

MARZENA DOMINIAK¹, KATARZYNA ŁYSIAK¹, DOROTA MIERZWA-DUDEK¹,
EWA GWIAZDA-CHOJAK¹, IWONA BEDNARZ¹, AGNIESZKA HAŁOŃ²

Występowanie zmian barwnikowych na błonie śluzowej jamy ustnej i wargach w materiale Katedry i Zakładu Chirurgii Stomatologicznej AM we Wrocławiu w latach 2000–2004

Occurrence of Pigmented Lesions of the Oral Mucosa and Lips in the Material of Dental Surgery Department at the Wrocław Medical University in the Years 2000–2004

¹ Katedra i Zakład Chirurgii Stomatologicznej AM we Wrocławiu

² Katedra i Zakład Anatomii Patologicznej AM we Wrocławiu

Streszczenie

Wprowadzenie. Zmiany barwnikowe zlokalizowane na błonie śluzowej jamy ustnej i na wargach często są przyczyną trudności diagnostycznych. W przypadku każdej tego typu zmiany w diagnostyce różnicowej należy brać pod uwagę możliwość występowania czerniaka. Zmianę barwnikową, klinicznie nasuwającą wątpliwości diagnostyczne, należy usunąć w całości i poddać weryfikacji histopatologicznej.

Cel pracy. Celem pracy była retrospektywna ocena występowania zmian barwnikowych na błonie śluzowej jamy ustnej i wargach w materiale Katedry i Zakładu Chirurgii Stomatologicznej AM we Wrocławiu w latach 2000–2004.

Materiał i metody. Materiał badany stanowiło 9564 pacjentów w wieku 3–91 lat. Każdą zmianę barwnikową poddano ocenie klinicznej, a w przypadkach budzących jakiejkolwiek wątpliwości diagnostyczne, rozpoznanie kliniczne weryfikowano histopatologicznie.

Wyniki. W badanej grupie pacjentów występowanie zmian barwnikowych stwierdzono u 6 kobiet w wieku 32–60 lat. Łącznie stwierdzono: 8 zmian barwnikowych: 2 tatuaże amalgamatowe, 1 przypadek przebarwienia nieznany barwnikiem egzogennym, 1 przypadek melanoplakii, 2 przypadki ustnej plamy melanotycznej, 1 przypadek znamienia barwnikowego oraz 1 przypadek czerniaka błony śluzowej jamy ustnej. W 2 przypadkach nie zaobserwowano zgodności między rozpoznaniem klinicznym a histopatologicznym (**Dent. Med. Probl. 2004, 41, 4, 727–733**).

Słowa kluczowe: zmiany barwnikowe, melanoplakia, tatuaż amalgamatowy, ustna plama melanotyczna, czerniak złośliwy.

Abstract

Background. Pigmented lesions of the oral mucous membrane and lips cause frequent diagnostic difficulties. In the event of every pigmented lesions, it is necessary to take malignant melanoma into consideration. In every questionable case, excisional biopsy and histopathological examination is needed.

Objectives. The retrospective analysis of the occurrence of pigmented lesions of the oral mucous membrane and lips in the Dental Surgery Department of the Wrocław Medical University, in the years 2000–2004 was the good of the studies.

Material and Methods. The study material comprised 9564 patients, at the age of 3 to 91 years. In every case, diagnosis was based on the clinical examination. In the event of questionable case, histopathological examination was made.

Results. Pigmented lesions of oral mucous membrane and lips were observed in 6 patients (100% women), aged 32–60 years. In this group of patients, eight pigmented lesions occurred: two cases of amalgam tattoo, one case of implantation of unknown exogenous pigment, one case of melanoplakia, two cases of oral melanotic macule, one case of malignant melanoma and one case of pigmented nevus. In two cases, we observed discrepancy between the results of clinical and histological studies (**Dent. Med. Probl.** 2004, 41, 4, 727–733).

Key words: pigmented lesions, amalgam tattoo, melanoplakia, oral melanotic macule, malignant melanoma.

Na błonie śluzowej jamy ustnej mogą lokalizować się liczne zmiany barwne, które ze względu na różnice w kolorze można podzielić na cztery podstawowe grupy, tj.: zmiany białe, czerwone, czarne i czerwono-białe oraz pigmentowe – inaczej określane jako barwnikowe. Te ostatnie charakteryzują się znaczną różnorodnością pigmentacji. Mogą przyjmować kolor brązowy, niebieski, szary, czarny lub połączenia tych barw. Zawsze jednak mają ciemniejsze zabarwienie od otaczającej je, niezmienionej błony śluzowej. Przyczyną powstawania zmian barwnikowych może być zamierzone lub przypadkowe wszczepienie egzogenego barwnika w obręb błony śluzowej lub zwiększenie ilości endogenego barwnika, tj. melaniny. Przykładem zmian barwnikowych wywołanych barwnikami egzogennymi są m.in. tatuaże wykonane tuszem, skaleczenia spowodowane ołówkiem grafitowym, tatuaże amalgamatowe oraz przebarwienia wywołane podażą metali ciężkich. Zatrucia metalami ciężkimi najczęściej są następstwem narażenia zawodowego z nadmierną ilością rtęci (wylanie lub wdychanie oparów, np. wśród personelu medycznego) i ołowiu (praca przy produkcji farb lub stopów ołowiowych). Przebarwienia na błonach śluzowych pod wpływem działania metali ciężkich mogą być powikłaniem długotrwałej terapii lekami przeciwbiegunkowymi, zawierającymi bizmut lub lekami zawierającymi srebro, stosowanymi w chorobach oczu i nosa. Znacznie większą grupą zmian barwnikowych są zmiany wywołane nadmiernym wytwarzaniem melaniny [1, 2]. Zmiany barwnikowe związane z funkcją melanocytów określa się mianem zmian melanocytowych, w odróżnieniu od zmian niemelanocytowych [3]. Diagnostyka różnicowa zmian melanocytowych powinna uwzględniać przede wszystkim: melanoplakię (*melanosis*), znamiona barwnikowe (*naevus pigmentosus*) oraz zmiany nowotworowe.

Zmiany barwnikowe w jamie ustnej są spotykane stosunkowo rzadko, często jednak nasuwają trudności diagnostyczne. Największym zagrożeniem wynikającym z błędnego rozpoznania zmiany barwnikowej jest nierozpoznanie zmian nowotworowych, np. czerniaka błon śluzowych (*melanoma malignum*) oraz rogowacenia czarnego (*acanthosis nigricans*) [1–4]. W związku z tym

jest wskazana weryfikacja histopatologiczna niejednoznacznych klinicznie zmian barwnikowych, w celu określenia czy badana zmiana ma charakter łagodny, przednowotworowy lub złośliwy. Według niektórych autorów na 280 jednostek chorobowych spotykanych w jamie ustnej, w około 200 z nich jest konieczne wykonanie badania histopatologicznego [5, 6].

Celem pracy była ocena kliniczna oraz histopatologiczna występowania zmian barwnikowych zlokalizowanych na błonie śluzowej jamy ustnej i wargach u pacjentów leczonych w Katedrze i Zakładzie Chirurgii Stomatologicznej Akademii Medycznej we Wrocławiu w latach 2000–2004.

Materiał i metody

Przedmiotem badań były 9564 osoby w wieku 3–91 lat, leczone w Katedrze i Zakładzie Chirurgii Stomatologicznej AM we Wrocławiu. Byli to głównie mieszkańcy województwa dolnośląskiego, lubuskiego oraz opolskiego. Diagnostykę różnicową zmian pigmentowych błony śluzowej jamy ustnej prowadzono na podstawie obrazu klinicznego, a w przypadkach budzących jakiekolwiek wątpliwości diagnostyczne, rozpoznanie kliniczne weryfikowano histopatologicznie. W jednym przypadku zostało wykonane badanie immunohistochemiczne. Ocenę histopatologiczną i immunohistochemiczną przeprowadzano w Katedrze i Zakładzie Anatomii Patologicznej AM we Wrocławiu.

Wyniki

Występowanie zmian pigmentowych na błonie śluzowej jamy ustnej lub wargach odnotowano tylko u 6 pacjentów. Były to wyłącznie kobiety w wieku 32–60 lat. Stanowiło to zaledwie 0,06% wszystkich przyjętych w tym czasie pacjentów. W dwóch przypadkach stwierdzono jednoczesne występowanie dwóch różnych rodzajów zmian. W ocenianej grupie sześciu pacjentek, stwierdzono osiem zmian barwnikowych. Rozpoznano: 2 przebarwienia amalgamatowe, 1 przebarwienie nieznany barwnikiem egzogennym, 1 melano-

plakie, 2 plamy melanotyczne, 1 znamię barwnikowe oraz 1 przypadek czerniaka złośliwego błony śluzowej jamy ustnej.

Omówienie

Skromny materiał własny potwierdza, iż zmiany barwnikowe zlokalizowane na błonie śluzowej jamy ustnej i wargach są rzadko spotykane w codziennej praktyce stomatologicznej.

W ostatnich czterech latach w materiale Katedry i Zakładu Chirurgii Stomatologicznej AM we Wrocławiu rozpoznano klinicznie 3 przypadki przebarwień amalgamatowych. W dwóch przypadkach zmiany były zlokalizowane na wargowej i policzkowej powierzchni błony śluzowej wyrostka zębodołowego żuchwy, w trzecim przypadku zmiana znajdowała się na wargowej powierzchni błony śluzowej wyrostka zębodołowego szczęki (ryc. 1–3). W rozpoznaniu tatuaży amalgamatowych istotną rolę odgrywa szczegółowy wywiad. We wszystkich przypadkach pacjentki podawały związek między wystąpieniem zmiany patologicznej a podjętymi uprzednio zabiegami stomatologicznymi. W dwóch przypadkach pacjentki kojarzyły pojawienie się patologicznej zmiany z wcześniejszym zranieniem błony śluzowej jamy ustnej, podczas leczenia zachowawczego (ryc. 1, 2). W jednym przypadku pacjentka zgłosiła związek między powstaniem przebarwienia a wykonaniem nowych uzupełnień protetycznych (ryc. 3). Wszystkie zmiany miały szaro-niebieskie zabarwienie, były stosunkowo ostro ograniczone od niezmienionej otaczającej błony śluzowej, a ich średnica wahała się 0,5–0,7 cm. Zmiany nie wywoływały żadnych dolegliwości subiektywnych, a pacjentki zdecydowały się na ich usunięcie przy okazji wykonywania innych zabiegów stomatologicznych. We wszystkich trzech przypadkach rozpoznanie kliniczne zostało zweryfikowane histopatologicznie. W dwóch z nich była zgodność między tymi badaniami (ryc. 4, 5), w trzecim natomiast wynik badania histopatologicznego nie potwierdził rozpoznania klinicznego (ryc. 6). W tym przypadku w obrazie histopatologicznym nie stwierdzono cech charakterystycznych dla tatuażu amalgamatowego, tj. obecności ziaren lub litych fragmentów amalgamatu [7, 8]. Nie stwierdzono ponadto cech typowych dla przebarwień, wynikających ze zwiększonej obecności melaniny. Zmiana nie wykazywała cech rozrostu nowotworowego. Przypuszcza się, iż przyczyną przebarwienia mogło być wprowadzenie przez skałeczoną śluzówkę, innego niż amalgamat, barwnika egzogenego, który podczas procesu przygotowywania preparatu histopatologicznego został wypłukany. Mogło się to zda-

rzyć na etapie utrwalania, płukania lub przeprowadzania preparatu przez płyny pośrednie [9].

W badanym materiale stwierdzono jeden przypadek przebarwienia, które klinicznie zostało rozpoznane jako melanoplakia (ryc. 7). Zmiana została opisana podczas wizyty, na którą pacjentka zgłosiła się z powodu innych przyczyn stomatologicznych. Klinicznie zmiana miała charakter jasnobrązowych plam, rozciągających się wstęgowato, wyraźnie odgraniczonych od niezmienionej błony śluzowej. Plamy znajdowały się na dziąśle związanym, pokrywającym kość wyrostka zębodołowego od strony wargowej w obszarze zębów 34–44 żuchwy i 13–11 szczęki. W wywiadzie pacjentka podała wieloletnie utrzymywanie się przebarwienia oraz brak jakichkolwiek dolegliwości subiektywnych. W wywiadzie nie stwierdzono przyjmowania przez pacjentkę leków mogących powodować podobne przebarwienia, takich jak np.: przeciwmalarycznych, antykoncepcyjnych, psychotropowych, przeciwbiegunkowych oraz zawierających srebro. Nie stwierdzono narażenia na podaż metali ciężkich oraz wykluczono zespół Peutza-Jeghersa, zespół Albrighta i chorobę Addisona. Wieloletnie utrzymywanie się zmian oraz brak dolegliwości subiektywnych były najprawdopodobniej przyczynami, z powodu których pacjentka nie wyraziła zgody na pobranie wycinka do badania histopatologicznego. Postawione rozpoznanie opierało się wyłącznie na wywiadzie i badaniu klinicznym. Pacjentka od dwóch lat znajduje się pod stałą kontrolą stomatologiczną. Kontrola polega na okresowych wizytach (co 6 miesięcy), mających na celu ocenę zmian m.in. pod względem kształtu, koloru i wielkości.

W materiale własnym stwierdzono dwa przypadki występowania ustnej plamy melanotycznej (ryc. 7 i 8). W pierwszym z nich była to zmiana jasnobrązowa, nieostro ograniczona, o średnicy 1,5 mm zlokalizowana na czerwieni wargi górnej. Występowała u tej samej pacjentki, u której opisano melanoplakie dziąseł. W drugim przypadku była to zmiana w postaci plamy pojedynczej, płaskiej, dobrze ograniczonej, o niejednorodnym, brązowo-szarym zabarwieniu. Plama znajdowała się na błonie śluzowej policzka, przyjmowała owalny kształt o wymiarach 0,4 × 0,8 cm. Plama utrzymywała się od kilkunastu lat, nie zmieniała wyglądu, a także wielkości oraz nie była przyczyną żadnych dolegliwości subiektywnych. Pacjentka nie wyraziła zgody na weryfikację histopatologiczną. Zgłasza się natomiast regularnie na okresowe wizyty kontrolne.

W latach 2000–2004 w materiale Katedry i Zakładu Chirurgii Stomatologicznej odnotowano jeden przypadek czerniaka złośliwego błony śluzowej jamy ustnej oraz jeden przypadek znamień-



Ryc. 1. Tatuaż amalgamatowy – żuchwa, błona śluzowa wyrostka zębodołowego

Fig. 1. Amalgam tattoo – mandible, oral mucous membrane of the alveolar process



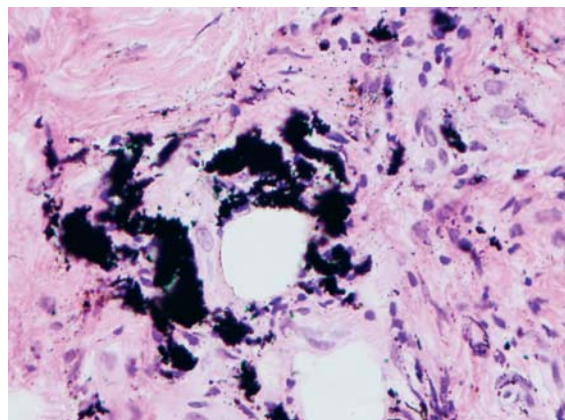
Ryc. 2. Przebarwienie nieznany barwnikiem egzogenym – żuchwa, błona śluzowa wyrostka zębodołowego

Fig. 2. Pigmented lesion caused by implantation of unknown exogenous pigment – mandible, oral mucous membrane of the alveolar process



Ryc. 3. Tatuaż amalgamatowy – błona śluzowa wyrostka zębodołowego szczęki

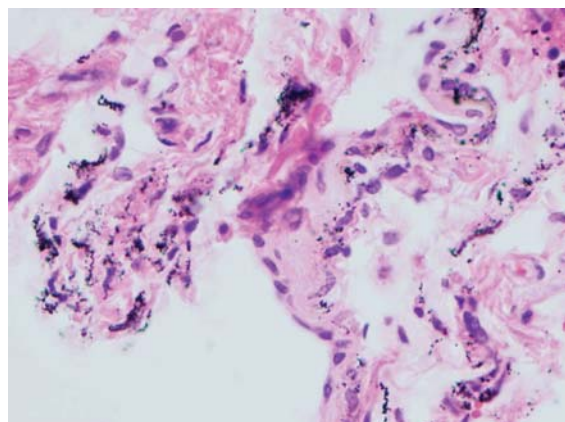
Fig. 3. Amalgam tattoo – maxilla, oral mucous membrane of the alveolar process



Ryc. 4. Tatuaż amalgamatowy – obraz histologiczny przedstawia złoże amalgamatowe (powiększenie $\times 40$)

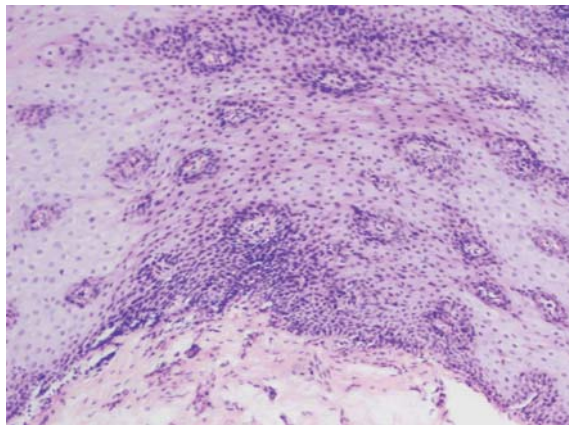
Fig. 4. Amalgam tattoo – histologic picture shows deposits of amalgam (magnification $\times 40$)

nia barwnikowego (ryc. 9). Obie postaci stwierdzono u jednej pacjentki. Zmiana pierwsza była zlokalizowana na błonie śluzowej wyrostka zębodołowego żuchwy, w okolicy zębów 33–34. Przebarwienie charakteryzowało się czarnym zabarwieniem, było nieostro ograniczone od otaczającej błony śluzowej. Pacjentka zgłosiła się na badanie, gdyż zaniepokoiło ją systematyczne powiększanie się zmiany oraz zwiększenie intensywności koloru w przeciągu ostatnich sześciu miesięcy. W dniu zgłoszenia się średnica zmiany wynosiła 0,5 cm. Druga zmiana barwnikowa była w sąsiedztwie pierwszej, w okolicy zębów 34–35. Cechowała się brązowo-szarym, mało intensywnym zabarwieniem oraz nie wykazywała tendencji do zwiększania swoich rozmiarów. W badaniu klinicznym nie stwierdzono powiększenia węzłów chłonnych. Pacjentka została skonsultowana w Katedrze i Zakła-



Ryc. 5. Tatuaż amalgamatowy – obraz histologiczny przedstawia drobne, ciemne granulki amalgamatu

Fig. 5. Amalgam tattoo – histologic picture reveals fine, dark granules of amalgam



Ryc. 6. Przebarwienie nieznany barwnikiem egzogennym – obraz histopatologiczny

Fig. 6. Pigmented lesion caused by implantation of unknown exogenous pigment – histologic picture

dzie Anatomii Patologicznej, gdzie stwierdzono, iż zmiana okolicy zębów 33–34 nie ma klinicznie charakteru złośliwego, a obraz zmiany może odpowiadać melanoplakii błony śluzowej (*melanosis mucosae gingivae*) lub rogowaceniu ciemnemu (*acanthosis nigricans*). Zlecono wykonanie badania histopatologicznego i immunohistochemicznego. Badaniem histopatologicznym (nr badania 184723) zmiany z okolicy 33–34 stwierdzono *melanoma lentiginosum mucosae* (MLM), tj. wg WHO *mucosal lentiginous melanoma* (ML). Rozpoznanie to zostało potwierdzone badaniem immunohistochemicznym (nr badania 1310). W badaniu histopatologicznym zmiany barwnikowej z okolicy zębów 34, 35 stwierdzono znamię pigmentowe śródnabłonkowe (*naevus pigmentosus intraepithelialis*), bez cech nowotworowych złośliwych i nacieku zapalnego. Mimo iż obie zmia-



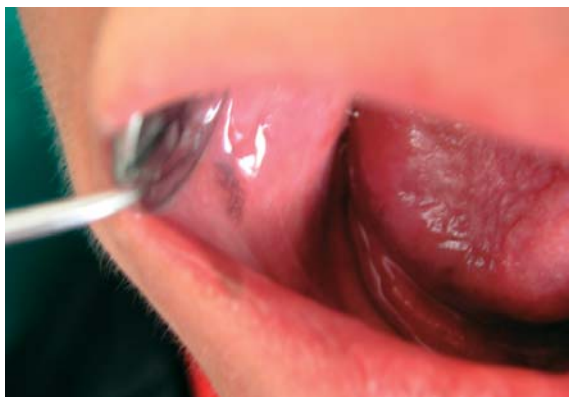
Ryc. 7. Melanoplakia umiejscowiona wzdłuż dziąsła zębodołowego. Ustna plama melanotyczna – warga górna

Fig. 7. Melanoplakia along the attached gingiva. Oral melanotic macule in the upper lip



Ryc. 9. Czerniak złośliwy – dziąsło, okolica zębów 33, 34, znamię barwnikowe – dziąsło, okolica zębów 34, 35

Fig. 9. Malignant melanoma in attached gingiva (teeth region 33, 34), pigmented nevus in attached gingival (teeth region 34, 35)



Ryc. 8. Ustna plama melanotyczna umiejscowiona na błonie śluzowej policzka

Fig. 8. Oral melanotic macule of the buccal mucosa



Ryc. 10. Czerniak złośliwy, znamię barwnikowe – stan 6 miesięcy po zabiegu

Fig. 10. Malignant melanoma, pigmented nevus – postsurgical view at 6 months

ny klinicznie wyglądały bardzo podobnie oraz rozwijały się w niedalekim sąsiedztwie, obraz histopatologiczny w obu przypadkach był odmienny. Ponieważ zmiany barwnikowe wykazują tendencję do transformacji nowotworowej, niezbędne jest w takich przypadkach całkowite usunięcie przebarwienia oraz poddanie pacjenta okresowej kontrolnej obserwacji. Po pół roku od wycięcia zmian pigmentacyjnych nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie błony śluzowej okolicy zębów 33–35 (ryc. 10).

Kluczowe znaczenie w przypadku zmian barwnikowych zlokalizowanych na błonie śluzowej jamy ustnej ma rozpoznanie czerniaka (*melanoma malignum*) oraz rogowacenia ciemnego (*acanthosis nigricans*) [1–4]. Rogowacenie ciemne będące odbiciem procesów nowotworowych toczących się w jamie brzusznej lub płucach, charakteryzuje się zgrubieniem nabłonka i przebarwieniem błony śluzowej w postaci czarnych plam lub brodawek. Czerniak stanowi około 2% wszystkich nowotworów złośliwych człowieka, a jego częstość występowania w jamie ustnej waha się w granicach 0,4–1,3% [4, 12]. Szczególnie ważna jest znajomość typów klinicznych charakterystycznych dla czerniaka. Czerniaki zostały podzielone na cztery główne odmiany, w zależności od wyglądu klinicznego i odpowiadającego mu obrazu histologicznego. Według niektórych autorów postać MLM jest uważana za podtyp czwartej grupy, tj. ALM (*acral lentiginous melanoma*), czyli czerniaka występującego na częściach akralnych – dłoniach, podeszwach stóp, palcach i paluchu. Postać MLM występuje u rasy białej stosunkowo rzadko, częściej jest spotykana u rasy czarnej i żółtej. Zmiany są brązowe lub czarno-niebieskie, wielkość średnio waha się od 6 mm do kilku centymetrów, granice zmiany są nieostre. Powierzchnia zmiany może być płaska lub wyniesiona, czasem mogą występować na niej owrzodzenia [10–11].

Różnorodność zabarwienia, zmiany wielkości, nierówne i słabo zarysowane granice, obecność zmian satelitarnych zlokalizowanych na obrzeżach oraz objawy zapalenia należą do cech, które nie mogą być pominięte podczas badania klinicznego. Podstawą klinicznego różnicowania zmian barwnikowych od znamion barwnikowych atypowych i czerniaka są kryteria kliniczne ABCDE. Kryterium A zdefiniowano jako geometryczną asymetrię w stosunku do dwóch umownych osi przecinających się w części środkowej znamienia. Kryterium B określa nierówny brzeg znamienia, kryterium C to dwa lub więcej kolorów w obrębie zmiany, kryterium D odpowiada średnicy > 6 mm, kryterium E określa ewolucję zmiany w odniesieniu do jej kształtu lub wielkości [1–4].

Bardzo ważne jest to, iż owrzodzenie, krwawienie, strefa rumienia na obwodzie i spoistość zmiany w dotyku nie są w przypadku czerniaków błon śluzowych cechą stałą. Innym czynnikiem utrudniającym rozpoznanie są czerniaki amelanotyczne, których kolor nie odbiega znacznie od koloru otaczających tkanek, stanowiące 5–35% czerniaków błon śluzowych jamy ustnej [3].

W diagnostyce ważna jest również znajomość zmian w obrębie warg i błon śluzowych jamy ustnej wymagających różnicowania z czerniakiem. Zmiany te błędnie rozpoznawane jako czerniak są nazywane symulatorami czerniaka. Należą do nich m.in.: przebarwienia polekowe, przebarwienia na skutek impregnacji barwników egzogennych w tym amalgamatu i metali ciężkich, melanoplakia, melanoza palaczy tytoniu, zmiany w przebiegu zespołu Peutza-Jeghersa, zespołu Albrighta, choroby Addisona oraz znamiona barwnikowe [3, 15]. Analiza histopatologiczna zmian rozpoznawanych klinicznie jako czerniak złośliwy wykazała, że najczęściej (33%) błędnie rozpoznawanymi jako czerniak złośliwy są znamiona barwnikowe. Udowodniono, iż 30% czerniaków błon śluzowych jamy ustnej powstaje z istniejących wcześniej znamion barwnikowych oraz że znamiona wrodzone wykazują większe prawdopodobieństwo transformacji nowotworowej niż znamiona nabyte [1–4].

Rzadkie występowanie zmian barwnikowych na błonach śluzowych jamy ustnej potwierdzają wyniki badań przeprowadzonych w Katedrze i Zakładzie Periodontologii AM we Wrocławiu w latach 1992–1999 [16–17], w których opisano jedynie dwa rodzaje zmian barwnikowych, tj. dwa przypadki występowania tatuażu amalgamatowego oraz sześć przypadków melanoplakii. Jedną z przyczyn, iż zmiany barwnikowe stanowią niewielki procent schorzeń w badanych grupach pacjentów jest to, iż często nie powodują one żadnych dolegliwości subiektywnych. W związku z tym nie stanowią bezpośredniej przyczyny, z powodu której pacjenci zgłaszają się do leczenia. Zmiany o charakterze przebarwień są wykrywane przypadkowo podczas rutynowych zabiegów stomatologicznych.

Postawienie prawidłowego rozpoznania zmian barwnikowych na błonie śluzowej jamy ustnej nie jest łatwe. Rozpoznanie kliniczne jest zawsze obciążone ryzykiem popełnienia błędu, który w czerniaku błon śluzowych oraz rogowaceniu czarnym może okazać się tragiczny w skutkach. Przyjęto, iż w przypadku każdej zmiany barwnikowej w jamie ustnej należy brać pod uwagę możliwość rozpoznania czerniaka. Zawsze, gdy przyczyna powstania zmiany nie została określona, należy ją profilaktycznie usunąć w całości i poddać badaniu histopatologicznemu.

Piśmiennictwo

- [1] LANGLAIS R. P., MILLER C. S.: Colour atlas of common oral diseases. Lippincot, Williams & Wilkins, Baltimore 2003, 133–137.
- [2] LANGLAIS R. P., MILLER C. S.: Choroby błony śluzowej jamy ustnej. Kolorowy atlas i podręcznik. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1997, 70–75.
- [3] RUDNICKA L., OLSZEWSKA M., SŁOWIŃSKA M.: Wczesna diagnostyka czerniaka złośliwego skóry i śluzówek jamy ustnej. Współcz. Onkol. 2003, 7, 556–563.
- [4] WŁODEK-OWIŃSKA B., OWIŃSKI T.: Atlas chorób błony śluzowej jamy ustnej. PZWL. Warszawa 1993, 236–237.
- [5] SENDUR A., GAWRZEWSKA B., KNYCHALSKA-KARWAN Z., CIESIELSKA M., CHROMYSZYN-GAJEWSKA M.: Porównanie wyników badań klinicznych i histologicznych w diagnostyce chorób błony śluzowej jamy ustnej. Magazyn Stomat. 2002, 12, 12, 40–41.
- [6] PANKOWSKI J., HEJNE A.: Badania patomorfologiczne w stomatologii. Magazyn Stomat. 2002, 12, 12, 50–51.
- [7] BUCHNER A., HANSEN L. S.: Amalgam pigmentation (amalgam tattoo) of the oral mucosa. A clinicopathologic study of 268 cases. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 1980, 49, 139–147.
- [8] WEAVER T., AUCLAIR P. L., TAYBOS G. M.: An amalgam tattoo causing local and systemic disease? Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 1987, 63, 137–140.
- [9] ZIELIŃSKA-KAŻMIERSKA B.: Czerniak błony śluzowej jamy ustnej. Czas. Stomat. 1998, 51, 470–473.
- [10] CHYBICKA A., KORNAFEL J.: Recent advances in the knowledge of cancer. International intensive course in oncology – Erasmus 2000. Wrocław Medical University, Wrocław 2000, 447–462.
- [11] WĄSIK F., BARAN E., SZEPIETOWSKI J.: Zarys dermatologii klinicznej. Volumed, Wrocław 1995, 380–381.
- [12] BENELLI C., ROSCETTI E., DAL POZZO V.: Reproducibility of the clinical criteria (ABCDE rule) and dermatoscopic features (7FFM) for the diagnosis of malignant melanoma. Eur. J. Dermatol. 2001, 11, 234–239.
- [13] HAZEN B. P., BHATIA A. C., ZAIM T., BRODELL R. T.: The clinical diagnosis of early malignant melanoma: expansion of the ABCDE criteria to improve diagnostic sensitivity. Dermatol. Online J. 1999, 5, 3.
- [14] RAPINI R. P.: Oral melanoma: diagnosis and treatment. Semin. Cutan. Med. Surg. 1997, 16, 320–322.
- [15] MATZ H., ORION E., RUOCCO V., WOLF R.: Clinical simulators of melanoma. Clin. Dermatol. 2002, 20, 212–221.
- [16] KONOPKA T.: Występowanie chorób błony śluzowej jamy ustnej w materiale Katedry i Zakładu Periodontologii Akademii Medycznej we Wrocławiu. Część I. Prezentacja wyników. Wrocł. Stomat. 2000, 29–34.
- [17] KONOPKA T.: Występowanie chorób błony śluzowej jamy ustnej w materiale Katedry i Zakładu Periodontologii Akademii Medycznej we Wrocławiu. Część II. Omówienie wyników. Wrocł. Stomat. 2000, 35–42.

Adres do korespondencji:

Katarzyna Łysiak
Katedra i Zakład Chirurgii Stomatologicznej AM
ul. Kuźnicza 43/45
50-138 Wrocław
tel.: +48 71 343 32 52
e-mail: katarzyna_lysia@op.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 13.07.2004 r.
Po recenzji: 11.08.2004 r.
Zaakceptowano do druku: 11.08.2004 r.

Received: 13.07.2004
Revised: 11.08.2004
Accepted: 11.08.2004