

HANNA ANTKIEWICZ¹, JADWIGA SADLAK-NOWICKA¹, MICHAŁ ŁASKA¹,
MARIA CZUBEK², MARIUSZ BOCHNIAK¹

Problemy stomatologiczne pacjentów hospitalizowanych z powodu wybranych chorób skóry

Stomatological Problems in Patients Hospitalized Due to Selected Skin Diseases

¹ Katedra i Zakład Periodontologii i Chorób Błony Śluzowej Jamy Ustnej AM w Gdańsku

² Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii AM w Gdańsku

Streszczenie

Wprowadzenie. Zmiany patologiczne błony śluzowej jamy ustnej często są objawami chorób układowych i/lub następstwem ich leczenia. Zmiany te wywołują wiele dolegliwości, takich jak: suchość, pieczenie, ból, zaburzenia smaku, utrudnione połykanie i mówienie, trudności w użytkowaniu protez – pogarszają ogólne samopoczucie chorych i jakość ich życia. Mogą też pogarszać przebieg choroby ogólnoustrojowej i jej rokowanie. W piśmiennictwie ogólnomedycznym można znaleźć tylko nieliczne prace poświęcone tym zagadnieniom.

Cel pracy. Zbadanie rodzaju, częstości i występowania zmian patologicznych błony śluzowej jamy ustnej u pacjentów leczonych szpitalnie z powodu chorób skóry oraz próba oceny znaczenia tego problemu w ogólnej opiece nad pacjentami.

Materiał i metody. Do badań zakwalifikowano 78 osób w wieku 16–79 lat (58 kobiet i 20 mężczyzn) hospitalizowanych w Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii AMG. U chorych rozpoznano 17 chorób skóry. Badanie stomatologiczne, które przeprowadzono w Klinice, obejmowało badanie podmiotowe, ocenę kliniczną błony śluzowej i stanu higieny jamy ustnej (wskaźnik API) oraz badania ankietowe dotyczące nawyków higienicznych, palenia tytoniu i świadomości prozdrowotnej pacjentów.

Wyniki. W badaniu zwrócono uwagę na zmiany patologiczne w jamie ustnej w trzech chorobach skóry, które występowały najczęściej, tj. w łuszczycy, atopowym zapaleniu skóry i toczniu układowym (41 osób). Stwierdzono występowanie zmian patologicznych języka, zmiany zanikowe błony śluzowej, zapalenie kątów ust, nadżerki i/lub owrzodzenia i wybroczyny oraz leukoplakię. Najczęstszą dolegliwością subiektywną jamy ustnej była suchość, która występowała u 39% pacjentów. U większości pacjentów (95%) stwierdzono niewłaściwą higienę jamy ustnej, a także nieprawidłowe użytkowanie i złą higienę protez. Wykazano duży odsetek osób nałogowo palących tytoń (44%). Z badań ankietowych wynikało, że 85% chorych nigdy nie otrzymało instruktażu higieny jamy ustnej od lekarza stomatologa, w większości przypadków (58%) badani nie mieli świadomości współwystępowania zmian w jamie ustnej z chorobami skóry, ani też nie mieli wiedzy na temat możliwego wpływu chorób jamy ustnej na ogólny stan zdrowia.

Wnioski. Zarówno lekarze dermatolodzy, jak i stomatolodzy/periodontolodzy powinni zwrócić większą uwagę na potrzebę współpracy w rozpoznawaniu oraz leczeniu chorób skóry i błony śluzowej jamy ustnej w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem (**Dent. Med. Probl. 2005, 42, 2, 303–310**).

Słowa kluczowe: choroby błony śluzowej jamy ustnej, choroby skóry a jama ustna.

Abstract

Background. Pathological lesions of oral mucosa, counted in tens, in significant amount are general disease manifestations. On the other side, oral cavity lesions causing several complaints like: xerostomy, burning sensation, pain, dysgeusia, dysphagia and dysphasia, problems in denture wearing-worsen general feeling of patients and their quality of life. They may also worsen general disease course and prognosis. There are only several studies treating this problem in general medicine literature.

Objectives. The aim of the study was to evaluate the kind and frequency of pathological lesions of oral mucosa in patients hospitalized of skin diseases and a trial to estimate this problem in general patients care.

Material and Methods. The investigated material was 78 individuals aged 16–79 years (58 women, 20 men) hos-

pitalized in Dermatology, Venerology and Alergology Hospital of Medical University in Gdańsk, diagnosed 17 skin diseases. Dental examination carried in the Hospital included anamnesis, detailed examination of oral mucosa, hygiene status (API index) and enquiry about hygiene habits, smoking and patients health awariness.

Results. In this study, oral cavity lesions in three most often observed pathologic entities as psoriasis, atopic dermatitis, systemic lupus erythematosus (41 individuals) were considered. Examined material confirmed: pathological lesions of tongue, atrophic lesions of oral mucosa, cheilitis angularis erosions and/or ulcerations and patchiae and clinical features of leukoplakia. Xerostomy was the most often complaint observed in 39% patients. In most individuals (95%), oral hygiene was poor, also usage and hygiene of dentures was improper. High rate of habitual smokers, smoking more than 10 cigarettes daily (44%) was confirmed. Enquiry revealed that 85% patients have never got oral hygiene instruction from the dentist, in most cases (58%) examined had no awariness of oral lesions influence on their general health status.

Conclusions. Dermatologists and dentists/periodontologists should concentrate more on cooperation in diagnosis and treatment of skin and oral mucosa diseases in complex patients care (**Dent. Med. Probl.** 2005, 42, 2, 303–310).

Key words: oral mucosa diseases, skin diseases and oral cavity.

Zależności między dobrym stanem jamy ustnej a zdrowiem całego organizmu interesowały lekarzy od początku dziejów medycyny – wzmianki na ten temat znajdują się już w tezach Hipokratesa. W czasach współczesnych problematyka ta jest jednym z najszybciej rozwijających się kierunków badań lekarsko-stomatologicznych, co znalazło swój wyraz w wyodrębnieniu poddyscypliny nazywanej *oral medicine*. Wpływ ogólnego stanu organizmu na jamę ustną uwidacznia się najbardziej w obrębie błony śluzowej jamy ustnej, określanej mianem „zwierciadła ustroju”.

Błona śluzowa jamy ustnej jest bogato unaczyniona, pokryta nabłonkiem wielowarstwowym płaskim, bardzo szybko reaguje na zaburzenia homeostazy ogólnoustrojowej, stąd znaczna liczba zmian patologicznych w jamie ustnej to tzw. zmiany symptomatyczne – będące objawem chorób ogólnoustrojowych, szczególnie związanych z procesami autoimmunologicznymi. Schorzenia z autoagresji występują coraz częściej i dotyczą m.in. skóry. Przypuszcza się, że przyczyną jest wzrost narażenia na różnorodne czynniki fizyczne, chemiczne i biologiczne, mogące zaburzać prawidłową funkcję systemu obronnego i układu odpornościowego człowieka [1].

Do powstania zmian w jamie ustnej przyczyniają się zarówno zaburzenia immunologiczne, jak i niektóre leki stosowane ogólnie w chorobach skóry, które mogą upośledzać wydzielanie śliny i sprzyjać podatności na zakażenia. Zmiany patologiczne w jamie ustnej wywołują wiele dolegliwości, mogą wikłać przebieg choroby zasadniczej i pogarszać jakość życia chorych. Nasuwa to potrzebę równoległego rozpoznawania i leczenia współwystępujących chorób skóry i jamy ustnej. W piśmiennictwie ogólnomedycznym można znaleźć tylko nieliczne prace poświęcone tym zagadnieniom [2, 3].

Celem pracy było zbadanie rodzaju i częstości występowania zmian patologicznych błony śluzowej

jamy ustnej u chorych leczonych szpitalnie z powodu wybranych chorób skóry oraz próba oceny znaczenia tego problemu w ogólnej opiece nad pacjentami.

Material i metody

Do badań zakwalifikowano 78 osób (58 kobiet i 20 mężczyzn) w wieku 16–79 lat (średnia wieku 42 lata) hospitalizowanych w Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii (KDWiA) Akademii Medycznej w Gdańsku. U chorych rozpoznano 17 chorób skóry.

Badanie stomatologiczne chorych przeprowadzono w Klinice w dobrym oświetleniu. Obejmowało ono: badanie podmiotowe, szczegółowe badanie kliniczne błony śluzowej jamy ustnej, ocenę higieny jamy ustnej za pomocą wskaźnika *Aproximal Plaque Index* (API) według Lange et al. [cyt. wg 4], badania ankietowe dotyczące nawyków higienicznych, palenia tytoniu i świadomości prodrowotnej pacjentów.

Wyniki

W badaniu oceniono zmiany patologiczne występujące w jamie ustnej w trzech jednostkach chorobowych, które występowały najczęściej, tj. w łuszczycy, atopowym zapaleniu skóry i toczniu układowym (w sumie u 41 osób). Zestawienie całości badanego materiału klinicznego przedstawiono w tabeli 1.

Wśród 17 rozpoznanych dermatologicznych chorób skóry dominowały: łuszczyca (18 przypadków), atopowe zapalenie skóry – a.z.s. (13 osób) i toczeń układowy – SLE (10); te choroby stwierdzono u 41 osób, w tym u 29 kobiet i 12 mężczyzn w wieku 16–79 lat (średnia wieku 45,2). Zaobserwowane zmiany patologiczne w obrębie jamy ustnej

w tej grupie chorych zestawiono w tabelach 2–5, a najbardziej charakterystyczne zmiany przedstawiono na rycinach 1–4.

W tabeli 2 zestawiono dane dotyczące dolegliwości subiektywnych zgłaszanych przez pacjentów leczonych z powodu wybranych dermatoz. Wynika z niej, że częstą dolegliwością jamy ustnej była suchość, która występowała u 16 osób (39%); większość badanych (63%) podawała też inne objawy, takie jak: pieczenie, palenie, ból, trudności w połykaniu, zaburzenia smaku, dyskomfort; niektóre osoby

zgłaszały występowanie kilku subiektywnych dolegliwości. Utrudniały one przyjmowanie pokarmów, sprawiały trudności w mówieniu i utrzymywaniu prawidłowej higieny jamy ustnej, a niekiedy przyczyniały się do jej zaniechania, co dodatkowo pogarszało stan miejscowy jamy ustnej i samopoczucie chorych.

W tabeli 3 zestawiono rodzaje stwierdzonych zmian patologicznych w obrębie błony śluzowej jamy ustnej i warg. Najczęściej zmiany te dotyczyły języka (80% badanych). Miały charakter języka geo-

Tabela 1. Materiał kliniczny według rozpoznań postawionych w Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, z uwzględnieniem wieku i płci pacjentów

Table 1. Statement of the whole examined material according to diagnosis of Dermatology, Venerology and Alergology Clinic, respecting patients age and sex

Choroba skóry (Skin disease)	Liczba chorych (Number of patients)	Płeć K/M (Sex F/M)	Wiek – lata (Age – years)	
			zakres (range)	średnia (average)
Łuszczyca (Psoriasis)	18	8/10	17–74	44,7
Atopowe zapalenie skóry (Atopic dermatitis)	13	11/2	16–79	43,1
Toczeń układowy (Systemic lupus erythematosus – SLE)	10	10/0	27–61	47,8
Pokrzywka (Urticaria)	8	8/0	22–62	34,4
Owrzodzenie podudzi (Crural ulceration)	6	5/1	45–69	54,8
Sklerodermia (Scleroderma)	5	5/0	23–71	49,4
Egzema (Eczema)	3	2/1	18–59	38,7
Rak podstawnkomórkowy skóry (Skin basal cell carcinoma)	3	2/1	18–77	51,7
Choroba Dariera (Darier's disease)	2	1/1	25–49	37
Rumień guzowaty (Erythema nodosum)	2	1/1	22–27	24,5
Pęcherzyca zwykła (Pemphigus vulgaris)	2	2/0	48–50	49
Bielactwo (Vitiligo)	1	1/0	49	
Chłoniak skóry (Cutaneous lymphosarcoma)	1	0/1	67	
Liszaj Wilsona (Wilson's lichen)	1	0/1	41	
Łysienie plackowate (Alopecia areata)	1	1/0	20	
Zespół Melkerssona-Rosenthala (Melkersson-Rosenthal's syndrom)	1	1/0	49	
Zespół Stevensa-Johnsona (Stevens-Johnson's syndrom)	1	0/1	24	
Razem (Total)	78	58/20	42	

Tabela 2. Wyniki badania podmiotowego dotyczącego jamy ustnej w trzech badanych chorobach**Table 2.** Results statement of oral cavity examination in three studied diseases

Choroba skóry (Skin disease)	Liczba chorych (Number of patients)	Dolegliwości subiektywne jamy ustnej – liczba osób (Subjective complaints in oral cavity – number of individuals)	
		suchość (xerostomy)	inne* (other*)
Łuszczyca (Psoriasis)	18	4	5
Atopowe zapalenie skóry (Atopic dermatitis)	13	6	10
Toczeń układowy (Systemic lupus erythematosus – SLE)	10	6	11
Razem (Total)	n 41 %	16 39	26 63,4

* Pieczenie, ból, trudności w połykaniu, zaburzenia smaku, dyskomfort.

* Burning sensation, pain, dysphagia, dysgeusia, discomfort.

graficznego bądź zmian grzybiczych ostrych lub przewlekłych. U 16 osób (39%) obserwowano zmiany zanikowe całej błony śluzowej jamy ustnej z charakterystycznym ścięciem, bledością i suchością. Powyższe zmiany obserwowano głównie w przebiegu a.z.s. i SLE. U znacznej liczby osób (37%) obserwowano złuszczone zapalenie warg, które chorzy określali jako przykre i uciążliwe. Najczęściej (8/13) stwierdzano je u osób z a.z.s. Zapalenie kątów ust występowało u 9 osób (22%) – po 3 osoby w każdej wybranej dermatozie. Nadżerki i/lub owrzodzenia oraz wybroczyny występowały u 7 osób (17%), najczęściej chorych na a.z.s., wywoływały ból i utrudniały przyjmowanie pokarmów.

U 10 chorych (24%) stwierdzono kliniczne cechy leukoplakii błony śluzowej, były wśród nich osoby palące, niemające świadomości szkodliwego wpływu palenia tytoniu na błonę śluzową jamy ustnej.

Większość pacjentów (95%) chorujących na łuszczycę, a.z.s. i SLE miała niezadowalającą higienę jamy ustnej (tab. 4). U osób z bezzębiem, stanowiących 7,3% ogółu badanych, stwierdzono nieprawidłowe użytkowanie i złą higienę protez.

Odnosząc się do badań ankietowych (tab. 5), należy podkreślić, że 35 chorych (85%) nigdy nie otrzymało instruktażu higieny jamy ustnej od leka-

Tabela 3. Częstość i rodzaj zmian patologicznych w obrębie warg i błony śluzowej jamy ustnej w badanej grupie pacjentów leczonych z powodu chorób skóry**Table 3.** Frequency and kind of lips and oral cavity mucosa pathological lesions in examined group of patients treated of skin diseases

Choroba skóry (Skin disease)	Liczba osób (Number of patients)	Rodzaj patologii* (Kind of pathology*)					
		zapalenie złuszczone warg (cheilitis exfoliativa)	zapalenie kątów ust (cheilitis angularis)	zmiany języka (tongue lesions)	leukoplakia (leukoplakia)	nadżerki owrzodzenia wybroczyny (erosions ulcerations patechiae)	zmiany zanikowe (atrophic lesions)
Łuszczyca (Psoriasis)	18	3	3	13	4	1	4
Atopowe zapalenie skóry (Atopic dermatitis)	13	8	3	10	3	5	6
Toczeń układowy (Systemic lupus ery- thematosus – SLE)	10	4	3	10	3	1	6
Razem (Total)	n 41 %	15 36,6	9 21,9	33 80,4	10 24,4	7 17	16 39

* U niektórych osób występowało kilka zmian w jamie ustnej.

* In some individuals several lesions occurred in oral cavity.

Tabela 4. Stan uzębienia i higieny jamy ustnej w badanym materiale z uwzględnieniem osób z bezzębiem i palących tytoń
Table 4. Dentition and oral hygiene status in studied material including toothless and smoking patients

Choroba skóry (Skin disease)	Liczba chorych (Number of patients)	Osoby z bez- zębiem (Toothless persons)	Higiena jamy ustnej optymalna* – liczba osób (Optimal oral hygiene* – number of individuals)	Higiena jamy ustnej niezado- walająca** – liczba osób (Poor oral hygie- ne** – number of individuals)	Liczba osób palących tytoń (Number of smoking individuals)
Łuszczyca (Psoriasis)	18	2	2	14	7
Atopowe zapa- lenie skóry (Atopic dermatitis)	13	0	0	13	6
Toczeń układowy (Systemic lupus erythematosus – SLE)	1	0	10	5	
Razem n (Total) %	41	3 7,3	2 5,1	37 94,9	18 43,9

* Wskaźnik API do 25%.

** Wskaźnik API powyżej 25%.

* API Index to 25%.

** API Index above 25%.

Tabela 5. Wyniki badań ankietowych

Table 5. Results of enquiry

Choroba skóry (Skin disease)	Liczba chorych (Number of patients)	Liczba osób bez instruk- tażu higieny (Number of individuals without hy- giene in- struction)	Liczba osób bez świado- mości pro- zdrowotnej (Number of individuals without prohealth awareness)
Łuszczyca (Psoriasis)	18	15	12
Atopowe zapalenie skóry (Atopic dermatitis)	13	12	6
Toczeń układowy (Systemic lupus ery- thematosus – SLE)	10	8	6
Razem n (Total) %	41	35 85,3	24 58,5

rza stomatologa. Badani w większości przypadków (58%) nie mieli świadomości współwystępowania zmian skórnych i w jamie ustnej ani też nie mieli wiedzy na temat możliwości wpływu chorób jamy ustnej na ogólny stan zdrowia.

Omówienie

W materiale własnym najliczniej byli reprezentowani chorzy na łuszczycę (18 osób) – dermatozę, która została odkryta ponad 100 lat temu (Oppenheim, 1903) [cyt. wg 5]. Jest to przewlekłe, zapalne schorzenie skóry, uwarunkowane genetycznie. Istotą procesu chorobowego jest proliferacja naskórka, przyspieszone i niepełne rogowacenie (parakeratoza). Łuszczyca występuje stosunkowo często; w polskiej i europejskiej populacji stanowi około 2% [5, 6]. Zmiany w jamie ustnej u chorych na łuszczycę są opisywane rzadko, ponieważ większość jest bezobjawowa i umyka uwadze klinicystów. Zmiany wywołujące objawy są obserwowane częściej u pacjentów z ciężkimi postaciami łuszczycy, które są stwierdzane rzadko. Klinicyści powinni bardzo dokładnie badać błonę śluzową jamy ustnej pacjentów chorych na łuszczycę i odwrotnie – pacjenci ze zmianami na błonie śluzowej jamy ustnej powinni mieć dokładnie badaną skórę, co może ułatwić postawienie właściwego rozpoznania [7]. W jamie ustnej nie ma jakiegось jednego „wzoru” zmian łuszczycowych – jest to zespół objawów znany w literaturze anglojęzycznej jako *psoriasisiform mucositis*. Obejmuje zmiany o charakterze języka geograficznego [2, 8], rumienia wędrującego i rogowacenia białego [7]. Van der Waal i Pindborg [cyt. wg 5] opisali różne typy zmian na błonie śluzowej jamy ustnej obserwowane w łuszczycy: wyraźne małe, okrągłe lub owalne, koronkowe/obrączkowe, wyniosłe wy-



Ryc. 1. Pacjent S. J. – język geograficzny w przebiegu łuszczycy

Fig. 1. Patient S. J. – geographic tongue in course of psoriasis



Ryc. 3. Pacjent C. E. – atopowe zapalenie skóry: bezzębie, język czarny włochaty i zaczerwienienie łuków podniebiennych

Fig. 3. Patient C. E. – with AD: toothlessness, lingua nigra villosa and redding of palatine arches



Ryc. 2. Pacjent W. S. – zapalenie dziąseł: zła higiena jamy ustnej i język geograficzny w przebiegu łuszczycy

Fig. 2. Patient W. S. – gingivitis: poor oral hygiene and geographic tongue, in course of psoriasis



Ryc. 4. Pacjent C. A. – charakterystyczne białoczerwone zmiany na błonie śluzowej policzka w przebiegu toczenia układowego

Fig. 4. Patient C. A. – characteristic, alternate white and red trabeculae on buccal mucosa in course of SLE

kwity barwy szarej do żółtawobiałej, na błonie śluzowej policzków i języku, podobne do skórnych. Ognistoczerwone rumienie całej błony śluzowej jamy ustnej obserwowano w pierwotnie ostrych formach łuszczycy [cyt. wg 5]. Opisano też rzadkie przypadki występowania *oral psoriasis* (OP) na podniebieniu [9] oraz na wardze dolnej u pacjenta z zapaleniem wątroby typu C (10), a także przypadek pacjenta z licznymi nadżerkami i bruzdami warg oraz podobnymi do opisanych przez Van der Waala i Pindborga zmianami biało-żółtymi na błonie śluzowej policzków i rumieniowymi zmianami języka i dziąseł [11].

We własnym materiale klinicznym najczęściej obserwowano język geograficzny, a także zmiany rumieniowe języka i dziąseł (ryc. 1, 2), rzadziej zmiany zanikowe błony śluzowej i leukoplakie. Zmianom w jamie ustnej towarzyszyła suchość, pieczenie i zaburzenia smaku, co było uciążliwe

dla chorych, wymagało leczenia miejscowego. Potwierdzałoby to obserwacje innych autorów [2, 7, 8]. Poglądy na częstość występowania zmian w jamie ustnej w przebiegu łuszczycy są niekiedy sprzeczne. Niektórzy autorzy podważają istnienie charakterystycznych dla łuszczycy zmian w jamie ustnej [12]. W zapoczątkowaniu procesu chorobowego mogą brać udział superantygeny bakteryjne i wirusowe, obecne również w jamie ustnej [5, 6].

Kolejną większą grupę w materiale własnym stanowili pacjenci z atopią, czyli genetycznie uwarunkowaną zdolnością organizmu do wzmożonej produkcji swoistych przeciwciał klasy IgE, skierowanych przeciw antygenom środowiskowym (alergenom). Należy tu m.in atopowe zapalenie skóry, (AD – *atopic dermatitis*), które charakteryzuje się zmianami wypryskowymi z bardzo nasilonym świądem i liszajowaceniem; ma przewlekły i nawrotowy przebieg i znaczny wpływ na jakość

życia pacjentów [13]. Dane epidemiologiczne wskazują, że u 10–15% populacji krajów zachodnich występują objawy a.z.s. w różnych okresach życia, a rozpowszechnienie choroby na przestrzeni ostatnich 30 lat szybko wzrasta (podwaja się co 10–15 lat), szczególnie w obszarach miejskich [3]. Zmiany skórne powstają typowo w obrębie zgięć łokciowych i kolanowych, ale także na twarzy i szyi. Reakcja alergiczna zaczyna się od uczulenia organizmu na swoisty antygen/alergen, w a.z.s. to przede wszystkim pokarmy, alergeny wziewne oraz grzyby drożdżopodobne [3, 13]. W a.z.s. opisuje się też częste występowanie języka geograficznego [14] oraz plamy rumieniowe i owrzodzenia umiejscowione najczęściej na błonie śluzowej policzków i bocznych powierzchniach języka oraz objawy subiektywne określane jako „palenie” błony śluzowej jamy ustnej [3, 14–17].

Odnotowano również przypadki leukoplakii jamy ustnej powstałej w wyniku alergii pokarmowej [18] oraz zmiany przypominające rumień wielopostaciowy [19]. U chorych na a.z.s. w materiale własnym obserwowano najczęściej (10 przypadków spośród 13) zmiany patologiczne języka – głównie język geograficzny z cechami klinicznymi zakażenia grzybiczego (ryc. 3) oraz zapalenie złuszczone warg, nadżerki i zmiany zanikowe błony śluzowej, odnotowano także w 3 przypadkach leukoplakię.

W materiale własnym dość liczna była grupa chorych na toczenia rumieniowatego układu – SLE (10 osób). Jest to przewlekła choroba zapalna skóry ze zmianami w różnych narządach wewnętrznych. Stwierdzono genetyczne tło zaburzeń autoimmunologicznych, wzmożone wydzielanie autoprzeciwciał przeciwko różnym antygenom, związaną z poliklonalną aktywacją limfocytów B (zwiększoną liczbą i reaktywnością), zaburzoną funkcją limfocytów T i zmniejszeniem ich liczby, szczególnie CD8 i wytwarzania IL-2. Upośledzona jest eliminacja kompleksów immunologicznych, które odkładają się w ścianach naczyń skóry i narządów wewnętrznych, co doprowadza do powstania wielonarządowych objawów choro-

by [20]. W przebiegu SLE, oprócz zmian skórnych, są opisywane zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej. We wcześniejszych badaniach własnych [21] obserwowano, charakterystyczne dla SLE, naprzemienne białe i czerwone pasma na błonie śluzowej policzków, bolesne nadżerki na błonie śluzowej warg w okresie zaostrzenia choroby, zaczerwienienie łuków podniebiennych z towarzyszącymi bolesnymi nadżerkami, leukoplakię włochatą na bocznej powierzchni języka przy HIV-ujemnym wyniku badania krwi. W obecnej obserwacji u wszystkich pacjentów stwierdzono zmiany na błonie śluzowej języka, rzadziej występowały zmiany zanikowe błony śluzowej oraz zapalenie złuszczone warg i kątów ust i leukoplakia. Chorzy skarżyli się na suchość błony śluzowej jamy ustnej, pieczenie, zaburzenia smaku i dyskomfort. Podobne zmiany opisywali też inni autorzy [22–24].

Zaniedbania higieny wpływały negatywnie na stan przyzębia oraz błony śluzowej i mogły opóźniać gojenie zmian patologicznych. Pogorszeniu higieny i stanu błony śluzowej jamy ustnej sprzyjało zapewne palenie papierosów. W piśmiennictwie [25, 26] zwraca się uwagę, że palenie tytoniu jest ważnym czynnikiem w złożonej etiologii zmian w jamie ustnej, szczególnie sprzyja powstawaniu leukoplakii i wzrostowi beztlenowej flory bakteryjnej odpowiedzialnej za zmiany w przyzębiu o ciężkim przebiegu. W materiale własnym stwierdzono duży odsetek (44%) nałogowych palaczy (palących powyżej 10 papierosów dziennie). Pacjenci palący papierosy nie zdawali sobie sprawy ze szkodliwego wpływu nałogu na stan jamy ustnej, ani też na istniejące już zmiany patologiczne błony śluzowej. Nie bez wpływu na stan błony śluzowej pozostawało też leczenie chorych, którzy otrzymywali leki: immunosupresyjne, uspokajające i nasenne oraz przeciwalergiczne. Wiele z nich wykazuje działania uboczne między innymi przez ograniczanie wydzielania śliny i zaburzanie procesów obronnych jamy ustnej, zwiększając ryzyko zakażeń i/lub mechanicznych uszkodzeń tkanek miękkich [27].

Piśmiennictwo

- [1] KUNA P.: Atopowe zapalenie skóry. W: Immunologia kliniczna. Red. Kowalski M. L., Mediton, Łódź 2000, 199–255.
- [2] CASPER U., SEIFFERT K., DIPPEL E., ZOUBOULIS C.C.: Exfoliatio areata linguae et mucosae oris: a mucous membrane manifestation of psoriasis pustulosa. *Hautarzt* 1998, 49, 850–854.
- [3] LEUNG M., BIEBER T.: Atopic dermatitis. *Lancet* 2004, 11, 151–160.
- [4] BANACH J.: Profilaktyka domowa. W: Praktyczna periodontologia kliniczna. Red. Jańczuk Z., Wyd. Kwintessencja, Warszawa 2004, 119–131.
- [5] CHOMYSZYN-GAJEWSKA M., ABDEL-HAQ A.: Zmiany w obrębie błony śluzowej jamy ustnej u chorych na łuszczycę – przegląd piśmiennictwa. *Czas. Stomat.* 2003, 56, 228–234.
- [6] BOS J. D., DE RIE A.: The pathogenesis of psoriasis: immunological facts and speculations. *Immunol. Today* 1999, 20, 40–46.

- [7] BRUCE A. J., ROGERS R. S.: Oral psoriasis. *J. Dermatol. Sci.* 2003, 31, 59–64.
- [8] ARIYAWARDANA A., TILAKARATNE W. M., RANASINGHE A. W., DISSANAYAKE M.: Oral psoriasis in 11-year-old child: a case report. *Int. J. Paediatr. Dent.* 2004, 14, 141–145.
- [9] RICHARDSON L. J., KRATOCHVIL F. J., ZIEPER M. B.: Unusual palatal presentation of oral psoriasis. *J. Can. Dent. Assoc.* 2000, 66, 80–82.
- [10] YAMAMOTO T., NISHIOKA K.: Oral psoriasis in a patient with hepatitis C virus infection. *Eur. J. Dermatol.* 2002, 12, 75–76.
- [11] MIGLIARI D. A., PENHA S. S., MARQUEZ M. M., MATTHEWS R. W.: Considerations on the diagnosis of oral psoriasis: A case report. *Med. Oral* 2004, 9, 300–303.
- [12] SOAMES J. V., SOUTHAM J. C.: Choroby błony śluzowej jamy ustnej różnorodnego pochodzenia. *Patologia jamy ustnej*. Sanmedica, Warszawa 1996, 176–188.
- [13] JABŁOŃSKA S., CHORZELSKI T.: Choroby alergiczne skóry. W: *Choroby skóry*. PZWL, Warszawa 2001, 150–190.
- [14] KURAMOTO Y., TADAKI T., HATCHOME N., TAGAMI H.: Geographic tongue in two siblings. *Dermatologica* 1987, 174, 298–302.
- [15] ALLEN C. M., BLOZIS G. G.: Oral mucosal reactions to cinnamon-flavored chewing gum. *J. Am. Dent. Assoc.* 1988, 116, 664–667.
- [16] GOH C. L.: Bullous contact allergy from cinnamon. *Derm. Beruf. Umwelt*. 1988, 36, 186–187.
- [17] LAMEY P. J., LEWIS M. A., REES T. D., FOWLER C., BINNIE W. H., FORSYTH A.: Sensivity reaction to the cinnamonaldehyde component of toothpaste. *Br. Dent. J.* 1990, 168, 115–118.
- [18] MIHAIL R. C.: Oral leukoplakia caused by cinnamon food allergy. *J. Otolaryngol.* 1992, 21, 366–367.
- [19] COHEN D. M., BHATTACHARYYA I.: Cinnamon-induced oral erythema multififormelike sensivity reaction. *J. Am. Dent. Assoc.* 2000, 131, 929–934.
- [20] SCHIÖDT M.: Oral discoid lupus erythematosus. III. A histopathologic study of sixty-six patients. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 1984, 57, 281–293.
- [21] SZUMSKA-TYRZYK B., SADLAK-NOWICKA J., ANTKIEWICZ H., TYRZYK S.: Stan kliniczny błony śluzowej jamy ustnej u pacjentów chorych na toczenia rumieniowatego. *Dent. Med. Probl.* 2002, 39, 79–83.
- [22] JENSEN J. L., BERGEM H. O., GILBOE I. M., HUSBY G., AXELL T.: Oral and ocular sicca symptoms and findings are prevalent in systemic lupus erythematosus. *J. Oral Pathol. Med.* 1999, 28, 317–322.
- [23] JORIZZO J. L., SALISBURY P. L., ROGERS R. S. 3rd, GOLDSMITH S. M., SHAR G. G., CALLEN J. P., WISE C. M., SEMBLE E. L., WHITE W. L.: Oral lesions in systemic lupus erythematosus. Do ulcerative lesions represent a necrotizing vasculitis? *J. Am. Acad. Dermatol.* 1992, 27, 389–394.
- [24] URMAN J. D., LOWENSTEIN M. B., ABELES M., WEINSTEIN A.: Oral mucosal ulceration in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheumatol.* 1978, 21, 58–61.
- [25] GÓRSKA R., NOWAK M.: Tytoń jako czynnik ryzyka zmian patologicznych błony śluzowej jamy ustnej. *Czas. Stomat.* 1997, 50, 394–398.
- [26] MIRBOD S. M., AHING S. I.: Tobacco-associated lesions of the oral cavity: Part I. Nonmalignant lesions. *J. Canad. Dent. Assoc.* 2000, 66, 252–256.
- [27] TACK D. A., ROGERS III R. S.: Oral drug reactions. *Derm. Ther.* 2002, 15, 236–250.

Adres do korespondencji:

Hanna Antkiewicz

Katedra i Zakład Periodontologii i Chorób Błony Śluzowej Jamy Ustnej AM

ul. Dębowa 1a

80-204 Gdańsk

tel./faks: +48 58 349 21 78

e-mail: parodont@amg.gda.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 9.03.2005 r.

Po recenzji: 29.03.2005 r.

Zaakceptowano do druku: 26.04.2005 r.

Received: 9.03.2005

Revised: 29.03.2005

Accepted: 26.04.2005