. Xie Q, Narhi TO, Nevalainen JM, Wolf J, Ainamo A. Oral status and prosthetic factors related to residual ridge resorption in elderly subjects. *Acta Odontol Scand* 1997; 55:306-13.
 7. Αναστασιάδου Β, Νάκα Ο, Κατσούλη Σ, Κάπαρη Δ. Αξιολόγηση των σημείων, συμπτωμάτων και επερχόμενων παραπόνων της μειωμένης κάθετης διάστασης και προβλημάτων σύγκλεισης σε οδοντοστοιχίες με κακή εφαρμογή. *ΣΤΟΜΑ* 2001; 29:43-53.
 8. Boucher CO, Hickey JC, Zarb GA. *Prosthodontic treatment for edentulous patients* 7th ed, C.V. Mosby Co, Saint Louis 1975 pp89-90, 265-76.
 9. Rahn AO, Heartwell CM. *Textbook of Complete Dentures*. 5th ed, LEA & FEBIGER, Philadelphia London 1993 pp275-87, 419-35.
 10. Butz-Jorgensen E. Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures. *J Oral Pathology* 1981; 10:65-80.
 11. Λάσκαρης ΦΧ. *Εγχρωμος Άτλας Στματολογίας, ΛΙΤΣΑΣ*, Αθήνα 1986, σελ. 56,95.
 12. Samaranayake LP, MacFarlane TW. *Oral Candidosis*. Butterworth & Co Ltd London 1990, pp 156-78.
 13. Ohman SC, Jontell M. Treatment of angular cheilitis. The significance of microbial analysis, antimicrobial treatment, and interferin factors. *Acta Odontol Scand* 1988; 56:267-72
 14. Ritchie GM, Fletcher AM. Angular inflammation. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology* 1973; 36:358-66
 15. Ohman SC, Dahlen G, Moller A, Ohman A. Angular cheilitis: a clinical and microbial study. *J Oral Pathol* 1986; 15:213-7.
 16. Παπαναγιώτου Π. *Στοματολογία, 3η έκδοση, ΦΩΤΟΤΥΠΩΤΙΚΗ, Θεσσαλονίκη* 1994.
 17. Ralph JP, Stenhouse D. Denture-induced hyperplasia of the oral soft tissues. *Br Dent J* 1972; 132:68-70.
 18. Coelho PCM, Zucoloto S, Armando R. Denture-induced fibrous inflammatory hyperplasia: a retrospective study in a school of Dentistry. *Int J Prosthodont* 2000; 13:148-51.
 19. Niccoli-Filho W, Neves ACC, Penna LAP, Seraidarian PI, Riva R. Removal of epulis fissuratum associated to vestibuloplasty with carbon dioxide laser. *Lasers Med Sci* 1999; 14:203-6.
 20. Marei MK, Abdel-Meguid SH, Mokhtar SA. Effect of low-energy laser application in the treatment of denture-induced mucosal lesions. *J Prosthet Dent* 1997; 77:256-64.
 21. Corrigan PJ, Basker RM, Farrin A, Mulley GP, Heath MR. The development of a method for functional assessment of dentures. *Gerodontology* 2002; 19:41-5.
 22. Anastassiadou V, Naka O, Heath R, Kapari D. Validation of indices for functional assessment of dentures. *Gerodontology* 2002; 19:46-52.
 23. Κάπαρη Δ, Αναστασιάδου Β. Η συμβολή της προσυγκλεισιακής καταγραφής στην επιτυχή αντιμετώπιση προβλημάτων των ολικών οδοντοστοιχιών μετά την τοποθέτησή τους. *Επιστημονική Επετηρίδα Τμήματος Οδοντιατρικής* 2001; XII:55-61.
 24. Bergman B, Carlsson GE. Clinical long-term study of complete denture wearers. *J Prosthet Dent* 1985; 53:56-61.
 25. Utz KH. Studies of changes in occlusion after the insertion of complete dentures (part II). *J Oral Rehabil* 1997; 24:376-84.
 26. Axell T. A prevalence study of oral mucosal lesions in an adult Swedish population. *Odontologisk Revy* 1976; 27:1-103.
 27. Vigild M. Oral mucosal lesions among institutionalized elderly in Denmark. *Community Dent Oral Epidemiol* 1987; 15:309-13.
 28. Samaranayake LP, Wilkieson CA, Lamey PJ, MacFarlane TW. Oral disease in the elderly in long-term hospital care. *Oral Dis* 1995; 1:147-51.
 29. Jorje J Jr, Almeida OP de, Bozzo L, Scully C, Graner E. Oral mucosal Health and disease in institutionalized elderly in Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19:173-5.
 30. Reichart PA. Oral mucosal lesions in a representative cross-sectional study of aging Germans. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28:390-8.
 31. Ekelund R. Oral mucosal disorders in institutionalized elderly people. *Age Ageing* 1988; 17:193-8.
 32. Corbet EF, Holmgren CJ, Philipson HP. Oral mucosal lesions in 65-74-year-old Hong Kong Chinese. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; 22:392-5.
 33. MacEntee MI, Glick N, Stolar E. Age, gender dentures and oral mucosal disorders. *Oral Dis* 1998; 4:32-6.
 34. Cutright DE: The histopathologic findings in 583 cases of epulis fissuratum. *Oral Surg.* 1974; 37:401-11.
 35. Anneroth G, Sigurdson A. Hyperplastic lesions of the gingival and alveolar mucosa. A study of 175 cases. *Acta Odontol Scand* 1983; 41:75-86.
 36. Nevalainen TO, Narhi TO, Ainamo A. Oral mucosal lesions and oral hygiene habits in the home-living elderly. *J Oral Rehabil* 1997; 24:332-7.
 37. Narhi TO, Ainamo A, Meurman JH. Salivary yeasts, saliva and oral mucosa in the elderly. *J Dent Res* 1993; 72:1009.
 38. Bouchner A, Begleiter A, Hansen LS. The predominance of epulis fissuratum in females. *Quintessence Int* 1984; 15:699-702.
 39. Garrett NR, Kapur KK, Perez P. Effects of improvements of poorly fitting dentures and new dentures on patient satisfaction. *J Prosthet Dent* 1996; 76:403-13.