

Vredy a iné lézie traumatického pôvodu na slizniciach ústnej dutiny

Ulcers and other lesions of traumatic origin on oral mucosa

Kluknavská, J., Timková, S., Ďurovič, E., Minčík, J.

MDDr. Jana Kluknavská, MUDr. Silvia Timková, PhD., doc. MUDr. Eugen Ďurovič, DrSc., MUDr. Jozef Minčík, PhD., 1. stomatologická klinika LF UPJŠ a Univerzitnej nemocnice L. Pasteura, SNP č.1, Košice, SKZL – Regionálna komora zubných lekárov – výbor pre vzdelávanie, Pri jazdiarni 1, Košice

Abstrakt

Vredovité lézie, prípadne iné lézie traumatického pôvodu, tvoria samostatnú skupinu. Ich diagnostika je pomerne náročná, ak sú anamnestické údaje nedostatočné. Príčiny vzniku týchto traumatických lézií môžu byť rôzne, môže ísť o traumatizáciu hryzením, zubnými náhradami alebo iným mechanickým podráždením. V etiológii traumatických lézií v ústnej dutine sa tiež môžu uplatňovať chemické vplyvy, elektrický prúd a teplotné zmeny. Článok pojednáva o jednotlivých stavoch spôsobených traumatizáciou, ich etiológii, klinickom obraze a tiež o liečbe. Dôležité je zadefinovať jednotlivé lézie, ktoré u pacientov nachádzame a diferenciálne diagnosticky ich odlíšiť, na základe čoho môžeme voliť vhodný typ liečby.

Kľúčové slová: ulcerácie traumatického pôvodu v ústnej dutine, mechanická traumatizácia sliznice ústnej dutiny, fyzikálne a chemické traumatizácie slizníc ústnej dutiny.

Abstract

Ulcerative lesions and lesions of traumatic origin form an individual group. Their diagnosis can be quite difficult, if the anamnestic data are insufficient. The causes of these traumatic lesions may be varied. They can include traumatization by biting, dentures or mechanical irritation. In the aetiology of traumatic lesions in the oral cavity, chemical influences, electrical current and temperature changes can be applied. This article discusses individual cases caused by traumatization, their aetiology, clinical picture and also treatment. It is important to define the individual lesions possibly found in patients and to differentiate them diagnostically that allows us to choose an appropriate type of treatment.

Key words: oral cavity ulcerations of traumatic origin, mechanical damage of the oral mucosa, physical and chemical injuries to the oral mucosa.

Úvod

Medzi lézie na sliznici ústnej dutiny, ktoré v súčasnosti zaraďujeme medzi chorobné stavy neinfekčného pôvodu, patria ulcerácie traumatického pôvodu, erózie, povrchové nekrózy, papilárne hyperplázie na tvrdom podnebí, ako i popáleniny, prípadne lézie zo samopoškodzovania. Ich diagnostika, ak nevyplynie bezprostredne z anamnézy, je dosť náročná a oveľa ťažšia je ich diferenciálna diagnostika. Preto autori Ariyawardana (1), Van Heerden a Boy (2) vypracovali schému, ktorú sme si osvojili a zaviedli do našej praxe.

Opis lézií linea alba

Charakteristika

Túto léziu najčastejšie nachádzame na bukálnych slizniciach väčšinou obojstranne, ale často sa nachádza aj jednostranne. Začína v oblasti premolárov a tiahne sa distálne v molárovej oblasti. Ide o výrazný biely pás na ružovej lícnej sliznici, ktorý je pravdepodobne výsledkom pasívnej hyperémie po zhryzovom postavení čeľuste a sánky.

Etiopatogenéza

V súčasnosti sa má za to, že ide o frikčnú keratózu, ktorá je následkom chronickej traumatizácie sliznice potravou pri žuvaní. Na konci tejto bielej

Tab. 1. Prehľad lézií sliznice ústnej dutiny z traumatologických príčin a ich liečebné postupy**Tab. 1.** Review of traumatic lesions, oral mucosa and treatment procedures

Názov lézie	Diagnostika	Miesto lézie	Liečebný postup
Linea alba	Klinická	Bukálna sliznica	Nie je potrebné liečenie
Pohryznutie sliznice	Klinická	Bukálna sliznica, pery, okraje jazyka	Vylúčiť parafunkcie a habituálne hryzenie
Rigova-Fedeho choroba	Klinická	Ventrálna plocha povrchu jazyka	Extrakcia dens prelaktalis. Hojenie je spontánne.
Eozinofilový vred	Biopsia	Gingíva	Hojí sa spontánne
Ulcerácie zapríčinené poškodením	Klinická	Gingíva	Psychologické postupy
Ulcerácie, kde je kongenitálne znížená vnímavosť bolesti	Klinická	Pery a jazyk	Symptomatická terapia, prevencia – chrániče na zuby
Elektrické a termické popáleniny	Klinická	Pery a jazyk	Chirurg. liečenie, rekonštrukčné zákroky
Trauma zo sexuálnych praktík	Klinická	Mäkké podnebie a pery	Symptomatická terapia
Hyperkeratóza zo stomatitis prothetica	Klinická	Alveolárny hrebeň	Eliminácia náhrady, nové protetické oš.
Ulcerácia zo stomatitis prothetica	Klinická	Sulcus buccalis a lingualis	Eliminovať traumou vyvolávanú protézou
Zápalová papilárna hyperplázia	Klinická	Tvrde podnebie	Chirurg. zákrok a antimykotiká
Epulis fissuratum	Klinická	Sulcus buccalis	Chirurg. excízia

linie často môžeme pozorovať miernu hypertrofiu sliznice bledoružovej farby, ktorá sa často vchlipuje medzi dolný posledný molár a antagonistu. V týchto miestach môžeme tiež pozorovať začiatok rôznych patologických procesov, ktorých farba sa výrazne odlišuje od bielej línie.

Klinický obraz

Linea alba je najvýraznejšia v mladom veku a postupom veku slabne. Najslabšia je v starobe a takmer sa stráca u nositeľov totálnych snímateľných náhrad. Ak sú náhrady nedostatočne artikulované, traumatizácia sa prejavuje inými patologickými stavmi a linea alba zaniká. Linea alba sa v súčasnosti nepovažuje za patologický stav z porúch keratinizácie sliznice a preto nevyžaduje žiadne liečenie. Prítomnosť linea alba sa však stáva jedným z kritérií pri hodnotení orálneho zdravia a jej výskyt sa v súboroch udáva v percentách.



Obr. 1. Linea alba podľa Lopeyovej
Fig. 1. Linea alba according to Lope



Obr. 2. Linea alba podľa Veroneho a spol.
Fig. 2. Linea alba by Verone and Co.

Morsicatio buccarum et labiorum Charakteristika

Morsicatio buccarum je poškodzovanie tvárovej sliznice nahryzovaním zubami. Rozhryzovanie sa deje buď pri jedení, náhodne, alebo zámerne s vedomím pacienta. V praxi sme svedkami väčšieho množstva príčin, pri ktorých k takémuto poškodzovaniu dochádza.

Etiopatogenéza

Veľmi často u mladých dospelých pozorujeme prítomnosť parafunkcií, stresov a iných porúch duševného zdravia. Z náhodných príčin je to následok traumatickej artikulácie pri predčasnej strate dolných prvých alebo druhých molárov. Tu môže dochádzať ku vchlípeniu bukálnej sliznice do medzery a k jej nahryzovaniu antagonistami zubov alebo prítomnosťou nahromadenej potravy. Inokedy k nahryzovaniu dochádza pri dráždení

okrajmi zubov, pri ich rozsiahlych kazoch, ich ulomení, prípadne ponechaní koreňa. Často dochádza k nahryzovaniu pri prerezávaní tretích molárov.

Menej často sa tvárová sliznica poškodzuje žuvaním náhodne pri žuvaní tvrdej potravy, napr. pri odpútaní pozornosti pri jedení inou činnosťou, ako telefonovanie, čítanie novín a kníh.

Ďalšími príčinami sú poruchy zhryzu pri čelustnoortopedických anomáliách, poruchách funkcie temporomandibulárneho kĺbu a konečne pri nevhodne vyartikulovaných fixných a snímateľných protetických náhradách.

Morsicatio labiorum je poškodzovanie slizničnej časti pier nahryzovaním. Najčastejšou príčinou sú zlozvyky a prítomnosť anomálií. Opakom nahryzovania môže byť vsávanie dolnej pery do úst, medzi zuby.

Klinický obraz

Prvé prejavy morsicatio buccarum nachádzame vo zväčšení linea alba. Ak sa príčina neodstráni a dlhšie trvá, sliznica môže zvredovať. Častejšie však pozorujeme drobné oválne erózie s navolitým okrajom, ktoré sú často kryté malými zvyškami sliznice bielej farby. Tvorba vredov je alarmujúcou léziou, ktorá je príznakom sekundárnej infekcie.

Morsicatio labiorum sa okrem belasých až sivých lézií prejavuje tvorbou erózií, ktoré sú plošné a väčších rozmerov.

Subjektívne pacienti pociťujú pálenie pri slaných a korenených jedlách, ako aj pálenie pri teplých nápojoch a jedlách. Ak sa vytvárajú povrchové vredy, pacienti udávajú náhle nastupujúcu bolesťivosť pri malom podráždení.



Obr. 3. Morsicatio buccarum podľa Torgarsona
Fig. 3. Morsicatio buccarum according to Torgarson



Obr. 4. Morsicatio podľa Washington atlasu pre výučbu

Fig. 4. Morsicatio according to Washington, teaching atlas

Výkladová poznámka

Morsicatio je najčastejšou z parafunkcií a pozorujeme ho aj na perách i bokoch jazyka. Morsicatio nezaraďujeme medzi prekancerózy.

Rigova-Fedeho choroba

Ide o prítomnosť neonatálnych zubov, ktoré erupujú počas novorodeneckého obdobia. Oproti nim sú natálne zuby, ktoré sú prerezané už počas narodenia dieťaťa.

Výskyt natálnych zúbkov je pomerne častý, neonatálnych zubov je vzácny. Obidva druhy však vyvolávajú ťažkosti pri dojčení zraňovaním prsníkov.

Klinický obraz

Spočíva v prítomnosti tvorby vredov na povrchu jazyka v prednej tretine. Vred je obvyčajne solitárny a má tendenciu sa lokalizovať aj do spodiny jazyka. V tomto prípade je prítomná bolestivosť a deti odmietajú dojčenie.

Zaujímavé je, že neonatálne zuby môžu byť normálne štrukturálne vyvinuté a sú takmer vždy lokalizované na alveolárnom hrebeni mandibuly. Po ich extrakcii dochádza k rýchlej epitelizácii a nezanechávajú ani povrchovú jazvu. Hojivý proces je rýchly a dojčenie prebieha bez ťažkostí.

Eozinofilná ulcerácia

Ide o vzácne sa vyskytujúcu ulceráciu, ktorá je lokalizovaná na gingíve. Často sa podobá afte major. Vyznačuje sa tým, že sa dlho a ťažko hojí. Väčšinou ide o solitárnu léziu. Doteraz je známe, že ide o samorozlišujúcu lymfoproliferatívnu poruchu, ktorá sa typicky prejavuje miernym vredom. Patogenéza nie je vyjasnená. Histologicky najviac pripomína lymfomatoidnú papulózu.

Vzácné boli pozorované ulcerácie ako agresívne formy lymfómu, periférnych T buniek, čo viedlo k podávaniu chemoterapie.

Iné hlboké, podobné vredy na gingívach sa môžu objaviť pri chronickej eozinofilnej leukémii.

Popáleniny

Na posudzovanie závažnosti popálenín sú v súčasnosti vypracované kritéria. Rozsah popáleninovej plochy sa často určuje vo vzťahu k veku kvôli hroziacemu rozvoju popáleninového šoku.

Deti do 3 rokov: nad 5 % telesného povrchu. Deti 3 – 15 rokov: nad 10 % telesného povrchu. Dospelí: nad 15 – 20 % telesného povrchu.

Rizikové faktory popálenín sú: fajčiari (zaspatie pri fajčení), obeť podpaľáčstva, automobilové nehody, obeť požiaru, deti, starí ľudia, hasiči, baníci, pracovníci v laboratóriách, vojaci, elektrikári, práca s ohňom a expozícia rádioaktivitou. Chorobné stavy z popálenín sa určujú v stupňoch: prvý stupeň – začervenanie kože a opuch, druhý stupeň – bolesť, opuch, červená koža a tvorba pľuzgierov.

Tretí stupeň je charakterizovaný bielym voskovým vzhľadom, nekrózou kože, ale bez bolesti, pretože sú poškodené nervové zakončenia. Na ústnych slizniciach sú popáleniny najčastejšie na perách a menej na ústnych slizniciach. Vznikajú obyčajne náhodne od horúcich jedál, horúceho príboru alebo na perách, ako súčasť popálenín tváre.

Ľahké popáleniny, ktoré sa prejavujú erytémom nie je potrebné liečiť, iba zvýšiť ústnu hygienu. Najčastejšie však na slizniciach pozorujeme nekrózy, ktoré je potrebné opatrne vyčistiť a postupne odstrániť. Celkovo sa podávajú vitamíny na podnietenie epitelizácie. Lokálne je vhodné aplikovať dezinficienciu v gélovej forme. Pri bolestiach sa odporúča aplikácia anestetík s lokálnym účinkom alebo celkovo analgetiká.

Popáleniny chemikáliami

Poleptania slizníc ústnej dutiny sú pomerne zriedkavé chorobné stavy, ktoré sú oproti minulosti na ústupe. V súčasnosti k nim dochádza náhodnými a mylnými manévrami a vzácné zo suicidiálnych úmyslov.

K popáleninám chemickými činidlami ministerstvo vnútra vydalo metodický list, ktorý odporúčame zaradiť do poriadkov bezpečnosti práce. K poleptaniam dochádza, keď sú živé tkanivá vystavené žieravinám, ako sú silné kyseliny a silné zásady. Chemické poleptania sa klasifikujú analogicky ako popáleniny.

Medzi hlavné druhy dráždivých a žieravých látok patria: kyseliny, zásady, oxidačné činidlá. Poleptania môžu tiež spôsobiť niektoré druhy

chemických zbraní, napr. pľuzgierotvorné látky ako yperit, lewisit a pod. K poleptaniu môže dôjsť priamym stykom kože (sliznice) s chemikáliami alebo prostredníctvom kontaminovania rúk a druhotne zavedením do očí alebo ústnej dutiny.

Ako prvé príznaky môžu byť pozorované svrbenie, pálenie, belasé zafarbenie, zmena farby do hnedá a zvyšujúca sa bolestivosť páľčivého a rezavého charakteru.

Medzi časté zdroje patria: dusičnan strieborný, kyselina chlorovodíková, kyselina sírová, hydroxid sodný (lúh), hydroxid vápenatý (vápno). Popáleniny môžu vzniknúť napr. vo výrobných akumulátorov a iných chemických prevádzkach. Taktiež v chemických laboratóriách môžu nastať nešťastné nehody.

Na slizniciach pozorujeme farebné zmeny často s belasým povrchom, čo je nekróza povrchového epitelu, prípadne iné farebné zmeny. Tieto nekrózy možno odlúpnúť a ostáva podslizničné väzivo. Takéto stavy môžeme pozorovať u pacientov, ktorí si nechávajú rozpúšťať v ústach analgetiká, ktoré obsahujú acylové zložky, napr. acylpyrín.

V liečení je dôležité včas poskytnúť prvú pomoc, čím zabránime vzniku komplikácií.

Popáleniny elektrickým prúdom

Popáleniny elektrickým prúdom vznikajú po zásahu blesku, po popálení jednosmerným prúdom na elektrifikovaných tratiach a ako úrazy pri vysokom napätí. Takmer všetky tieto popáleniny sú letálne.

V súčasnosti náhodné úrazy elektrickým prúdom vidíme v detskom veku, keď dochádza ku zahryznutiu do elektrického privodu. Následkom takýchto nešťastných náhod je poranenie tváre, jazyka, perí a častí ústnych slizníc. Inokedy dochádza k dotyku spotrebičom, ktorý je pod prúdom. V týchto prípadoch vznikajú rozsiahle a devastujúce nekrózy jazyka, perí a tváre. Následky nekroz vyvolávajú hlboké defekty a straty tkanív.

Povrchové popáleniny môžu vyvolať erózie a vredy rôznej hĺbky.

Ulcerácie zapríčinené samopoškodzovaním

V súčasnosti sú takéto stavy na ústupe. V detskom veku ide často o schválne mechanické poranenia gingívy vkladáním cudzích telies do interdentálnych priestorov. Inokedy sa poranenia gingívy dejú náhodne zubnými kefkami alebo špáradlami.

V dospelosti takéto poranenia možno pozorovať pri samoextrakciách kývavých zubov alebo pri pokusoch o extrakcie pri silných pulpitických bolestiach. Popáleniny tvrdého podnebia a tvorba vredov boli v minulosti pozorované pri zlozvyku fajčenia cigariet horiacim koncom do úst.

Trauma zo sexuálnych praktík

U pacientov s HIV boli pozorované vredy na bokoch jazyka z pohryznutia a vredy obdobného charakteru na slizničnej časti prevažne dolnej pery. Obdobné lézie sa môžu vyskytnúť pri prevádzaní orálneho sexu.

Hyperkeratóza zo stomatitis prothetica

V súčasnosti sa stomatitis prothetica u nositeľov totálnych protetických náhrad nepovažuje za reaktívny zápal od samotnej živice a jej zložky. Stomatitis prothetica je chronickou formou orálnej kandidózy. Nateraz je dokázané, že dlhotrvajúci zápal vyvolaný plesňou *Candida albicans* môže na tvrdom podnebí vyvolať kandidovú leukoplakiu.

Ulcerácia zo stomatitis prothetica

V súčasnosti sa predpokladá, že takýto chorobný stav samostatne môže byť komplikáciou zo sekundárnej bakteriálnej infekcie. Pod týmto termínom však často u nositeľov čiastočných a celkových snímateľných náhrad pozorujeme dekubitálne ulcerácie.

Dekubitálne ulcerácie na ústnych slizniciach pozorujeme menej pri čiastočných náhradách a častejšie ich môžeme pozorovať pri celkových snímateľných náhradách. V podstate ide v oboch prípadoch o vysoký tlak umelých protetických výrobkov na ústne sliznice, na ktorých tieto vyvolávajú škody v rôznom rozsahu.

Od začiatku protetického ošetrovania treba mať na zreteli, že zhotovením čiastočných a totálnych náhrad upravujeme a zvyšujeme úroveň kvality života pacientov, u ktorých došlo k takýmto rozsiahlym stratám zubov.

Z hľadiska posudzovania anatomických pomerov pred začatím protetického ošetrovania musíme mať na zreteli, že extrakciou zubov gingíva zaniká a po istom čase hojenia máme k dispozícii ústnu sliznicu, na ktorú sa prenáša žuvací tlak čiastočne alebo úplne až na kostný podklad alveolárnych výbežkov v čeľusti a sánke. Podľa toho môžeme aspoň orientačne určiť miesta, na ktorých následkom tlaku protéz môžu vzniknúť chorobné stavy. Tieto delíme na akútne a chronické. Akútne stavy sú tie, ktoré trvajú krátky čas (2 – 3 dni) a chronické trvajúce viac ako 3 – 4 dni.

Medzi časté miesta vzniku chorobných stavov v čeľusti patria:

- slizničný úsek v oblasti očných zubov, častejšie na alveolárnej sliznici a menej na palatinálnej,
- slizničný úsek v oblasti premolárov a molárov na horných okrajoch protéz z vestibulárnej strany,
- oblasť tuber maxillae, najmä z distálnej strany,
- oblasť prechodu tvrdého do mäkkého podnebia, kde A a H línia určujú dĺžku podnebnéj platne protézy.

Medzi časté miesta v sánke patria:

- slizničný úsek v oblasti prechodnej riasy vestibulárne a linguálne,
- oblasť frenulum linguae,
- oblasť tela náhrady na okrajoch vestibulárne,
- oblasť tela náhrady na okluzálnej ploche alveolárneho výbežku,
- oblasť trigonum retromolare z vestibulárnej a linguálnej strany.

Symptomatológia dekubitálnych škôd je v rozpore s nálezmi iných chorobných stavov. Prvým stupňom chorobných stavov je erytém, ktorý sa prejaví po krátkej dobe často aj bez zaťaženia žuvacím tlakom. Erytém je jasnočervenej farby a po odstránení protézy zaniká. Subjektívne majú pacienti pocit cudzieho telesa, pocit plných úst a niekedy pocit malého tlaku, ale necítia výraznú bolesť.

Druhým stupňom dekubitálnych ulcerácií je tvorba erózií v mieste pôsobenia tlaku. Ide o defekt v epitelálnom kryte, ktorý sa prejavuje defektom krytým belasým fibrínovým povlakom. Symptomatológia je veľmi výrazná, pacienti udávajú silné, ostré až páľčivé bolesti, ktoré po odstránení náhrady hneď ustúpia, avšak objavujú sa v menšej intenzite po mechanickom podráždení bez náhrady. Spontánne môžu ustúpiť za 1 – 2 dni bez náhrady. Ďalším značne častým chorobným stavom je dekubitálna ulcerácia v priechodných riasach u nositeľov totálnych protéz u seniorov. Ide o chronický stav, prejavuje sa značne hlbokou ulceráciou, obvyčajne od okrajov totálnych protéz. Lézia môže byť rôznej veľkosti. Sliznica môže mať takmer normálnu farbu alebo je mierne tmavočervená, zafarbená až do modra. Okraje vredov sú mierne zaoblené. Spodina vredu je obvyčajne čistá s prítomným granulačným tkanivom.

Subjektívne pacienti nemajú väčšie ťažkosti, bolestivosť a krvácanie môžu byť prítomné len na miestnych podráždeniach. Rozsiahlosť nálezu ostro kontrastuje so subjektívnymi ťažkosťami. Objektívne lézie pozorujeme v priechodných riasach z tvárových plôch, v oblasti tuber maxillae, trigonum retromolare a na tvrdom podnebí. Pri čiastočných protézach treba diferenciálne diagnosticky odlišiť ulcerácie od okrajov kariéznych zubov.

Liečba

Pri odovzdávaní náhrad je dôležité poučiť pacientov o tom, že už pri prvých príznakoch tlaku protézy si náhradu musia vybrať a nesmú si nechať ústa odtlačiť.

Zápalová papilárna hyperplázia

Ide o léziu, ktorá vzniká následkom dlhotrvajúceho zápalu na tvrdom podnebí u nositeľov totálnych

protéz. Je to prejav vyššieho stupňa zápalu ako jedna z foriem stomatitis protetica.

U starších pacientov je základným symptómom hyposalivačný syndróm alebo xerostómia. Rizikovým faktorom ostáva nedostatočná hygiena ústnej dutiny a nevyberanie protézy z úst na noc.

Papilárne útvary sú v strede tvrdého podnebia, obyčajne guľovitého tvaru, mnohopočetné, v rôznych červených farebných odtieňoch. Pri väčšom počte zhoršujú stabilitu náhrady, protéza padá a nastupujú prekážky pri stravovaní. Prítomné sú poruchy chuti a zmena citlivosti.

Epulis fissuratum

Tento termín sa v súčasnosti používa veľmi málo, používa sa Fibroma fissuratum.

Keď sa k predchádzajúcemu klinickému obrazu pridruží hypertrofia okrajov defektov sliznice, dochádza k hypertrofiám sliznice v okrajových častiach protéz, najčastejšie v priechodnej riasie v oblasti rezákov a očných zubov.

V podstate ide o následok mechanického dráždenia sliznice okrajmi náhrady. Po prekonaní rezilienčného faktoru sliznice alveolárny hrebeň podlieha tlakovej atrofii. Podslizničné väzivo sa pomnoží a postupne vzniká hypertrofia, ktorá sleduje kontúry okrajov totálnej náhrady. Zároveň sa porušuje stabilita náhrady, ktorá nadobúda zvýšenú pohyblivosť a táto mechanicky dráždi sliznicu. Takéto útvary protézu zhadzujú a tým sa pohyblivosť náhrady zvyšuje. Súčasne sa zvyšuje aj mechanické dráždenie.

Sliznica je pomerne veľmi často bez druhotného zápalu a nemá pozoruhodné farebné zmeny. Inokedy výrazné začervenanie pozorujeme na okrajoch hypertrofického tkaniva. Ak je hypertrofia značne rozsiahla, sliznica nadobúda tmavočervenú farbu.

Subjektívne ťažkosti pacienti nepociťujú. Sťažujú sa na padanie a uvoľňovanie náhrady a tým na zníženú funkčnosť. Majú pocit, že pri žuvaní im protéza prekáža a často si zahryzujú do sliznice líca.

Liečba

Liečba je chirurgická, je potrebné vykonať plastickú úpravu vestibula, hypertrofické tkanivo eliminovať a zhotoviť novú totálnu náhradu.

Diskusia

Údaje o výskyte uvádzaných lézií sú značne nejednotné, keďže v publikáciách sa objavujú veľmi rôznorodo. Okrem toho často nie sú k dispozícii súčasné etiologické súvislosti, ako i spoľahlivé anamnestické informácie.

Preto údaje o výskyte možno spoľahlivo čerpať z výsledkov hromadných vyšetrení pri hodnotení orálneho zdravia.

Ako príklad môžeme uviesť prácu Fenga a spol., ktorí vyšetrili 11 054 pacientov a traumatický vred nachádzali v 1,13 % prípadov. Oproti tomu iné štúdie traumatické vredy nachádzali v 11 % prípadov.

Je potrebné brať do úvahy, že hodnotenia orálneho zdravia majú rôzne parametre v programe WHO.

Do takýchto diferenciálne diagnostických rozborov sa dostávajú opisy solitárnych ulcerácií, ktoré sú vzácnym prejavom infekcií iných orgánov. Takto sú opisované ulcerácie na jazyku pri tuberkulóze pľúc alebo progredujúci výskyt penetrujúceho vrelu na tvrdom podnebí, čo je metastázou karcinómu iného orgánu.

Z hyperkeratotických lézií je opisovaný Pappilonov-Lefevreov syndróm s výskytom keratotických zmien na ústnych slizniciach aj s predčasnými stratami zubov. Tieto stavy sú v súčasnosti zaraďované do skupiny hereditárnych syndrémov.

Napokon, podľa súčasných poznatkov, prejavy genodermatóz vôbec nepatria medzi ulcerózne lézie traumatickej alebo infekčnej proveniencie, ale do skupiny autoimunitných chorôb.

Záver

Každú diferenciálnu schému, ktorá rieši rozdielnosť medzi vredmi na slizniciach ústnej dutiny treba uvítať ako vhodnú pomôcku. Nesmieme z nej vynechať stomatitis aphthosa, ktorá je najčastejšou sprievodnou léziou, tvorbu lichenoidov a samotné orálne formy lichen planus a kontaktné alergické stavy.

Treba ju však pravidelne obnovovať a dopĺňať, aby zohľadňovala pokrok v etiopatogenetických poznatkoch. Tým podstatne zlepšíme kvalitu života našich pacientov.

Literatúra

1. AHMED, B1. Prosthodontic rehabilitation of Papillon Lefevre Syndrome. J Coll Physicians Surg Pak. 2014 May; 24 Suppl 2;: S132 – 134.
2. ALONSO CHEVITARESE, AB1, DELLA VALLE, D., PRIMO, L. Self-inflicted gingival injury in a pediatric patient: a case report. J Dent Child (Chic). 2004 Sep-Dec; 71 (3): 215 – 217.
3. AMADORI, F1, BARDELLINI, E2, 3, CONTI, G4, MAJORANA, A1. Oral mucosal lesions in teenagers: a cross-sectional study. Ital J Pediatr. 2017 May 31; 43 (1): 50.
4. ARAÚJO, VS1, GODINHO, EL2, FARIAS, L., C. et al. Prevalence of oral mucosal lesions in a brazilian military police population. J Clin Exp Dent. 2015 Apr 1; 7 (2): e208 – 211.
5. BRANTES, MF1, AZEVEDO, R., S., ROZZA-DE-MENEZES, R., E. et al. Analysis of risk factors for maxillary denture-related oral mucosal lesions: A cross-sectional study. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2019 May 1; 24 (3): e305 – 313.
6. BRANTES, MF1, AZEVEDO, R., S., ROZZA-DE-MENEZES, R., E., PÓVOA, H., C. et al. Analysis of risk factors for maxillary denture-related oral mucosal lesions: A cross-sectional study. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2019 May 1; 24 (3): e305 – 313.

7. BYAKODI, R1, SHIPURKAR, A., BYAKODI, S., MARATHE, K. Prevalence of oral soft tissue lesions in Sangli, India. J Community Health. 2011 Oct; 36 (5): 756 – 759.
8. CHANDLER, P1, HARRIS, J2, SHERWINTER, D1. Adenomyomatous hyperplasia of distal common bile duct: a case report and review of the literature. J Surg Case Rep. 2018 Aug 7; 2018(8): rjy 204.
9. CUETO, A1, MARTÍNEZ, R., NIKLANDER, S. et al. Prevalence of oral mucosal lesions in an elderly population in the city of Valparaíso, Chile. Gerodontology. 2013 Sep; 30 (3): 201 – 216.
10. DI STASIO, D1, LAURITANO, D2, PAPARELLA, R1. et al. Ultrasound imaging of oral fibroma: a case report. J Biol Regul Homeost Agents. 2017 Apr-Jun; 31 (2 Suppl 1): 23 – 26.
11. DUNDAR, N1, ILHAN KAL, B. Oral mucosal conditions and risk factors among elderly in a Turkish school of dentistry. Gerontology. 2007; 53 (3): 165 – 172. Epub 2007 Jan 5.
12. DE FREITAS, AC1, ASSED, S., DA SILVA, L., A., SILVA, R., A. Aggressive periodontitis associated with Papillon-Lefèvre syndrome: report of a 14-year follow-up. Spec Care Dentist. 2007 May-Jun; 27 (3): 95 – 100.
13. FENG, J1, ZHOU, Z2, SHEN, X2. et al. Prevalence and distribution of oral mucosal lesions: a cross-sectional study in Shanghai, China. J Oral Pathol Med. 2015 Aug; 44 (7): 490 – 494.
14. FRENCH, D1, SCOTT, H., OVERALL, C., M. Papillon-Lefèvre syndrome associated early onset periodontitis: a review and case study. J Can Dent Assoc. 1995 May; 61 (5): 432 – 438.
15. HOLMSTRUP, P1, PLEMONS, J2, MEYLE, J3. Non-plaque-induced gingival diseases. J Periodontol. 2018 Jun; 89 Suppl 1; S28 – 45.
16. HOU, Y1, JIN, Y., LIN, X. et al. Individualized Plastic Reconstruction Strategy for Patients With Ectodermal Dysplasia Syndrome. Ann Plast Surg. 2017 Jun; 78 (6): 684 – 691.
17. IEGAMI, CM1, TAMAKI, R1, NETO, PT1. A 5-week Non-Surgical Approach towards Denture Induced Hyperplasia. Open Dent J. 2017 Mar 31; 11; 151 – 154.
18. IORDANISHVILI, AK1, LOBEIKO, VV2. [Treatment of traumatic prosthetic stomatitis in elderly and senium people with 'dry mouth' syndrome] Stomatologija (Mosk). 2018; 97 (3): 30 – 34.
19. JAMANI, NA1, ARDINI, YD2, HARUN, NA2. Neonatal tooth with Riga-Fede disease affecting breastfeeding: a case report. Int Breastfeed J. 2018 Jul 27; 13:35.
20. JIVANESCU, A1, BORGNACKE, W., S., GOGUTA et al. Effects of a hydrogel patch on denture-related traumatic ulcers; an exploratory study. J Prosthodont. 2015 Feb; 24 (2): 109 – 114.
21. JOSEFINA ANGULO-NÚÑEZ, RODRÍGUEZ-ARCHILLA, A. Oral mucosal lesions in patients of Mérida, Venezuela. Invest Clin. 2015 Dec; 56 (4): 367 – 376.
22. KALOGIROU, E., M., CHATZIDIMITRIOU, K., TOSIOS, K., I. et al. Localized Juvenile Spongiotic Gingival Hyperplasia: Report of Two Cases J Clin Pediatr Dent. 2017; 41 (3): 228 – 231.
23. KANG, S1, KUFTA, K2, SOLLECITO, TP3, PANCHAL, N4. A treatment algorithm for the management of intraoral burns: A narrative review. Burns. 2018 Aug; 44 (5): 1 065 – 1 076.
24. KARIMI, A1, SOBOUTI, F2, TORABI, S. et al. Comparison of Carbon Dioxide Laser With Surgical Blade for Removal of Epulis Fissuratum. A Randomized Clinical Trial. J Lasers Med Sci. 2016 Summer; 7 (3): 201 – 204.
25. KUPP, LI1, SHERIDAN, P., J. Denture sore mouth. Dermatol Clin. 2003 Jan; 21 (1): 115 – 122.
26. LEE, ST1, JANG, SB2, KWON, TG3, CHOI, SY4. Oral tuberculosis mimicking a traumatic denture ulcer. J Prosthet Dent. 2019 Feb; 121 (2): 225 – 228.
27. LI, J1, ZHANG, YY1, WANG, NN1, BHANDARI, R1, LIU, Q., Riga-Fede disease in a child. Clin Exp Dermatol. 2016 Apr; 41 (3): 285 – 286.
28. MARTORI, E1, AYUSO-MONTERO, R1, MARTINEZ-GOMIS, J2. et al. Risk factors for denture-related oral mucosal lesions in a geriatric population. J Prosthet Dent. 2014 Apr; 111 (4): 273 – 279.
29. MOURA, LF1, MOURA, MS2, LIMA, MD2. Natal and neonatal teeth: a review of 23 cases. J Dent Child (Chic). 2014 May-Aug; 81 (2): 107 – 111.
30. OZMEN, B1, ACAR, O1. Persistent untreated Riga-Fede disease for 6 years. Pediatr Dermatol. 2015 May-Jun; 32 (3): e134 – 135.
31. PADALA, SS1, KIRESUR, MA1, ANANTHANENI, A1. et al. Comparison of staining characteristics of Toto bodies. Biotech Histochem. 2018; 93 (5): 336 – 339.
32. SAMUEL, SS1, ROSS, BJ2, REBEKAH, G3, KOSHY, S. Natal and Neonatal Teeth: A Tertiary Care Experience. Contemp Clin Dent. 2018 Apr-Jun; 9 (2): 218 – 222.
33. SAPUTRO, I1, Riestiano, B1, HOEKSTRA, LT2, ZARASADE, L1. The effect of oral N-acetylcystein on prevention of extensive tissue destruction in electrical burn injury. Burns. 2018 Dec; 44 (8): 2 059 – 2 063.
34. SHARMA, B1, KOSHY, G2, KAPOOR, S3. Traumatic Ulcerative Granuloma with Stromal Eosinophilia: A Case Report and Review of Pathogenesis. J Clin Diagn Res. 2016 Oct; 10(10): ZD07 – ZD09.
35. SCHWARTZ, Z1, COLEMAN, M2, TOYOHARA, J., P. et al. Oral Lymphomatoid papulosis type C: A diagnostic pitfall, often confused with T-cell lymphoma. Ann Diagn Pathol. 2017 Dec; 31: 50 – 55.
36. SINGH, P1, EMANUEL, R., PARRY, J., ANAND, P., S. Three paediatric patients with oral self-mutilation-a report. Dent Update. 2008 May; 35 (4): 280 – 283.
37. SONG, IJ1, KIM, HK2, LEE, NK1, LEE, SK3. Prospective Single Arm Study on the Effect of Ilaprazole in Patients with Heartburn but No Reflux Esophagitis. Yonsei Med J. 2018 Oct; 59(8): 951 – 959.
38. SCULLY, C1, PORTER, S. HIV topic update: oro-genital transmission of HIV. Oral Dis. 2000 Mar; 6 (2): 92 – 98.
39. TSUDA, K1, TANIMOTO, T2, HAYAKAWA, K1, KOMATSU, T. Oral mucosal manifestations of chronic eosinophilic leukaemia with FIP1L1-PDGFRα. BMJ Case Rep. 2016 Jan 12; 2016.
40. UMSTATTD, LA1, CHANG, CW2. Pediatric Oral Electrical Burns: Incidence of Emergency Department Visits in the United States, 1997-2012. Otolaryngol Head Neck Surg. 2016 Jul; 155 (1): 94 – 98.
41. UNUR, M1, BEKTAS KAYHAN, K1, ALTOP, MS1. et al. The prevalence of oral mucosal lesions in children: a single center study. J Istanbul Univ Fac Dent. 2015 Oct 21; 49 (3): 29 – 38.
42. VIDYADHARAN, S1, JOSEPH, B1, NAIR, SP1. Chronic Eosinophilic Leukemia Presenting Predominantly with Cutaneous Manifestations. Indian J Dermatol. 2016 Jul-Aug; 61 (4): 437 – 439.
43. VOLPATO, LE1, SIMÕES, CA1, SIMÕES, F1, NESPOLO, PA1, BORGES, Á. Riga-Fede Disease Associated with Natal Teeth: Two Different Approaches in the Same Case. Case Rep Dent. 2015; 2015: 234961.

MDDr. Jana Kluknavská
1. stomatologická klinika LF UPJŠ
a Univerzitnej nemocnice L. Pasteura
Košice