

Univerzitetsko-medicinski centar  
 OOUR instituta i klinika  
 Stomatološkog fakulteta, Sarajevo

## **Bioptičke promjene palatalne mukoze nosilaca neadekvatnih mobilnih proteza**

M. BEGANOVIĆ

### **UVOD**

Gubitak jednog ili više prirodnih zuba remeti postojeću biomehaničku ravnotežu gnato-oralnog sistema, pa je potrebna izrada protetskih opskrba, kojima se ponovo uspostavlja anatomske i funkcionalne integritet oralnih tkiva. Kako sluzokoža usne šupljine po svojoj prirodi nije predodređena za podnošenje pritiska, svaka će nefunkcionalna protetska opskrba izazvati na njoj štetne posljedice. Veličina štetne posljedice ovisi o funkcionalnoj vrijednosti proteze i individualno konstitucionalnom faktoru. Koji puta se štetne posljedice mogu pojaviti i u prisustvu korektno urađene proteze, ako tkiva bazalnog ležišta nisu održana na optimalnom nivou, potrebnom za njihovu funkciju. Tada će stepen njihovog patološkog stanja biti stepen pri kome će dobro urađena proteza izazivati oštećenja (Margolese i Sydnay<sup>1</sup>).

Štetne posljedice mehaničkih efekata proteze na oralna tkiva su veoma različite i opisali su ih mnogi autori. Povećani pritisak, trenje i struganje dovode do iritacije sluzokože, akutnih i kroničnih upala i do dekubitusa. Daljim tokom razvoja kronične upale uslijed iritacije, mogu nastati izrasline vezivnog tkiva, rastresite resice, tzv. mlitavi pomoćni greben ili fibrom, kao i irepalabilna resorpcija koštano tkiva (Hennicke<sup>2</sup>, Petkov i Gocev<sup>3</sup>).

Štetne posljedice djelovanja proteza na oralna tkiva mogu se pratiti kliničkim opservacijama i eksperimentalno, ali je najegzaktniji bioptički pregled, na koji pacijenti veoma nerado pristaju.

### **VLASTITA ISTRAŽIVANJA**

#### **Metoda**

U istraživanju su bila primijenjena:

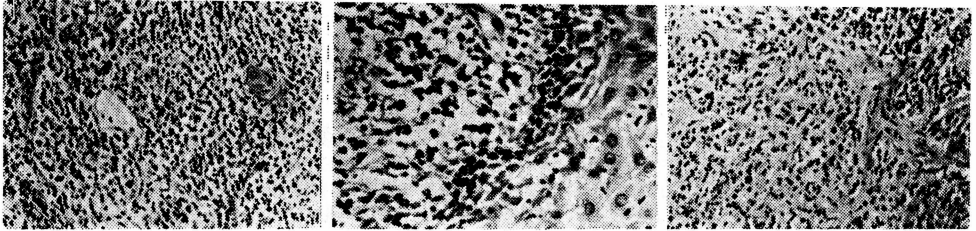
1. klinička i
2. patohistološka istraživanja.

Ad 1. Primijenjena je metoda pretrage (opservacije ili stomatoskopskih istraživanja) oralnih tkiva u kontaktu sa mobilnom protezom.

Ad 2. Uzet je isječak tkiva sa najprominentnijeg mjesta lezije. Uzorci su stavljani u 10% neutralni rastvor formaldehida. Nakon fiksacije, bioptički uzorci su uklapani u parafinske blokove, rezani na histološke isječke 3—5 mikrona i bojadisani (hematoksilin-eosin i Van Gieson).

## REZULTATI I DISKUSIJA

U svih biopsijom pregledanih pacijenata nađena je upalna infiltracija podsluzokožnog rahlog tkiva, gdje smo u dva slučaja našli mikroapscese, a u svim ostalim slučajevima znake hronične upalne infiltracije sa dominacijom plazmocita, limfocita, nešto rjeđe leukocita i Russelovih tjelašaca, a u dva navrata i eozinofilnih leukocita. Vezivo je bilo u svim slučajevima umnoženo, a u ponekih pacijenata i hijalinizirano (sl. 1, 2, 3, 4, 5).

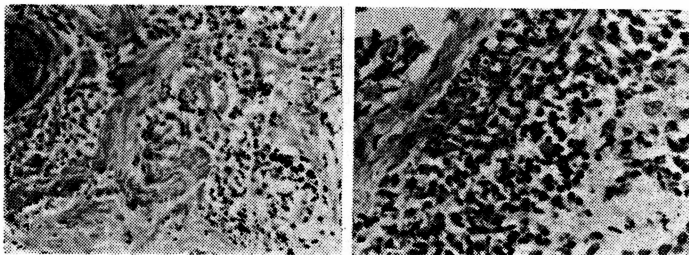


1

2

3

Sl. 1. Pregledani snimak upalne infiltracije sluznice sa brojnim limfocitima, plazmocitima, rjeđim leukocitima te lako umnoženim vezivom i jednim izolovanim epitelnim ostrvcem (hematoksilin-eozin; 64×). — Sl. 2. Vidi se dio bazalnog sloja višeslojnog pločastog epitela sluznice, ispod koje se vide brojni plazmociti, nešto limfocita i rijetki leukociti (hematoksilin-eozin; 356×). — Sl. 3. Između upalnih ćelija plazmocita limfocita vide se vijugavi tračci veziva koje se umnožava (hematoksilin-eozin; 64×).



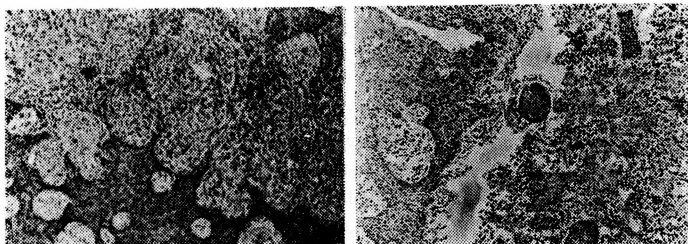
4

5

Sl. 4. Široki snopovi vezivnih tračaka, od kojih se vidi infiltracija plazmocitima, limfocitima i rjeđe leukocitima (hematoksilin-eozin 46×). — Sl. 5. U lijevom gornjem dijelu slike vide se tračci veziva u vidu snopa te brojni plazmociti, nešto limfocita, nekoliko Rullelovih tjelašaca u sredini slike, te nešto histiocita (hematoksilin-eozin 128×).

Bojenjem metodom Van Giesona, vidi se da su to dosta obimna područja vezivnog pretvaranja (oživljavanja), koja su prekomjerna, mogu izazvati neželjene posljedice — smanjenje osjeta, te u vezi s tim mogućnost lakšeg povređivanja,

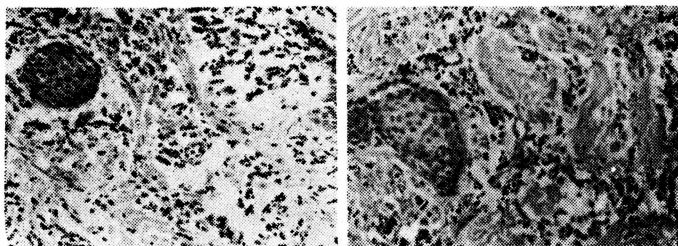
afunktionalnost, a u rijetkim slučajevima i maligno bujanje. Sjetimo se **Themel** i **Ludersova** (1955) raka u ožiljku (od 298 ožiljaka u plućnoj tuberkulozi, našli su njih 14 koji su imali uz ožiljak i rak). Ne možemo a da ovom prilikom ne spomenemo lapigni fibrom, koji je dosta čest nalaz u nosilaca neadekvatnih proteza, a obično mu prethodi dekubitalni ulkus, a treba da pomislimo i na mogućnost eventualnog razvoja i malignog procesa iz ovakve lezije.



6

7

Sl. 6. Papilarna hiperplazija. Duboki epitelni tračci jedne papile, koji se spajaju i zatvaraju okca ispunjena vezivom i upalnim ćelijama (hematoksilin-eozin 64 $\times$ ). — Sl. 7. U dubini ispod površinskog epitela papilarne hiperplazije vide se dva izolovana ćelijska ostrvca (pseudokancerska), oko kojih se vide tračci veziva i spolja upalne ćelije. Površni epitel je odebljan i pruža u dubinu tračke, koji stvaraju okca ispunjena upalnim ćelijama (hematoksilin-eozin 64 $\times$ ).



8

9

Sl. 8. Izolovano epitelno ostrvce, snopovi veziva i upalne ćelije: plazmociti, limfociti i rijetki leukociti, duboko ispod površinskog epitela papilarne hiperplazije (hematoksilin-eozin 128 $\times$ ). — Sl. 9. Papilarna hiperplazija. Jako umnoženo vezivo koje počinje hijalinizirati, u tračcima, upalne ćelije, limfociti, plazmociti te jedno izolovano epitelno ostrvce.

Klinički nalaz papilarne hiperplazije dosta je čest u pacijenata nosilaca mobilnih proteza gingivnog tipa. Na našem bioptičkom materijalu, ovu pojavu smo uočili četiri puta. Histološki se mogu vidjeti dosta odebljani višeslojni pločasti epitel, naročito u predjelu papila, znatna akantozna te duboki epitelni tračci, koji se međusobno spajaju stvarajući okanca ispunjena rahlim vezivom i upalnim ćelijama (slika 6, 7, 8, 9), pretežno limfocitima, plazmocitima, a ima dosta i veziva. Epitel je miran, mada hronična upalna infiltracija i laka metaplazija epitela, koje smo našli uz ostale elemente ove promjene, predstavljaju potencijalnu opasnost eventualnog skretanja u atipičnu metaplaziju i u neko neoplastično bujanje. Uzgred da

kažemo da je ova pojava dosta česta, naročito na našem kliničkom materijalu, a pri histološkom pregledu uočavaju se epitelna ostrvca, dosta duboko ispod površnog epitela, okružena vezivom i upalnim ćelijama. Neiskusani patolog može ih proglašiti i kancerskim (pseudokancerska ostrvca) i tako izložiti pacijenta veoma neugodnom kliničkom tretmanu i psihološkoj alteraciji. No i bez obzira na izloženo, poželjna je redovna kontrola ovakve promjene i što hitnije uklanjanje i saniranje uzroka (B e g a n o v i ć<sup>1</sup>).

Ono što vrijedi posebno naglasiti kad se povori o razvoju ovog tkiva u usnoj šupljini, jeste okolnost da se vanjski aspekt kliničke slike ne može uporediti sa nepovoljnim pato-histološkim slikama tkiva. Ne govore li možda upravo ovakve konstatacije kako se smije malo računati na klinički aspekt kod oštećenja protezom? Ne mora naime uopće postojati povezanost između izvanjske, čak dobre, kliničke slike i stvarnog patohistološkog nalaza tkiva. Praktične pouke, dobivene na osnovu iskustva, govore o tome da se promjenama tkiva u ustima mora posvetiti mnogo pažnje. One se ne smiju uzimati olako, čak ni onda kada one ne pokazuju neke izražene vanjske simptome. Euler iz toga povlači zaključak i upozorava ljekare da čitava usna šupljina kod ovakvih pacijenata treba da bude podvrgnuta temeljitom ispitivanju. Ova temeljitost naspram bolesnih promjena u ustima ne znači i ne treba da znači karcinofobiju. Ovakav oprezan stav više odgovara spoznaji da i relativno mala, a duža mehanička draženja tkiva mogu izazvati atipiju epitela i prouzročiti karcinom. Sa praktično protetske tačke gledišta, važno je shvatiti da svaki oblik kronične iritacije treba izbjegavati postavljanjem zadovoljavajućih funkcionalnih proteza, vodeći računa o biološkom problemu sjedinjavanja živog tkiva sa neživom materijom i preventivnim aspektima očuvanja protezom obuhvaćenih tkiva. Time će se izbjeći nastajanje bolesnih promjena na tkivima usta (Hennicke<sup>2</sup>, Petkov i Gocev<sup>3</sup>, Beganović<sup>4</sup>, Wannemacher<sup>5</sup>, Garschin<sup>6</sup>).

#### Sažetak

Promatrala su se funkcionalne vrijednosti mobilnih proteza i njihov korelativni odnos sa patološkim promjenama na oralnim tkivima. Primijenjene su i bioptičke metode ispitivanja, i tako nađene patološke promjene svrstali smo u 4 grupe:

- a) hronična upalna infiltracija,
- b) papilarna hiperplazija (granularna upala),
- c) metaplazija (leukoplakija),
- d) karcinom.

U radu su opisane hronična upalna infiltracija, sa dosta obimnom fibrozom, a dijelom i dijalahinozom i promjene u vidu papilarne hiperplazije.

#### Summary

##### PATHOLOGIC CHANGES IN PALATAL MUCOSA IN PATIENTS WEARING INADEQUATE PROSTHESES

At our Institute the functional values of removable prostheses and their correlative relations to the pathologic changes in oral tissues were observed.

The pathohistologic methods of examination were used. The pathologic changes were discovered and divided into four groups: (a) chronic inflammatory infiltration; (b)

papillary hyperplasia (granular inflammation), (c) metaplasia (leukoplakia) and (d) carcinoma.

In this work chronic inflammatory infiltration with abundant fibrosis and partly with hyalinosis as well as the changes in the form of papillary hyperplasia are described.

#### Zusammenfassung

#### BIOPTISCHE VERÄNDERUNGEN DER GAUMENSCHLEIMHAUT BEI TRÄGERN VON ABNEHMBAREN PROTHESEN

Der funktionelle Wert von abnehmbaren Prothesen in Abhängigkeit von pathologischen Veränderungen an den oralen Geweben, war der Gegenstand dieser Untersuchung. Anhand von bioptischen Untersuchungsmethoden kann man die pathologischen Veränderungen in vier Gruppen einteilen, und zwar:

- a) chronisch-entzündliche Infiltration
- b) papilläre Hyperplasie (granuläre Entzündung)
- c) Metaplasie (Leukoplakie)
- d) Carcinom.

In dieser Arbeit sind beschrieben: die chronisch entzündliche Infiltration mit ziemlich umfangreicher Fibrosis, teilweise auch Dialychinosis, ferner Veränderungen im Sinne einer papillären Hyperplasie.

#### LITERATURA

1. MARGOLESE, M. SYDNEY: J. Prosthet. Dent., 23:607, 1970
2. HENNICKE, A.: Zahnärztl. Mitt., 12:471, 1959
3. PETKOV, V., GOCEV, Z.: Stom., 54:4, 1972
4. BEGANOVIĆ, M.: Promjene na sluznici usne šupljine kod nosilaca mobilnih protetskijh nadoknada, Doktorska disertacija, Sarajevo, 1976
5. WANNENMACHER, E.: Dtsch. Zahnärztl. Z., 89:9, 1954
6. GARSCHIN, W. G.: Z. Krebsforsch., 45, 1937