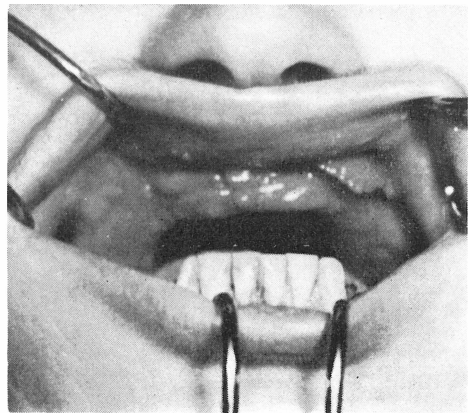


Zavod za oralnu kirurgiju
Stomatološkog fakulteta, Zagreb
predstojnik Zavoda prof. dr sci. dr I. Miše

Naše metode kirurškog zbrinjavanja hipertrofične sluznice alveolnog grebena

I. MIŠE i D. ZAKLAN-KAVIĆ

Pod pojmom hipertrofične sluznice alveolnog grebena podrazumijevamo u pravilu hipertrofiju pomične sluznice. Taj izraz nije sasvim adekvatan iz više razloga. Prvo, nikad ili gotovo nikad ne postoji samo hipertrofija sluznice nego i hipertrofija submukoze, mada je u pravilu podražaj došao izvana preko sluznice. Drugo, često se radi o hiperplaziji. Treće, može postojati hipertrofija (hiperplazija) i gingive proprije ili samo gingive proprije. I, četvrto, često se radi o hipertrofiji i hiperplaziji istovremeno. Obično je submukoza hiperplastična, a sluznica se hipertrofijom »prilagodi« promijenjenoj podlozi (Miše i sur, 1972). Klinički se ne može (ni bitno) razlikovati hipertrofija od hiperplazije; a hipertrofija koja zahvaća i gingivu propriju obuhvaćena je u izvjesnom smislu pojmom hipertrofije sluznice alveolnog grebena pa je ovaj pojam dosta upotrebljiv.



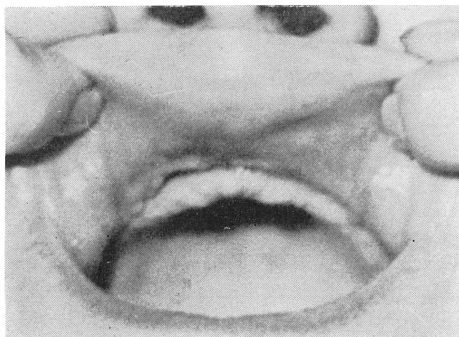
Sl. 1. Hipertrofija prouzročena rubom krila proteze.

Hipertrofija je najčešće izražena u pacijenata s totalnim protezama, uz rubove krila proteze (sl. 1), a kod mosta na mjestu gdje međučlanovi mosta pritišću na gingivu propriju. U prvom slučaju hipertrofijom je zahvaćena sluznica

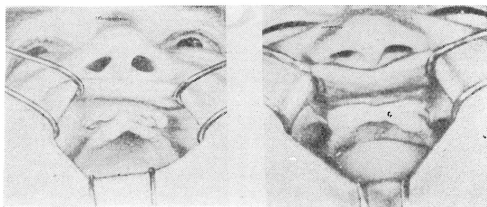
baze alveolnog grebena ili dijela korpusa čeljusti, a u drugom hrbat slveolnog nastavka.

U ovom smo se radu ograničili na prikaz hipertrofija u bezuboj čeljusti i na hipertrofije izazvane parcijalnom protezom i to na one hipertrofije koje onemogućuju nošenje ili izradu mobilnih proteza. Hipertrofije kad je zubalo sačuvano ne predstavljaju ozbiljan problem. Dugotrajni podražaji sluznice totalnom ili parcijalnom protezom mogu prouzročiti kroničnu produktivnu upalu, što rezultira na kraju hipertrofijom. Jednom je to loše izrađena proteza, kojoj krila odstoje ili strše duboko u pomičnu sluznicu. Drugi put je to prenošena proteza, dakle proteza koja je ispravno napravljena, ali je s vremenom greben atrofirao pa krila proteze sežu dublje nego što su planirana, a postoji i pomicanje proteze u funkciji. Treći put je preosjetljivost tkiva na materijal proteze ili iritacija uslijed neadekvatnog omjera monomera i polimera. I, konačno, atrofično stanje alveolnog grebena protetičari pokušavaju kompenzirati modernim metodama i materijalima i to dosta uspješno. Međutim, ta kompenzacija može imati i svoje loše posljedice. Dolazi, naime, do trenja pomične sluznice o rubove krila proteze, što izaziva produktivnu upalu.

Svi ovi uzroci dovode do nepromjenljivog hipertrofičnog (hiperplastičnog) stanja sluznice. To ne znači da se hipertrofija ne može nadražajem dalje razvijati, niti da prestankom nadražaja neće doći do izvjesne regresije reverzibilnog dijela hipertrofije. Ali ipak, nakon određenog vremena postoji konstanta, koja je poprimila svoj konačni opseg i oblik. Na konstantu se može dalje nadovezati produktivna upala. Ako podražaj i dalje traje, dio tkiva zahvaćen produktivnom upalom će poprimiti konačni, nepromjenljiv oblik i ući u konstantu, kao što će prestankom podražaja dio upalno promijenjenog tkiva regredirati. Zato je pravilo da se svakom bolesniku s hipertrofičnom sluznicom najprije ukloni podražaj (oduzme proteza), a tek onda planira operativni zahvat. Tako se dobiva konačni oblik i opseg hipertrofije i eliminira upala, što rezultira i dobrom lokalnom analgezijom i znatno manjim krvarenjem u vrijeme operativnog zahvata.



2



Sl. 2. Alveolni greben nakon ekscizije hipertrofične sluznice. Atrofija alveolnog grebena još je mnogo više izražena. — Sl. 3. Prekrivanje defekta Tierschom nakon ekscizije hipertrofije ne rješava i atrofiju alveolnog grebena.

Ove hipertrofije su više ili manje opsežne, a njihova terapija je isključivo kirurška (Miše, 1964). Tri su osnovne kirurške metode:

1. ekscizija hipertrofije i šivanje rane,

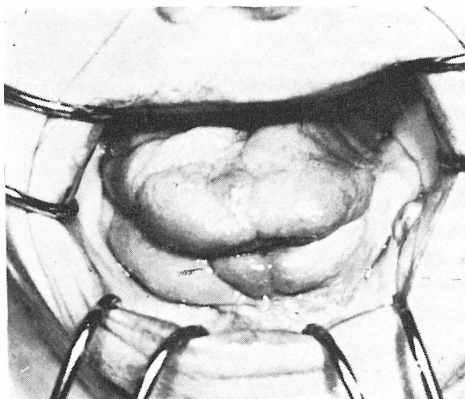
2. ekscizija do periosta, uz adekvatno prekrivanje periosta, dok se defekt s rubova ne prekrije sluznicom,

3. prekrivanje defekta transplantatom kože (Tiersch) nakon ekscizije hipertrofije.

Nedostatak prve metode je u tomu što podržava i produbljuje atrofiju grebena (sl.2), a drugih dviju što se rješava samo hipertrofija, dok atrofija grebena ostaje neriješena (sl. 3). Treba nešto više reći o ovoj materiji, jer ona u literaturi nije razrađena, a još manje sistematizirana.

PROBLEM I ZADATAK

Problematika hipertrofije alveolne sluznice je veoma važna u kirurgiji i protetici, jer je sve manje »čistih« atrofija grebena, koje su nekad bile apsolutno dominantne. Danas dominira hipertrofija sluznice, kombinirana s atrofičnim alveolnim grebenom, jer je gotovo u svih hipertrofija osnova atrofični greben (sl. 4). To je oko 90% našeg kliničkog materijala. Mi smo u vrlo bogatoj kliničkoj kazuistici operirali veliki broj hipertrofija različitim operativnim metodama i došli do dvaju osnovnih polazišta:



Sl. 4. Jaka atrofija alveolnog grebena mandibule. Proteza izrađena na ovakvom grebenu u pravilu će prouzročiti hipertrofiju sluznice.

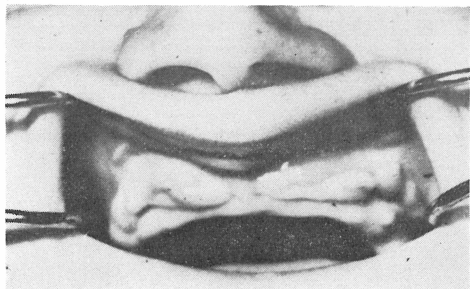
1. da se hipertrofija sluznice kombinirana s atrofijom alveolnog grebena može riješiti u jednom operativnom zahvatu i

2. da se u jednom operativnom zahvatu može primijeniti više operativnih metoda.

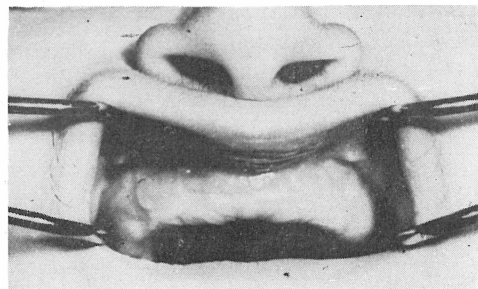
METODE RADA

U prvom redu treba utvrditi u kojoj mjeri je indurirana hipertrofija i kakva je njena postava u okolnom reljefu sluznice. Zatim je neobično važan oblik hipertrofije. Pritom smatramo povoljnim sve one oblike hipertrofije, pri kojima se

sluznica nakon što se ispreparira od submukoze može postaviti u ravnu liniju. Djelomično su povoljni oni slučajevi u kojih se samo dio sluznice može iznivilirati s okolnom nepromijenjenom sluznicom, a izričito nepovoljni kad se to nika-ko ne može.



5



6

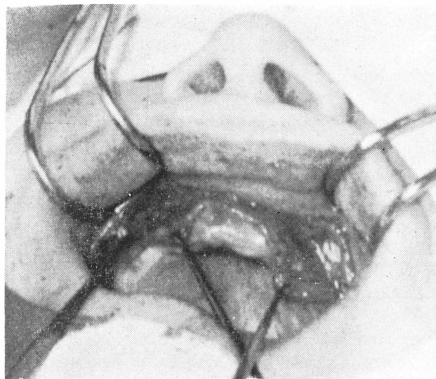
Sl. 5. Hipertrofija sluznice i atrofijski alveolarni grebena maksile. — Sl. 6. Pacijent sa slike 5 nakon operativnog zahvata. Napravljena je plastika hipertrofične sluznice i atrofičnog grebena u jednom operativnom zahvatu.

Prilikom operativnog zahvata planiramo plastiku ravnomjerne atrofije alveolarnog grebena. Tako gledamo i na hipertrofiju te ukalkuliramo svu onu sluznicu koja se preparacijom može spasiti od ekscizije (sl. 5). Rez u vestibulumu ide u pomičnu sluznicu onoliko visoko koliko nam je potrebno pomične sluznice pretvoriti u gingivu proprije. Tako rez ide i preko hipertrofije samo kroz sluznicu, a dobro je da se rezom ide i u onaj dio hipertrofije koji smo planirali ekscidirati. Nikad se sa sigurnošću ne može predvidjeti kako će se ponašati sluznica oslobođena od svoje hipertrofične podloge. Uvijek ima vremena da se neupotrijebljeni dio sluznice ekscidira. Sluznica se oslobodi od podloge do gingive proprije, ili još i više, prema hrptu grebena, ako je hipertrofija locirana i u predjelu gingive proprije. Sav hipertrofični dio submukoze se ekscidira. Sluznica se nategne, da bi se vidjelo je li sve u istoj ravnini s okolnom sluznicom. Onaj dio sluznice koji nije u ravnini s ostalom sluznicom treba ekscidirati. Daljnji postupak je identičan plastici alveolarnog grebena, pri ravnomjernoj atrofiji grebena (sl. 6).

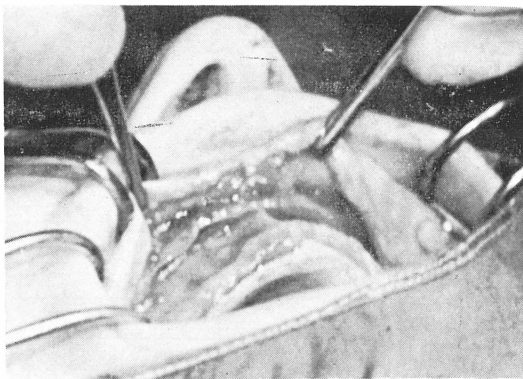
Hipertrofija lokalizirana prvenstveno u gingivi proprije traži operativni pristup s hrpta alveolarnog grebena (Miše, 1971). Nakon reza po hrptu grebena, sluznica se oslobodi od podloge, visoko prema forniksima vestibuluma. Odstrani se hipertrofična submukoza i nastavi s plastikom alveolarnog grebena, po metodi pristupa od hrpta grebena.

Hipertrofije koje su različito raspoređene po grebenu nije povoljno operirati jednom metodom. Jedna metoda, ma kako bila izrađena, ne može spasiti hipertrofičnu sluznicu različitog oblika i lokalizacije i istovremeno riješiti atrofijski grebena. Mi tada primjenjujemo više metoda na istom grebenu u jednom operativnom zahvatu. Tako na jednom dijelu grebena početni rez i preparacija sluznice ide od forniksa prema hrptu grebena (sl. 7), a u drugom dijelu od hrpta (Miše, 1971) prema forniksima (sl. 8). Bitno je pritom da operativni plan predvidi konačni rezultat i ispravne odnose različitih metoda, što traži vrlo veliko isku-

stvo i potpuno poznavanje ne samo svih metoda nego i ponašanja raznih pa i promijenjenih tkiva u uzajamnim odnosima. Ima ipak slučajeva kad se zahvat ne može napraviti ni kombinacijom različitih metoda; npr. indurirana hipertrofija, koja zahvaća veliki dio pomične i nepomične sluznice, opkoljene rubovima



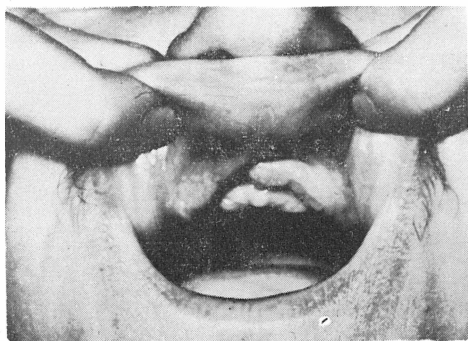
7



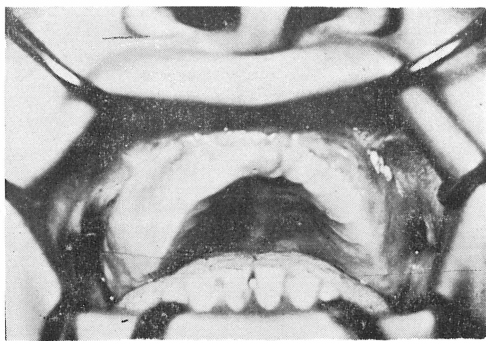
8

Sl. 7. Metoda preparacije sluznice od forniksa prema hrptu alveolnog grebena. — Sl. 8. Metoda preparacije sluznice od hrpta alveolnog grebena prema forniksu.

koji se ne mogu ispreparirati u ravnu liniju (sl. 9). Mi tada potpuno isprepariramo sluznicu hipertrofije od podloge i izrežemo nepovoljne rubove. Dobiveni transplantat sluznice se stavi u toplu fiziološku otopinu. Sada se izabere za od-



9



10

Sl. 9. Jako izražena hipertrofija sluznice. Rubovi hipertrofične sluznice ne mogu se ispreparirati u ravnu liniju. Postoji i jaka atrofija alveolnog grebena. — Sl. 10. Bolesnik sa slike 9 nakon operativnog zahvata. Napravljen je slobodni transplantat od hipertrofične sluznice. Napravljena je plastika atrofičnog grebena, a defekt prekriven slobodnim transplantatom hipertrofične sluznice.

ređeni slučaj najprikladnija metoda, da bi se riješila atrofija alveolnog grebena. Hipertrofična submukoza se odstrani do periosta, list sluznice izvadi iz fiziološke otopine i transplantira na njegovo mjesto te šiva s okolnom sluznicom (sl. 10). Ostali postupak je fiksacija, kao i prilikom drugih plastika alveolnog grebena.

REZULTATI

Rezultati su vrlo dobri. Na ovaj način smo operirali posljednjih godina veliki broj bolesnika. Greben je izdašan, pokriven nepomičnom sluznicom, koja je čvrsto prirasla uz kost, a recidiva nije bilo.

DISKUSIJA I ZAKLJUČCI

Svaka metoda operiranja hipertrofične sluznice ima svoje potpuno opravdanje ako je adekvatno primijenjena na temelju ispravne ocjene hipertrofije, dobrog operativnog plana i ako daje dobar konačni rezultat.

Metode koje smo opisali imaju po našem shvaćanju znatne prednosti pa možemo izvesti određene zaključke:

1. Odstranjenje hipertrofije i plastika atrofije alveolnog grebena vrši se u jednom operativnom zahvatu.

2. Sačuva se najveći dio hipertrofične sluznice, koja se pretvara u normalnu sluznicu, što je ne samo vrlo povoljno, nego i ubrzava cijeljenje rane.

3. Preparacijom hipertrofične sluznice upotrebom različitih metoda, replantacijom slobodnog transplantata sluznice može se riješiti najsloženiji problem i to bolje i adekvatnije nego bilo kojom postojećom metodom, čak i u onim slučajevima kad se vrše dva ili više operativnih zahvata.

4. Metode su dosta jednostavne za malo iskusnijeg kirurga, osim ako se primjenjuje više metoda u jednom operativnom zahvatu. Veće iskustvo je potrebno da bi se donio ispravan operativni plan i prognoza konačnog rezultata na temelju konfiguracije hipertrofije, nepromjenljivosti konstante i varijabilnog dijela, reverzibilnosti i irverzibilnosti upale, njene induracije i postave u reljefu.

5. Pacijent nakon deset dana dobiva palatinalnu odnosno lingvalnu ploču, što mu omogućuje normalnu prehranu, a kad to iziskuje zvanje pacijenta, imedijatnu protezu.

Ove metode su naš prilog rješenju sve prisutnije i opsežnije problematike hipertrofije. Postignuti rezultati pokazuju određene prednosti ovih metoda, pod uvjetom da se ispravno planira operativni zahvat. Hipertrofija uvijek traži razmišljanje, naše metode posebno, ali mi barem više ne možemo reći da ne znamo što ćemo napraviti i u najkomplikiranijem slučaju.

S a ž e t a k

Nakon prikaza etiologije i oblika gingivne hipertrofije, autori iznose operativne mogućnosti njezina odstranjenja. Opisuju tri dobro poznate kirurške metode ekscizije hipertrofičnog tkiva te ističu prednosti i nedostatke tih metoda.

Baveći se dugo ovom problematikom, oni su posljednjih godina sve manje primjenjivali te metode. Hipertrofija gingive se obično sreće paralelno s atrofijom alveolnog grebena pa su autori opisali kirurški tretman kojim istovremeno odstranjuju hipertrofičnu gingivu i plasticiraju alveolni greben, dobivajući tako dobru bazu za izradu nove proteze.

Summary

OUR METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF HYPERTROPHIC MUCOUS MEMBRANE OF THE ALVEOLAR PROCESSUS

The aetiology and surgical interventions in cases of hypertrophy of mucous membrane are described. The three well known surgical procedures of excising the hypertrophic parts are described and the advantages and disadvantages of the methods are discussed.

With a long experience in treating such cases the authors are less using the described ways of intervention.

As the hypertrophy of the gums is usually accompanied with atrophic changes of the alveolar processus the authors use a new method combining the removal of hypertrophic tissue with a plastic operation of the alveolar processus achieving thus a good base for a new dental plate.

Zusammenfassung

UNSERE METHODEN VON CHIRURGISCHER VERSORGUNG DER HYPERTROPHISCHEN SCHLEIMHAUT DES ALVEOLARKAMMES

Nach einer Übersicht von Aetiologie und Formen von Gingivahypertrophie beschreiben die Verfasser drei bekannte Methoden von Exzision des hypertrophischen Gewebes. Es werden die Vor und Nachteile der Methoden besprochen.

Eine längere Zeit tätig haben die Autoren die erwähnten Methoden weniger verwendet. Weil eine Hypertrophie gewöhnlich parallel mit Alveolaratrophie auftritt sind die Autoren der Meinung dass eine spezielle chirurgische Methode notwendig ist, gleichzeitig mit der Entfernung von hypertrophischen Schleimhaut wird der Alveolarkamm plastisch bearbeitet und es wird eine gute Basis für eine neue Prothese geschafft.

LITERATURA

- DREESKAMP, E. V., FLORES de JACOBY, L., MUTSCHELKNAUSS, R.: Vergleichende histologische Untersuchungen der mukogingivalen Grenze nach Vorhofplastik mit und ohne Perioistfensterung, Dtsch. Zahnärztl. Z., 28:214, 1973
- FORCK, G.: Allergische Reaktionen der Mundschleimhaut bei Prothesenträgern, Dtsch. Zahnärztl. Z., 31:10, 1976
- GOLA, R., VITTON, J., BLANC, L. J., LACKARD, J.: Utilisation des lambeaux linguaux dans traitement des séquelles des feutes labiopalatines, Rev. Stomat., 74:626, 1973
- MALONEY, L., DOKU, E. H., SHEPHERD, S. N.: Mucosal grafting in oral reconstructive surgery, Oral. Surg., 32:705, 1974
- MALONEY, L., SHEPHERD, S. N., DOKU, E. H.: Immediate vestibuloplasty with free mucosal grafts, Oral. Surg., 32:343, 1974
- MIŠE, I.: Gingivektomija s proširenim pojasom pričvršćene sluznice, ASCRO, 7:179, 1972-73
- MIŠE, I.: Indikacije za predprotetičku kirurgiju, Chir. maxillofac. plast., 4:87, 1964
- MIŠE, I.: Operativne metode kombiniranih atrofičnih promjena alveolarnog grebena, ASCRO, 6:173, 1971
- MIŠE, I.: Predprotetska kirurgija, u knj.: SUVIN, M.: Stomatološka protetika I, Školska knjiga, Zagreb, 1967
- MIŠE, I., KESIĆ-BALAŠKO, Z., ZAKLAN-KAVIĆ, D.: Kirurški tretman hipertrofične sluznice alveolarnog grebena, II. stomatološka nedelja Crne Gore, Herceg Novi, 1972
- YRATORZA, A. J.: Vestibuloplasty with skin grafting, J. Oral. Surg., 34:29, 1976