

## Συγγειλίτιδα σε ηλικιωμένους ασθενείς με κινητές προσθετικές εργασίες

A. E. Κοσιώνη\*

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση της συχνότητας εμφάνισης της συγγειλίτιδας σε ηλικιωμένους ασθενείς με κινητές προσθετικές εργασίες.

Εξετάστηκαν 85 ασθενείς (33 άνδρες και 52 γυναίκες) με μέση ηλικία τα 71,4 έτη (εύρος διακύμανσης: 60-90 έτη), οι οποίοι έφεραν κινητές προσθέσεις. Όλοι έφεραν ολική οδοντοστοιχία στην άνω γνάθο και 78,8% στην κάτω γνάθο. Στους ασθενείς έγινε λήψη ιστορικού και κλινική εξέταση. Τα αποτελέσματα αναλύθηκαν με δοκιμασίες  $\chi$  τετράγωνο,  $t$ -tests, Fishers exact tests, Mann-Whitney tests και με πολλαπλή λογαριθμιστική εξάρτηση ( $p \leq 0.05$ ).

Συγγειλίτιδα παρατηρήθηκε στο 29,4% των συμμετεχόντων (34,6% των γυναικών και 21,2% των ανδρών). Η εμφάνισή της ήταν συχνότερη στις γυναίκες, σε ασθενείς με συνεχή χρήση της άνω οδοντοστοιχίας, με ελλιπή υποστήριξη του γωνιαίου μυϊκού κόμβου, μειωμένη κάθετη διάσταση και με ιστορικό αναιμίας, χωρίς όμως να καταγράφεται στατιστικά σημαντική διαφορά. Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε μόνο με την ταυτόχρονη παρουσία στοματίτιδας από οδοντοστοιχίες ( $p < 0.05$ ).

Για την πρόληψη της βλάβης είναι σημαντικό πέρα από τον έλεγχο των γενικών αιτιολογικών παραγόντων να γίνεται και έλεγχος για την παρουσία στοματίτιδας αλλά και για τυχόν ατέλειες των οδοντοστοιχιών οι οποίες προδιαθέτουν στην ανάπτυξη πτυχώσεων στην περιστοματική περιοχή.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 3: 21-24, 2010

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η συγγειλίτιδα χαρακτηρίζεται από φλεγμονώδη αντίδραση στις γωνίες του στόματος. Η κλινική εικόνα παρουσιάζει διαφοροποιήσεις ως προς την εμφάνιση και τη σοβαρότητα μεταξύ των ασθενών<sup>1</sup>. Εμφανίζεται ως ερυθματώδης βλάβη με ραγάδες στις συγγειλίες, συνήθως αμφίπλευρα, που ενίοτε καλύπτονται από εφελκίδες και συχνά αιμορραγούν<sup>2-4</sup>. Η συχνότητα εμφάνισης

ποικίλλει με βάση τη βιβλιογραφία από 3,4%-30%<sup>3, 5-10</sup>. Η κυριότερη αιτία είναι η μόλυνση κυρίως από μύκητες (συνήθως *Candida albicans*), σταφυλόκοκκο *aureus* ή στρεπτόκοκκο αλλά ενοχοποιούνται και διάφοροι γενικοί παράγοντες όπως είναι η σιδηροπενική αναιμία, στερεητικές καταστάσεις (B12), η στοματική αναπνοή, η αλλεργία εξ επαφής και η ατοπική δερματίτιδα<sup>1-6, 11, 12</sup>. Παρατηρείται ιδιαίτερα συχνά σε ασθενείς με ολικές οδοντοστοιχίες<sup>1, 5, 10, 11</sup>.

Ο στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η συχνότητα εμφάνισης της συγγειλίτιδας σε δείγμα ηλικιωμένων ασθενών με οδοντοστοιχίες και να συσχετιστεί με διάφορους συνυπάρχοντες παράγοντες κινδύνου.

### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Εξετάστηκαν 85 άτομα που προσήλθαν για προσθετική θεραπεία στην Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών ηλικίας 60-90 ετών με μέση ηλικία τα 71,4 έτη (Sd=7.0). Οι 33 ήταν άνδρες και οι 52 γυναίκες. Όλοι έφεραν ολική άνω οδοντοστοιχία και το 78,8% ολική κάτω. Στους ασθενείς ελή-

**Λέξεις κλειδιά:** συγγειλίτιδα, στοματίτιδα, οδοντοστοιχίες, ηλικιωμένοι.

\* Επίκουρη Καθηγήτρια Κινητής Προσθετικής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

**Ίδρυμα προέλευσης**  
Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Η μελέτη χρηματοδοτήθηκε από τον ΕΛΚΕ του ΕΚΠΑ (70/4/7559)

## Ερευνητική Εργασία

φθη συνέντευξη βάσει συγκεκριμένου ερωτηματολογίου και ακολούθως έγινε κλινική εξέταση από τον ίδιο ερευνητή. Το ερωτηματολόγιο κατέγραψε την ηλικία, το ιατρικό ιστορικό, το κάπνισμα, τη διάρκεια χρήσης οδοντοστοιχιών, την ηλικία των τελευταίων οδοντοστοιχιών, τις συνήθειες χρήσεις τους και τη συχνότητα καθαρισμού τους. Η κλινική εξέταση περιλάμβανε επισκόπηση των συγγειλιών και του βλενογόνου του στόματος για την παρουσία συγγειλίτιδας και στοματίτιδας καθώς και τον έλεγχο των οδοντοστοιχιών. Εξετάστηκαν η κάθετη διάσταση (με την παραδοχή ότι 2-4 χλ ελεύθερου μεσοφραγματικού χώρου ήταν αποδεκτά), η σύγκλιση (ταύτιση της κεντρικής σχέσης με τη μέγιστη συγγόμφωση), η υποστήριξη του γωνιαίου μυϊκού κόμβου, χελιών και παρειών και η παρουσία πλάκας ή τρυγίας (άνω των 2/3 της οδοντοστοιχίας να καλύπτονται από ορατή πλάκα ή τρυγία).

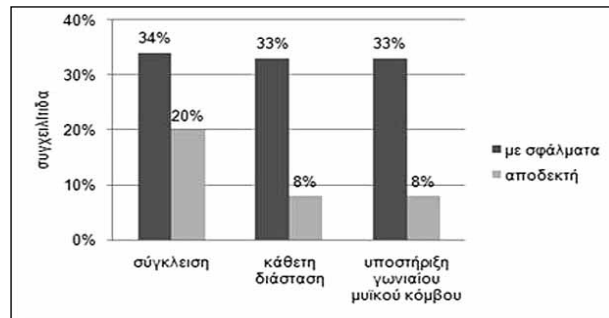
Η στατιστική ανάλυση περιλάμβανε περιγραφική στατιστική, δοκιμασίες  $\chi$  τετράγωνο, t-tests, Mann-Whitney tests και Fisher Exact tests. Όσες από τις ανεξάρτητες μεταβλητές είχαν στατιστική συσχέτιση με την εξετημένη μεταβλητή (παρουσία συγγειλίτιδας) μικρότερη από  $p < 0.25$  συμπεριλήφθησαν σε δοκιμασία πολλαπλής λογαριθμιστικής εξάρτησης. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο  $p \leq 0.05$ .

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συγγειλίτιδα καταγράφηκε σε 25 άτομα (29,4%). Η συχνότητα εμφάνισης ήταν πιο συχνή στις γυναίκες (34,6%) σε σχέση με τους άνδρες (21,2%), χωρίς ωστόσο να καταγραφεί στατιστικά σημαντική διαφορά ( $\chi$  τετράγωνο,  $p = 0.281$ ). Η ηλικία επίσης δεν σχετιζόταν με την εμφάνιση συγγειλίτιδας (t-test,  $p = 0.658$ ). Στατιστικά σημαντική διαφορά καταγράφηκε μόνο στη συχνότητα εμφάνισης της συγγειλίτιδας σε σχέση με τη στοματίτιδα ( $\chi$  τετράγωνο,  $p = 0.012$ ) (πίν. 1). Το 45,7% των ασθενών με στοματίτιδα εμφάνιζαν και συγγειλίτιδα σε σχέση με το 18% όσων δεν είχαν στοματίτιδα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1		
Η σχέση μεταξύ της συχνότητας εμφάνισης της συγγειλίτιδας και της στοματίτιδας στο δείγμα των ασθενών με οδοντοστοιχίες		
	Στοματίτιδα	
Συγγειλίτιδα	ναι	όχι
ναι	16 (45.7%)	9 (18.0%)
όχι	19 (54.3%)	41 (82.0%)
$p = 0.012$		

Σε ασθενείς με μειωμένη κάθετη διάσταση, ελλιπή υποστήριξη του γωνιαίου μυϊκού κόμβου και λανθασμένη σύγκλιση καταγράφηκαν αρκετά αυξημένα ποσοστά εμφάνισης συγγειλίτιδας, αλλά όχι σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ( $p > 0.05$ ) (εικ. 1). Επιπλέον το 38,6% όσων φορούσαν συνεχώς την άνω οδοντοστοιχία παρουσίαζε συγγειλίτιδα σε σχέση με το 19,5% όσων τη φορούσαν



**Εικόνα 1** Συχνότητα εμφάνισης συγγειλίτιδας σε σχέση με τις τεχνικές ατέλειες των οδοντοστοιχιών των εξεταζομένων (μειωμένη κάθετη διάσταση, ελλιπή υποστήριξη γωνιαίου μυϊκού κόμβου, λανθασμένη σύγκλιση)

μόνο τη μέρα ή πιο σπάνια ( $\chi$  τετράγωνο,  $p = 0.090$ ). Η παρουσία πλάκας και τρυγίας στις οδοντοστοιχίες, οι συνήθειες καθαρισμού τους, η ηλικία των τελευταίων άνω οδοντοστοιχιών και τα έτη που παρήλθαν από την τοποθέτηση της πρώτης οδοντοστοιχίας δεν σχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά με την παρουσία συγγειλίτιδας ( $p > 0.05$ ).

Το 50% των ασθενών με αναιμία και το 38,5% των ασθενών με διαβήτη είχαν συγγειλίτιδα (Fishers exact test,  $p = 0.150$  και  $\chi$  τετράγωνο,  $p = 0.512$  αντίστοιχα). Η συγγειλίτιδα δεν σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με συμπτώματα καυσalgίας ή ξηροστομίας ( $\chi$  τετράγωνο,  $p > 0.05$ ). Επίσης δεν σχετιζόταν με το κάπνισμα ( $\chi$  τετράγωνο,  $p > 0.05$ ).

Στην πολλαπλή λογαριθμιστική εξάρτηση εξετάστηκε η εμφάνιση της συγγειλίτιδας σε σχέση με τη στοματίτιδα, το φύλο, την παρουσία αναιμίας, τη χρήση της άνω οδοντοστοιχίας, τη μειωμένη κάθετη διάσταση και την ελλιπή υποστήριξη του γωνιαίου μυϊκού κόμβου. Μόνο η στοματίτιδα σχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με την εμφάνιση της συγγειλίτιδας (odds ratio = 0.260,  $p = 0.031$ ).

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η συχνότητα εμφάνισης της συγγειλίτιδας στην παρούσα μελέτη ήταν αυξημένη (29,4%) σε σχέση με άλλες μελέτες (26%<sup>6</sup>, 6%<sup>7</sup>, 4,8%<sup>8</sup>, 5,7%<sup>9</sup>, 10,2%<sup>10</sup>). Ωστόσο υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των διάφορων μελετών ως προς το υλικό και τη μεθοδολογία, όπως είναι η ηλικία των εξεταζομένων και η οδοντική κατάσταση.

Η συνθέστερη πηγή μόλυνσης των συγγειλιών είναι η ενδοστοματική παρουσία μυκήτων και κυρίως της *Candida Albicans*<sup>6, 13</sup>. Η ενδοστοματική αυτή μόλυνση μπορεί να διαχυθεί εύκολα προς τις γωνίες του στόματος μέσω του σάλιου και να τις επιμολύνει<sup>5, 6</sup>. Επίσης αναφέρεται επιμολύνση των συγγειλιών και από τη μύτη, κυρίως από σταφυλόκοκκους<sup>6, 13</sup>.

Η χρήση οδοντοστοιχιών κυρίως στην άνω γνάθο ευνοεί τις συνθήκες ανάπτυξης αναερόβιου περιβάλλοντος με χαμηλό οξυγόνο και χαμηλό pH και δημιουργεί συνθήκες ανάπτυξης της *Candida*<sup>13</sup>. Οι οδοντοστοιχίες οι οποίες ε-

χουν αποικιστεί από μικρόβια δρουν ως πηγές συνεχούς επιμόλυνσης τόσο για τις επιφάνειες έδρασής τους όσο και για τις γύρω περιοχές<sup>6</sup>. Γι' αυτό και στην παρούσα ό-πως και σε άλλες μελέτες<sup>6</sup> ο παράγοντας εκείνος που σχετίστηκε στατιστικά περισσότερο με την παρουσία συγγειλίτιδας ήταν η παρουσία στοματίτιδας από οδοντοστοιχίες. Στη μελέτη των Wilkieson et al<sup>6</sup> το 53% όσων είχαν στοματίτιδα από οδοντοστοιχίες έπασχε και από συγγειλίτιδα, σε αντίθεση με το 14% που έπασχε από συγγειλίτιδα χωρίς ταυτόχρονη παρουσία στοματίτιδας. Η στατιστική ανάλυση στην παρούσα μελέτη κατέδειξε ότι η παρουσία της στοματίτιδας ήταν πιο σημαντικό παράγοντας κινδύνου για την παρουσία συγγειλίτιδας από τα γενικά προβλήματα υγείας όπως είναι η σιδηροπενική αναιμία ή ο διαβήτης.

Ένας επιπρόσθετος επιβαρυντικός παράγοντας κινδύνου για τους φέροντες οδοντοστοιχίες είναι και οι τυχόν τεχνικές τους ατέλειες και ιδιαίτερα η μειωμένη κάθετη διάσταση και η μειωμένη υποστήριξη του γωνιαίου μυϊκού κόμβου, των χειλέων και των παρειών. Οι παράγοντες αυτοί προδιαθέτουν στην ανάπτυξη πτυχώσεων στην ρινοχειλική αύλακα και στις συγγειλίες οι οποίες διαβρέχονται συνεχώς από το σάλιο και εύκολα μπορούν να επιμολυνθούν από μικροοργανισμούς<sup>1, 5, 12, 13</sup>. Επιπλέον η κακή εφαρμογή με τους υποκείμενους ιστούς προκαλεί συχνό τραυματισμό τους και προδιαθέτει στην ανάπτυξη μόλυνσης<sup>13</sup>.

Αυτές οι καταστάσεις συνήθως παρατηρούνται μετά από μακροχρόνια χρήση των ίδιων οδοντοστοιχιών χωρίς επανεξετάσεις και επιδιορθώσεις από τον Οδοντίατρο. Στις περιπτώσεις αυτές, ως αποτέλεσμα της συνεχούς απορρόφησης των φατνιακών ακρολοφιών και της φθοράς των οδοντοστοιχιών, καταγράφεται το φαινόμενο των εκτεταμένων αποτριβών των δοντιών, της μείωσης της κάθετης διάστασης, της προοίσθησης της κάτω γνάθου (γεροντικό προσωπίο) και της ελλιπούς υποστήριξης χειλέων και παρειών.

Στην παρούσα μελέτη αν και η συγγειλίτιδα ήταν πιο συχνή στους ασθενείς με ανάλογα προβλήματα στις οδοντοστοιχίες, αυτά δεν αποτέλεσαν ανεξάρτητους σημαντικούς παράγοντες αύξησης της εμφάνισής της, όπως άλλωστε καταγράφηκε και σε άλλες μελέτες<sup>1</sup>.

Ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους ασθενείς όπου η ηλικία και η νόσος προδιαθέτουν στην ανάπτυξη μυκητιάσεων είναι σκόπιμο ο Οδοντίατρος να προσπαθεί να ελέγξει όλους εκείνους τους προδιαθεσικούς παράγοντες κινδύνου που είναι εύκολα αναστρέψιμοι και αφορούν στην κατάσταση και χρήση των οδοντοστοιχιών. Οι χρήστες οδοντοστοιχιών θα πρέπει να λαμβάνουν κατάλληλες οδηγίες ώστε να ελέγχεται κατά το δυνατόν η εμφάνιση της στοματίτιδας και της συγγειλίτιδας (πχ. να αποφεύγεται η συνεχής 24ωρη χρήση οδοντοστοιχιών και να γίνεται σωστή υγιεινή και απολύμανσή τους<sup>3, 12, 13, 14</sup>). Μία συμβουλή για τους ηλικιωμένους ασθενείς με συχνή εμφάνιση στοματίτιδας και συγγειλίτιδας που σπανίως δίνεται είναι τουλάχιστον κατά τη διάρκεια της θεραπείας, να μην αφήνουν τις οδοντοστοιχίες το βράδυ σε νερό αλλά να τις αφήνουν στον αέρα σε ξηρό περιβάλλον, καθώς έχει καταδειχθεί ότι αυτή η πρακτική ελαττώνει το μικροβιακό

φορτίο<sup>15</sup>. Υπάρχει η άποψη ότι η παραπάνω οδηγία θα πρέπει να δίνεται και σε όλους τους ευάλωτους ηλικιωμένους ασθενείς με οδοντοστοιχίες. Οι ασθενείς θα πρέπει επίσης να ενημερώνονται ότι οι οδοντοστοιχίες χρειάζονται τακτικούς επανελέγχους για αναπροσαρμογή της βάσης τους ενώ μετά από κάποια χρόνια επιβάλλεται η αντικατάστασή τους.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα μελέτη σε ασθενείς με κινητές προσθέσεις καταγράφηκαν υψηλά ποσοστά συγγειλίτιδας τα οποία συσχετίστηκαν κυρίως με την ταυτόχρονη παρουσία στοματίτιδας από οδοντοστοιχίες. Για τον έλεγχο και την πρόληψη του προβλήματος είναι σημαντικό πέρα από τον έλεγχο των γενικών αιτιολογικών παραγόντων να γίνεται και έλεγχος για την παρουσία στοματίτιδας αλλά και για τυχόν ατέλειες των οδοντοστοιχιών οι οποίες προδιαθέτουν στην ανάπτυξη πτυχώσεων στην περισταματική περιοχή.

## SUMMARY

### Angular cheilitis in older denture wearers

A. E. Kossioni

*hellenic hospital dentistry 3: 21-24, 2010*

*Angular cheilitis is a common complaint affecting the angles of the mouth. The main cause seems to be infection by yeasts (Candida albicans), staphylococcus aureus or streptococci, but there are also other systemic causes (anemia, nutritional deficiencies). The condition is frequently observed in complete denture wearers. The aim of this study was to investigate the prevalence of angular cheilitis in a group of denture wearers and the association of the condition with various risk factors. Eighty-five denture patients of the Athens Dental School with a mean age of 71.3 years (range: 60-90 years) were interviewed and clinically examined by the same investigator. All the patients wore complete upper dentures and 78.8% a complete lower denture. The association of angular cheilitis with various potentially predisposing factors was investigated including medical condition, age, sex, smoking habits, duration of maxillary denture experience, age of the last maxillary dentures, wearing frequency, denture hygiene habits, presence of denture stomatitis, quality of dentures and denture hygiene. The results were statistically analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, t-tests, Fishers exact tests, Mann-Whitney tests and multiple logistic regression analysis. Angular cheilitis was recorded in 29.4% of the sample. Statistically significant associations using the chi-square tests and the multiple regressions analysis were recorded only between angular cheilitis and denture stomatitis ( $p < 0.05$ ): 45.7% of the participants with denture stomatitis also presented angular cheilitis. Angular cheilitis was more frequent in the females (34.6%), in patients with anemia (50%) and in*

## Ερευνητική Εργασία

those who continuously used their maxillary dentures (38.6%), but not significantly. It was also more frequent in patients with defective dentures (reduced occlusal vertical dimension, incorrect centric occlusion, inadequate modiolus support). The findings in the present study indicate that the prevention of denture stomatitis and the correction of dentures defects predisposing to skin folds at the corners of the mouth could reduce the risk for angular cheilitis in older denture wearers.

**Key words:** angular cheilitis, stomatitis, dentures, elderly

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Öhman S-C, Dahlén G, Möller Å, Öhman A: Angular cheilitis: a clinical and microbial study. *J Oral Pathol* 1986; 15:213-217.
2. Ζερβού-Βάλβη Φ: Παθολογία του στόματος στην τρίτη ηλικία. Στο: Η. Καρκαζής - Γ. Πολυζώης Εισαγωγή στη Γηροδοντιατρική και Γναθοπροσωπική Προσθετική, Εκδ. Μπινισέλ, Αθήνα, 1998, σελ. 93-110.
3. Κοσιώνη ΑΕ, Ζερβού-Βάλβη Φ: Συνήθεις βλάβες του βλεννογόνου του στόματος σε ηλικιωμένους σχετιζόμενες με τη χρήση κινητών προσθετικών εργασιών. *Ελλ Νοσ Οδοντ* 2009; 2: 75-81.
4. Farah CS, Lynch N, McCullough MJ: Oral fungal infections: an update for the general practitioner. *Austr Dent J* 2010; 55: 4854.
5. Budtz-Jorgensen E: Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures. *J Oral Path* 1981; 10:65-80.
6. Wilkieson C, Samaranayake LP, MacFarlane TW, Lamey P-J, MacKenzie D: Oral candidosis in the elderly in long term hospital care. *J Oral Pathol Med* 1991; 20: 13-16.
7. MacEntee MI, Glick N, Stolar E: Age, gender, dentures and oral mucosal disorders. *Oral Diseases* 1998; 4: 32-36.
8. Jankittivong A, Aneksuk V, Langlais RP: Oral mucosal conditions in elderly dental patients. *Oral Diseases* 2002; 8: 218-223.
9. Coelho CMP, Sousa YTCS, Daré AMZ: Denture-related oral mucosal lesions in a Brazilian school of dentistry. *J Oral Rehabil* 2004; 31: 135-139.
10. Freitas JB, Gomez RS, de Abreu MHNG, Ferreira E Ferreira E: Relationship between the use of full dentures and mucosal alterations among elderly Brazilians. *J Oral Rehabil* 2008; 35:370-374.
11. Devani A, Barankin B. Angular cheilitis: *Can Fam Physician* 2007; 53: 1022-1023.
12. Sharon V, Fazel N: Oral candidiasis and angular cheilitis. *Dermatol Ther* 2010; 23: 230-242.
13. Akpan A, Morgan R: Oral candidiasis. *Postgrad Med J*. 2002; 78: 455-459.
14. Kossioni AE: The prevalence of denture stomatitis and its predisposing conditions in an older Greek population. *Gerodontology* 2011; 28: 85-90.
15. Stafford GD, Arendorf T, Huggett R: The effect of overnight drying and water immersion on candidal colonization and properties of complete dentures. *J Dent* 1986; 2: 52-56.

#### Διεύθυνση για επικοινωνία:

A. E. Κοσιώνη,  
Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών,  
Θηβών 2 Γουδί, Αθήνα 11527,  
Τηλ: 2107461212,  
e-mail: akossion@dent.uoa.gr