

Objawy stomatologiczne chorób ogólnych

Oral manifestation of systemic disease

STRESZCZENIE

Badanie jamy ustnej stanowi integralną część badania przedmiotowego pacjenta. Wiele chorób ogólnych objawia się w obrębie jamy ustnej. W artykule omówiono najczęstsze dolegliwości stomatologiczne występujące u osób cierpiących na choroby ogólne.

Forum Medycyny Rodzinnej 2014, tom 8, nr 1, 9–13

słowa kluczowe: choroby ogólne, błona śluzowa jamy ustnej, choroby autoimmunologiczne

ABSTRACT

The examination of the oral cavity is an integral part of medical examination. A lot of disorders have an oral manifestation. The aim of this paper is a presentation of the most frequent oral symptoms and signs accompanied by systemic diseases.

Forum Medycyny Rodzinnej 2014, vol 8, no 1, 9–13

key words: systemic diseases, immune inflammatory disease, oral mucosa

WSTĘP

Badanie jamy ustnej stanowi jeden z elementów badania przedmiotowego pacjenta. Warto pamiętać, że jama ustna zawiera struktury pochodzące ze wszystkich listków zarodkowych, a zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej, stan dziąseł i uzębienia mogą być jednym z pierwszych objawów chorób ogólnych [1]. Objawy stomatologiczne towarzyszą infekcjom wirusowym, procesom autoimmunologicznym, nowotworowym, zaburzeniom hormonalnym i metabolicznym, jak również chorobom psychicznym. Celem pracy jest przedstawienie najczęściej wy-

stępujących dolegliwości związanych z jamą ustną u pacjentów cierpiących na choroby ogólne.

BADANIE JAMY USTNEJ

Podczas badania jamy ustnej należy zwrócić uwagę na błonę śluzową policzków i język: zabarwienie, wilgotność, występowanie wykwitów patologicznych, takich jak pęcherzyki, nadżerki, owrzodzenia, stan dziąseł, ich kolor, konsystencję, ewentualny przerost i występowanie krwawienia z kieszonek dziąsłowych. Nie należy zapominać o ocenie stanu uzębienia [2] (ryc. 1).

Wojciech Leśniak¹,
Anna Doboszyńska²

¹SPZOZ Specjalistyczna Przychodnia

Lekarska dla Pracowników Wojska

²Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego,

Wydział Nauki o Zdrowiu WUM

Adres do korespondencji:

lek. dent. Wojciech Leśniak
SPZOZ Specjalistyczna Przychodnia Lekarska
dla Pracowników Wojska
ul. Nowowiejska 31, 00–911 Warszawa 62
e-mail: wlesniak@tlen.pl

Objawy stomatologiczne towarzyszą infekcjom wirusowym, procesom autoimmunologicznym, nowotworowym, zaburzeniom hormonalnym, metabolicznym, jak również chorobom psychicznym



Rycina 1. Liszaj płaski

■ Błona śluzowa

Uważne badanie jamy ustnej może być przydatne w diagnozowaniu chorób ogólnoustrojowych. Zdrowa błona śluzowa jamy ustnej jest gładka, lśniąca i wilgotna. Jej zanik, a zwłaszcza wygładzenie brodawek języka, połączone z pieczeniem i parestezją wskazują na rozwój niedokrwistości wynikający z niedoboru żelaza bądź witaminy B. Dolegliwości subiektywne często mogą wyprzedzać objawy kliniczne i występować już przy niewielkich niedoborach żelaza [2–4]. Zaczerwienienie błony śluzowej, pieczenie i ból spowodowany nadżerkami i pęknięciami może wskazywać na zanikową postać infekcji *Candida albicans* [2] występującą u osób starszych, użytkujących uzupełnienia protetyczne bez zachowania właściwej higieny, ale także u osób przyjmujących antybiotyki o szerokim spektrum działania bądź poddanych steroidoterapii. W postaci rzeKOMobloniastej charakterystyczny jest biały, kożuchowaty nalot, z trudem pozwalający się oddzielić od podłoża. Dolegliwości te spotyka się u osób z zaburzeniami odporności, po chemioterapii, chorujących na cukrzycę i niedoczynność przytarczyc [5–8].

Często spotykanym wykwitem patologicznym błony śluzowej jest pęcherzyk stanowiący objaw infekcji wirusowej. Drobne pęcherzyki, spotykane na wardze, dziąsłach i podniebieniu, łatwo przekształcające się w nadżerki są dość typowym objawem opryszczki zwykłej. Infekcja może się objawiać kilkoma pęcherzykami bądź przybrać postać uogólnioną — opryszczkowe zapalenie jamy ustnej. Na

podniebieniu i łukach podniebiennych spotyka się także pęcherzyki podczas zakażenia wirusem ospy wietrznej. Przy nawrotach półpaśca charakterystyczne jest występowanie wykwitów ograniczone do obszaru zaopatrywanego przez daną gałąź nerwową [8]. Za najczęstszą grupę wykwitów wtórnych uważa się owrzodzenia jamy ustnej. Towarzyszą one chorobom skóry i przewodu pokarmowego i mogą się pojawiać w przebiegu rumienia wysiękowego wielopostaciowego, pęcherzycy, pemfigoidu, a także w Chorobie Leśniewskiego-Crohna, chorobie Dühringa i liniowej IgA dermatozie, ale także w przebiegu chorób układowych, jak postać skórna tocznia rumieniowatego [2, 9, 10].

Zmiany zabarwienia błony śluzowej mogą być jednym z pierwszych objawów niedoczynności kory nadnerczy, jak również występują w przebiegu neurofibromatozy typu I, zespołu McCune’w-Albrighta czy Peutza-Jeghersa [2].

Poza objawami klinicznymi należy zwrócić uwagę, iż choroby mogą być przyczyną dolegliwości trudnych do zaobserwowania w badaniu przedmiotowym, do grupy tej zaliczamy głosodynię — dokuczliwe pieczenia błony śluzowej jamy ustnej, a zwłaszcza języka, które spotyka się u pacjentów z zaburzeniami hematologicznymi, z niedoborem witamin z grupy B, kserostomią, nadczynnością tarczycy, ale także u kobiet w okresie przekwitania [11]. Drugą grupę stanowią chorzy z suchością jamy ustnej, która może wynikać ze zmian starczych w obrębie gruczołów ślinowych, niską podażą płynów, przyjmowaniem leków o działaniu antycholinergicznym, ale także być jednym z pierwszych objawów zespołu Sjögrena lub choroby Mikulicza-Radeckiego [12].

■ Dziąsła

Zapalenie dziąseł charakteryzuje się obrzękiem, zaczerwienieniem i skłonnością do krwawienia samoistnego bądź podczas szczotkowania. Główną przyczyną chorób dziąseł jest ich przewlekłe zapalenie związane z osadzaniem się płytki nazębnej, a jego zaawansowanie jest

proporcjonalne do zaniedbań higienizacyjnych. Proces ten może jednak być modyfikowany przez wiele chorób hematologicznych, zaburzeń hormonalnych i metabolicznych, w przebiegu których obserwowany jest przerost dziąseł, połączony z krwawieniem przy relatywnie dobrej higienie jamy ustnej [13] (ryc. 2, 3). W białaczkach ostrych przerostowi dziąseł towarzyszą wybroczyny i nadżerki błony śluzowej, w postaciach przewlekłych pojawia się ciemnoczerwone zabarwienie i przerost rozpoczynający się od brodawki międzyzębowej, a następnie obejmujący dziąsło brzeżne. Zmianom tym mogą towarzyszyć wtórne infekcje grzybicą z rodziny *Candida* czy wirusem opryszczki typu I [2, 13]. Grzybicze zapalenie dziąseł, z zaczerwienieniem dziąsła przyzębionego i liniowym zaczerwienieniem brzegu dziąsłowego, świadczy o obniżeniu odporności i jest obserwowane u osób zakażonych wirusem HIV [6]. Krwawienie, krwiaki podśluzówkowe mogą towarzyszyć trombocytopeniom, przy liczbie płytek poniżej 50 tys./mm³ [2, 13]. Dodatkową grupą chorób przebiegających z zapaleniem dziąseł są liszaj płaski, pemfigoid, linijna IgA dermatoma i rumień wysiękowy wielopostaciowy. Objawom dziąsłowym w postaci złuszczonego zapalenia towarzyszą zmiany na błonie śluzowej, a ich nasilenie jest niezależne od występowania kamienia nazębnego. Zapalenie dziąseł może być także wywołane zmianami w stężeniu estrogenów i progesteronu, towarzysząc kobietom w okresie pokwitania, w przebiegu ciąży, a jego najbardziej spektakularną postacią jest guz ciążowy — wychodzący najczęściej z brodawki międzyzębowej, bezbolesny naczylniak, łatwo krwawiący, który cofa się po porodzie [13]. Zmiany w unaczynieniu w przebiegu cukrzycy mają swój także swój wyraz w postaci zapaleń dziąseł, które ulega regresowi przy kontrolowanej glikemii. Wysokie poziomy glikemii sprzyjają infekcjom grzybiczym [2, 13]. Osobną grupę stanowi przerost włóknisty dziąseł pod wpływem przyjmowanych leków, najczęściej opisywane



Rycina 2. Zmiany zapalne dziąseł u pacjentki leczonej z powodu czerwienicy prawdziwej



Rycina 3. Zapalenie dziąseł i przyzębia przy dobrej higienie jamy ustnej u pacjenta z cukrzycą typu II

jest rozrostowe zapalenie dziąseł po fenytynie, cyklosporynie A oraz antagonistach wapnia [13–17]. Przerost dziąseł opisywany jest w zależności od grupy badanych u około 30–50% pacjentów przyjmujących wyżej wymienione leki, a jego początek obserwowany w 3.–6. miesiącu od rozpoczęcia terapii. Początkowo obejmuje brodawki międzyzębowe w odcinku przednim, a następnie całe dziąsło brzeżne, stając się ostatecznie obrzękiem uogólnionym, zaburzającym mowę, żucie czy też utrzymanie właściwej higieny jamy ustnej. Zmianom przerostowym nie musi towarzyszyć stan zapalny. Nasilenie zmian nie zależy od dawki przyjmowanych leków, natomiast przyjmowanie inhibitorów wapnia równoległe z cyklosporyną A zwiększa frekwencję występowania przerostu [17].

Nieleczone zapalenie dziąseł prowadzi do przeniesienia procesu na przyzębie, uszkodzenie aparatu więzadłowego zębów, zanik



Coraz częściej potwierdza się związek zapalenia przyzębia z ryzykiem sercowo-naczyniowym, nasileniem cukrzycy czy przedwczesnym porodem

**Badanie jamy ustnej
powinno stanowić
integralną część badania
przedmiotowego pacjenta**



kości i w konsekwencji utratę uzębienia. Jednocześnie głębokie kieszenie przyzębne stanowią dogodne środowisko dla rozwoju bakterii beztlenowych i riketsji, przez co coraz częściej potwierdza się związek zapalenia przyzębia z ryzykiem sercowo-naczyniowym, nasileniem cukrzycy czy przedwczesnym porodem [18–20].

■ Stan uzębienia

Zmiany próchnicowe mogą wynikać z zaniedbań higienicznych, jak również z występującej kserostomii oraz cukrzycy. Jeżeli próchnica postępuje gwałtownie, zmiany próchnicowe widoczne są w postaci białych plam na szkliwie, natomiast w przypadku procesu przewlekłego zmiany mają zabarwienie ciemne. W wywiadach pacjent zgłasza bolesność zębów podczas spożywania słodkich pokarmów [21]. W chorobach układu pokarmowego z zarzucaniem treści żołądkowej do przełyku charakterystyczne są ubytki szkliwa nazywane erozją, połączone z przykrym zapachem ust i stanem zapalnym błony śluzowej jamy ustnej [2, 22, 23]. Podobne zmiany towarzyszą bulimii i anoreksji, ubytki są płytkie, mają krawędzie gładkie, łagodnie przebiegające [2, 23, 24]. Ich powierzchnia w przeciwieństwie do zmian próchnicowych jest twarda. Występują na ogół na powierzchniach przedsionkowych zębów przedniego odcinka szczęki, rzadziej żuchwy. Podczas przyjmowania posiłków zimnych bądź słodkich zęby sprawiają dolegliwości bólowe, które ustępują po odsta-



Rycina 4. Starte powierzchnie zębów u pacjenta z bruksizmem psychogennym

wieniu czynnika sprawczego. Natomiast stres przewlekły sprzyja zaciskaniu i zgrzytaniu zębów, co prowadzi do przedwczesnego starcia powierzchni żujących zębów, zwanego atrycją (ryc. 4) [2, 24].

ZAKOŃCZENIE

Badanie jamy ustnej powinno stanowić integralną część badania przedmiotowego pacjenta, a diagnostyka zmian obserwowanych w jamie ustnej pozwala na wczesne wykrycie wielu chorób ogólnoustrojowych. Każda zmiana na błonie śluzowej jamy ustnej, dziąśle czy też nagły postęp zmian próchnicowych uzębienia powinien rodzić pytanie o przyczynę ich powstawania. Diagnostyka wymaga wykluczenia przyczyn miejscowych, jak i ogólnoustrojowych. Dlatego wydaje się zasadne rozwijanie współpracy lekarzy ogólnych z dentystami, a zwłaszcza ze specjalistami w zakresie chorób błony śluzowej i przyzębia.

PIŚMIENNICTWO

1. Cheraskin E. Oral manifestations of systemic diseases. *J. N. Med. Assoc.* 1958; 50: 241–247.
2. Chi A., Neville B. i wsp. Oral manifestations of systemic disease. *Am. Fam. Physician* 2010; 82: 1382–1387.
3. Sharma U., Bhala S. Oral manifestations of a systemic disease. *J. Can. Dent. Assoc.* 2011; 77: b71.
4. Adeyemo T., Adeyomo W., Adediran A. i wsp. Orofacial manifestations of hematological disorders: Anemia and hemostatic disorders. *Indian J. Dent. Res.* 2011; 22: 454–461.
5. Salerno C., Pascale M., Contaldo M. i wsp. Candida-associated denture stomatitis. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal.* 2011; 16: 139–143.
6. Sontakke S.A., Umarji H.R., Karjodkar F. Comparison of oral manifestations with CD4 count in HIV-infected patients. *Indian J. Dent. Res.* 2011; 22: 732.
7. Worthington H., Clarkson J. prevention of oral mucositis and oral candidiasis for patients with cancer treated with chemotherapy: cochrane systematic review. *J. Dent. Education* 2001; 66: 903–911.

8. Charazińska-Carewicz K., Nowak M. Choroby infekcyjne. W: Górską R. (red.). Materiały do zajęć z zakresu chorób błony śluzowej i przyzębia. Akademia Medyczna w Warszawie 2002; 17–38.
9. Dragan M., Grzegorzczak-Jaźwińska A., Górską R. i wsp. Zmiany chorobowe w jamie ustnej objawem choroby Leśniowskiego-Crohna — opis przypadku. Czas Stomatol. 2009; 62: 886–891.
10. Górską R., Charazińska-Carewicz K., Czerniuk M. Choroby skóry przebiegające ze zmianami w obrębie błony śluzowej jamy ustnej. W: Górską R. (red.). Materiały do zajęć z zakresu chorób błony śluzowej i przyzębia. Akademia Medyczna w Warszawie 2002; 57–68.
11. Grzegorzczak-Jaźwińska A. Pieczenie jamy ustnej i języka. W: Górską R. (red.). Materiały do zajęć z zakresu chorób błony śluzowej i przyzębia. Akademia Medyczna w Warszawie 2002; 55–57.
12. Pichór A., Doboszyńska A. Suchość jamy ustnej — niedoceniany problem kliniczny. Medycyna Paliatywna w Praktyce 2008; 2: 26–28.
13. Górską R. Klasyfikacja chorób przyzębia. W: Jańczuk Z. (red.). Praktyczna periodontologia kliniczna. Wydawnictwo Kwintesencja 2004; 83–109.
14. Grover V., Kapoor A., Marya C. Amlodipine induced gingival hyperplasia. J. Oral. Health Common Dent. 2007; 1: 19–22.
15. Somacarrera M., Lucas M., Scully C. i wsp. Effectiveness of periodontal treatments on cyclosporine-induced gingival overgrowth in transplant patients. Br. J. Dent. 1997; 183: 89–94.
16. Sharma S., Dasroy S. Images in clinical medicine. Gingival hyperplasia induced by phenytoin. N. Engl. J. Med. 2000; 342: 325.
17. Radwan-Oczko M. Wybrane patologie przebiegające ze zwiększeniem objętości dziąseł. Przyczyny, obraz kliniczny, histologiczny i leczenie. Dental Forum 2008; 36: 61–71.
18. Czerniuk M. Stan przyzębia i potrzeby lecznicze u pacjentów w ostrej fazie choroby niedokrwiennej serca. Nowa Stom. 2001; 2: 26–29.
19. Silk H., Douglas A., Douglas J. i wsp. Oral health during pregnancy. Am. Fam. Physician 2008; 77: 1139–1144.
20. Marat A., Leśniak W., Wiechetek M. i wsp. Wiarygodność badań ankietowych stanu przyzębia względem badań klinicznych. Nowa Stom. 2008; 4: 159–166.
21. Piątowska D. Podział kliniczny próchnicy zębów. W: Piątowska D. (red.). Zarys Kariologii. Med Tour Press International Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 2002; 44–48.
22. Tantbirojn D., Pintado M., Versluis A. i wsp. Quantitative analysis of tooth surface loss associated with gastroesophageal reflux disease: a longitudinal clinical study. J. Am. Dent. Assoc. 2012; 143: 278–285.
23. Brauman-Furmanek S. Ubytki niepróchnicowego pochodzenia. W: Piątowska D. (red.). Zarys Kariologii. Med Tour Press International Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 2002; 243–260.
24. DeBate R., Tedesco L., Kerschbaum W. Knowledge of oral and physical manifestations of anorexia and bulimia nervosa among dentists and dental hygienists. J. Dent. Education 2005; 69: 346–354.