

Zapalenia języka i inne wybrane jego zmiany o charakterze łagodnym

STRESZCZENIE

W pracy przedstawiono zapalenia języka z uwzględnieniem ich symptomatologii, etiologii i czynników predysponujących. Zaprezentowano podział zapaleń języka. Poruszono problem nawracającego aftowego zapalenia jamy ustnej i języka. Przedstawiono niektóre łagodne zmiany języka jak np. zmiany atroficzne języka, do których należą język geograficzny i romboidalne zapalenie grzbietu języka. Omówiono także inną łagodną zmianę języka — język bruzdowaty.

Forum Medycyny Rodzinnej 2008, tom 2, nr 2, 127–131

słowa kluczowe: zapalenia języka, nawracające aftowe zapalenia języka, język atroficzny, język bruzdowaty

ZAPALENIA JĘZYKA

Objawy zapalenia języka mogą być różnorodne i obejmują zaczerwienienie koniuszka i/lub brzegów języka lub całego języka, ból o zmiennym nasileniu — ból pojawiający się przy ruchach języka (mówienie, połykanie) poprzez stałe uczucie pieczenia do silnego, zlokalizowanego bólu, mogącego powodować dysfagię. Zmiany zapalne języka mogą mieć postać owrzodzenia w przypadku opryszczki, zakażeń paciorkowcami, pęcherzycy języka, białych plamek (tzw. afty) jako wyraz grzybiczy, leukoplakii, kiły czy liszaja płaskiego, języka geograficznego, języka włochatego, powiększenia rozmiarów języka.

Czynniki ryzyka rozwoju zapalenia języka obejmują: niski poziom socjalny i ekono-

miczny, złe odżywianie, niską higienę osobistą, protezy zębowe, palenie tytoniu, alkoholizm, depresję i stany lękowe, podeszły wiek, osłabienie odporności, antybiotykoterapię, próchnicę zębów. Zmiany zapalne języka możemy podzielić na pierwotne i występujące w przebiegu chorób ogólnoustrojowych [1].

I. Pierwotne schorzenia języka powodowane są przez następujące czynniki:

1. Zakażenia wirusowe, bakteryjne i grzybicze.
2. Urazy (źle dopasowana proteza zębowa, oparzenia, ugryzienia w język np. w przebiegu ataku padaczki).
3. Czynniki drażniące — alkohol, dym tytoniowy, żucie tytoniu i inne.

Katarzyna Mrówka-Kata,
Grzegorz Namysłowski,
Katarzyna Banert,
Wojciech Ścierski

Katedra i Kliniczny Oddział Laryngologii
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego

Adres do korespondencji:

dr med. Katarzyna Mrówka-Kata
II Katedra i Oddział Kliniczny Laryngologii
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 21,
41-800 Zabrze
tel./faks: (032) 271-74-20
e-mail: laryngo.zabrze@poczta.fm



Leczenie w początkowym okresie ogranicza się do stosowania środków odkażających miejscowo. W przypadkach zaawansowanych wskazane jest ogólne podanie antybiotyku o szerokim spektrum działania

II. Zapalenia języka mogą występować w przebiegu niektórych chorób ogólnoustrojowych:

1. Awitaminozy, zwłaszcza w zakresie witamin z grupy B (pelagra).
2. Niedokrwistości złośliwej i z niedoboru żelaza.
3. Kiły.
4. AIDS.
5. W przebiegu chorób skóry, które mogą także obejmować błony śluzowe (rumień wielopostaciowy, pęcherzyca, liszaj płaski).
6. Cukrzyca.

Znając czynniki wywołujące zapalenie, możemy dokonać podziału na zakażenia nieswoiste (wirusowe, bakteryjne, grzybicze) i swoiste (kiłowe, gruźlicze). Na podstawie czasu trwania choroby zapalenie języka dzielimy na ostre i przewlekłe. Biorąc pod uwagę rodzaj warstw języka objętych procesem zapalnym, dzielimy zapalenia na powierzchniowe i głębokie. Zapalenie powierzchniowe obejmuje błonę śluzową języka, a zapalenie głębokie warstwy mięśniowe języka. Zwykle ma ono charakter bakteryjny, a powstaje najczęściej w wyniku skaleczenia powierzchniowego czy urazu głębokiego trzonu lub nasady języka. Punktem wniknięcia zakażenia może być założenie kolczyka (piercing) bądź inne ciało obce. Objawem jest zwykle najpierw pieczenie, a potem ból języka, szczególnie na jego końcu i brzegach. Jeżeli choroba dalej postępuje, może dojść do wytworzenia się ropnia języka i występowania objawów ogólnych, takich jak złe samopoczucie i podwyższona temperatura ciała. Obrzęk zapalny powoduje, że język nie mieści się w ustach. U małych dzieci istnieje niebezpieczeństwo pojawienia się duszności z powodu zablokowania drogi oddechowej. Ropień umiejscawia się zwykle po jednej stronie języka (powięź łącznotkankowa zapobiega przejściu procesu zapalnego z jednej strony na drugą). Obserwuje się powiększone i bolesne węzły chłonne podbród-

kowe i podżuchwowe. Rozpoznanie zapalenia i ropnia języka nie jest trudne. W razie wątpliwości rozstrzygające może być badanie rezonansem magnetycznym (MR, *magnetic resonance*) [1]. Leczenie w początkowym okresie ogranicza się do stosowania środków odkażających miejscowo. W przypadkach zaawansowanych wskazane jest także ogólne podanie antybiotyku o szerokim spektrum działania (dożylne cefalosporyny III generacji, metronidazol, linkozamidy, czasami aminoglikozydy). W przypadku uformowanego ropnia języka konieczne jest jego nacięcie wzdłuż brzegu, w znieczuleniu ogólnym.

NAWRACAJĄCE ZAPALENIE AFTOWE JAMY USTNEJ

Występuje u około 20% populacji i jest najczęstszą formą chorób przebiegających ze zmianami wrzodziejącymi w obrębie jamy ustnej. Częściej występuje u dziewczynek i w dobrze sytuowanych rodzinach. Etiologia nie jest do końca wyjaśniona. Zmiany aftowe nawracające są zwykle mniej bolesne od występujących jednorazowo, bez nawrotów i występują w chorobach układowych lub w wyniku zaburzeń autoimmunologicznych organizmu u dzieci podatnych na czynnik drażniący ogólnie lub miejscowo. Chorobę mogą wywołać czynniki emocjonalne, urazy miejscowe, ucisk, czynniki drażniące, substancje chemiczne, pokarmy zawierające gluten, kawa, czekolada, ziemniaki, ser, orzechy, figi, owoce cytrusowe, a także niedobory żelaza, kwasu foliowego i witaminy B₁₂, zaburzenia hormonalne. Może występować rodzinnie, a uwarunkowanie genetyczne potwierdza częste występowanie tej choroby u bliźniąt jednojajowych. Ostatnio uważa się, że chorobę tę mogą też wywołać L-formy paciorkowców. Nawroty pleśniawek w zapaleniu jamy ustnej obserwuje się u chorych z ogólnymi chorobami, takimi jak choroba Crohna, zakażenie HIV i AIDS. Podobnie jako czynnik etiologiczny bierze się

pod uwagę wirus Coxsackie, wirus opryszczki zwykłej HSV, wirus półpaśca Varicella, wirus Epsteina-Barr, wirus CMV i adenowirus. Wyróżniamy trzy postacie owrzodzeń aftowych: małe, duże i opryszczkowe. Owrzodzenia mają wymiary poniżej 1 cm i mogą występować w każdej okolicy jamy ustnej. Zmiana ma wygląd dobrze ograniczonego białego owrzodzenia z czerwoną obwódką. Objawami choroby są piekący ból w jamie ustnej, ślinotok, utrudnienie spożywania pokarmów. Nie występuje podwyższona temperatura ciała. Zmiany utrzymują się 7–10 dni i goją się bez wytworzenia blizn. Owrzodzenia duże występują rzadziej, ale charakteryzują się cięższym przebiegiem. Wielkość owrzodzeń waha się pomiędzy 1–3 cm średnicy i utrzymują się one z reguły od kilku tygodni do kilku miesięcy. W odróżnieniu od zmian małych owrzodzenia duże goją się z wytworzeniem blizny. Owrzodzenia opryszczkowe charakteryzują się występowaniem od 20 do 50 drobnych owrzodzeń wielkości od 1–3 mm średnicy. Zmiany mogą występować na błonie śluzowej policzków, podniebienia i języka, a przypominają zmiany w opryszczkowym zapaleniu jamy ustnej. Ważne jest wtedy unikanie spożywania pokarmów gorących, pikantnych i kwaśnych, które mogą nasilać ból. W leczeniu stosujemy przyżeganie wykwitów azotanem srebra, płukanie jamy ustnej wodą utlenioną, kwasem bornym. Objawowo możemy podawać leki przeciwbólowe. Dobre wyniki uzyskuje się uzupełniając niedobory cynku w surowicy. Stosuje się chlorheksydynę jako przeciwbakteryjny preparat do płukania ust. Do stosowania miejscowego polecane są azotan srebra i tetracyklina w syropie. Również zastosowanie lecznicze mają lewamizol działający immunostymulująco i kolchicyna wpływająca na funkcje leukocytów, pentoksyfina mająca działanie immunosupresyjne (zaburzająca przyleganie granulocytów obojętnochłonnych i hamująca aktywację limfocytów) [2].

Język atroficzny albo język gładki jest wynikiem zaniku brodawek nitkowatych, a jest to spowodowane niedoborami żywnościowymi takich czynników, jak witamina B₁₂, kwas foliowy, żelazo, ale także cukrzyca, xerostomia lub candidiozą. Infestacja grzybami rodzaju *Candida* jest często związana ze stosowaniem antybiotyków o szerokim spektrum działania lub miejscowych, wziewnych glikokortykosteroidów. Jest to też zmiana w obrębie jamy ustnej spotykana u pacjentów zakażonych wirusem HIV. Zmiany atroficzne języka mogą dotyczyć całości powierzchni tego narządu lub jego części. Klasyfikowane zmiany są nazywane romboidalnym zapaleniem grzbietu języka i językiem geograficznym [1–3]. Język geograficzny, znany również pod nazwą rumień wędrujący (*erythema migrans*), jest dość częstą, zwykle asymptomatyczną łagodną zmianą, która pierwotnie dotyczy grzbietowej powierzchni języka. Miejscowy zanik brodawek nitkowatych prowadzi do powstania obrączkowatych bądź okrągławych, ograniczonych, naderkopodobnych zmian, zwykle ograniczonych wyniosłym, białawym brzegiem. Mają one tendencję do zmiany lokalizacji i kształtu w czasie trwania schorzenia [2, 3]. Oprócz wyżej wymienionych przyczyn sugeruje się powiązanie tej dolegliwości z niektórymi chorobami skóry, szczególnie z łuszczycą, atopią czy przyjmowaniem doustnych leków antykoncepcyjnych. Częstość występowania języka geograficznego oceniana jest na 0,28–2,4% w populacji dorosłej [4]. Pacjenci z reguły nie wymagają leczenia i nie znaleziono też związku z następowym pojawieniem się zmian przednowotworowych i nowotworowych. Shulman i wsp. [4] zauważyli pozytywną korelację pomiędzy występowaniem języka geograficznego a stosowaniem miejscowych glikokortykosteroidów oraz negatywną pomiędzy występowaniem języka geograficznego a paleniem papierosów i przyjmowaniem doustnych środków antykoncepcyjnych.



W leczeniu stosujemy przyżeganie wykwitów azotanem srebra, płukanie jamy ustnej wodą utlenioną, kwasem bornym



Język geograficzny, znany również pod nazwą rumień wędrujący (*erythema migrans*), jest dość częstą, zwykle asymptomatyczną łagodną zmianą

**”
Język bruzdowaty
występuje częściej
u osób z rozpoznaną
cukrzycą niż
w populacji zdrowej**

Romboidalne zapalenie grzbietu języka (MRG, *median rhomboid glossitis*) przedstawia się jako romboidalnego kształtu, gładka, atroficzna rumieniowata śluzówka pozbawiona brodawek nitkowatych, zlokalizowana na grzbietowej powierzchni języka w linii pośrodkowej lub paramedialnie do przodu od linii brodawek okolonych [5]. Pochodzenie tej zmiany tradycyjnie jest kojarzone z nieprawidłowościami w rozwoju embrionalnym języka dotyczącymi jego wyrostków bocznych. W ciągu ostatnich lat pojawiają się także doniesienia o powiązaniu MRG z infekcją grzybiczą rodzaju *Candida* oraz cukrzycą. Jeżeli MRG przebiega bezobjawowo, leczenie nie jest konieczne. Jeżeli towarzyszą mu dyskomfort lub podrażnienie, środki przeciwgrzybiczne przynoszą poprawę. Powinno się też wykluczyć obecność zmian przednowotworowych i nowotworowych, szczególnie przy obecności czynników obciążających i wykonać wtedy biopsję. Niektórzy autorzy donoszą o korelacji pomiędzy występowaniem języka geograficznego a bruzdowatego [6]. Język bruzdowaty klinicznie charakteryzują się obecnością rowków oraz szczelin na grzbietowej powierzchni języka. Częstość występowania języka bruzdowatego oceniana jest na 0,6 do 15,7% populacji, wzrasta wraz z wiekiem i jest większa u dorosłych niż u dzieci. Część autorów uważa obecność języka bruzdowatego za

zmianę wrodzoną. Istnieją też sugestie, że występowanie języka bruzdowatego, szczególnie u dzieci, należy traktować raczej jako jeden z wariantów anatomicznych niż nieprawidłowość, może on być jednakże wraz z niektórymi chorobami układowymi [7]. Język bruzdowaty występuje częściej u osób z rozpoznaną cukrzycą niż w populacji zdrowej.

Avcu i Kanli [8], oceniając zmiany języka w populacji 5150 tureckich pacjentów stomatologicznych stwierdzili, że częstość występowania języka bruzdowatego była statystycznie znacznie wyższa u osób palących papierosy, szczególnie u palących powyżej 20 papierosów dziennie. Zależność ta występowała także u pijących tradycyjną, mocną turecką herbatę oraz w przypadkach złej higieny jamy ustnej. Kovac-Kavacic [9] oceniła częstość występowania języka bruzdowatego na 21% w populacji osób dorosłych w Lublaniu (Słowenia). Częstość jego występowania wzrastała wraz z wiekiem i była wyższa u mężczyzn niż u kobiet. U 5,1% osób z językiem bruzdowatym pojawiał się także język geograficzny.

W Katedrze i Klinicznym Oddziale Laryngologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego spotykamy się ze zmianami zapalnymi języka u pacjentów poddanych radioterapii z powodu nowotworów złośliwych dna jamy ustnej, migdałka podniebiennego. Są to zmiany o charakterze odczynu popromiennego. Polegają na występowaniu zwykle niewielkiego obrzęku języka, zaczerwienieniu powierzchni języka, występowaniu na niej nalotów, najczęściej dość grubych, białawych (ryc. 1). Zmiany te pojawiają się najczęściej w połowie okresu napromieniania, tj. po przyjęciu ok. 12–15 dawek dziennych CO-60. W leczeniu, jeśli stan pacjenta tego wymaga, stosuje się miejscowe leczenie przeciwzapalne — płukanie jamy ustnej roztworem rumianku, szalwi czy preparatu Tantum Verde, miejscowe leczenie przeciwgrzybiczne — preparaty Nystatyny w płynie lub



Rycina 1. Język u pacjenta poddanego radioterapii z powodu nowotworu złośliwego migdałka podniebiennego

w tabletkach do ssania. W przypadku bardzo dużego zaawansowania zmian wprowadza się równocześnie leczenie ogólne, podając

preparaty przeciwgrzybiczne, antybiotyki oraz w razie potrzeby działające przeciwnie glikokortykosteroidy.

PIŚMIENNICTWO

1. Zielenik-Jurkiewicz B., Gietka A., Stankiewicz W. Zapalenia jamy ustnej. *Klinika Pediatryczna* 2006; 14 (3): 312–319.
2. Hulman J.D., Carpenter WM. Prevalence and risk factors associated with geographic tongue among US adults. *Oral Diseases* 2006; 12 (4): 381–386.
3. Yarom N., Cantony U., Gorsky M. Prevalence of fissured tongue, geographic tongue and median rhomboid glossitis among Israeli adults of different ethnic origins. *Dermatology* 2004; 209: 88–94.
4. Shulman J.D., Carpenter W.M. Prevalence and risk factors associated with geographic tongue among US adults. *Oral Diseases* 2006; 12: 381–386.
5. Nowak K., Szyfter W. Romboidalne zapalenie grzbietu języka — zmiana zapalna czy wrodzona? *Otolaryngologia Polska* 2005; 59 (6): 857–860.
6. Terai H., Shimahara M. Atrophic tongue associated with Candida. *J. Oral Path. Med.* 2005; 34: 397–400.
7. Voros-Balog T., Vincze N., Banoczy J. Prevalence of tongue lesions in hungarian children. *Oral Diseases* 2003; 9: 84–87.
8. Avcu N., Kanli A. The prevalence of tongue lesions in 5150 Turkish dental outpatients. *Oral Diseases* 2003; 9: 188–195.
9. Kovac-Kavacic M., Skaleric U. The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia. *J. Oral Pathol. Med.* 2000; 29: 331–335.