

*A Debreceni Orvostudományi Egyetem Stomatologiai Klinika
(igazgató: Dr. Keszthelyi Gusztáv egyetemi tanár)*

A sztomatitisz protetika gyakorisága és súlyossága teljes felső fogsort viselőkn

DR. ALBERTH MÁRTA és DR. MAUKS GYULA

Hazánkban a lemezes fogpótlások alatti nyálkahártya gyulladásának jelölésére a sztomatitisz protetika elnevezés terjedt el, ami klinikai orientáltságú és jól tükrözi azt a helyzetet, amelyben ezt a betegséget észleljük. *Lehner* [10] a kórkép jelölésére a krónikus atrofias kandidózis elnevezést ajánlotta. Ez jól illeszkedik a száj kandidafertőzéseinek egészébe és az etiológia vonatkozásában is útmutatást ad. A fogsort nem viselő, természetes fogazattal rendelkező populáció szájából közel 50%-os gyakorisággal mutatható ki gomba [10]. A fogsor behelyezése teremti meg azokat a körülményeket, amelyek lehetővé teszik a *Candida* kórokozóvá válását.

A sztomatitisz protetika jelentőségét az adja, hogy idős, leromlott állapotban lévő betegeken *Candida* szepszis forrását képezheti, ezért potenciálisan súlyos kórképnek kell tekintetünk [1, 15]. A műfogsorokon lényegében ugyanazok a depozitumok észlelhetők, mint a természetes fogakon [3, 12, 14, 16]. A fogson képződött plakk és ezen belül a *Candida* kórokozóvá válását a helyi és szisztémás [1, 6, 9, 11, 13] tényezők segíthetik elő.

A helyi tényezők közül a legfontosabb és a fogorvos által leginkább befolyásolható, a fogsorok helyes illeszkedése. Ugyancsak jelentős a fogorvos szerepe a viselési és tisztítási szokások kialakításában, melyek az előzőhöz hasonlóan a betegség kialakulásának megelőzését szolgálják.

Jelen közlemény célja, hogy adatokat szolgáltatson a kórkép gyakoriságáról és súlyosságáról teljes felső protézisek alatt. További célunk, hogy megismerjük a vizsgáltak viselési, tisztítási szokásait, valamint fogsoraik illeszkedésének pontosságát.

Vizsgálati anyag és módszer

312 teljes felső fogpótlást viselő, panaszmentes személyt vizsgáltunk meg, akik nem szenvedtek semmilyen ismert, a kórkép kialakulását elősegítő általános betegségben, és egy szociális otthon lakói, valamint a klinikánkra nem sztomatitisz protetika miatt beutalt betegek közül kerültek ki.

A vizsgáltak kor szerinti megoszlása az I. táblázatban látható. A nemek szerint nem tettünk különbséget, mivel a férfiak igen csekély száma ezt nem tette lehetővé.

A fogsorok stabilitását *Schranz* és *Kaán* szerint [5] vizsgáltuk. A fogsor stabilitását rossznak tekintettük, ha az beszéd és rágás közben is emelkedett alapjáról. Közepesen jó a stabilitás, ha a fogsor csak rágáskor emelkedik el. Jónak értékeltük azon fogsorok stabilitását, melyek az előzőekben említett egyik esetben sem emelkedtek el alapjukról.

A fogsorok alatti nyálkahártya állapotát *Newton* [13] beosztása szerint osztályoztuk, azzal a módosítással, hogy az elváltozás hiánya (nincs) mellett a

Érkezett: 1988. május 23.

Elfogadva: 1988. július 20.

kóros esetekben csak lokális (enyhe) és diffúz (súlyos) gyulladást — a hiperpláziát mutató eseteket az utóbbihoz sorolva — különböztettük meg.

Ezt követően a viselési és tisztítási szokásokra vonatkozó kérdéseket tettünk fel. A viselést illetően éjszaka is viselőket és éjszaka nem viselőket különböztettünk meg. A tisztítás módját illetően: nem tisztít, csapvizet lemosást végez, fogkefével és fogkrémmel tisztít, valamint kémiai tisztít (Steradentet, Kuidentet használnak fogsortisztításra) csoportokat képeztünk.

Megkérdeztük azt is, hogy a fogsor átadásakor kaptak-e a viselési szokásokra és a tisztítás szükségességére és módszerére vonatkozó útmutatást fogorvosuktól.

Eredmények

A 312 vizsgált személy egyharmadán (33,01%) észleltünk sztomatitisz protetikára jellemző szájnyálkahártya-elváltozást (I. táblázat). A kóros esetek közül minden ötödik tartozik a súlyosabb kategóriába.

Az 50 év alattiakon gyakoribb a nyálkahártya-elváltozás és ezen belül gyakoribbak a súlyos esetek, mint az 50 év felettieken.

A viselési szokás %-os gyakoriságát a különböző életkorokban a II. táblázat mutatja. A vizsgáltak közel fele éjszaka is viseli fogsorát. Az éjszaka fogsor viselő gyakorisága az 50 év felettieken 30%, a 30—39 éveseken pedig 86%. Az életkor növekedésével az éjszakai fogsorviselés gyakorisága csökken.

Azokon, akik éjszaka nem viselik fogsorukat, ritkább a szájnyálkahártya-elváltozás és kevesebb a súlyosabb esetek száma (III. táblázat). Az éjszakai fogsorviselőknél a súlyos elváltozás hússzor gyakoribb.

I. táblázat
A nyálkahártya-elváltozás %-os gyakorisága a különböző életkorokban (zárójelben abszolút számok)

Kor	Nyálkahártya-elváltozás			Összesen
	Nincs	Enyhe	Súlyos	
30—39	63,33 (19)	23,33 (7)	13,33 (4)	100,00 (30)
40—49	56,96 (45)	35,44 (28)	7,59 (6)	100,00 (79)
≥ 50	71,43 (145)	24,63 (50)	3,94 (8)	100,00 (203)
Összesen	66,99 (209)	27,24 (85)	5,77 (18)	100,00 (212)

II. táblázat
A viselési szokás %-os gyakorisága a különböző életkorokban (zárójelben abszolút számok)

Kor	Viselési szokás		Összesen
	Éjszaka nem viseli	Éjszaka viseli	
30—39	13,33 (4)	86,67 (26)	100,00 (30)
40—49	30,38 (24)	69,62 (55)	100,00 (79)
≥ 50	69,95 (142)	30,05 (61)	100,00 (203)
Összesen	54,49 (170)	45,51 (142)	100,00 (312)

III. táblázat

*A viselési szokás befolyása a nyálkahártya-elváltozás %-os gyakoriságára
(zárójelben abszolút értékek)*

Viselési szokás	Nyálkahártya-elváltozás			Összesen
	Nincs	Enyhe	Súlyos	
Éjszaka nem viseli	77,06 (131)	22,35 (38)	0,59 (1)	100,00 (170)
Éjszaka viseli	54,93 (78)	33,10 (47)	11,97 (17)	100,00 (142)
Összesen	66,99 (209)	27,24 (85)	5,77 (18)	100,00 (312)

IV. táblázat

A tisztítás módjának %-os gyakorisága a különböző életkorokban (zárójelben abszolút értékek)

A tisztítás módja	Kor			Összesen
	30—39	40—49	50	
Csapvíz	13,33 (4)	11,39 (9)	3,45 (7)	6,41 (20)
Fogkefe + fogkrém	6,67 (2)	17,72 (14)	1,48 (14)	6,09 (19)
Kémiai	10,00 (3)	25,32 (20)	65,02 (132)	49,68 (155)
Nem tisztítja	70,00 (21)	45,57 (36)	30,05 (61)	37,82 (118)
Összesen	100,00 (30)	100,00 (79)	100,00 (203)	100,00 (312)

V. táblázat

*A tisztítás módjának befolyása a nyálkahártya-elváltozás %-os gyakoriságára
(zárójelben abszolút értékek)*

A tisztítás módja	Nyálkahártya-elváltozás			Összesen
	Nincs	Enyhe	Súlyos	
Csapvíz	55,00 (11)	35,00 (7)	10,00 (2)	100,00 (20)
Fogkefe + fogkrém	68,42 (13)	26,32 (5)	5,26 (1)	100,00 (19)
Kémiai	78,84 (116)	25,16 (39)	0,00 (0)	100,00 (155)
Nem tisztítja	58,47 (69)	28,81 (34)	12,71 (15)	100,00 (118)
Összesen	66,99 (209)	27,24 (85)	5,77 (18)	100,00 (312)

A IV. táblázatban a különböző életkorokban gyakorolt tisztítási módszerek %₀-os gyakorisága van feltüntetve. A vizsgáltak közel 40⁰/₀-a nem tisztítja fogsorát. A fogsorukat nem tisztítók aránya az életkorral csökken. A leggyakoribb tisztítási mód a kémiai.

Az V. táblázat adataiból látható, hogy az enyhe nyálkahártya-elváltozások gyakorisága a nem tisztító és a csapvizet tisztítási módszert alkalmazó csoportokban nagyobb. Hasonló a helyzet, ha a nem tisztítók és a csapvizet lemosást alkalmazók súlyos elváltozásainak gyakoriságát hasonlítjuk össze a fogkefét és fogkrémet, valamint a kémiai tisztítást alkalmazókkal.

VI. táblázat

*A nyálkahártya-elváltozás %-os gyakorisága a fogsor illeszkedésétől függően
(zárójelben abszolút értékek)*

Fogsor- illeszkedés	Nyálkahártya-elváltozás			Összesen
	Nincs	Enyhe	Súlyos	
Jó	93,10 (135)	5,52 (8)	1,38 (2)	46,47 (145)
Közepes	57,02 (65)	37,72 (43)	5,26 (6)	36,54 (114)
Rossz	16,98 (9)	64,15 (34)	18,87 (10)	16,99 (53)
Összesen	66,99 (209)	27,24 (85)	5,77 (18)	100,00 (312)

A vizsgáltak 85%-a nem kapott tájékoztatást fogorvosától, sem a viselésre, sem a tisztításra vonatkozóan.

A fogsorok stabilitása az esetek közel felében jónak bizonyult. Legritkábban a jól illeszkedő fogsorok alatti nyálkahártyán észlelhető gyulladás. A fogsorok stabilitásának romlásával párhuzamosan növekszik a nyálkahártya-elváltozások gyakorisága és súlyossága is.

Megbeszélés

A sztomatitisz protetikának az általunk vizsgált anyagban észlelt 33%-os gyakorisága körülbelül középen helyezkedik el az irodalomban közölt szélső értékek között [2].

Fahmi és Farkas [4] csak 22,7%-os gyakoriságot találtak. A különbség oka több tényező is lehet. A legvalószínűbb ok, hogy az ő anyagukban csak 15,6%, míg a miénkben 45,5% viselte éjjel is a fogsorát. A jelentős különbség bizonyára abból adódik, hogy vizsgálati anyagunkban jóval nagyobb számban szerepel a fiatalabb korosztály, akik érthető okokból éjszaka is viselték fogsorukat.

Az életkor növekedésével az éjszakai fogsorviselés és a súlyos elváltozások gyakorisága is csökken. Azokon, akik éjszaka nem viselik fogsorukat, ritkább és enyhébb fokú nyálkahártya-elváltozások észlelhetők.

A sztomatitisz protetika azért is gyakrabban fordulhatott elő anyagunkban, mivel mi csak teljes, felső, akrilát fogsorokat viselőket vizsgáltunk, tehát sem részleges, sem alsó, sem fém alaplemező fogsorviselők nem szerepeltek.

Komári, Lelkes és Kivovics [7] a fém alaplemez alkalmazásának kedvező hatásáról számoltak be. Valószínű, hogy a fém, illetve a jól polimerizált akrilát alaplemezben [8] a gomba sokkal kevésbé tud megtelepedni és a fogsorok jobban is tisztíthatók. Az allergizáló tényezők szerepe csak nehezen bizonyítható [6, 7].

Eredményeink azt mutatták, hogy a fogsorviselők több mint egyharmada nem tisztítja fogsorát, és ez gyakoribb a fiatalabb korosztályokban. Meglepő, hogy milyen ritka a fogkefével és fogkrémmel történő tisztítás és milyen gyakran kerül alkalmazásra az egyéni erőfeszítést nem igénylő kémiai módszer.

A nem tisztítók és a csapvízzel tisztítók között gyakoribbak a nyálkahártya-elváltozások, mint a fogkefe + fogkrémet vagy a kémiai tisztítást alkalmazókon.

A fogsorok stabilitása is jelentősen befolyásolta a szájnyálkahártya-elváltozások gyakoriságát és súlyosságát. A fogsorilleszkedés romlásával párhuzamosan gyakrabban és súlyosabb formában jelentkezett a sztomatitisz protetika.

A trauma szerepe az elváltozások létrejöttében ellentmondásos és elsősorban a papilláris hiperplázia eseteiben lehet nagyobb jelentősége [9].

A gondosabb fogorvosi munka szükségességét alátámasztja, hogy a vizsgált fogsorok felének nem volt jó az illeszkedése. Nem kevésbé elhanyagolható az a tény sem, hogy csak minden tizedik beteg kapott a fogorvostól útmutatást a tisztításra és a viselésre vonatkozóan, ugyanakkor ez a két tényező is jelentős befolyást gyakorolt a sztomatitisz protetika gyakoriságára és súlyosságára.

IRODALOM: 1. *Budtz-Jørgensen, E.*: The significance of candida albicans in denture stomatitis. *Scand. J. Dent. Res.* 82, 151, 1974. — 2. *Budtz-Jørgensen, E.*: Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures. *J. Oral Path.* 10, 65, 1981. — 3. *Davenport, J. C.*: The oral distribution of candida in denture stomatitis. *Br. Dent. J.* 116, 11, 1970. — 4. *Fahmi, F. M és Farkas B.*: Sarjadógm-bák előfordulásának gyakorisága részleges és teljes fogsort viselők szájüregében. *Fogorv. Szle.* 76, 9, 1983. — 5. *Schranz D. és Kaán M.*: Klinikai fogpótlási gyakorlatok vezérfonala. Jegyzet, Budapest, 1973. 192. o. — 6. *Kaaber, S., Thulin, H. and Nielsen, E.*: Skin sensitivity to denture base materials in the burning mouth syndrome. *Cont. Derm.* 5, 90, 1979. — 7. *Komári J., Lelkes K. és Kivovics J.*: Részleges, kivethető fogpótlás készítése akrilátérzékenység és gombásodás esetén. *Fogorv. Szle.* 74, 147, 1981. — 8. *Kovács G., Kövesi Gy. és Babai J.*: Az akrilát polimerizációjának szerepe az oráliscandidiasis terápiájában. *Fogorv. Szle.* 68, 137, 1975. — 9. *Lambson, G. O.*: Papillary hyperplasia of the palate. *J. Prosth. Dent.* 16, 636, 1966. — 10. *Lehner, T.*: Oral candidosis. *Dent. Pract.* 17, 209, 1967. — 11. *Lelkes K.*: Újabb adatok a szájüregi moniliázis előfordulásával kapcsolatban. *Fogorv. Szle.* 48, 199, 1955. — 12. *Neill, D. J.*: A study of materials and methods employed in cleaning dentures. *Br. Dent. J.* 124, 107, 1968. — 13. *Newton, A. V.*: Denture sore mouth. *Br. Dent. J.* 112, 357, 1962. — 14. *Van Reenen, J. F.*: Microbiologic studies on denture stomatitis. *J. Prosthet. Dent.* 30, 493, 1973. — 15. *Tascdjian, S. L., Kozinn, P. J. and Toni, E. F.*: Opportunistic yeast infections with special reference to candidosis. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 174, 606, 1970. — 16. *Theilade, J. and Budtz-Jørgensen, E.*: Electron microscopic study of denture plaque. *J. Biol. Buccale*, 8, 287, 1980.

M. Альберт, Д. Маукш: Частота возникновения и тяжесть протетического стоматита у пациентов, носящих полный верхний зубной протез

Было обследовано 312 больных. У одной трети обследованных отметили изменения, указывающие на протетический стоматит. Решающую роль в возникновении болезни играли прилегание зубного протеза, навыки пользования и способ чистки протеза. Профилактика осложнения: врачи могут помещать в рот для ношения только правильно изготовленные протезы, а пациента надо просветить относительно правильного ношения и чистки зубного протеза.

Alberth M. Dr. and Mauks Gy. Dr.: *Frequency and gravity of stomatitis prothetics on bearers of complete upper denture*

312 patients were examined. Lesions indicating stomatitis prothetics was observed in case of one third of the examined. In forming of the pathography fitting of the dentures, the wearing habit and the manner of cleaning were decisive. The prevention: only dentures correctly made should be placed into the mouth by the dentists and the patients have to be enlightened how to wear and clean their dentures.

M-Alberth und Gy. Mauks: *Häufigkeit und Schwere der Stomatitis prothetica beim Trägern oberer Prothese*

Von den 312 untersuchten Patienten war bei einem Drittel eine prothesebedingte Stomatitis festzustellen. Die Anpassung des Gebisses, die Art des Gebrauchs und die Reinigung sind entscheidend für das Entstehen der Stomatitis. Es müssen korrekt hergestellte Prothesen verwendet und die Patienten über Gebrauch und Reinigung aufgeklärt werden.