

TOMASZ KONOPKA, MAGDALENA MENDAK

Występowanie chorób błony śluzowej jamy ustnej u pacjentów poradni specjalistycznej we Wrocławiu w latach 1992–2003

Prevalence of Oral Mucosal Diseases in Patients of Specialistic Clinic in Wrocław in the Years 1992–2003

Zakład Patologii Jamy Ustnej Katedry Periodontologii AM we Wrocławiu

Streszczenie

Wprowadzenie. Zmiany w częstości występowania chorób błony śluzowej jamy ustnej wymuszają ich obserwację w różnych populacjach. Ocena frekwencji ich występowania wśród pacjentów specjalistycznej poradni umożliwia szybkie uchwycenie kierunku zmian.

Cel pracy. Analiza częstości występowania chorób błony śluzowej jamy ustnej u pacjentów zgłaszających się do poradni specjalistycznej Akademii Medycznej we Wrocławiu w latach 1992–2003. Porównano zmiany we frekwencji tych patologii między okresami 1992–1997 i 1998–2003. Dokonano również przeglądu występowania jednostek chorobowych u pacjentów < 20. i > 60. roku życia oraz ze względu na płeć.

Materiał i metody. Analizie poddano 1281 przypadków chorób błony śluzowej jamy ustnej u pacjentów w wieku od 2 miesięcy do 89 lat, w tym u 867 kobiet. Diagnostykę różnicową prowadzono na podstawie obrazu klinicznego oraz wielu badań dodatkowych.

Wyniki. Rozpoznano 37 jednostek chorobowych. W latach 1992–1997 dominowały: kandydoza (20,2%), liszaj płaski (14,2%), afty przewlekłe, nawrotowe (11,6%), leukoplakia (8,9%) oraz zespół pieczenia jamy ustnej (8,2%). W latach 1998–2003 najczęściej występowały: kandydoza (16,8%), zespół pieczenia jamy ustnej (12,7%), liszaj płaski (12,5%), leukoplakia (9,2%) oraz afty nawrotowe (9,1%). W ostatnim okresie wystąpił istotny wzrost ($p = 0,014$) liczby pacjentów z zespołem pieczenia jamy ustnej oraz zmianami nowotworowymi ($p = 0,013$). U dzieci i młodzieży najczęstszymi rozpoznaniem były: zmiany opryszczkowe (27,1%), afty nawrotowe (20,3%), kandydoza (9,7%), język geograficzny (7,7%) i zespół Stevensa-Johnsona (5,8%). U pacjentów > 60 lat najczęstszymi chorobami były: kandydoza (25%), zespół pieczenia jamy ustnej (21,7%), liszaj płaski (16,7%), leukoplakia (8,1%), zmiany pourazowe (7%) i afty nawrotowe (4,3%), co stanowiło 83,2% wszystkich postawionych rozpoznań w tej grupie wiekowej. Znamienne częstsze występowanie patologii jamy ustnej u kobiet potwierdzono w odniesieniu do 3 chorób: zespołu Sjögrena, zespołu pieczenia jamy ustnej i liszaja płaskiego.

Wnioski. Choroby błony śluzowej jamy ustnej są bardzo często uzewnętrznieniem uwarunkowań ogólnoustrojowych, dlatego w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym jest konieczna współpraca wielu specjalistów. W przyszłości należy spodziewać się wzrostu liczby pacjentów z zakażeniami grzybiczymi i wirusowymi, zespołem pieczenia jamy ustnej, nowotworami oraz z chorobami o etiologii alergicznej (*Dent. Med. Probl.* 2004, 41, 4, 717–725).

Słowa kluczowe: choroby błony śluzowej jamy ustnej, występowanie.

Abstract

Background. Changes in the frequency of oral mucosal diseases stimulate their observation in different populations. The evaluation of frequency of their prevalence among patients of specialist dental office helps the quick capture of the trends of those changes.

Objectives. Analysis of the frequency of oral mucosal lesions in patients admitted at the specialistic clinic at Wrocław Medical University in the years 1992–2003. Changes in the frequency of oral lesions were compared in different periods 1992–1997 and 1998–2003. Also the review of the presence of certain diseases in patients under 20 and over 60 years of age and in both sex groups was made.

Material and Methods. 1281 cases of oral mucosal disorders in patients aged from 2 months to 89 years, in which 867 were women, were analyzed. Differential diagnosis was done basing on the clinical view and additional examination.

Results. 37 diseases were diagnosed. In the years 1992–1997, most often observed were: candidiosis (20.2%), lichen planus (14.2%), recurrent aphthous ulceration (11.6%), leukoplakia (8.9%) and burning mouth syndrome (8.2%). In the years 1998–2003 the most frequent lesions were: candidiosis (16.8%), burning mouth syndrome (12.7%), lichen planus (12.5%), leukoplakia (9.2%) and recurrent aphthous ulceration (9.1%). In the last period there was a significant rise in the number of patients with burning mouth syndrome ($p = 0.014$) and oral neoplasms ($p = 0.013$). In children and teenagers, the most often were: herpetic changes (27.1%), recurrent aphthous ulceration (20.3%), candidiosis (9.7%), geographic tongue (7.7%) and Stevens-Johnson syndrome (5.8%). In patients above 60 years of age, the most frequent diseases were: candidiosis (25%), burning mouth syndrome (21.7%), lichen planus (16.7%), leukoplakia (8.1%), traumatic lesions (7%) and recurrent aphthous ulceration (4.3%). These diagnoses comprised 83.2% of all diagnoses in this age group. Significantly higher frequency of the presence of oral pathologies in female patients was proven in 3 diagnoses: Sjögren's syndrome, burning mouth syndrome and lichen planus.

Conclusions. Oral diseases are very frequent exhibits of systemic diseases, and multispecialist cooperation is necessary in the diagnostic-therapeutic approach. In the future, we should consider the increase of the number of patients with fungal and viral infections, burning mouth syndrome, neoplasm and diseases of allergic origin (**Dent. Med. Probl.** 2004, 41, 4, 717–725).

Key words: oral mucosal lesions, occurrence.

Konieczna jest ciągła obserwacja występowania chorób błony śluzowej jamy ustnej z uwagi na zmiany w otaczającym środowisku oraz ewolucję poglądów na temat ich powstawania. W ostatnim okresie wydaje się zwiększać liczba pacjentów z chorobami infekcyjnymi (grzybicami i wirusowymi) oraz reakcjami alergicznymi w jamie ustnej o coraz bardziej złożonej symptomatologii. Typowe dla błony śluzowej jamy ustnej jednostki chorobowe, jak afty przewlekłe, nawrotowe i leukoplakia, zdarzają się natomiast rzadziej. Badania nad występowaniem chorób błony śluzowej prowadzi się najczęściej w: dużych populacjach losowo wybranych mieszkańców danego kraju lub miasta [1, 2], grupie wiekowej [3], grupie zawodowej [4], u pacjentów z określoną chorobą ogólnoustrojową. Warto jednak przeprowadzić analizę jednostek chorobowych rozpoznawanych i leczonych w poradni specjalistycznej. W badaniach takich łatwiej można zaobserwować kierunki zmian częstości występowania poszczególnych chorób.

Celem pracy była analiza częstości występowania chorób błony śluzowej jamy ustnej u pacjentów zgłaszających się do Katedry Periodontologii Akademii Medycznej we Wrocławiu w latach 1992–2003. Jest to kolejny tego typu przegląd [5, 6], tym razem uwzględniający najdłuższy, 12-letni okres. Porównano zmiany we frekwencji tych patologii między okresami 1992–1997 a 1998–2003. Dokonano również przeglądu jednostek chorobowych u pacjentów < 20. i > 60. roku życia oraz ze względu na płeć.

Material i metody

Do Katedry Periodontologii Akademii Medycznej we Wrocławiu w latach 1992–2003 zgłosiło się 8283 osób. Na podstawie przeglądu wszystkich kart chorych z tego okresu ustalono, że w 1281 przypadkach przyczyną zgłoszenia były

choroby lub nieprawidłowości błony śluzowej jamy ustnej. Dla uproszczenia każdą osobę klasyfikowano tylko raz (w przypadku koincydencji kilku chorób wybierano trudniej leczącą się). Pacjenci z tymi dolegliwościami stanowili tylko 15,46% wszystkich zgłaszających się do poradni osób. Wiek tych pacjentów wahał się od 2 miesięcy do 89 lat. Zdecydowanie przeważały kobiety – 867 (67,8%). Liczba chorych wraz z odsetkiem w odniesieniu do wszystkich zgłaszających w poszczególnych latach przedstawiała się następująco: 1992 r. – 54 (10,1%), 1993 r. – 57 (9,7%), 1994 r. – 87 (13,3%), 1995 r. – 91 (14,4%), 1996 r. – 87 (17,8%), 1997 r. – 73 (22,6%), 1998 r. – 112 (25,5%), 1999 r. – 122 (16,8%), 2000 r. – 122 (18,1%), 2001 r. – 167 (17,5%), 2002 r. – 136 (14,9%), 2003 r. – 173 (12,2%).

Diagnostykę różnicową chorób błony śluzowej jamy ustnej prowadzono na podstawie obrazu klinicznego oraz badań dodatkowych: mykologicznych (przesiewowych z użyciem testu Oricult N i hodowlanych), histopatologicznych i immunohistochemicznych, serologicznych, immunologicznych, sialometrycznych, kolorymetrycznych, testów alergologicznych oraz ogólnych badań krwi. W przypadkach najtrudniejszych, chorych kierowano na konsultację i leczenie: dermatologiczne, chirurgiczne, internistyczne, alergologiczne, okulistyczne, ginekologiczne, neurologiczne, psychiatryczne, onkologiczne i protetyczne.

W analizie statystycznej wykorzystano test χ^2 , niekiedy z poprawką Yatesa. Poziom istotności wynosił $p \leq 0,05$.

Wyniki

Częstość występowania poszczególnych chorób błony śluzowej jamy ustnej w latach 1992–1997 oraz 1997–2003 przedstawiono w tabeli 1. W sumie rozpoznano 37 jednostek chorobowych.

Tabela 1. Występowanie wszystkich chorób błony śluzowej jamy ustnej w latach 1992–1997 i 1998–2003**Table 1.** Frequency of all oral mucosal diseases in the periods 1992–1997 and 1998–2003

Rozpoznanie (Diagnosis)	1998	1999	2000	2001	2002	2003	1998–2003 (%)	1992–1997 (%)	1992–2003 Suma (Sum) (%)
Kandydoza	20	21	15	34	26	24	140 (16,8)	91 (20,2)	231 (18)
Liszaj płaski	18	10	14	21	19	22	104 (12,5)	64 (14,2)	168 (13,1)
Zespół pieczenia jamy ustnej	15	14	20	24	15	18	106 (12,7)	37 (8,2)	143 (11,1)
Afty nawrotowe	12	9	13	6	13	16	76 (9,1)	52 (11,6)	128 (10)
Leukoplakia	10	15	9	16	11	16	77 (9,2)	40 (8,9)	117 (9,1)
Zmiany opryszczkowe	8	6	6	7	11	15	53 (6,3)	21 (4,6)	74 (5,7)
Zmiany pourazowe	4	5	11	12	5	4	41 (4,9)	29 (6,4)	70 (5,4)
Język geograficzny	2	2	8	5	7	12	36 (4,3)	19 (4,2)	55 (4,3)
Torbiel zastoinowa	3	3	1	6	5	8	26	7	33
Zespół Stevensa-Johnsona	3	2	1	3	0	2	11	21	32
Język czarny włochaty	1	6	3	4	2	6	22	8	30
Zespół Sjögrena	2	2	5	4	2	4	19	7	26
Zapalenie uczuleniowe jamy ustnej	2	7	1	3	3	0	16	4	20
Włókniak	0	0	3	4	3	5	15	3	18
Brodawczak	0	3	0	2	0	4	9	5	14
Rak błony śluzowej i warg	2	1	0	3	3	2	11	1	12
Naczyniak	0	3	0	3	1	3	10	2	12
Złuszczające zapalenie warg	1	0	1	1	2	0	5	6	11
Język pofałdowany	1	0	2	1	0	1	5	6	11
Gruzołowe zapalenie warg	0	2	1	1	0	1	5	4	9
Zespół Melkerssona-Rosenthala	0	0	0	1	2	0	3	4	7
Melanoplakia	1	1	1	0	0	0	3	4	7
Złuszczające zapalenie jamy ustnej	1	1	1	0	0	0	3	3	6
Zespół Grinspana	0	0	0	1	0	2	3	3	6
Tatuaż amalgamowy	0	2	3	1	0	0	6	0	6
Ziarniniakowe zapalenie warg	0	1	0	0	1	0	2	3	5
Choroba Delbanco	3	0	1	0	0	0	4	1	5
Znamię gąbczaste białe	2	0	1	0	0	1	4	1	5
Halitiosis	0	3	1	0	1	0	5	0	5
Neuralgia nerwu trójdzielnego	0	1	0	1	1	1	4	1	5
Ziarnica jamy ustnej i twarzy	0	1	0	1	1	1	4	0	4
Romboidalne zapalenie języka	1	1	0	0	0	1	3	0	3
Pemfigoid	0	0	0	0	0	3	3	0	3
Język Huntera	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Pęcherzyca	0	0	0	0	1	1	2	0	2
Kamica gruczołów ślinowych	0	0	0	2	0	0	2	0	2
Choroba Prengle'a	0	0	0	0	1	0	1	0	1
Razem (Total)	112	122	122	167	136	173	832	449	1281

wych. W okresie wcześniejszym najczęstszymi patologiami były: kandydoza (20,2%), liszaj płaski (14,2%), afty nawrotowe (11,6%), leukoplakia (8,9%) oraz zespół pieczenia jamy ustnej (8,2%). W latach 1998–2003 lista pięciu najczęstszych jednostek nieco się zmieniła i były to w kolejności: kandydoza (16,8%), zespół pieczenia jamy ustnej (12,7%), liszaj płaski (12,5%), leukoplakia (9,2%) oraz afty nawrotowe (9,1%). W tym okresie 5 ww. chorób oraz zmiany pourazowe (w tym stomatopatie protetyczne), zmiany opryszczkowe oraz język geograficzny stanowiły 76% wszystkich rozpoznań. W wyniku porównania częstości

występowania chorób błony śluzowej jamy ustnej między analizowanymi sześciolletnimi okresami ustalono dwie znamienne prawidłowości: w okresie 1997–2003 nastąpił istotny wzrost ($p = 0,014$) liczby pacjentów z zespołem pieczenia jamy ustnej oraz zmianami nowotworowymi (rak błony śluzowej i wargi, włókniak, naczyniak) ($p = 0,013$).

W tabeli 2. i 3. zestawiono rozpoznania w dwóch skrajnych grupach wiekowych – pacjentów < 20 oraz > 60 lat. U dzieci i młodzieży najczęstszymi rozpoznaniem były: zmiany opryszczkowe (opryszczka wargowa i zapalenie opryszczkowe jamy ustnej i dziąsła) (27,1%), afty nawrotowe

Tabela 2. Występowanie chorób błony śluzowej jamy ustnej u pacjentów < 20 lat**Table 2.** Occurrence of oral mucosal diseases in patients under 20-year-old

Rozpoznanie (Diagnosis)	1992–1997 (%)	1998–2003 (%)	1992–2003 Suma (Sum) (%)
Zapalenie opryszczkowe	10 (25)	18 (28,5)	28 (27,1)
Afty nawrotowe	9 (22,5)	12 (19)	21 (20,3)
Kandydoza	3 (7,5)	7 (11,1)	10 (9,7)
Język geograficzny	3 (7,5)	5 (7,9)	8 (7,7)
Zespół Stevensa-Johnsona	3 (7,5)	3 (4,7)	6 (5,8)
Brodawczak	1	3	4
Naczyniak	0	4	4
Złuszczające zapalenie warg	2	1	3
Tatuaż amalgamatowy	0	3	3
Zapalenie uczuleniowe	2	1	3
Język czarny włochaty	1	1	2
Znamię gąbczaste białe	1	1	2
Melanoplakia	1	1	2
Torbiel zastoinowa	1	1	2
Zmiany pourazowe	1	0	1
Włókniak	1	0	1
Złuszczające zapalenie jamy ustnej	1	0	1
Język pofałdowany	0	1	1
<i>Halithiosis</i>	0	1	1
Razem (Total)	40	63	103

Tabela 3. Występowanie chorób błony śluzowej jamy ustnej u pacjentów > 60 lat**Table 3.** Occurrence of oral mucosal diseases in patients > 60-year-old

Rozpoznanie (Diagnosis)	1992–1997 (%)	1998–2003 (%)	1992–2003 Suma (Sum) (%)
Kandydoza	52 (28,2)	69 (23)	121 (25)
Zespół pieczenia jamy ustnej	28 (15,2)	77 (25,7)	105 (21,7)
Liszaj płaski	31 (16,8)	50 (16,7)	81 (16,7)
Leukoplakia	13 (7)	27 (9)	40 (8,1)
Zmiany pourazowe	20 (10,8)	14 (4,6)	34 (7)
Afty nawrotowe	10 (5,4)	11 (3,6)	21 (4,3)
Zespół Sjögrena	6	8	14
Język geograficzny	5	8	13
Włókniak	2	7	9
Rak błony śluzowej i warg	1	7	8
Zapalenie opryszczkowe	5	2	7
Zespół Stevensa-Johnsona	1	2	3
Zespół Grinspana	2	1	3
Gruczołowe zapalenie warg	1	2	3
Neuralgia nerwu trójdzielnego	0	3	3
Brodawczak	0	2	2
Naczyniak	1	1	2
Język pofałdowany	2	0	2
Pemfigoid	0	2	2
Zapalenie uczuleniowe jamy ustnej	1	1	2
Język czarny włochaty	1	1	2
Zespół Melkerssona-Rosenthala	1	0	1
Torbiel zastoinowa	0	1	1
Ziarnica jamy ustnej i twarzy	0	1	1
Kamica gruczołów ślinowych	0	1	1
Romboidalne zapalenie języka	1	0	1
<i>Halithiosis</i>	0	1	1
Razem (Total)	184	299	483

we (20,3%), kandydoza (9,7%), język geograficzny (7,7%) i zespół Stevensa-Johnsona (5,8%). Stanowiły 70,8% wszystkich rozpoznań. Nie stwierdzono istotnych różnic w częstości występowania chorób błony śluzowej jamy ustnej u osób < 20. roku życia między analizowanymi okresami. U pacjentów najstarszych najczęstszymi chorobami były: kandydoza (25%), zespół pieczenia jamy ustnej (21,7%), liszaj płaski (16,7%), leukoplakia (8,1%), zmiany pourazowe – głównie stomatopatie protetyczne (7%) i afty nawrotowe (4,3%). Stanowiły aż 83,2% wszystkich postawionych rozpoznań. U osób > 60. roku życia stwierdzono w ostatnim okresie istotny wzrost liczby ($p = 0,006$) przypadków zespołu pieczenia jamy ustnej oraz znamienny spadek (0,009) zmian pourazowych błony śluzowej.

W tabeli 4. przedstawiono występowanie najczęściej zdiagnozowanych chorób w całym okresie obserwacji w zależności od płci pacjentów. Znamienne częstsze występowanie patologii jamy ustnej u kobiet potwierdzono w odniesieniu do 3 jednostek: zespołu Sjögrena (nie stwierdzono, aby choroba ta występowała u mężczyzn), zespołu pieczenia jamy ustnej i liszaja płaskiego. Również w przypadku kandydozy zaobserwowano częstsze występowanie u kobiet, chociaż nie na poziomie statystycznej istotności.

Omówienie

Zdecydowanie najczęstszą grupą chorób wśród badanych pacjentów były zakażenia grzybami z rodzaju *Candida* i wirusami *Herpes simplex*, stanowiące 23,7% rozpoznań postawionych w latach 1992–2003. U dzieci i młodzieży dominowały zmiany opryszczkowe (zapalenie jemy

ustnej i dziąseł oraz nawrotowe zmiany wargowe), a u osób dorosłych i starszych kandydoza (postać przewlekła rzekomobłoniasta, ostra rumieniowa i rzekomobłoniasta, protetyczna i zapalenie kątów ust). Dominacja tych zakażeń nie zmienia się od początku lat dziewięćdziesiątych XX w. [5, 6]. Wynika to z bardzo częstego bytowania tych drobnoustrojów zarówno w zwojach nerwowych (HSV-1), jak i w jamie ustnej (*Candida* spp.). Szacuje się, że w krajach mniej rozwiniętych serokonwersja HSV-1 dotyczy 30% dzieci w 5. roku życia i 70–80% osób dorosłych [7]. W USA w latach 1988–1994 było 66,6% osób > 12. roku życia serododatnich dla HSV-1 [8]. *Candida* spp. występują w jamie ustnej 3–48% zdrowych dorosłych oraz 45–65% zdrowych dzieci [cyt. wg 9]. W sytuacji naruszenia równowagi między tymi drobnoustrojami a mechanizmami obronnymi gospodarza przez czynniki ogólne (np. immunosupresję, zmiany hormonalne, choroby) lub miejscowe (uraz, użytkowanie płytowych uzupełnień protetycznych, alergia) dochodzi do rozwoju zakażenia oportunistycznego. U dzieci są to pierwotne ostre zakażenia HSV-1 z objawami wewnątrz jamy ustnej oraz nawrotowa infekcja z lokalizacją okołowargową, będąca skutkiem reaktywacji wirusa. Mimo że inni autorzy [7, 10] stwierdzają częstsze występowanie zakażeń HSV-1 w jamie ustnej i na wargach u kobiet, nasze badania tego nie potwierdzają. Rozpoznanie tych zakażeń nie stanowi większego problemu. W przypadku kandydozy diagnostykę opierano głównie na przesiewowym teście hodowlanym Oricult N, którego skuteczność w odniesieniu do tradycyjnego badania hodowlanego wynosiła 82% [11]. W najtrudniejszych diagnostycznie przypadkach infekcji HSV-1 diagnostykę *ex post* prowadzono na podstawie badania serologicznego.

Tabela 4. Występowanie najczęstszych chorób błony śluzowej jamy ustnej w latach 1992–2003 w zależności od płci

Table 4. Occurrence of most often oral pathologies in the year 1992–2003 depending on sex

Rozpoznanie (Diagnosis)	Kobiety (Females) (%)	Mężczyźni (Males) (%)	Istotność różnic (Significance)
Kandydoza	163 (70,5)	68 (29,5)	ns.
Liszaj płaski	132 (78,5)	36 (21,5)	0,001
Zespół pieczenia jamy ustnej	123 (86)	20 (14)	0,000
Afty nawrotowe	74 (57,8)	54 (42,2)	ns.
Leukoplakia	59 (50,4)	58 (49,6)	ns.
Znany opryszczkowe	40 (54)	34 (46)	ns.
Zmiany pourazowe	46 (65,7)	24 (34,3)	ns.
Język geograficzny	36 (65,4)	19 (34,6)	ns.
Torbiel zastoynowa	18 (54,5)	15 (45,5)	ns.
Zespół Stevensa-Johnsona	16 (50)	16 (50)	ns.
Zespół Sjögrena	26 (100)	0	0,000
Nowotwory	25 (59,5)	17 (40,5)	ns.
Zmiany alergiczne	21 (51,2)	20 (48,8)	ns.

Dużą grupę pacjentów poradni stanowiły osoby z dermatozami (liszajem płaskim, zespołem Stevensa-Johnsona, pęcherzycą, pemfigoidem), które mogą lokalizować się tylko na błonie śluzowej jamy ustnej. Stanowiły one łącznie 16% wszystkich rozpoznań. Zdecydowanie najczęściej rozpoznawano liszaj płaski, występujący istotnie częściej u kobiet (78,5%); wiek pacjentów 27–81 lat. Najczęstszymi odmianami klinicznymi była postać siateczkowa (50%) oraz nadżerkowo-wrzodziejąca (33%). Występowanie liszaja płaskiego w jamie ustnej waha się w zależności od populacji 0,1–4% [cyt. wg 12]. Na przykład u dorosłych Szwedów było to 1,9% [12], u dorosłych Hiszpanów 3,2% [13], a u Chińczyków z terenu miejskiego 1,3% [1]. W zestawieniu obserwacji przeprowadzonych u przynajmniej 200 osób w okresach od roku do 26 lat Holmstrup [12] podaje, że możliwość transformacji nowotworowej liszaja w jamie ustnej wahała się od 0,4% w Danii, Szwecji i na Węgrzech do 3,3% w Wielkiej Brytanii. Możliwość taka dotyczy głównie postaci nadżerkowej i zanikowej liszaja, a najbardziej predysponowana lokalizacja to język i dziąsło. W diagnostyce różnicowej liszaja płaskiego (szczególnie w postaci tarczkowej) znaczenie rozstrzygające ma badanie histopatologiczne, niekiedy immunohistochemiczne.

Trzecią pod względem częstości występowania, wśród badanych pacjentów, grupą chorób były stany przednowotworowe i nowotwory jamy ustnej: leukoplakia, włókniak, brodawczak, rak błony śluzowej jamy ustnej, naczyniak, gruczolowe zapalenie warg. Stanowiły łącznie 14,2% wszystkich rozpoznań. Na szczególne podkreślenie zasługuje istotny wzrost w ostatnich sześciu latach liczby pacjentów z nowotworami jamy ustnej. Najczęstszym w tej grupie rozpoznaniem była leukoplakia – zawsze na 4–5 miejscu pod względem częstości występowania, chorobę stwierdzano u osób w wieku 24–77 lat, w równym stosunku u kobiet i mężczyzn. W 77% była to postać homogenna leukoplakii. W badaniach populacyjnych występowanie leukoplakii wahało się od 0,4% w Chinach do 11,7% w Indiach [1, 4, 9], a w krajach europejskich od 0,9% w zachodniej części Niemiec i Berlinie do 8% w Rosji [2, 9, 13, 14]. Najczęstsze lokalizacje leukoplakii w materiale własnym to: błona śluzowa policzków (64%), wyrostek zębodołowy i dziąsło (19,6%), wargi i kąt ust (10,2%), dno jamy ustnej (8,5%) oraz język (6%). Rozkład ten jest najbardziej zbliżony do opisanego przez Roeda-Petersena i Renstrupa [15] w Danii: błona śluzowa policzków (56,7%), wyrostek zębodołowy i dziąsło (15,1%), wargi (8,9%), język (7,3%), dno jamy ustnej (6,5%). Najważniejszą przyczyną wywołującą leukoplakię jest nikotynizm. Wśród badanych pacjentów przewlekły

nikotynizm stwierdzono u 60% osób z leukoplakią. Odsetek leukoplakii podlegających transformacji nowotworowej wahał się w zależności od populacji 0,13–17,5% [cyt. wg 16]. Istotna w tym kontekście jest znajomość czynników etiologicznych w procesie karcinogenezy w jamie ustnej, ponieważ ich oddziaływanie może taką transformację przyspieszać. Zalicza się do nich [17]: ekspozycję na słońce (w przypadku leukoplakii wargi dolnej), alkoholizm, dysfagię syderopeniczną, zakażenie wirusami Epsteina-Barr i HPV, nadkażenie zmiany *Candida spp.*, mutację genu *p53* na chromosomie 17. W ośrodku wrocławskim nie prowadzi się żadnego leczenia zachowawczego leukoplakii (poza eliminacją oddziaływania modyfikowalnych czynników etiologicznych). Zmiany są poddawane terapii fotodynamicznej, kriochirurgii bądź są usuwane chirurgicznie.

Innym częstym rozpoznaniem u naszych pacjentów był zespół pieczenia jamy ustnej (BMS), którego występowanie w ostatnim okresie istotnie wzrosło. W latach 2000–2003 była to druga lub trzecia choroba pod względem liczby zgłaszających się pacjentów. BMS występuje głównie u kobiet (stosunek kobiet do mężczyzn jest większy od 5 : 1) w wieku średnim oraz u starszych po okresie menopauzy [18–20]. Obserwacje własne w pełni to potwierdzają – stosunek kobiet do mężczyzn wynosił 6,15 : 1, wiek pacjentów wahał się 34–84 lat, 79% osób było > 50. roku życia. W badaniach populacyjnych frekwencja BMS u osób > 30. roku życia wynosiła 2,6–5,1% w Wielkiej Brytanii i 3,9–4,6% w Szwecji [cyt. wg 18, 19]. Występowanie BMS w starszym wieku oraz wyraźna predylekcja do kobiet tłumaczy długa lista potencjalnych czynników etiologicznych, których oddziaływanie przypada na okres po 30. roku życia głównie u płci żeńskiej. Należą do nich [18–20]: zaburzenia hormonalne, niedobory pokarmowe witamin z grupy B i żelaza, kserostomia, źle wykonane uzupełnienia protetyczne, parafunkcje, elektrogalwanizm, stany lękowo-depresyjne i inne zaburzenia psychiatryczne, cukrzyca. Ostatnio sugeruje się również, że BMS jest formą obwodowej neuropatii [18, 20]. BMS jak żadna inna jednostka chorobowa wymaga wielospecjalistycznego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Obok stomatologa powinni w nim uczestniczyć: ginekolog, endokrynolog, internista, neurolog, psycholog, psychiatra, alergolog. Brak takiej współpracy przekreśla możliwości skutecznego leczenia choroby.

Piątą pod względem częstości występowania grupą chorób w materiale własnym są aftozy, stanowiące 10% wszystkich rozpoznań postawionych w latach 1992–2003. W ostatnim okresie nastąpił nieznaczny spadek liczby pacjentów z tą

chorobą. Aftozy były obserwowane prawie w równym stopniu u obu płci, u osób w wieku od 4 miesięcy do 78 lat, z największą zachorowalnością (59%) dla przedziału wieku 19–50 lat. Jednostka ta pod względem częstości występowania to druga choroba błony śluzowej jamy ustnej u dzieci i młodzieży. W ogólnej populacji występowanie aftoz wahało się od 1,4% u osób > 65 lat z Chile [21] do 25%, jeżeli uwzględnimy występowanie aft w przeszłości [22]. Na przykład afty w czasie badania stwierdzono u 1,9% dorosłych Hiszpanów [13] i 2% Szwedów [cyt. wg 1] oraz u 18,3% dorosłych Niemców z uwzględnieniem ich występowania w przeszłości [14]. W niektórych wybranych grupach (np. studentów medycyny, chorych na celiakię) odsetek osób z aftami sięga 40–65% [22, 23]. U badanych pacjentów w naszym ośrodku przeważały afty małe – 76,5%, rzadziej obserwowano afty duże Suttona – 17% i opryszczkopodobne – 6,5%. Jest to zgodne z ocenami innych autorów [9, 23]. Charakterystyczny obraz kliniczny nie stwarza w przypadku aft kłopotów diagnostycznych. Problemem pozostaje leczenie, ponieważ wciąż nie jest przyczynowe.

Niespełna 8% grupę patologii w materiale własnym stanowiły choroby charakterystyczne dla języka. Były to w kolejności występowania: język geograficzny, język czarny włochaty, język pofałdowany, romboidalne zapalenie języka, język Huntera. Liczba wad rozwojowych i schorzeń typowych dla języka (np. język obłożony, żyłakowatość języka, język pofałdowany) jest znacząco wyższa. Autorzy uwzględnili tylko te choroby, które były bezpośrednim powodem zgłoszenia się pacjenta do poradni i każdą osobę klasyfikowano tylko raz, przypisując jej rozpoznanie najtrudniejsze w leczeniu. W badaniach populacyjnych z typowych chorób języka wykazano: u dorosłych Hiszpanów – język pofałdowany (3,9%) i język obłożony (2,6%) [13], u dorosłych Niemców – język pofałdowany (19%) [14], u Chilijczyków > 65 lat – żyłakowatość języka (9%) i romboidalne zapalenie języka (0,9%) [21], u Tajlandczyków > 60 lat – żyłakowatość języka (59,6%) i język pofałdowany (28%) [24], u Chińczyków w wieku 65–74 lat – język pofałdowany (9,6%), zmiany zanikowe języka (3%) i język czarny włochaty (1,9%) [1]. W materiale własnym potwierdziły się obserwacje innych autorów [9, 25] o częstym występowaniu języka geograficznego u dzieci oraz u płci żeńskiej. W badaniach Bessa et al. [26] przeprowadzonych u 1211 dzieci brazylijskich w wieku 0–12 lat język geograficzny był najczęstszą zmianą na błonie śluzowej jamy ustnej.

Zmiany pourazowe występowały u 5,4% leczonych przez autorów badania pacjentów. U dzieci i młodzieży były to głównie nadżerki lub

owrzodzenia spowodowane parafunkcjami i oparzeniami, a u osób starszych stomatopatie protezytyczne, które stanowiły w tej grupie jedno z częstszych rozpoznań, chociaż w ostatnim okresie wykazano istotną tendencję do spadku. Potwierdza się ogólnie znana prawda o trzech głównych czynnikach etiologicznych stomatopatii protetycznych w postaci przewlekłego urazu wynikającego z nieprawidłowego wykonania uzupełnienia płytowego, zakażenia grzybiczego oraz złej higieny jamy ustnej i protez. MacEntee et al. [3] badając osoby > 75 lat, u połowy z nich stwierdzili zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej, a u palących mężczyzn z nieprawidłowymi uzupełnieniami protezytycznymi istotnie częstsze występowanie zapalenia jamy ustnej, rozrostów zapalnych związanych z drażnieniem płytą protez i kąтового zapalenia ust. Zmiany urazowe w jamie ustnej są często obserwowane przy ocenie błony śluzowej w badaniach populacyjnych. U Chilijczyków > 65. roku życia najczęstszą zmianą było protetyczne zapalenie jamy ustnej (22,3%), wykazano również obecność owrzodzenia urazowego u 3,5% badanych [21]. Stomatopatia protetyczna była również najczęstszą zmianą w jamie ustnej u mieszkańców Hongkongu > 65 lat [27]. U dorosłych Hiszpanów stwierdzono u 7,1% badanych owrzodzenie urazowe, u 6,5% protetyczne zapalenie jamy ustnej i u 5,8% przerosty błony śluzowej związane z oddziaływaniem uzupełnień protetycznych [13]. U Tajlandczyków > 60. roku życia trzema najczęstszymi chorobami związanymi z użytkowaniem uzupełnień protetycznych były owrzodzenie urazowe (22,6%), protetyczne zapalenie jamy ustnej (14,3%) i kątowe zapalenie ust (4,8%) [24].

Zapalenie uczuleniowe jamy ustnej oraz zmiany o wysoce prawdopodobnej etiologii alergicznej (ziarnica jamy ustnej i twarzy, zespół Melkerssona-Rosenthala, ziarniniakowe zapalenie warg i zespół Grinspana) stanowiły w materiale własnym 3,2% wszystkich rozpoznań. Rzeczywista liczba patologii uwarunkowanych nadwrażliwością może być dużo wyższa. Uważa się, że liszaj płaski należy do IV typu nadwrażliwości na nie do końca zidentyfikowane czynniki zewnętrzne (leki, HCV) [12, 28]. W patogenezie aft nawrotowych podnosi się rolę alergenów pokarmowych (mleka krowiego, glutenu, ziaren zbóż, pomidorów, jabłek, serów) [23, 29]. W zespole Stevensa-Johnsona sugeruje się udział III typu nadwrażliwości na drobnoustroje (paciorkowce, *Herpes simplex*, *Mycoplasma*) [30]. Opisano również polekowe BMS po klonazepamie, kaptoprylu, lizynoprylu i enalaprylu [31]. Pieczenie jamy ustnej z towarzyszącym niekiedy obrzękiem warg, języka i podniebienia jest charakterystycznym objawem klinicznym tzw. *oral allergy syndrom*, powstającego po

spożyciu świeżych owoców i warzyw (jabłek, brzoskwiń, wiśni) przez osoby z alergią na pyłki brzozy [32]. Wydaje się, że w przyszłości będzie narastać liczba patologii w jamie ustnej o etiologii alergicznej. Wymusza to konieczność współpracy między stomatologiem i alergologiem w rozpoznawaniu i leczeniu wielu jednostek chorobowych o skrajnie odmiennym obrazie klinicznym.

Przedstawiony przegląd materiału klinicznego z ostatnich 12 lat udowodnił zmiany zachodzące

w występowaniu chorób błony śluzowej jamy ustnej. Potrzebne byłyby teraz wielośrodkowe badania nad populacją polską odnośnie do występowania tych patologii. W przyszłości należy spodziewać się wzrostu liczby pacjentów z zakażeniami grzybiczymi i wirusowymi, zespołem pieczenia jamy ustnej, nowotworami oraz z chorobami o etiologii alergicznej. Postęp w diagnostyce i terapii tych chorób zależy od wypracowania wielospecjalistycznych algorytmów postępowania.

Piśmiennictwo

- [1] LIN C. H., CORBET E., LO E. C. M.: Oral mucosal lesions in adult Chinese. *J. Dent. Res.* 2001, 80, 1486–1491.
- [2] REICHART P. A., KOHN H.: Prevalence of oral leukoplakia in 1000 Berliners. *Oral Dis.* 1996, 2, 291–294.
- [3] MACENTEE M. I., GLICK N., STOLAR E.: Age, gender, dentures and oral mucosal disorders. *Oral Dis.* 1998, 4, 32–36.
- [4] JAHANBANI J.: Prevalence of oral leukoplakia and lichen planus in 1167 Iranian textile workers. *Oral Dis.* 2003, 9, 302–304.
- [5] KONOPKA T.: Występowanie chorób błony śluzowej jamy ustnej w materiale Katedry i Zakładu Periodontologii Akademii Medycznej we Wrocławiu. *Wrocł. Stomat.* 2000, 29–41.
- [6] KONOPKA T.: Występowanie chorób błony śluzowej jamy ustnej u dzieci i młodzieży leczonych w Katedrze i Zakładzie Periodontologii Akademii Medycznej we Wrocławiu. *Przegl. Stomat. Wiek Rozw.* 2000, 2 (30), 18–22.
- [7] WHITLEY R., ROIZMAN B.: *Herpes simplex* virus infections. *Lancet* 2001, 357, 1513–1519.
- [8] XU F., SCHILLINGER J., STENBERG M., JOHNSON R.: Seroprevalence and coinfection with *herpes simplex* virus type 1 and type 2 in the United States, 1988–1994. *J. Infect. Dis.* 2002, 185, 1019–1025.
- [9] REICHART P. A., PHILIPSEN H. P.: *Oral Pathology*. Thieme Verlag, New York 2000.
- [10] KATZ J., CHAUSHU G., PERETZ B.: Recurrent oral ulceration associated with recurrent herpes labialis – two distinct entities? *Commun. Dent. Oral Epidemiol.* 2001, 29, 260–263.
- [11] WĘGORSKA D., DEMBOWSKA E.: Test ORICULT-N w wykrywaniu drożdżaków towarzyszących chorobom błony śluzowej jamy ustnej. *Magazyn Stomat.* 1992, 2, 11, 13–15.
- [12] HOLMSTRUP P.: Oral lichen planus. *Dtsch. Zahnärztl. Z.* 1999, 54, 10–14.
- [13] GARCIA-POLA V., MARTINEZ D-C., GARCIA M., GARCIA G.: Risk factors for oral soft tissue lesions in an adult Spanish population. *Commun. Dent. Oral Epidemiol.* 2002, 30, 277–285.
- [14] REICHART P. A.: Oral mucosal lesions in a representative cross-sectional study in Germans. *Commun. Dent. Oral Epidemiol.* 2000, 28, 390–398.
- [15] ROED-PETERSEN B., RENSTRUP G.: A topographical classification of the oral mucosa suitable for electronic data processing. Its application to 560 leukoplakias. *Acta Odontol. Scand.* 1969, 27, 681–695.
- [16] TOMAR S. L., WINN D. M., SWANGO P., GIOVINO G., KLEINMAN D.: Oral mucosal smokeless tobacco lesions among adolescents in the United States. *J. Dent. Res.* 1997, 76, 1277–1287.
- [17] SCIUBBA J. J.: Oral precancer and cancer: etiology, clinical presentation, diagnosis and management. *Compend. Contin. Educ. Dent.* 2000, 21, 892–904.
- [18] VAN DER WAAL I., SCHULTEN E. A.: Burning mouth syndrome. *Dtsch. Zahnärztl. Z.* 2000, 55, 230–233.
- [19] RADWAN-OCZKO M., ZIĘTEK M.: Zespół pieczenia jamy ustnej BMS – frekwencja, etiologia i objawy na podstawie piśmiennictwa. *Stomat. Współczesna* 2001, 8, 2, 25–28.
- [20] FEMIANO F., GOMBOS F., SCULLY C., BUSCIOLANO M., DE LUCA P.: Burning mouth syndrome (BMS): controlled open trial of the efficacy of alpha-lipoic (thioctic acid) on symptomatology. *Oral Dis.* 2000, 6, 274–277.
- [21] ESPINOZA I., ROJAS R., ARANDA W., GAMONAL J.: Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago de Chile. *J. Oral Pathol. Med.* 2003, 32, 571–575.
- [22] SEDGHIZADEH P., SHULTER C., ALLEN C., BECK M., KALMAR J.: Celiac disease and recurrent aphthous stomatitis: a report and review of the literature. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 2002, 94, 474–478.
- [23] SHIP J., ARBOR A.: Recurrent aphthous stomatitis. An update. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 1996, 81, 141–147.
- [24] JAINKITTIVONG A., ANEKSUK V., LANGLAIS R. P.: Oral mucosal conditions in elderly patients. *Oral Dis.* 2002, 8, 218–223.
- [25] KNYCHALSKA-KARWAN Z.: *Język – fizjologia i patologia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.
- [26] BESSA C. F., SANTOS P. J., AGUIAR M. C., CARMO M.: Prevalence of oral mucosal alterations in children from 0 to 12 year old. *J. Oral Pathol. Med.* 2004, 33, 17–2.
- [27] CORBET E., LO E. C. M.: Tooth spacer in and prosthetic treatment received by the middle-aged and the elderly in Hong Kong. *Commun. Dent. Oral Epidemiol.* 1994, 22, 392–395.
- [28] PORTER S. R., KIRBY A., OLSEN I., BARRETT W.: Immunological aspects of dermal and oral lichen planus. A review. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 1997, 83, 358–366.

- [29] SONS S. T., WOO S.: Recurrent aphthous ulcers. Review of diagnosis and treatment. JADA 1996, 127, 1202–1212.
- [30] JEZIEŃSKA-KRUPA B., HYLAKLEKOT L.: Toksyczna nekroliza naskórka (zespół Leyella) a zespół Stevensa-Johnsona. *Pediatr. Pol.* 1996, 71, 615–620.
- [31] ABDOLLAHI M., RADAR M.: A review of drug-induced oral reactions. *J. Contemp. Dent. Pract.* 2003, 15, 4, 10–31.
- [32] SICHERER S.: Clinical aspects of gastrointestinal food allergy in childhood. *Pediatr.* 2003, 111, 1609–1616.

Adres do korespondencji:

Magdalena Mendak
Zakład Patologii Jamy Ustnej Katedry Periodontologii AM
ul. Kuźnicza 43/45
50-138 Wrocław
tel./fax: +48 71 342 42 16
e-mail: oralpat@stom.am.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 28.07.2004 r.
Po recenzji: 23.08.2004 r.
Zaakceptowano do druku: 24.08.2004 r.

Received: 28.07.2004
Revised: 23.08.2004
Accepted: 24.08.2004