

Žavod za parodontologiju
Stomatološkog fakulteta, Zagreb
predstojnik Žavoda doc. dr J. Aurer-Koželj

Ulcerozni gingivitis i njegova uloga u progredijenciji parodontitisa*

J. AURER-KOŽELJ i K. JORGIĆ-SRĐAK

Bolest nazvana gingivitis ulceroza, ulceronekrotični gingivitis, fuzospiriloza gingive ili gingivoparodontitis, odavna je poznata. Xenophon (cit. po Barnesu i sur.¹) je već opisao zadah, bolove i ulceracije gingive u vojnika koji su se vraćali iz ratova. Kasnije su Skach², Goldhaber i Giddon³ uočili da se ulcerozni gingivitis javlja u mlađih osoba. Prema Bergeron⁴, akutna faza ove bolesti brzo prelazi u kronični stadij. Pindborg⁵ pak misli, da se gingivitis ulceroza gotovo uvijek razvija iz nekog kroničnog gingivitisa. 1894. godine Plaut i Vincent (cit. po Hirschfeldu i sur.⁶) ukazuju na povezanost između ulceroznog gingivitisa i fuzospirila. Hunter⁷ je već 1778. god. pri pojavi ovog oboljenja uočio bol, koja se javlja u području interdentalne papile. Hirschfeld i sur.⁶ ističu da je pri manifestaciji ove bolesti interdentalna papila uvijek zahvaćena ulceroznim procesom.

Suvremeni autori Cohen i Goldmann⁸, Holmes⁹, Schroeder i Theilade¹⁰, Frochlich¹¹ i Blake (cit. po Plüssu i Rateitschaku¹²) smatraju da se inicijalna lezija ovog oboljenja nalazi u području interdentalnog kola (Col = engl. sedlo) gingive. Plüss i Rateitschak¹² su i histološkom obradom ekscidiranih papila, oboljelih od gingivitis ulceroze dokazali, da je pri jednakom lokalnom nalazu bakterija, epitel interdentalnog kola jače razoren od epitela koji se nalazi na vršku papile. Gingivitis ulceroza započinje dakle u interdentalnom kolu, a ne na vrhu interdentalne papile, kako se to ranije smatralo.

Etiologija ulceroznog gingivitisa nije u potpunosti razjašnjena. Sigurno je, da se u ove bolesti radi o infekciji na predisponiranoj podlozi. Različiti predisponirajući faktori mogu prirediti teren, na kojem onda dolazi do enormnog razmnažanja *Borreliae Vincenti* i *Fusobacteriuma Plauti*. Roth¹³, Goldhaber³ i Giddon³ i dr, ubrajaju psihosomatske i vegetativne smetnje u opće predisponirajuće faktore. Opisane »pseudoepidemije« ove bolesti u vrijeme rata, povezuju se s jednakim životnim uvjetima, kojima je bila izložena određena populacija.

U praksi se često događa, da se gingivitis ulceroza ne dijagnosticira i ne liječi pravovremeno. Posljedica toga je ireparabilan gubitak tkiva gingive

* Ovaj je rad pročitán na Simpoziju stomatologa Slavonije i Baranje, u Osijeku, jeseni 1973.

(Plüss i Rateitschak¹²). Bolna gingiva je najraniji simptom ove bolesti, a javlja se u vrijeme inicijalne lezije interdentalnog kola. Izraženu kliničku sliku prate ulceracije gingive, sladunjav zadah i velika sklonost krvarenju. Uz opće loše osjećanje i temperatura može biti povišena, a regionalni limfni čvorovi otečeni i bolni. Sklonost recidivama je velika. Posljedice recidiva manifestiraju se u morfološkim promjenama gingive. Gingiva gubi arkadni oblik, papile nestaju, a na njihovu mjestu nastaje negativna papila, krater ili niša. Mogu se javiti i hiperplastična zadebljanja marginalne gingive. Apikalno usmjeren krater je predilekcijsko mjesto za odlaganje plaka. I postulcerozna niša gingive ima, dakle, pato-anatomsku ulogu u nastanku progresivnog parodontitisa, kao i parodontijski džep. To su područja u kojima djeluju lokalne štetnosti i dovode do progredijencije destruktivnog procesa u dubinu parodonta. Stoga se ovo oboljenje s pravom i naziva gingivoparodontitis.

Upalni proces započinje u interdentalnom kolu, kako su to Plüss i Rateitschak¹² i dr, dokazali. Pri progredijenciji upale u subepitelno vezivo, zahvaćene su i fibrae interdentales decussatae. Kad ove fibrile budu uništene, papile koje omeđuju interdentalni kol gube fiksaciju i postaju pomične. Nastaje defekt sličan krateru. Interdentalni prostor se povećava i nije više ispunjen papilom. On predstavlja retencijsko mjesto za uzročnike upale, koji dovode do oštećenja epitela, erozija i ulceracija. I ovdje, kao i u parodontalnom džepu, postoji zavisnost između stupnja upale i oštećenja tkiva. U početku se ulcerozni proces može raspoznati samo histološki. Kasnije on postaje manifestan i klinički. Svaka nova ataka bolesti dovodi do jače upale, većeg produbljenja kratera i ponovne razgradnje kosti. Što je krater dublji, to su i štetni podražaji na epitel jači. Organizmu postaje sve teže regenerirati nastale defekte tkiva. Stvaranjem niše nastao je dakle cirkulus vitiosus, koji onda dovodi do daljnje progresije procesa.

Imajući na umu mogućnost teškog oštećenja parodonticija, pri terapiji je neophodno odstraniti faktore, koji dovode do progredijencije ove bolesti. Stoga defekti, nastali pri recidivama gingivitisa ulceroze, iziskuju posebna terapijska nastojanja. Deformacija gingive nije samo estetski nedostatak. Ona igra kardinalnu ulogu u nastanku nove infekcije. Poznajući dakle patogenezu kratera, kao neophodan cilj terapije nameće se uklanjanje tog kratera. Zato su indicirani zahvati, kojima se uspostavlja morfološki povoljan izgled gingive i tako osigurava održavanje higijene usne šupljine. Ako samoizlječenje više nije moguće, dakle ako su promjene oblika gingive ireparabilne, gingivoplastika je metoda izbora u terapiji ovih defekata. Zbog toga je neophodno ulcerozni gingivitis liječiti što je moguće ranije, da bi defekti tkiva bili što manji.

Nakon liječenja akutne faze oboljenja, neophodna je naknadna terapija. Najvažnije u naknadnom liječenju je održavanje higijene usne šupljine. Pritom se metoda cirkularnog četkanja preporuča kao naročito dobra. Pri hiperplastičnim zadebljanjima i invertnom toku marginalne gingive, preporuča se i Chatersova¹⁴ masaža (Mühlemann¹⁵). Ona se izvodi tvrdom četkom, a ima za cilj postizavanje normalnog reljefa gingive. Kao naknadno liječenje, može se primijeniti i Stillmanov stimulator za stimuliranje interdentalnih prostora (Cohen i Goldmann⁸).

Ako nakon ove terapije krater ili hiperplastični rub gingive ne pokazuje tendencu poboljšanja, indicirana je kirurška terapija. Ona je potrebna i onda, kad anamnestički doznajemo, da patološki nalaz gingive traje godinama i da oboljenje recidivira. Gingivoplastikom se tada može uspostaviti normalni girlandiformni oblik gingive. Pri velikom gubitku tkiva, gdje postoji duboki intraalveolni krater, s fundusom koji leži apikalno od limbusa alveole, treba izvršiti i gingivosteoplastiku. Indikacije za ovaj zahvat su rijetke.

Gingivoplastika predstavlja fino modeliranje gingive, koje se može izvesti na različite načine. Kirurški se gingiva modelira istim instrumentima, kojima se izvodi i gingivektomija. Modeliranje gingive dijamantima i svrdlima visokoturažnih bušilica, ili ultrazvučnim aparatima kao što je kavitron sasvim je napušteno zbog mehaničkih i termičkih oštećenja tkiva. Elektrotom (Fröchlisch¹⁶) se smatra prikladnim za izvođenje gingivoplastike. Uz ispravnu tehniku i reguliranje jakosti struje, pri ovoj se metodi ozljede tkiva mogu svesti na minimum. Nakon ovakvih zahvata na gingivi, neophodno je tretiranu površinu nekoliko dana zaštititi zavojem

Iz svega iznesenog možemo zaključiti, da ulcerozni gingivitis zahtijeva neodgodivu obradu, jer pri svakoj novoj ataki ove bolesti, dolazi do oštećenja dubljih dijelova parodonticija.

S a ž e t a k

Ulcerozna upala gingive ili gingivo-parodontitis, kako ga neki nazivaju, akutna je bolest koja zahtijeva neodgodivu obradu, jer pri svakoj novoj ataki ovog oboljenja dolazi do destrukcije dubljih dijelova parodonta.

Izražena klinička slika ove bolesti lako se prepoznaje. Zbog ulceroznog procesa gubi se normalna konfiguracija gingive. Interdentalne papile nastaju pa se u interdentalnim prostorima mogu stvarati niše ili negativne papile. Ovakav oblik gingive čini predilekcijsko mjesto za nastanak plaka i zato se s pravom smatra, da niša ima kardinalnu ulogu u progresiji upalnog procesa u dublje dijelove parodonta.

S u m m a r y

ULCERATIVE GINGIVITIS AND ITS ROLE IN THE DEVELOPMENT OF PARODONTITIS

Ulcerative inflammation of the gingiva or gingivo-parodontitis as some authors prefer to call it, is an acute disease requiring immediate attention, since with every new attack of this diseases destruction of the deeper parts of the parodontium occurs.

The marked clinical picture of this disease is easily recognized. The normal configuration of the gingiva is lost due to the ulcerating process. The interdental papillae disappear and niches or negative papillae may form in the interdental spaces. Such a gingiva presents the site of predilection for the forming of dental plaque and the assumption is therefore justified that the niche plays a cardinal role in the progression into the deeper parts of the parodontium of the inflammatory process.

Z u s a m m e n f a s s u n g

DIE ROLLE DER ULZERÖSEN GINGIVITIS IN DER PROGREDIENZ DER PARODONTITIS

Die ulzeröse Entzündung der Schleimhaut, auch Gingivo-Parodontitis genannt, ist eine akute Erkrankung welche eine sofortige Therapie erfordert, denn jeder neue Anfall ruft Zerstörungen in den tieferen Schichten des Parodonts, hervor.

Das ausgebildete klinische Bild dieser Erkrankung ist leicht zu erkennen. Der ulzeröse Prozess zerstört die normale Konfiguration der Gingiva. Die interdentalen Papillen schwinden, in den interdentalen Räumen entstehen Nischen oder negative Papillen. Solche Form der Gingiva schafft gute Bedingungen für die Entstehung von Plaques, Daher wird mit Recht angenommen dass die Nische eine Hauptrolle in der Progression des Entzündungsprozesses in tiefere Schichten des Parodont, spielt.

LITERATURA

1. BARNES, G., BOWLES, W., CARTER, H.: J. Periodont., 40:414, 1969
2. SKACH, M.: J. Periodont. Res., 5:187, 1970
3. GOLDHABER, P., GIDDON: Internat. Dent. J., 14:468, 1964
4. BERGERON, E.: The Ulcerative Stomatitis of Soldiers and Its Identity with the Stomatitis of Children, Labe, Paris, 1859
5. PINDBORG, J. J.: Odont. T., 59:403, 1951
6. HIRSCHFELD, I., BEUBE, F., SIEGEL, E.: The History of Vincent's Infection, J. Periodont., 11:89, 1940
7. HUNTER, J.: A Practical Treatise on the Diseases of the Teeth, J. Johnson, London, 1773
8. COHEN, W., GOLDMANN: Periodontal Therapy, 4th ed., C. V. Mosby, 1968
9. HOLMES, C. H.: J. Periodont., 36:455, 1968
10. SCHROEDER, H., THEILADE, J.: J. Periodont. Res., 1:95, 1966
11. FRÖHLICH, E.: Dtsch. Zahnärztl. Z., 27:283, 1972
12. PLÜSS, E., RATEITSCHAK, K. H.: SSO, 81:449, 1971
13. ROTH, H.: J. Am. Dent. Ass., 42:474, 1951
14. CHARTERS, W. J.: J. Dent. Res., 4:1, 1922
15. MÜHLEMANN, H. R.: Dtsch. Zahnärztl. Z., 17:121, 1962
16. FRÖHLICH, E.: Elektrochirurgie in der Zahnheilkunde, »Die Quintessenz«, Berlin, 1969