

5. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΦΛΩΡΑ ΖΕΡΒΟΥ-ΒΑΛΒΗ

Η ΒΕΛΤΙΩΣΗ του βιοτικού επιπέδου και οι πρόοδοι της Ιατρικής οδήγησαν στην αύξηση του μέσου όρου ζωής με άμεση συνέπεια την αύξηση των ηλικιωμένων ατόμων, οι οποίοι αποτελούν πλέον μία ευάριθμη πληθυσμιακή ομάδα, διαρκώς ογκούμενη.

Η ομάδα αυτή εμφανίζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και παθολογία που ενδιαφέρουν όλους τους λειτουργούς υγείας. Συχνά τα άτομα της 3ης και πολύ περισσότερο της 4ης ηλικίας εκτός από τα προβλήματα της γενικής τους υγείας έχουν να αντιμετωπίσουν και αυτά της στοματικής, που μάλιστα εν πολλοίς τροφοδοτούν και τροφοδοτούνται από τα προηγούμενα. Έτσι, η συνεισφορά των οδοντιάτρων στη διασφάλιση μιας στοιχειώδους ποιότητας ζωής μπορεί να είναι μεγάλη.

Στα πλαίσια αυτά κάθε οδοντίατρος πρέπει να είναι σε θέση να προλαμβάνει, να διαγιγνώσκει και να μετέχει στη θεραπευτική διαδικασία των νόσων του στόματος.

Με βάση το γεγονός ότι περίπου οι μισοί ηλικιωμένοι φέρουν κινητές προσθέσεις, οι δε κινητές προσθέσεις ενοχοποιούνται στην πρόκληση διαφόρων βλαβών, σκόπιμος θα ήταν ένας αδρός διαχωρισμός των νόσων του στόματος που εμφανίζονται συχνότερα στους ηλικιωμένους στις ακόλουθες δύο ομάδες:

A. Σε βλάβες του βλεννογόνου του στόματος που κυρίως σχετίζονται με την χρήση μερικών ή ολικών οδοντοστοιχιών.

B. Σε νόσους του στόματος που αιτιολογικά δεν συνδέονται άμεσα με τέτοια χρήση.

A. ΒΛΑΒΕΣ ΤΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΚΙΝΗΤΕΣ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ

Μία ποικιλία βλαβών έχει αναφερθεί να συνδέεται με την χρήση οδοντοστοιχιών. Υπεύθυνα για την εκδήλωσή τους είναι τόσο τοπικά όσο και γενικά αίτια.

Στα τοπικά συγκαταλέγονται διάφορες κατασκευαστικές παράμετροι, ο πλημμελής καθαρισμός των οδοντοστοιχιών και η επακόλουθη επιμόλυνση με *Candida albicans*. Προδιαθεσικά για τη δημιουργία βλαβών δρουν επίσης η συνεχής χρήση των οδοντοστοιχιών καθ' όλο το 24ωρο και η χρήση της ίδιας οδοντοστοιχίας για πολλά έτη.

Στα γενικά αίτια περιλαμβάνονται διάφορες μεταβολές λόγω γήρανσης

- του επιθηλίου (λεπτότερο με μειωμένη κερατινοποίηση)
- του συνδετικού ιστού (μειωμένη ελαστικότητα)
- του οστού (σταδιακή απορρόφηση των φατνιακών ακρολοφιών)
- των αμυντικών μηχανισμών (έκπτωση)

με αποτέλεσμα ο βλεννογόνος του στόματος να μην μπορεί να αντιμετωπίζει ικανοποιητικά τις διάφορες βλαπτικές επιδράσεις. Στα προαναφερθέντα πρέπει να συνυπολογισθούν η ελάττωση της έκκρισης του σάλιου και η πιθανή συνύπαρξη γενικών νοσημάτων, που συνεπικουρούν τα προηγούμενα στο να καθιστούν τον οργανισμό περισσότερο ευάλωτο.

Οι περισσότερες από τις προκαλούμενες βλάβες εντοπίζονται στο βλεννογόνο και οι κυριότερες είναι:

1) Στοματίτιδα από οδοντοστοιχία

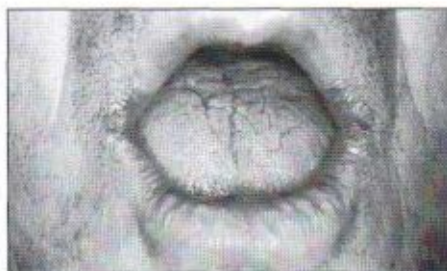
Η στοματίτιδα από οδοντοστοιχία αποτελεί πιθανόν την πιο συχνή βλάβη, αφού φθάνει να προσβάλλει μέχρι και τα δύο τρίτα των ατόμων που φορούν οδοντοστοιχίες (Εικ. 5.1).

Πρόκειται για φλεγμονώδη αντίδραση του βλεννογόνου της επιφάνειας έδρασης της οδοντοστοιχίας, ο οποίος εμφανίζεται οιδηματώδης, ερυθρός, πιθανόν αιμορραγικός, με ή χωρίς λευκές κηλίδες που οφείλονται σε αποικίες *Candida albicans* και υπολείμματα τροφών. Από το σύνολο των περιπτώσεων ποσοστό άνω του 90% εντοπίζεται στην άνω γνάθο. Κατά την κλασική ταξινόμηση της στοματίτιδας από οδοντοστοιχία κατά Newton με βάση την κλινική εμφάνιση διακρίνονται τρεις τύποι: τύπος 1) σικτική υπεραιμία, τύπος 2) διάχυτη υπεραιμία σε όλο τον βλεννογόνο της επιφάνειας έδρασης, τύπος 3) θηλώδης υπερπλασία, όπου η διάχυτη υπεραιμία συνοδεύεται και από πολλαπλά μικρά ερυθρά στρογγυλά επάρματα, που εντοπίζονται σε άλλοτε άλλη έκταση του βλεννογόνου της σκληρής υπερώας προσδίδοντας της ανθοκραμβοειδή όψη.

Οι ασθενείς στην πλειοψηφία τους είναι ασυμπτωματικοί και αγνοούν την ύπαρξη της βλάβης. Τα συμπτώματα που μπορεί να προκληθούν περιλαμβάνουν αίσθημα ερεθισμού, καύσου και πόνου.



Εικ. 5.1. Στοματίτιδα από οδοντοστοιχία (τύπος 3 κατά Newton).



Εικ. 5.2. Συγγειλίτιδα.

- Το νόσημα είναι πολυπαραγοντικό. Οι κυριότεροι από τους ενεχόμενους παράγοντες είναι οι ανώμαλες μηχανικές πιέσεις που ασκούνται στον βλεννογόνο λόγω κακής επαφής, ο πλημμελής καθαρισμός των οδοντοστοιχιών και η «πλάκα οδοντοστοιχίας», η κακή στοματική υγιεινή, η λοίμωξη από *Candida albicans*, η συνεχής όπως και η πολυετής χρήση των οδοντοστοιχιών, χημικός «τραυματισμός»

που προκαλείται από το υλικό της βάσης της οδοντοστοιχίας, διάφορα συστηματικά νοσήματα (αναιμία, σακχαρώδης διαβήτης κ.λπ.), διαιτητικοί παράγοντες.

Θεραπεία: Άρση του προκαλούντος αιτίου. Κυρίως διόρθωση των κα-τασκευαστικών λαθών, καλός καθαρισμός των προσθετικών εργασιών, καλή στοματική υγιεινή, αντιμυκητιασικά.

Στον τύπο 3, προ της κατασκευής νέας οδοντοστοιχίας απαιτείται χειρουργική αφαίρεση των υπερπλασιών.

2) Συγγειλίτιδα

Πρόκειται για ραγάδες στην συγγειλία που εκτείνονται ακτινοειδώς προς το δέρμα και καλύπτονται ή όχι από εφελκίδες. Συχνή είναι η παρουσία αιμορραγίας (Εικ. 5.2).

Η συγγειλίτιδα είναι πολυπαραγοντικής αιτιολογίας. Στην εκδήλωση της ενοχοποιούνται η μείωση της κάθετης διάστασης και η μη ορθή υποστήριξη του μυϊκού κόμβου των παρειών, που δημιουργεί πτύχωση στη γωνία του στόματος και διαρκή διαβροχή της από σialo, η επιλοίμωξη με *Candida albicans* αλλά ακόμα και με άλλους μικροοργανισμούς όπως στρεπτόκοκκους και σταφυλόκοκκους, διάφορες στερητικές καταστάσεις όπως η αριβοφλαβίνωση, η σιδηροπενική αναιμία, το σύνδρομο Plummer - Vinson κ.ά.

Η συγγειλίτιδα μπορεί να προκαλεί αίσθημα καύσου και ξηρότητας καθώς και ευαισθησία στη διάνοιξη του στόματος. Εάν μείνει αθεράπευτη, μπορεί να διαρκεί επί μακρόν εμφανίζοντας υφέσεις και εξάρσεις.

Θεραπεία: Άρση του αιτίου και κατά περίπτωση χορήγηση βιταμινών, αντιμυκητιασικών, τοπικών στεροειδών και αντιβιοτικών.

Από πλευράς κατασκευαστικών παραμέτρων των ολικών οδοντοστοιχιών ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίδεται στην απόδοση ορθής κάθετης διάστασης και στην κατάλληλη διαμόρφωση των λείων επιφανειών για την ορθή υποστήριξη των χειλέων και του γωνιαίου μυϊκού κόμβου καθώς και στην τοποθέτηση των δοντιών στην ουδέτερη ζώνη.

3) Το τραυματικό έλκος

Συνήθως προκαλείται από αιχμηρά πτερύγια οδοντοστοιχίας. Εμφανίζει μεγάλη κλινική ποικιλομορφία με μέγεθος που κυμαίνεται από μερικά χιλιοστά έως πολλά εκατοστά, η επιφάνεια του συνήθως είναι λεία, ερυθρή, τα χείλη είναι λεπτά και περιβάλλεται από λευκωπό περίγραμμα.

Όταν, όμως, οφείλεται στη δράση χρόνιου τραυματικού παράγοντα, τότε η επιφάνεια μπορεί να είναι ανώμαλη, βλαστική, τα χείλη επηρμένα, να εμφανίζει σκληρία και γενικά να μοιάζει πολύ με καρκινικό έλκος.

Το τραυματικό έλκος μπορεί να προκαλεί ενοχλήσεις, η ένταση των οποίων εξαρτάται από το βάθος και τη θέση του έλκους στο στόμα.

Η διάγνωση βασίζεται στο ιστορικό και την κλινική εικόνα.

Στη διαφορική διάγνωση εκτός από το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα πρέπει να περιλαμβάνονται ακόμα νοσήματα που προκαλούν έλκη όπως η φυματίωση και η σύφιλη. Το ηωσινόφιλο έλκος μπορεί επίσης να εμφανίζει παρόμοια κλινική εικόνα με το τραυματικό.

Θεραπεία: Η θεραπεία συνίσταται στον εντοπισμό και στην άρση του αιτίου, οπότε το έλκος πρέπει να επουλωθεί πλήρως μέσα σε 7-10 ημέρες. Άλλως, ακόμα και σε μερική υποχώρηση, απαραίτητη είναι η λήψη βιοψίας εξαιτίας της πιθανότητας ύπαρξης ακανθοκυτταρικού καρκινώματος.

4) Πτυχωτή ινώδης υπερπλασία

Πρόκειται για ένα ή πολλαπλά επιμήκη πτυχωτά επάρματα του βλεννογόνου, ευκίνητα και υπόσκληρα διαφόρου μεγέθους, που φλεγμαίνουν, ενώ παράλληλα μπορεί να παρατηρούνται ελκώσεις στη βάση των πτυχών (Κεφ. 4, Εικ. 6).

Παριστούν αντίδραση του βλεννογόνου της ουλοπαρειακής ή ουλοχειλικής αύλακας σε χρόνια μηχανικό ερεθισμό από πολύ λεπτά, αιχμηρά ή και υπερεκτεταμένα πτερύγια οδοντοστοιχίας που δεν εφαρμόζει καλά. Οι πτυχωτές υπερπλασίες, όταν είναι μεγάλες, δημιουργούν προβλήματα στη συγκράτηση της οδοντοστοιχίας.

Διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνεται από πολλαπλά τραυματικά ινώματα, νευροϊνώματα, σε κάποιες περιπτώσεις ακόμα και από ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα.

Θεραπεία: Χειρουργική εξαίρεση και κατασκευή νέας οδοντοστοιχίας.

5) Αντιδραστικοί όγκοι

Παριστούν αντίδραση του μεσεγχυματικού ιστού σε χρόνια ερέθισμα, όπως ήπιο τραύμα. Εντοπίζονται συνήθως στα ούλα, στην παρειά, στα χείλη, στην γλώσσα, στην υπερώα και οι διαστάσεις τους τις περισσότερες φορές κυμαίνονται από λίγα χιλιοστά έως δύο εκατοστά.

Θεραπεία: Άρση του αιτίου και χειρουργική εξαίρεση. Αξιοσημείωτο είναι ότι ο μη εντοπισμός και η άρση του αιτίου είναι οι κυρίως υπεύθυνοι παράγοντες για την υποτροπή των όγκων αυτών που έχουν εξαιρεθεί χειρουργικά, άρα ιδιαίτερη προσπάθεια πρέπει να καταβάλλεται προς αυτήν την κατεύθυνση.

- τραυματικό ίνωμα

Είναι ο πιο κοινός καλοήθης όγκος του στόματος. Πρόκειται για ογκίδιο καλά περιγεγραμμένο, συνήθως άμισχο ή με πλατιά βάση, που καλύπτεται από φυσιολογικό επιθήλιο και έχει υπόσκληρη σύσταση.

- αιμαγγειωματοειδές κοκκίωμα

Είναι ογκίδιο με λεία ή ανώμαλη, κοκκιώδη ή λοβωτή επιφάνεια (σαν μούρου), η οποία μπορεί να φέρει εξελκώσεις από πιθανό τραυματισμό, μισχωτό ή άμισχο με ευρεία βάση, μαλακής ή σπογγώδους σύστασης στα αρχικά στάδια, ελαστικής ή σκληρής αργότερα. Λόγω της αγγειοβρίθειάς του συνήθως είναι ερυθρού ή βαθύερυθρου χρώματος και πολλές φορές αιμορραγεί ακόμα και αυτόματα. Αναπτύσσεται ταχέως και φθάνει στο μέγιστο των διαστάσεων του σε μικρό χρονικό

διάστημα. Κατόπιν παραμένει στάσιμο παρόλο που οι αιτιολογικοί παράγοντες μπορεί να συνεχίζουν να υπάρχουν ενώ όταν αυτοί απομακρυνθούν το μέγεθος ελαττώνεται σημαντικά. Σε τελικά φάση εξελίξεως το αιμαγγειωματοειδές κοκκίωμα μοιάζει πολύ ιστολογικά και κλινικά με το τραυματικό ίνωμα.

- περιφερικό γιγαντοκυτταρικό κοκκίωμα

Συνιστά περιγεγραμμένο ογκίδιο, βαθυέρυθρου χρώματος, μαλακό, μισχωτό ή άμισχο με ευρεία βάση, που μπορεί να αιμορραγεί ή και να είναι ελκωμένο. Κατά κανόνα βρίσκεται σε σχέση με δόντι, αλλά μπορεί να εντοπίζεται και σε νωδή περιοχή.

6) Μονιλίαση

Η μονιλίαση είναι η πιο συχνή λοίμωξη του στόματος από μύκητα. Οφείλεται στο μύκητα *Candida albicans*, ο οποίος αποτελεί μέρος της φυσιολογικής μικροβιακής χλωρίδας του στόματος σε ποσοστό 20-25% των υγιών ατόμων. Η πρωτοπαθής μονιλίαση του στόματος (η εντοπισμένη στη στοματική ή περιστοματική περιοχή) συνήθως εμφανίζεται σε βρέφη, ηλικιωμένους και άτομα με μειωμένη άμυνα του οργανισμού. Οι παράγοντες που ευνοούν τη δραστηριοποίηση του μύκητα είναι τοπικοί (ξηροστομία, κακή στοματική υγιεινή) ή γενικοί (σακχαρώδης διαβήτης, υποβιταμίνωση, σιδηροπενική αναιμία, κακοήθεις νεοπλασίες, υπολειτουργία ενδοκρινών αδένων, αντιβιοτικά, κορτικοστεροειδή, ανοσοκατασταλτικά, ακτινοβολία).

Η ψευδομεμβρανώδης μορφή είναι η συχνότερη. Είναι συνήθως οξεία και χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη μικρών μαλακών λευκών πλακών (ως πήγματα γάλακτος) που αποκολλώνται εύκολα με την τριβή και συνήθως καταλείπουν ερυθρή βάση. Οι πλάκες αυτές μπορεί να συρρέουν και να σχηματίζουν αλλοιώσεις μεγάλου μεγέθους. Συ-νήθως εντοπίζονται στον βλεννογόνο της παρειάς, στην γλώσσα, στη μαλθακή και σκληρή υπερώα και προκαλούν αίσθημα ξηρότητας και καύσου.

Η ερυθματώδης (ατροφική) μορφή μπορεί να είναι οξεία ή χρόνια και χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη ερυθρών περιοχών που συνήθως εντοπίζονται στη ραχιαία επιφάνεια της γλώσσας και στην υπερώα προκαλώντας αίσθημα καύσου. Είναι συχνή σε άτομα μολυσμένα από τον HIV αλλά μπορεί να παρατηρηθεί και σε άτομα που παίρνουν αντιβιοτικά ευρέος φάσματος, κορτικοστεροειδή και ανοσοκατασταλτικά.

Η οζώδης μορφή (χρόνια υπερπλαστική) χαρακτηρίζεται από λευκές επηρμένες πλάκες που προσφύονται στερεά στο βλεννογόνο και οφείλεται σε βαθιά διήθηση των ιστών από τις υφές του μύκητα. Οι σταθερές αυτές πλάκες μπορεί να περιβάλλονται από ερύθημα και διαβρώσεις και εντοπίζονται στον παρειακό βλεννογόνο, ιδιαίτερα στην περιοχή κοντά στις συγχειλίες και στην γλώσσα. Αυτή η μορφή τείνει να περιλαμβάνεται στις προκαρκινικές βλάβες.

Θεραπεία: Ανάλογα με τη βαρύτητα και την χρονιότητα των βλαβών χορηγούνται αντιμυκητιασικά τοπικά ή συστηματικά.

Στα άτομα με ολικές οδοντοστοιχίες είναι επίσης δυνατόν να παρατηρηθούν:

7) Υπερπλασία υπερώας από αρνητική πίεση

Δημιουργείται όταν στο κέντρο της βασικής πλάκας υπάρχει αεροθάλαμος ή βεντούζα για καλύτερη συγκράτηση. Αυτός έχει σχήμα συνήθως καρδιάς ή στρογγυλό (Εικ. 5.3-4).

Πρόκειται για καλά περιγεγραμμένη υπερπλασία του βλεννογόνου της σκληρής υπερώας, ερυθρή, με λεία ή θηλώδη επιφάνεια, στο σχήμα του αεροθαλάμου.

Τις περισσότερες φορές δεν απαιτείται καμία θεραπεία.



Εικ. 5.3. «Βεντούζα» για την βελτίωση της συγκράτησης της άνω οδοντοστοιχίας.



Εικ. 5.4. Εντύπωμα στη σκληρά υπερώα και στοματίδα.

Εντυπώματα γλώσσας

Πρόκειται για μικρές βαθύνσεις και λεπτές υπεργέρσεις του - φυσιολογικού συνήθως - βλεννογόνου στα πλάγια χείλη της γλώσσας, σε θέσεις αντίστοιχες δοντιών και μεσοδοντίων διαστημάτων.

Παρατηρούνται σε άτομα που είτε έχουν τη συνήθεια να πιέζουν τη γλώσσα πάνω στα δόντια είτε έχουν στρεβλοφυή δόντια πάνω στα οποία πιέζεται η γλώσσα.

Σε άτομα με κινητές προσθετικές εργασίες μπορεί να παρατηρηθούν και όταν χρησιμοποιηθούν τεχνητά δόντια μεγέθους μεγαλύτερου του συνήθους ή όταν αυτά τοποθετηθούν εσφαλμένα, έτσι ώστε ο εναπομένον διατιθέμενος χώρος για τη γλώσσα να είναι μικρότερος του απαιτούμενου.

Προσοχή απαιτείται στη διαφορική διάγνωση αφού τα εντυπώματα μπορεί να είναι συνέπεια μακρογλωσσίας που οφείλεται σε μυξοίδημα, μεγαλακρία, αμυλοείδωση, λιποειδική πρωτείνωση κ.ά.

Β. ΛΟΙΠΕΣ ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

Αν και μεταξύ των διαφόρων ερευνητών δεν υπάρχει πλήρης ομοφωνία αναφορικά με τη σχετική συχνότητα των στοματικών νόσων στους ηλικιωμένους έναντι των λοιπών ηλικιακών ομάδων, τα νοσήματα που συνηθέστερα αναφέρονται είναι τα ακόλουθα:

1 Λευκοπλακία

Η «λευκοπλακία» είναι ένας κλινικός όρος που υποδηλώνει την ύπαρξη λευκής πλάκας στο βλεννογόνο του στόματος, η οποία δεν αποκολλάται εύκολα και η οποία δεν μπορεί να ταξινομηθεί σε καμία άλλη νοσολογική οντότητα (μη ειδική λευκή πλάκα).

Είναι η πιο συνήθης προκαρκινική βλάβη. Η συχνότητα της στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται από 0,1% έως 5%, με ετήσιο ρυθμό επίπτωσης στο λευκό πληθυσμό 14 ανά 100.000 κατοίκους. Σε συγκεκριμένους όμως πληθυσμούς, όπως σε περιοχές της Ινδίας που εμφανίζουν συνήθειες όπως κατάχρηση καρυκευμένων και καυτών φαγητών, εκμύζηση καπνού κ.λπ., ο ετήσιος ρυθμός επίπτωσης μπορεί να ανέρχεται μέχρι και 130 ανά 100.000.

Στην πρόκληση προκαρκινικών βλαβών και καρκίνου στο στόμα πλην των ενδογενών παραγόντων (π.χ. ογκογονιδίων, ενζύμων επιδιόρθωσης βλαβών του DNA, αμυντικών μηχανισμών κ.λπ.) συμμετέχουν - άμεσα ή έμμεσα - και αρκετοί περιβαλλοντικοί παράγοντες. Τέτοιοι είναι κυρίως τα χημικά καρκινογόνα και ιδιαίτερα οι πολυκυκλικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες των οποίων η κυριότερη πηγή για το στόμα είναι το κάπνισμα. Άλλοι παράγοντες είναι το οινόπνευμα και η ηλιακή ακτινοβολία.

Σε περιορισμένη κλίμακα ενοχοποιείται και η δράση διαφόρων ιών. Αυξημένη συχνότητα καρκίνου του στόματος παρατηρείται επίσης σε άτομα με σύνδρομο Plummer - Vinson και σύφιλη. Η έλλειψη διαφόρων βιταμινών, κυρίως της ριβοφλαβίνης και της Α, συνδέεται και αυτή με αύξηση της συχνότητας νεοπλασματικών βλαβών. Συμμετοχή στις καρκινογόνες διεργασίες έχει αναφερθεί και για σειρά άλλων παραγόντων όπως π.χ. μυκήτων.

Όμως συμμετοχή στην καρκινογένεση φαίνεται επίσης ότι έχουν και οι χρόνιοι ερεθιστικοί και τραυματικοί παράγοντες. Στους παράγοντες αυτούς ανήκουν και οι κακές προσθετικές εργασίες. Ο χρόνιος τραυματισμός ή ερεθισμός που προκαλούν έχει ως συνέπεια τον ταχύ πολλαπλασιασμό των κυττάρων, οπότε δεν επιδιορθώνονται επαρκώς οι βλάβες στο DNA που έχουν συμβεί από τη δράση διαφόρων μεταλλαξιογόνων και παράλληλα, λόγω της ταχείας αύξησης, το DNA συνολικά βρίσκεται σχετικά μεγάλο διάστημα σε φάση αναδιπλασιασμού άρα και μεγάλο διάστημα εκτεθειμένο στη δράση μεταλλαξιογόνων παραγόντων. Έτσι, οι χρόνιοι τραυματικοί παράγοντες, χωρίς να έχουν αυτοί καθαυτοί καρκινογόνους ιδιότητες, παρεμβαίνουν στην καρκινογένεση προάγοντας αυτές τις διαδικασίες, ανήκουν δηλαδή στους «προαγωγικούς» παράγοντες (promoters).

Η λευκοπλακία είναι συχνότερη στους άνδρες με ηλικίες προτίμησης τις άνω των 40-50 ετών, ενώ σε άτομα κάτω των 30 ετών είναι πολύ σπάνια.

Μπορεί να εντοπίζεται σε οποιαδήποτε περιοχή του στοματικού βλεννογόνου ή - σπανιότερα - στο ερυθρό κράσπεδο των χειλέων. Οι διαστάσεις της ποικίλλουν από λίγα χιλιοστά μέχρι πολλά εκατοστά, μπορεί δε να φθάσει να καταλαμβάνει και ολόκληρο τον βλεννογόνο του στόματος.

Η κλινική της εικόνα εμφανίζει επίσης μεγάλη ποικιλία και οδήγησε την ταξινόμηση της σε πολλούς τύπους, που αντί να διευκολύνουν μάλλον δημιούργησαν σύγχυση. Έτσι σήμερα επικρατεί η ταξινόμηση της σε δύο κυρίως τύπους, τον ομοιογενή (άσπρη ομοιογενής πλάκα με λεία ή ρυτιδωμένη επιφάνεια που μπορεί να διασχίζεται και από αύλακες), ο οποίος είναι και ο συχνότερος και τον μη ομοιογενή (οζώδης, μυρμηκιάδης κ.λπ.).

Ιστολογικά, η λευκοπλακία, σε ποσοστό 80 - 85% χαρακτηρίζεται μόνο από πάχυνση μιας ή περισσοτέρων στιβάδων του επιθηλίου. Σε ποσοστό 15 - 20% στο αυξημένου πάχους επιθήλιο παρατηρούνται και ατυπίες, (πρόκειται δηλ. για δυσκερατίνωση ή επιθηλιακή δυσπλασία). Η δυσπλασία, ανάλογα με την εντόπιση των άτυπων κυττάρων στις διάφορες στιβάδες του επιθηλίου, διακρίνεται σε μικρού, μέτριου και έντονου βαθμού ενώ όταν τα άτυπα κύτταρα επεκταθούν σε όλο το πάχος του επιθηλίου, τότε η λευκοπλακία είναι ιστολογικά καρκίνωμα *in situ*. Πιστεύεται ότι με την πάροδο του χρόνου τα άτυπα κύτταρα ούτως ή άλλως επεκτείνονται σε όλες τις στιβάδες και ακόμα και οι δυσπλασίες μικρού βαθμού μεταπίπτουν σταδιακά σε μεγάλο βαθμού, καρκίνωμα *in situ* και τελικά διηθητικό ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα. Παράλληλα όμως, και οι λευκοπλακίες χωρίς ατυπία είναι δυνατό να υποστούν κακοήγη εξαλλαγή. Η μέση τιμή κακοήθους εξαλλαγής μιας λευκοπλακίας υπολογίζεται ότι είναι περί το 6%.

Από κλινικής απόψεως σχέση με τη δυνατότητα κακοήθους εξαλλαγής έχει ο τύπος της λευκοπλακίας (ο μη ομοιογενής μεταπίπτει πολύ συχνότερα σε καρκίνωμα από τον ομοιογενή) και η εντόπιση (μεγαλύτερο τέτοιο κίνδυνο εμφανίζουν οι εντοπίσεις στο έδαφος του στόματος ακολουθούμενες από τη γλώσσα και το χείλος). Η τελική, όμως, εκτίμηση μιας λευκοπλακίας πρέπει να γίνεται πάντοτε μετά από λήψη βιοψίας και ιστολογική εξέταση. Όταν μάλιστα υπάρχουν περιοχές της λευκοπλακίας, με εξέλκωση, ραγάδες, ερυθρότητα ή αιμορραγία, η λήψη βιοψίας πρέπει να γίνεται από αυτές διότι τα σημεία αυτά αποτελούν ενδείξεις πιθανής εξαλλαγής.

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει την υπερτροφική μορφή του ομαλού λειχήνα, τη χρόνια υπερπλαστική μονιλίαση, τον ερυθρηματώδη λύκο και διάφορα γενετικά σύνδρομα που εμφανίζουν διαταραχές της κερατινοποίησης.

Η αντιμετώπιση μιας λευκοπλακίας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Κυρίως βασίζεται στην ιστοπαθολογική εικόνα. Καταρχήν καταβάλλεται προσπάθεια ανεύρεσης του πιθανού αιτίου και άρση του (διακοπή καπνίσματος ή χρήσης οινόπνευματων, εξάλειψη των τραυματογόνων παραγόντων κ.λπ.), οπότε εντός ενός μηνός η βλάβη είναι δυνατό να εξαφανισθεί. Αν επιμένει, διενεργείται βιοψία και ιστολογική εξέταση. Αν από αυτήν φανεί ότι πρόκειται απλώς για πάχυνση του επιθηλίου, τότε θα μπορούσε ο οδοντίατρος να στραφεί προς τον εντοπισμό και την άρση και άλλων παραγόντων και να παρακολουθεί στενά τον ασθενή για 2-3 μήνες. Αν η λευκοπλακία επιμένει ακόμα, τότε χρειάζεται οπωσδήποτε αφαίρεση. Μετά την αφαίρεση, πάλι χρειάζεται στενή παρακολούθηση του ασθενούς (ανά μήνα στην αρχή, ανά τρίμηνο αργότερα) για πιθανή υποτροπή. Αν η ιστολογική εξέταση δείξει ότι πρόκειται για επιθηλιακή δυσπλασία ή καρκίνωμα *in situ*, τότε χρειάζεται άμεσα συντηρητική αφαίρεση της βλάβης και επίσης στενή παρακολούθηση του ασθενούς.

2. Καρκίνος

Τα κακοήγη νεοπλασμάτα του στόματος αντιπροσωπεύουν ποσοστό 3-5% του συνόλου των καρκίνων του σώματος. Το συχνότερο απ' όλα είναι το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, που αποτελεί περίπου το 90% του συνόλου των κακοήθων νεοπλασμάτων του στόματος.

Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα προσβάλλει συνηθέστερα άνδρες από γυναίκες (αναλογία σε κοινωνίες με δυτικό τρόπο ζωής 2,5-3 :1), ηλικίας άνω των 40 ετών.

Το δυστύχημα είναι ότι αν και το στόμα προσφέρεται για επισκόπηση και παρόλο που οι ασθενείς συνήθως προσέρχονται στον οδοντίατρο τους για την αντιμετώπιση οδοντιατρικών προβλημάτων, η διάγνωση καθυστερεί σημαντικά, έτσι ώστε περίπου το 50% των ασθενών να έχει ήδη μεταστάσεις τη στιγμή της διάγνωσης.

Κλινικά, το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα πολλές φορές δημιουργεί διαγνωστικά προβλήματα αφού είναι δυνατό να μιμείται μια ποικιλία νόσων. Στα αρχικά στάδια μπορεί να εμφανισθεί ως μια λευκή ή ερυθρή βλάβη, διάβρωση, έλκος, εξωφυτική μάζα και κατ' αρχήν είναι συνήθως ασυμπτωματικό. Με την πάροδο του χρόνου και τη σχετικά γρήγορη αύξηση των διαστάσεων του, επέρχεται νέκρωση των επιφανειακών κυττάρων και έτσι σχεδόν πάντα σε προχωρημένα στάδια εμφανίζεται ως έλκωση με ανώμαλο πυθμένα με κοκκώδη εμφάνιση, επηρμένα χείλη και σκληρή βάση, είναι επώδυνο και ανάλογα με την εντόπιση δυσκολεύει τη μάσηση, την κατάποση και την ομιλία.

Η γλώσσα (και δη τα πλάγια χείλη) αποτελεί τη συχνότερη ενδοστοματική εντόπιση (περίπου 50%) και ακολουθούν το έδαφος του στόματος, τα ούλα, ο φατνιακός βλεννογόνος και τα πρόσθια παρίσθια, ο παρειακός βλεννογόνος και η υπερύα. Σχετικά με το ερυθρό κράσπεδο των χειλέων, συχνότερα προσβάλλεται το κάτω εκατέρωθεν της μέσης γραμμής.

Με βάση την ιστοπαθολογική εικόνα (ύπαρξη μαζών κερατίνης, βαθμός ομοιότητας των καρκινικών με τα φυσιολογικά κύτταρα) διακρίνεται σε υψηλής, μέτριας και χαμηλής διαφοροποίησης, κατάταξη που έχει προγνωστική σημασία και αξία στο σχεδιασμό της θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει μια ποικιλία βλαβών (π.χ. τραυματικό έλκος, αφθώδες ή συφιλιδικό έλκος, ηωσινόφιλο έλκος, άλλους κακοήθεις όγκους κ.λπ.). Ακριβής διάγνωση μπορεί να τεθεί μόνο μετά από λήψη βιοψίας και ιστοπαθολογική εξέταση.

Η θεραπευτική του αντιμετώπιση περιλαμβάνει χειρουργική, ακτινοβολία, χημειοθεραπεία ή συνδυασμούς των.

Ο αποτελεσματικότερος όμως τρόπος αντιμετώπισης του καρκίνου του στόματος είναι η πρόληψη. Ο ρόλος του οδοντίατρου είναι ιδιαίτερα σημαντικός τόσο στην πρωτογενή πρόληψη με την προσπάθεια άρσης των περιβαλλοντογενών παραγόντων όσο και στη δευτερογενή με την έγκαιρη διάγνωση και τη σωστή καθοδήγηση του ασθενούς.

3. Ακτινική χειλίτιδα

Η ακτινική χειλίτιδα μπορεί να είναι οξεία ή χρόνια. Η χρόνια συνήθως προσβάλλει το κάτω χείλος ηλικιωμένων ατόμων μετά από μακρά έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία (π.χ. γεωργών και ψαράδων).

Κατά τα αρχικά στάδια παρατηρούνται οίδημα και ερύθημα του κάτω χείλους και στη συνέχεια ξηρότητα και σχηματισμός «λεπιών», το δε επιθήλιο γίνεται λεπτό ατροφικό με λευκόφαιες περιοχές που εναλλάσσονται με ερυθρές ενώ είναι δυνατό να εμφανισθούν και διαβρώσεις. Όπως είναι ευνόητο, σε ένα τέτοιο υπόστρωμα ο κίνδυνος για κακοήγη εξαλλαγή και ανάπτυξη ακανθοκυτταρικού καρκινώματος είναι αυξημένος.

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει τη λευκοπλακία, το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, την απολεπιστική χειλίτιδα, τη χειλίτιδα εξ επαφής, τον ομαλό λειχήνα και τον ερυθρηματώδη λύκο. Βιοψία και ιστοπαθολογική εξέταση χρειάζεται για να αποκλείσουν την ύπαρξη ακανθοκυτταρικού καρκινώματος.

Προς πρόληψη της βλάβης πρέπει να αποφεύγεται η παρατεταμένη παραμονή στον ήλιο.

4. Ομαλός λειχήνας

Στα ηλικιωμένα άτομα συνηθέστερες από ότι στον γενικό πληθυσμό είναι και διάφορες δερματοπάθειες. Μεταξύ αυτών συχνότερα εμφανίζεται ο ομαλός λειχήνας, με προτίμηση προσβολής του γυναικείου φύλου.

αιτιολογία του παραμένει άγνωστη, υπάρχουν όμως ενδείξεις αυτοάνοσης παθογένειας.

Ο βλεννογόνος του στόματος αποτελεί συνήθη εντόπιση, πολλές φορές μάλιστα απουσιάζουν δερματικές εκδηλώσεις. Στο στόμα ο ομαλός λειχήνας εμφανίζεται με αργυρόλευκες βλατίδες που μπορεί να είναι μεμονωμένες ή συνηθέστερα να σχηματίζουν γραμμώσεις που διαπλέκονται σε δίκτυο (δικτυωτή μορφή).

Σπάνια οι βλατίδες συρρέουν και σχηματίζουν καλά περιγεγραμμένη και υπερυψωμένη λευκή πλάκα που μοιάζει με τον ομοιογενή τύπο λευκοπλακίας (υπερτροφική μορφή). Στην περιφέρεια των λευκών πλακών συνήθως ανευρίσκονται βλατίδες σε σχηματισμό ακτινοειδών γραμμώσεων ή δικτύου.

Η δεύτερη συχνότερη μορφή του ομαλού λειχήνα μετά τη δικτυωτή είναι η διαβρωτική που χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη επώδυνων διαβρώσεων ποικίλου μεγέθους στην περιφέρεια των οποίων ανευρίσκονται βλατίδες. Η διαβρωτική μορφή μπορεί να προκύψει και από την σπάνια πομφολυγώδη μορφή μετά τη ρήξη των πομφολύγων. Η ατροφική μορφή είναι συνήθως αποτέλεσμα της διαβρωτικής. Χαρακτηρίζεται από ατροφία του επιθηλίου, το οποίο εμφανίζει λείες ερυθρές βλάβες με μη καλά καθορισμένα όρια, στην περιφέρεια των οποίων συχνά ανευρίσκονται βλατίδες.

Ο ομαλός λειχήνας είναι χρόνια δερματοπάθεια με υφέσεις και εξάρσεις. Συνήθως προσβάλλει τον παρειακό βλεννογόνο, την γλώσσα και τα ούλα, οι δε βλάβες στις περισσότερες περιπτώσεις είναι συμμετρικές. Η διαβρωτική μορφή είναι επώδυνη, οι

άλλες είναι είτε ασυμπτωματικές είτε προκαλούν ήπια συμπτώματα (π.χ. αδρότητας ή καύσου).

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει πλήθος νοσημάτων (π.χ. πολύμορφο ερύθημα, καλοήθεις πεμφιγοειδές, πέμφιγα, ερυθηματώδη λύκο, λευκοπλακία, μονιλίαση κ.λπ.). Στην τελική διάγνωση συμβάλλουν η ιστοπαθολογική εξέταση και ο άμεσος ανοσοφθορισμός.

Ειδική θεραπεία δεν υπάρχει. Εξάλλου στην ασυμπτωματική μορφή δεν απαιτείται καμία θεραπεία και η βοήθεια του οδοντιάτρου προς τον ασθενή συνίσταται στην τεκμηρίωση της διάγνωσης και εξάλειψη της καρκινοφοβίας. Στη συμπτωματική μορφή (διαβρωτική) τα στεροειδή βοηθούν αρκετά στην ταχύτερη υποχώρηση των βλαβών.

Η πρόγνωση είναι καλή. Σχετικά με την δυνατότητα κακοήθους εξαλλαγής του ομαλού λειχήνα - ιδιαίτερα της διαβρωτικής και ατροφικής μορφής του - οι γνώμες των ερευνητών δίστανται. Έτσι, ενώ πολλοί δεν δέχονται την ύπαρξη τέτοιας δυνατότητας, άλλοι αναφέρουν τέτοια εξαλλαγή σε ποσοστά που κυμαίνονται μεταξύ του 0,4 και 2,5%. Προς επιβεβαίωση της μιας ή της άλλης απόψεως απαιτείται περισσότερη έρευνα στο πεδίο.

Πλέον, όμως των νοσημάτων που προαναφέρθηκαν, τα ηλικιωμένα άτομα ταλαιπωρούνται σε σημαντικό βαθμό και από τις ακόλουθες τρεις καταστάσεις:

Ξηροστομία

Στην ξηροστομία παρατηρείται μείωση ή παντελής έλλειψη της έκκρισης σιάλου. Αυτή εμφανίζεται σε ποσοστό άνω του 50% των ηλικιωμένων και οφείλεται:

- σε φυσιολογικές μεταβολές των σιαλογόνων αδένων λόγω γήρατος, των οποίων η λειτουργικότητα περιορίζεται μέχρι και στο 1/4, αν και αυτό αμφισβητείται.
- στην ύπαρξη διαφόρων νοσημάτων (π.χ. σύνδρομο Sjogren, σακχαρώδης διαβήτης, νεύρωση κ.λπ.).
- σε λήψη φαρμάκων (αγχολυτικά, αντιυπερτασικά κ.λπ.).
- σε διάφορους άλλους λόγους (εμμηνόπαυση, ακτινοβολία κ.λπ.).

Ο βλεννογόνος του στόματος εμφανίζεται στεγνός, ερυθρός, με σχισμές στην γλώσσα και ραγάδες στη γωνία του στόματος, το δε επιθήλιο γίνεται ατροφικό. Οι τερηδόνες των ριζών είναι αυξημένες εξαιτίας της έλλειψης επαρκούς ποσότητας σιάλου. Στον ίδιο λόγο οφείλεται και η συχνή εμφάνιση μονιλίασης του στόματος.

Ανάλογα με το βαθμό της ξηροστομίας συνυπάρχουν συνοδά συμπτώματα, όπως δυσκολία στη μάσηση, κατάποση ή ακόμα και στην ομιλία, καυσαλγία - γλωσσοδυνία, δυσανεξία των οδοντοστοιχιών, μειωμένη οξύτητα γεύσης κ.λπ.

Η ανεύρεση του αιτίου της ξηροστομίας αποτελεί πολλές φορές επίπονο έργο, είναι όμως θεμελιώδους σημασίας για την αντιμετώπιση της. Τα σκευάσματα συνθετικού

σιάλου ανακουφίζουν σε ικανοποιητικό βαθμό τον ασθενή (Βλέπε επίσης Κεφ. 4, σελ. 81).

Καυσαλγία στόματος - γλωσσοδυνία

Στην καυσαλγία στόματος οι ασθενείς παραπονούνται για αίσθημα καύσου, που συνήθως εντοπίζεται στη γλώσσα, άλλοτε άλλου βαθμού, συνεχές ή διαλείπον. Αποτελεί συχνό πρόβλημα μεταξύ των ηλικιωμένων με προτίμηση προσβολής στις γυναίκες άνω των 50 ετών.

Για την εκδήλωση της ενοχοποιείται μια πλειάδα παραγόντων. Σε αυτούς συμπεριλαμβάνονται διάφορες μεταβολές λόγω γήρανσης (ατροφία του επιθηλίου, μείωση λειτουργικότητας των σιαλογόνων αδένων κ.λπ.), ψυχογενή αίτια (άγχος, κατάθλιψη, φοβίες) και οργανικά αίτια.

Αξίζει να σημειωθεί ότι στην κλινική πράξη η καυσαλγία τις περισσότερες φορές αντιμετωπίζεται ως εκδήλωση ενός ψυχολογικού προβλήματος. Μάλιστα οι ασθενείς των οποίων η καυσαλγία είναι ψυχογενούς αιτιολογίας φαίνεται ότι εμφανίζουν ιδιαίτερους χαρακτήρες προσωπικότητας (επιθετικότητα, κατάθλιψη κ.ά.).

Δέον, όμως, να τονισθεί ότι δεν πρέπει να παραλείπεται η προσεκτική διερεύνηση ύπαρξης κάποιου οργανικού αιτίου διότι δεν είναι λίγες οι φορές που κατόπιν ενδελεχούς διερευνήσεως αποκαλύπτεται τέτοιο αίτιο. Μεταξύ αυτών συγκαταλέγονται η σιδηροπενική αναιμία, το σύνδρομο Plummer Vinson, η μεγαλοβλαστική αναιμία, η ξηροστομία, η μονιλίαση, ο σακχαρώδης διαβήτης, ο ομαλός λειχήνας, η γεωγραφική γλώσσα, ορμονικές μεταβολές - εμμηνόπαυση, αλλεργική αντίδραση κ.ά. Από πλευράς παραμέτρων προσθετικών εργασιών που μπορεί να ενέχονται στην εκδήλωση καυσαλγίας αναφέρονται η μη καλή εφαρμογή των οδοντοστοιχιών, η αλλεργία στο υλικό της βάσης της οδοντοστοιχίας (σπάνια), η ύπαρξη περίσσιας μονομερούς, ακόμα δε και παράγοντες σύγκλεισης.

Έτσι, η αντιμετώπιση της καυσαλγίας αποτελεί και αυτή επίπονο έργο αφού καταρχήν απαιτεί την απομόνωση του αιτιολογικού παράγοντα από το μακροσκελή σχετικά κατάλογο και στην συνέχεια την άρση του που πολλές φορές επιβάλλει τη συνεργασία του οδοντίατρου με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων (π.χ. κατά περίπτωση αιματολόγους, διαβητολόγους, ψυχιάτρους κ.λπ.).

Κακοσμία στόματος (halitosis)

Η κακοσμία του στόματος (η άσχημη δηλ. οσμή που βγαίνει από το στόμα), αποτελεί σύμπτωμα, που περιοδικά εμφανίζεται σε κάποια φάση της ζωής της πλειονότητας των ενηλίκων και ιδιαίτερα των ηλικιωμένων ατόμων.

Συνηθέστερα οφείλεται σε τοπικά αίτια, παθολογικά ή μη, όπως ύπαρξη περιοδοντικής νόσου, κακής στοματικής υγιεινής και υγιεινής των οδοντοστοιχιών κ.λπ.

Είναι σημαντικό όμως, ιδιαίτερα για τα ηλικιωμένα άτομα, να γνωρίζουμε ότι η κακοσμία μπορεί να οφείλεται σε συστηματικούς παθολογικούς παράγοντες.

Τέτοιοι είναι:

1) Ύπαρξη νοσημάτων που συνδέονται ή όχι με πρόκληση ξηροστομίας, όπως σακχαρώδης διαβήτης, ηπατική ανεπάρκεια, οξύς ρευματικός πυρετός, απόστημα πνεύμονος - φυματίωση - βρογχεκτασία, αιματικές δυσκρασίες, κίρρωση ήπατος, ουραιμία - νεφρική ανεπάρκεια,

τοξιναιμία, γαστρεντερικές διαταραχές, νευροψυχιατρικές διαταραχές, σύνδρομο Heerfordt, σύνδρομο Sjogren, νόσος Mickulicz, σύφιλη, σκορβούτο, εσωτερική αιμορραγία κ.ά. Αξιοσημείωτο είναι ότι η ιδιαίτερη χροιά στην αναπνοή μπορεί να αποτελεί την πρώτη ή μια από τις κυριότερες ενδείξεις ύπαρξης κάποιων από τα προαναφερθέντα νοσήματα, π.χ. οσμή αμμωνίας στην αναπνοή μπορεί να είναι ένδειξη ουραιμίας, οσμή σεσηπτός μήλου σε διαβητικό ασθενή μπορεί να υποδηλώνει την ύπαρξη διαβητικής οξεώσεως ή επαπειλούμενου υπεργλυκαιμικού κώματος κ.λπ.

2) Χορήγηση φαρμάκων (μέσω ή όχι της προκαλούμενης ξηροστομίας), όπως φαρμάκων που περιέχουν ιώδιο ή χλώριο, αντιισταμινικών, αμφεταμινών, ηρεμιστικών, διουρητικών, αντινεοπλασματικών, αντισηθαστικών κ.λπ.

Η χαλίτωση, επίσης, μπορεί να συνδέεται με συστηματικούς παράγοντες μη παθολογικής αιτιολογίας, όπως με υπερκατανάλωση τροφών ζωικής προελεύσεως, με πολύ αυστηρές δίαιτες, με κατανάλωση σκόρδου, κρεμμυδιών, αλκοόλ κ.λπ., με το κάπνισμα, με σωματικό στρες, με δυσμηνόρροια ή να είναι «οσμή πείνας».

Η αντιμετώπιση της κακοσμίας είναι δύσκολο έργο. Καταρχήν πρέπει να εξακριβωθεί εάν είναι υπαρκτή ή πρόκειται για «χαλιτοφοβία». Επί υπαρκτού προβλήματος θα πρέπει να γίνεται προσεκτική διερεύνηση, προκειμένου να εντοπισθεί ο αιτιολογικός παράγοντας. Πάντως η θεραπεία των πιθανών οδοντιατρικών προβλημάτων, η τήρηση καλής στοματικής υγιεινής και ο επιμελημένος καθαρισμός των προσθετικών εργασιών ακόμα και αν δεν επιλύουν, συνεισφέρουν αναμφίβολα τα μέγιστα στην αντιμετώπιση του προβλήματος.

Γενικά επιδημιολογικά στοιχεία

Οι προσπάθειες προσδιορισμού ακριβών συχνοτήτων των νοσημάτων του στόματος στα άτομα τρίτης και τέταρτης ηλικίας έχουν αποδώσει ποσοστά με ευρύ φάσμα τιμών εξαρτωμένων από ποικίλους παράγοντες, όπως το μέγεθος του δείγματος του πληθυσμού, η αντιπροσωπευτικότητά του, η προέλευση (κλινικές ή ιστοπαθολογικά εργαστήρια) κ.λπ., ενώ δεν πρέπει να παραγνωρίζεται το γεγονός ότι πολλοί ηλικιωμένοι αδυνατούν - για λόγους υγείας ή κοινωνικούς - να αναζητήσουν οδοντιατρική περίθαλψη.

Αναμφισβήτητη, πάντως, είναι η μεγάλη συχνότητα εμφάνισης των κακοηθών νεοπλασιών στις ηλικίες αυτές, το ήμισυ μάλιστα των καρκίνων του στόματος αφορά σε άτομα άνω των 65 ετών. Από υλικό βιοψιών φαίνεται ότι το ποσοστό των ακανθοκυτταρικών καρκινωμάτων σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό στην 7η δεκαετία ζωής περίπου τριπλασιάζεται και στην 8η και πέραν πενταπλασιάζεται, σε σχέση δε με τα άτομα κάτω των 60 ετών πενταπλασιάζεται και δεκαπλασιάζεται αντίστοιχα. Ως συνέπεια 1 στις 12 βιοψίες που λαμβάνονται από το στόμα στην 8η και πέραν αυτής δεκαετίας αφορά σε κακοήγη νεοπλασία. Στην Ελλάδα φαίνεται ότι η αναλογία προσβεβλημένων ανδρών προς γυναίκες είναι περίπου τρία προς ένα. Οι

προτιμώμενες εντοπίσεις είναι το έδαφος του στόματος (όπου περίπου 1 στις 5 βιοψίες αποδεικνύεται ότι αφορούν σε κακοήγη βλάβη), η γλώσσα και τα χείλη. Από τις προκαρκινικές βλάβες συχνότερες είναι η λευκοπλακία και η διαβρωτική μορφή του ομαλού λειχήνα ενώ το σύνδρομο Plummer - Vinson απαντάται επί-σης αρκετά συχνά. Συμπερασματικά, πρέπει να τονισθεί ότι ο οδοντίατρος πρέπει να εξετάζει προσεχτικά τη στοματική κοιλότητα ιδιαίτερα των ηλικιωμένων ασθενών του, να διαθέτει υψηλό δείκτη υποψίας και να μη διστάζει να προβαίνει σε λήψη βιοψίας.

Από υλικό βιοψιών, επίσης, προκύπτει ότι στους ηλικιωμένους ιδιαίτερα αυξημένα είναι τα ποσοστά αντιδραστικών όγκων - ινώδων υπερπλασιών. Ακόμα, τριπλάσια σε σχέση με τους κάτω των 60 ετών εμφανίζονται τα ποσοστά του ομαλού λειχήνα και των ελκών.

Παράλληλα, από υλικό κλινικών φαίνεται ότι από τους αναζητούντες στοματολογική περίθαλψη μεγάλο είναι το ποσοστό αυτών που υποφέρουν από καυσαλγία στόματος. Επίσης, από τους προσερχόμενους 1 στους 4 υποφέρει από αντιδραστική υπερπλασία (κυρίως πτυχωτή ινώδη), 1 στους 10 από κακοήγη νεοπλασία και 1 στους 20 από στοματική εκδήλωση δερματικής νόσου (κυρίως ομαλό λειχήνα).

Από την άλλη πλευρά, σε μελέτες που αφορούσαν σε ηλικιωμένους που φέρουν κινητές προσθετικές εργασίες βρέθηκε ότι περίπου 1 στους 3 υποφέρει από στοματίτιδα από οδοντοστοιχία, επίσης 1 στους 3 από συγγειλίτιδα, 1 στους 8 από ινώδεις υπερπλασίες και 1 στους 15 από τραυματικό έλκος. Σε αμιγή πληθυσμό ιδρυματιζομένων (Γηροκομείο Αθηνών) το 38% από αυτούς που χρησιμοποιούσαν κινητές προσθετικές εργασίες παρουσίαζε κάποιας μορφής στοματίτιδα ενώ το 15% ινώδεις υπερπλασίες.

Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν τη μεγάλη ανάγκη στοματολογικής περίθαλψης των ηλικιωμένων. Βάση για την ικανοποίηση της ανάγκης αυτής αποτελεί η εξοικείωση του οδοντίατρου με τα προαναφερθέντα νοσήματα καθώς και η καθιέρωση τακτικών προληπτικών εξετάσεων του συγκεκριμένου πληθυσμού, του περιπατητικού και πολύ περισσότερο του μη περιπατητικού καθώς και των διαβιούντων σε γηροκομεία, που προβάλλουν πλέον ως επιτακτικό καθήκον.

Βιβλιογραφία

- Αγγελόπουλος Α.Π. (1976). Επίτομη Παθολογία του Στόματος. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.
- Αγγελόπουλος Α.Π., Παπανικολάου Σ., Κακαράντζα - Αγγελοπούλου Ε., Τσουνίας Β. (1994). Καρκίνος του στόματος: ο ρόλος του οδοντιάτρου στην πρόληψη, διάγνωση και αντιμετώπιση του. Εργαστήριο Στοματολο-γίας Οδοντιατρικού Τμήματος Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα.
- Αλμπανίδου - Φαρμάκη Ε., Λίνκ-Τσατσούλη Ι., Καγιάβης Ι., Παπαναγιώτου Π. (1995). Κλινικοστατιστική μελέτη προκαρκινικών καταστάσεων του στόματος σε 2.311 ασθενείς τρίτης ηλικίας. Ελλ. Π. Στομ. Γναθοπροσωπ. Χειρ., 10: 129 - 134.
- Βαλαμβάνος Κ.Θ., Γιαννικάκης Σ.Α., Ζήσης Α.Ι. (1995). Κλινικοστατιστική μελέτη της συχνότητας εμφάνισης συγγειλίτιδας σε άτομα με ολικές οδοντοστοιχίες. Συγχ. Οδοντ., 15: 209 - 216.
- Cibirka R.M., Nelson S.K., Lefebvre C.A. (1997). Burning mouth syndrome: A review of etiologies. J Prosthet Dent 78: 93 - 7.
- Γκοβόσδης Β. (1 997). Χαλίτωση (δυσσομία στόματος) (Halitosis - bad breath): η άποψη του γαστρεντερολόγου. Τόμος πρακτικών 1ης Επιστημονικής Συνάντησης Οδοντιάτρων - Στοματολόγων και Γαστρεντερολόγων για τις παθήσεις του στόματος και των σιελογόνων αδένων. Αθήνα, 1997.
- Δοντά-Μπακογιάννη Α., Στεφανιώτης Θ.Δ. (1992). Ξηροστομία: Κλινικοστατιστική μελέτη σε δείγμα Ελληνικού πληθυσμού της τρίτης ηλικίας. Οδο-ντοστοματολογική Πρόοδος, 46: 153 - 159.
- Καρκαζής Η., Πολυζώης Γ. (1992). Εισαγωγή στην Γηροδοντιατρική και Γναθοπροσωπική Προσθετική. Οδοντιατρικός Εκδοτικός Οίκος Μπονισέλ, Αθήνα. Α' έκδοση.
- Karkazis H.C., Kossioni A.E. (1993). Oral health status treatment needs and demands of an elderly institutionalised population in Athens. Eur J. Prosthodont Rest Dent 4: 157 - 163.
- Laskaris G. (1994). Color Atlas of Oral Diseases, 2nd ed., Thieme, Stuttgart - New York.
- Λίνκ-Τσατσούλη Ι., Καγιάβης Ι., Παπαναγιώτου Π. (1991). Στοματολογικά προβλήματα σε ασθενείς άνω των 60 ετών. Συγκριτική μελέτη σε 8.522 περιπτώσεις. Ελλ. Π. Γναθοπροσωπ. Χειρ., 6: Π - 79.
- Λινκ-Τσατσούλη Ι., Καγιάβης Ι., Παπαναγιώτου Π. (1995). Οι όγκοι του βλεννογόνου του στόματος σε υπερήλικες ασθενείς. Στόμα, 23: 209 - 212.

- Πετροπούλου Π. (1997). Κακοσμία του στόματος. Τόμος πρακτικών 1ης Επιστημονικής Συνάντησης Οδοντιάτρων - Στοματολόγων και Γαστρεντερολόγων για τις παθήσεις του στόματος και των σιελογόνων αδένων. Αθήνα, 1997.
- Ralph W.J., Pearson J.R. (1988). Burning mouth - A case report. *Gerodontology* 4: 41 - 42.
- Shi H.B., Xu G.Q., Shen Z.Y. (1988). A retrospective study of oral mucosal diseases in three age groups. *Gerodontology*, 4: 235 - 237.
- Silverglade L.B, Stablein M.J. (1988). Diagnostic survey of 9000 biopsies from three age groups: Under 60 years, 60-69 and over 70. *Gerodontology*, 4: 285 - 288.
- Trikkas G., Nikolatou O., Samara C, Bazopoulou-Kyrkanidou E., Rabavilas A.D., Christodoulou G.N. (1996). Glossodynia: Personality Characteristics and Psychopathology. *Psychother Psychosom*, 65: 163 - 168.
- Τρίμη Α., Ζερβού-Βάλβη Φ., Καλαμπαλίκης Κ., Μητσόπουλος Α. (1992). Βλάβες στα μαλακά μόρια του στόματος από κινητές και ακίνητες προσθετικές εργασίες. *Κλινικά Χρονικά*, 15: 134 - 136.
- Τρίμη Κ., Ζερβού-Βάλβη Φ., Ντόκος Ε., Μίχος Ν. (1993). Τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών ως έκτακτα περιστατικά κατά τις εφημερίες Οδοντιατρικού Τμήματος Γενικού Νοσοκομείου. *Κλινικά Χρονικά*, 16: 73 - 78.
- Τσουνίας Β., Κακαράντζα - Αγγελοπούλου Ε., Αγγελόπουλος Α. (1994). Νοσήματα του στόματος σε υπερήλικες. Κλινικοστατιστική μελέτη 1.344 περιπτώσεων. *Ελλ. Στοματολ. Χρον.*, 38: 77 - 82.
- Τσουνίας Β., Σπηλιώτης Ζ. (1992). Καρκίνος του στόματος σε ηλικιωμένα άτομα στον ελληνικό πληθυσμό (επιδημιολογική μελέτη). *Αρχ. Ελλ. Γεροντοδοντ.*, 1: 73 - 76.
- Τσουνίας Β., Ψωρομίτας Μ. (1995). Βλάβες στο βλεννογόνο του στόματος από οδοντοστοιχίες. Κλινικοστατιστική μελέτη σε άτομα της τρίτης ηλικίας. *Ελλ. Στοματολ. Χρον.*, 39: 57 - 62.
- Zissis A., Polyzois G. (1992). Denture wearing and denture stomatitis prevalence. *Hellenic Dent.J.* 2: 83 - 86.
- Ζερβού - Βάλβη Φ., Πηλαλητός Π., Κουτουλάς Α., Μητσόπουλος Α., Καρκαζής Η. (1995). Στοματική κατάσταση και οδοντιατρικές θεραπευτικές ανάγκες περιπατητικού πληθυσμού τρίτης ηλικίας. Πρόδρομη ανακοίνωση. 30ή Ετήσια Οδοντοστοματολογική Σύνοδος της Στοματολογικής Εταιρείας της Ελλάδος, Ολυμπία, 1-4/9/1995.