

# Chronické ulcerácie ústnych slizníc (2. časť)

## Chronic ulceration of oral mucosa (2.)

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

MUDr. Silvia Timková, PhD., MDDr. Jana Kluknavská, doc. MUDr. Eugen Ďurovič, DrSc., MUDr. Jozef Minčík, PhD., 1. stomatologická klinika Lekárskej fakulty UPJŠ a Univerzitnej nemocnice L. Pasteura v Košiciach, SKZL – Regionálna komora zubných lekárov, Pri jazdiarni 1, Košice

### Abstrakt

Chronické ulcerácie ústnych slizníc sú stále diagnostickým problémom. Tieto lézie môžu byť prejavom rôznych ochorení. Niektoré infekčné ochorenia majú pomerne typický priebeh a nepredstavujú veľký diagnostický problém. Obťažnejšie sú však autoimunitné ochorenia a kožné ochorenia, zvlášť ak sa príznaky na iných častiach tela nevyskytujú. Tieto lézie sa často menia a sú dopĺňané novoeruptovanými eróziami. Čo sa týka diagnostiky pri celkových ochoreniach s prejavmi v ústnej dutine, prípadne tiež pri lokálnej liečbe prejavov v ústnej dutine, je vhodné spolupracovať so špecialistom.

**Kľúčové slová:** chronický ulcus, autoimunitné ochorenie, ústna dutina.

### Abstract

Chronic ulcerations of the oral mucosa are still a diagnostic challenge. These lesions can be a manifestation of various diseases. Some infectious diseases have a quite typical disease course and do not present a major diagnostic problem. However, autoimmune and skin diseases occur in a more severe way, especially if symptoms do not appear on other parts of the body. These lesions often change and are accompanied by newly erupted erosions. Concerning the diagnosis and also local treatment of oral manifestations, it is appropriate to cooperate with a specialist in comprehensive diseases with manifestations in the oral cavity.

**Key words:** chronic ulcers, autoimmune disease, oral cavity.

### Úvod

Vredovité lézie s chronickým priebehom s lokalizáciou na slizniciach ústnej dutiny majú často spoľahlivú výpovednú hodnotu a vo svojej manifestácii predstavujú systémové ochorenia. Preto sú obvyčajne doménou dermatológov a infektológov. Do tejto skupiny chorôb patria pohlavné špecifické infekčné ochorenia, špecifické infekčné plesňové ochorenia a kožné autoimunitné, vezikulo-bulózne ochorenia.

Ak pri intraorálnom vyšetrení máme podozrenie na niektorú z týchto chorôb, odporúčame pacienta poslať k príslušným špecialistom. Po začatí liečby sa môžeme zúčastniť na kontrolných vyšetreniach alebo na aplikáciách lokálnych liečebných

postupov, pokiaľ si to stav vyžaduje a špecialisti odporúčajú.

Aby sa diagnostika a diferenciálna diagnostika v stomatologickej praxi zlepšili, autori Mortazavi, Safi, Baharvand a Rahmani vypracovali schému ako pomôcku pre charakteristiku jednotlivých nозologických jednotiek. Tento ich schematický rozpis pre prax odporúčame (tab. 1).

### Syphilis acquisita

#### Výskyt a etiológia

Syfilis je pohlavná choroba spôsobená baktériou (spirochétou) *Treponema pallidum*. Spôsobuje špecifické chronické ochorenie, ktoré prebieha v niekoľkých fázach. Z neliečenej tehotnej matky

**Tab. 1. Charakteristika jednotlivých nozologických jednotiek (Mortazav, Saf, Baharvand a Rahmani)****Tab. 1. Characteristics of individual nosological units (Mortazav, Saf, Baharvand, Rahmani)**

Lézie	Dominujúce pohlavie	Vek	Lokalizácia	Tvar vredov	Počet	Trvanie a poznámky
Syfilitická ulcerácia	Nepodstatné	Nepodstatné	Pery, jazyk, podnebie	Ulcerácia s čistou spodinou	Solitárny	Okolie je červené, báza vredu hnedá a cervikálne uzliny zväčšené
Orálna blastomykóza	Muži	Nepodstatné	Celá ústna dutina, kdekoľvek	Nešpecifický vred	Solitárny	Vred je nebolestivý, s nepravidelnými okrajmi, bolestivá verukózna hyperplázia sliznice, prítomný je pľúcny rtg nález
Orálna mucormycosis	Nepodstatné	Nepodstatné	Podnebie	Verukózna ulcerácia	Solitárny	Hlboká nekrotizujúca ulcerácia s pľúcny nálezom
Pemphigus vulgaris	Nepodstatné	Nepodstatné	Bukálna sliznica, podnebie, gingívy	Mapovité ulcerácie	Viacpočetné	Povrchové nepravidelné vredy, rozširujú sa plošne, Nikolského príznak je pozitívny, g. desquamativa
Pemfigoid slizníc	Ženy	Ø 50 rokov	Gingíva, bukálna sliznica, podnebie	Nešpecifické, okrúhle erózie	Viacpočetné	Prítomná je g. desquamativa a na koži 30 – 40 % sú krvavé pluzgiere
Bulózny pemfigoid	Nepodstatné	Ø 60 rokov	Gingíva	Malé vredové formácie	Viacpočetné	G. desquamativa a orálne recidívy
Lichen planus	Ženy	Stredný vek	Bukálna sliznica, jazyk a gingívy	Povrchové splyvajúce vredy	Viacpočetné	G. desquamativa, lichen reticularis prechádza do erozívnej formy
Lineárna IgA choroba	Ženy	V 6. – 7. decéniu	Mäkké a tvrdé podnebie, tonzilárne oblúky, bukálna sliznica	Vredy sú podobné ako pri pemfigoide slizníc	Viacpočetné	Vezikuly, bolestivé erózie, ulcerácie, g. desquamativa

sa môže preniesť na plod a spôsobiť mu, podľa štádia ochorenia matky, rôzne poškodenia až úmrtie. Vyskytuje sa na celom svete. Postihuje hlavne sexuálne aktívne mladé osoby (častejšie mužov), má výrazný sociálny charakter. Od roku 1953 počet ochorení u nás výrazne klesol. V súčasnosti má jeho výskyt stúpajúci trend.

### Klinický obraz

Ochorenie prebieha v niekoľkých štádiách. Prvé štádium je ulcus durum.

Môže byť častejšie pozorované na dolnej pere asi tri týždne po iniciálnej infekcii. Vyskytuje sa ako známy tvrdý vred tam, kde bol porušený epitel. Klinicky ho pozorujeme na červení pery, často uprostred. Iniciálna skleróza sa objavuje vo forme erózie alebo vredu.

Erózia je okrúhla alebo oválna v priemernej veľkosti do 1 cm a zreteľne prečnie nad úroveň okolía. Infiltrát je charakteristicky tuhý a málo bolestivý. Na jeho povrchu sa môže vytvoriť ragáda a krusta. Ak sa na infiltrát zatlačí, vyteká z povrchu exsudát bohatý na treponémy.

Ak sa na pere vytvára vred, má nepravidelný tvar, je dosť plytký s mierne vyvýšenými okrajmi. Jeho spodina je pokrytá sivým povlakom, inokedy môžeme pozorovať krustáciu s miernym zakrvácaním. Okolie vredu je tvrdo infiltrované. Ak sa infiltrát šíri, pera sa výrazne zväčší. V takýchto prípadoch pod vplyvom vlhkosti ústnych kútikov vzhľad sklerózy môže imitovať ch. angularis.

V II. štádiu syfilisu sú pery postihované podstatne menej. Môžu sa však na ich slizničných častiach objaviť erózie, ktoré netrvajú dlho a výrazné ťažkosti nevyvolávajú. V tomto štádiu pozorujeme makulo-papulózny exantém na koži a postihnutie iných úsekov ústnej sliznice. V ústnych kútikoch môžeme pozorovať bolestivé trhliny a bradavičnaté výrastky, kondylómy. V I. a II. štádiu je syfilis veľmi ľahko prenosný.

V III. štádiu pozorujeme na perách difúzne infiltráty, makrocheilie a elefantické zväčšenie. Na perách sa môže vyskytnúť gumma v malej, ale viacpočetnej forme.

Diagnostiku je rozhodne potrebné potvrdzovať aj laboratórnymi, kultivačnými a sérologickými vyšetreniami.

### **Blastomycosis**

#### **Výskyt a charakteristika**

Často sa používa termín „severoamerická blastomycóza“. Je to zriedkavé ochorenie, ktoré vyvoláva plesň *Blastomyces dermatidis*. Ide o bežnú infekciu psov. Postihuje pľúca a kožu, ale môže prebiehať aj v diseminovanej forme. Vykazuje istú podobnosť s histoplazmózou.

#### **Klinický obraz**

Prvé príznaky sú podobné ako pri chrípke. Prítomné sú bolesti hlavy, horúčka a kašeľ. Akútna forma ochorenia pripomína bakteriálny zápal pľúc. Choroba môže postihovať aj iné orgány, ako sú koža, kosti, prostata, kĺby, svalstvo a pod. Zvláštny perakútny priebeh je pri AIDS. V praxi sa vyskytujú štyri typy ochorenia:

- primárna pľúcna forma ochorenia,
- generalizovaná multiorgánová forma ochorenia,
- prejav napadnutia iba daného orgánu,
- chronická kožná forma ochorenia.

Blastomycóza môže napádať štruktúru nosa, paranasálnych dutín, ústne sliznice, slinné žľazy alebo sa môže prejaviť ako novotvar mimického svalstva. V praxi sa stretávame s kožnými léziami, ktoré sú lokalizované na tvári, krku a na končatinách. Na tvári je najčastejšie postihovaný nos, lézie sa šíria na pery a ústne sliznice. Lézie začínajú ako pustuly, papuly a podkožné uzlíky. Po niekoľkých týždňoch sa rozpadajú do vredov. Vredy majú postupne deštruujúci priebeh a charakter. Najprv je v ich okolí možné pozorovať granulačné tkanivo. Toto sa postupne rozpadne a nastupuje tvorba keloidného tkaniva. Intraorálne vredy pozorujeme na prechode mäkkého podnebia do tvrdého podnebia, izolovane na tvrdom podnebí (obyčajne jednostranne), na bokoch a chrbte jazyka a na distálnej polovici bukálnej sliznice.

### **Mucormycosis**

#### **Výskyt a charakteristika**

Je to plesňové ochorenie dutín mozgového tkaniva a pľúc. Mucormycóza postihuje ľudí s výrazne oslabeným imunitným systémom. Infekciu vyvolávajú bežné huby, ktoré sa nachádzajú v pôde a na rozpadajúcej sa vegetácii. Väčšina ľudí je infekcii vystavená takmer denne, avšak ľudia s oslabeným imunitným systémom sú na kontamináciu viac náchylní. Infekciu sú viac vystavení pacienti s rizikovými faktormi.

#### **Rizikové faktory**

- diabetes mellitus 2. typu a jeho dekompenzácia,

- chronické a dlhodobé užívanie steroidov,
- metabolická acidóza,
- transplantácie orgánov,
- leukémie, lymfóm a iné malignómy,
- liečba deferoxamínom,
- AIDS.

#### **Klinický obraz**

Mucormycosis má štyri formy:

- Rhinocerebrálna forma – postihuje prínosové dutiny a môže viesť k zápalom hlavových nervov. Môžu sa vytvárať tromby a ich následky sú trombotické zmeny v mozgu.
- Pľúcna forma, ktorá vyvoláva zápal pľúc, zachvacuje mediastínium, srdce a mozog.
- Mucormycóza tráviaceho traktu a iných orgánov.
- Mucormycóza kože.

Pri rhinocerebrálnej forme možno pozorovať opuchy očí a ich výstup z očných jamiek. Charakteristická je tvorba tmavých krúst v nose, zároveň nastupujú horúčka a bolesti hlavy. Zároveň môžeme pozorovať začervenanie kože nad dutinami. Pacienti si sťažujú na bolesti sínusov.

Pri pľúcnej forme je prítomný kašeľ, vykašľovanie krvavého spúta. Tento klinický obraz je sprevádzaný horúčkou a nastupuje dýchavičnosť.

Medzi príznakmi gastrointestinálnej formy dominujú bolesti brucha, horúčka, nauzea a vracanie krvi. Príznaky postihnutia obličiek sprevádza horúčka a bolesti v boku.

Príznaky postihnutia kože zahŕňajú tvorbu tvrdých a bolestivých uzlíkov. Tieto v centre nadobúdajú hnedé až čierne zafarbenie. Na ústnych slizniciach, na tvrdom podnebí a na alveolárnej sliznici vznikajú tmavohnedé pláty, ktoré majú penetračné postupy a môžu rozrušovať kostný podklad. Častejšie sa odlúpia alebo odstránia a vznikne rozsiahly vred, ktorý postupne, ale pomaly epitelizuje.

### **Pemphigoid**

#### **Charakteristika**

Je známy aj ako benígny slizničný pemfigoid. Ide o variant bulózneho pemfigoidu, ktorý po vyhojení zanecháva jazvy. Vyskytuje sa častejšie u žien nad 60 rokov veku a buly a erózie sa lokalizujú na slizniciach vôbec. Ochorenie začína tvorbou búl, po ich prasknutí vznikajú erózie a vredy, ktoré sa hoja jazvou. Vznikajú synechie a striktúry, rôzne očné komplikácie vrátane ulcerácie rohovky až slepota.

#### **Klinický obraz**

Ochorenie predilekčne začína na spojivkách, postihuje sliznice ústnej dutiny, ale aj sliznice nosa, laryngu a perianálnu oblasť. Z ústnych slizníc sú často postihované bukálne sliznice jednostranne



alebo obojstranne, potom tvrdé podnebie a sliznice pier. Oproti iným pemfiginóznym ochoreniam sme videli, že menej je postihovaný jazyk. Je zaujímavé, že v prípadoch, keď ochorenie postihuje oči a iné sliznice, je menej postihovaná ústna dutina, ale silne je postihnutá pera a mukokutánne spojenie. Často sú postihované aj alveolárne sliznice a na ozubenej čeľusti a sánke pozorujeme gingivitis desquamativa. Subjektívne pacienti udávajú páľivosť, ktorá často prechádza do rezavej bolesti. Na výlučnú bolesť si sťažujú pri mechanickom podráždení, pri stravovaní. Histologický a fluorescenčný nález sú rovnaké ako pri bulóznom pemfigoide.

#### Diferenciálna diagnostika

Diferenciálnu diagnostiku je potrebné zamerať na vylúčenie bulózneho pemfigoidu, pemphigus vulgaris, dermatitis herpetiformis a alergicko-toxických reakcií, najmä z liekov.

### Pemphigus vulgaris

#### Charakteristika

Je to autoimunitné ochorenie charakterizované tvorbou splasnutých intraepiteliálnych pľuzgierov na nezapálenej koži alebo sliznici. Príčina ochorenia je neznáma. Klinicky pozorujeme, že na nezapálenej spodine sa tvoria číre alebo slabo zakalené buly. Po rozrušení ich krytu vznikajú rozsiahle macerované a bolestivé erózie a po ich okrajoch sa pľuzgier šíri do okolia. Buly sa objavujú v atakoch, sú splasnuté, majú tenký kryt, ktorý sa ľahko poruší. Po zaschnutí erózií vznikajú serózne až hemoragické krusty. Nikolského fenomén je pozitívny.

#### Klinický obraz

Sliznice ústnej dutiny bývajú často počiatkom ochorenia. Postihnuté sú sliznice líc, podnebia, povrchu jazyka, spodnej plochy jazyka a pier. Gingívy nie sú postihnuté. Pri opakovaných atakoch sa však môže na niektorých miestach, ale aj difúzne objaviť gingivitis desquamativa. Pľuzgiere v ústach sú v slinnom prostredí rýchle macerované a vznikajú rozsiahle erózie, ktoré sú kryté masívnym fibrínovým povlakom a ich okraje sú navalité. Niekedy môžeme pozorovať zvyšky búl bielej farby. Povrch jazyka je radiálne ryhovaný a po okrajoch je masívny biely povlak. Na perách majú erózie tendenciu splývať a mukokutánne spojenie a koža sú pokryté hemoragickými krustami. Sprievodným príznakom je silný slinotok a nastupuje enormná bolestivosť a páľivosť slizníc. Prítomný je prenikavý foetor ex ore. Lymfatické uzliny nie sú zväčšené a hmatné. Ako komplikácia sa môže vyvinúť stomatitis ulcerosa.

#### Diferenciálna diagnostika

Diferenciálna diagnostika je značne náročná. Je potrebné odlišiť v podstate viac druhov pľuzgie-rotných ochorení, najmä v dospelosti rozsiahly

prejav gingivostomatitis herpetica a h. zoster, dermatitis herpetiformis, pemfigoides bullosus, erythema exsudativum multiforme, Stevensov-Johnsonov syndróm, epidermolysis bullosa. Diagnózu potvrdzujú výsledok cytologického vyšetrenia (Tzanckov test), histologické vyšetrenie potvrdzujúce akantolýzu a imunofluorescenčné vyšetrenie s dôkazom IgG.



**Obr. 1.** Pemphigus vulgaris. Postihuje mukokutánne spojenie pier a kožu tváre. Pemphigus vulgaris na slizniciach a na koži pier (Ďurovič).

**Fig. 1.** Pemphigus vulgaris. It affects the mucocutaneous connection of lips and facial skin. Pemphigus vulgaris on mucous membranes and lip skin (Ďurovič).



**Obr. 2.** Pacient s diagnózou Pemphigus vulgaris (Dr. Kluknavská)

**Fig. 2.** Patient with diagnosed Pemphigus vulgaris (Kluknavská)

### Pemphigoides bulosus

#### Charakteristika

Ide o autoimunitné ochorenie, ktoré zaraďujeme do druhej skupiny pemfiginózných ochorení. Základnou morfou je svrbivý pľuzgier, ktorý sa objavuje v starom veku. Preto je často označovaný ako pemphigus senilis. Môže byť aj prejavom paraneoplastického procesu a tiež môže sprevádzať ulceróznou kolitídu alebo častejšie reumatické polyartritídy.

#### Klinický obraz a diagnóza

Na erytematóznej ploche dochádza k tvorbe búl so silným krytom. Buly dlho pretrvávajú, no po ich prasknutí vznikajú erózie a hemoragické krusty.

Nikolského fenomén je pozitívny. Ústne sliznice sú postihované menej. Tvorbu ojedinelej buly môžeme pozorovať na tvrdom podnebí a na hornej časti pier. Ploché krusty, hemoragicky zmenené, sú aj na mukokutánnom spojení.

Laboratórne diagnózu potvrdzuje histologické vyšetrenie, ktoré vykazuje subepidermálny pľuzgier, chýba akantolýza. Imunofluorescenčné vyšetrenie potvrdzuje pozitivitu IgG.

Diferenciálne diagnosticky treba odlíšiť p. vulgaris a dermatitis herpetiformis Dühring.



**Obr. 3.** *P. foliaceus*. Erózie a nekrózy na povrchu jazyka (Ďurovič).

**Fig. 3.** *Pemphigus foliaceus*. Erosion and necrosis on the surface of the tongue (Ďurovič).



**Obr. 4.** *P. foliaceus*. Rozsiahle erózie na spodine jazyka (Vodrážka).

**Fig. 4.** *Pemphigus foliaceus*. Extensive erosion at the base of the tongue (Vodrážka).



**Obr. 5.** *P. vegetans*. Vezikulo-bulózne eflorescencie na bokoch a spodine jazyka (Ďurovič).

**Fig. 5.** *Pemphigus vegetans*, vesicle-bullous florescences on the sides and base of the tongue (Ďurovič).



**Obr. 6.** *P. vegetans*. Erózie a nakopeniny fibrínu na povrchu jazyka (Vodrážka).

**Fig. 6.** *Pemphigus vegetans*. Erosion and accumulation of fibrin on the surface of the tongue (Vodrážka).



## Lichen planus

### Charakteristika a etiopatogenéza

Keďže prax dokazuje, že ulcerózna forma lichenu sa málokedy vyskytuje samostatne alebo sa vyvíja z niektorej inej formy, prípadne sa vyskytuje súčasne s inou formou v ústnej dutine, sme toho názoru, že orálny lichen planus je potrebné opisovať komplexne. Lichen ruber planus je zápalová papulózna dermatóza. Vyskytuje sa u pacientov v strednom veku. Postihuje kožu, sliznice a nechty. Ide o ochorenie neznámej etiológie, do príčinnej súvislosti treba brať do úvahy bakteriálne, vírusové, traumatické, metabolické, alergické a psychické vplyvy.

### Klinický obraz

Na koži sa za výdatného svrbenia objavuje polygonálna papula ako základná eflorescencia. Sprievodným príznakom je svrbenie. Papulózne eflorescencie môžu byť ojedinelé alebo sú v skupinách a vytvárajú plochu. Na povrchu papúl je zreteľná jemná sieťovitá kresba, tzv. Wickhamove strie. Predilekčne sú lokalizované na flexorových častiach rúk, členkoch nôh, v lumbosakrálnej oblasti a genitálnej oblasti u mužov. Je prítomný tzv. Koebnerov fenomén. V mieste mechanického dráždenia kože vznikajú nové ložiská.

Zo stomatologického hľadiska možno konštatovať, že ide o časté ochorenie, najmä s lokalizáciou na ústnych slizniciach. Okrem toho ešte aj v súčasnosti sa ochorenie zaraďuje medzi prekancerózne stavy. I keď ku malígnym transformáciám dochádza vzácne, v každom prípade ide o poruchu keratinizácie.

Na ústnych slizniciach sa vyskytuje niekoľko typov lichenifikácií. Najpodrobnejšia klasifikácia lichenu na slizniciach je podľa Andreasena:

- a/ lichen ruber planus papularis,
- b/ lichen ruber planus reticularis,
- c/ lichen ruber planus plak-typ,
- d/ lichen ruber planus atrophicus,
- e/ lichen ruber planus vesiculosus, resp. bulosus,
- f/ lichen ruber planus erosivus, resp. ulcerosus.

Všetky tieto typy sú aj histologicky dokázateľné. V praxi je snaha túto klasifikáciu zjednodušovať podľa častosti výskytu lichenu.

Najčastejšie pozorujeme:

- lichen ruber planus plak-typ,
- lichen ruber planus reticularis,
- lichen ruber planus erosivus, resp. ulcerosus.

Predilekčne je postihovaná bukálna sliznica obojstranne alebo jednostranne, potom sliznica povrchu jazyka a napokon pery. Podobne ako na koži aj na sliznici pozorujeme drobné papulózne eflorescencie stupňovite usporiadané, bez prítomnosti zápalových zmien. Na bukálnych slizniciach pozorujeme drobné papulky v sieťovitej kresbe, porcelánovobielej farby na zdravej bledoružovej sliznici. Inokedy sú papuly

girlandovite usporiadané a vytvárajú súvislé biele plôšky. Tieto plôšky majú často oválny tvar, môžu sa odlúpnúť a vzniká atrofický povrch sliznice. Tieto útvary najčastejšie pozorujeme na povrchu jazyka. Na perách sa lichen prejavuje v podobe namodralých ložísk, plôšok, z ktorých lúčovite vybiehajú biele tenké pruhy. Na gingívach pozorujeme vzácne biele zhrubnutia, ktoré sa z pripojenej gingívy voľne strácajú v zdravej alveolárnej sliznici. Sliznice ústnej spodiny nie sú lichenom postihované.

Ťažšia forma je erozívna alebo bulózna. Najčastejšie pozorujeme, že sa paralelne vyskytuje aj retikulárny typ. Tu môže medzi sieťovitým usporiadaním pripomínať pemfiginózne ochorenia. Erozívne formy sú lokalizované na bukálnych slizniciach a na bokoch jazyka. Pri erozívnych formách často na gingívach pozorujeme gingivitis desquamativa.

Dôležité sú histologické nálezy. Nachádzame hyperkeratózu, dobre vytvorené stratum corneum i stratum granulosum v miestach, kde sa za normálnych okolností nenachádzajú. Ďalšou výraznou časťou nálezu je akantóza. Má kužeľovitý charakter a prítomný je bohatý zápalový infiltrát pod epitelom, v ktorom prevládajú lymfocyty. Bazálna membrána nie je ostrá a robí dojem rozmazanosti.

Subjektívne ťažkosti nie sú rozsiahle. Pri náleze na koži je silné až úporné svrbenie. Na slizniciach retikulárne formy ťažkosti nevyvolávajú. Väčšinou pacienti o lichenifikácii ani nevedia. Plak forma môže vyvolať neurčité parestézie alebo pocity cudzieho tela. Pri erozívnych formách pacienti pociťujú páčivosť slizníc. Bolesťivosť sa obyčajne objavuje pri postihnutí bokov jazyka, najmä pri mechanickom podráždení.

### Diferenciálna diagnostika

Diferenciálne diagnosticky treba lichen odlíšiť od leukoplakií, lupus erythematoses, stomatitis soorica. Vzácnejšie postihnutie pier je potrebné odlíšiť od psoriázy a napokon bulózne formy od slizničného pemfigu.



**Obr. 7.** Lichen bulosus. Erózie, krusty a ragády na dolnej pere (Ďurovič).

**Fig. 7.** Lichen planus bullosus. Erosions, crusts and rhagades on the lower lip (Ďurovič).



**Obr. 8.** Lichen vesiculosus. Erózie sú na mukokutánnom spojení dolnej pery (Ďurovič).

**Fig. 8.** Lichen vesiculosus. The erosions are on the mucocutaneous junction of the lower lip (Ďurovič).

### Lineárna IgA dermatóza

Lineárna IgA dermatóza (LAD) je chronické autoimunitné ochorenie detí a dospelých, ktoré postihuje kožu a sliznice, charakterizované prítomnosťou lineárnych IgA depozitov v zóne bazálnej membrány. Ak sa vyskytne pred pubertou, nazýva sa chronickým bulóznym ochorením v detstve, a ak sa objaví neskôr, v akejkolvek vekovej skupine dospelých, nazýva sa lineárna IgA dermatóza.

Najčastejšie sa na tvrdom podnebí tvorí vezikulárna lézia, ktorá je vyplnená serohemoragickým alebo hemoragickým obsahom. Po macerácii tohto útvaru vzniká povrchový vred, ktorý sa po niekoľkých dňoch prehĺbi, ostane však plytký, jeho okraje sú naválité a robia dojem plaku. Okrem tvrdého podnebia môžu byť postihnuté pery a iné sliznice a koža.

Vredy na sliznici ústnej dutiny môžu postihnúť ktorýkoľvek úsek a môžu byť mnohopočetné buď v začiatkoch erupcií, alebo môžu splývať, čím sa vred zväčšuje plošne.

### Diskusia

Syfilitické ulcerácie oproti minulosti menia svoju podobu, pretože infekciozita je ovplyvnená antibiotikami. Samotný tvrdý vred na perách máva väčšiu konzistenciu, má farbu slaniny a môže byť šupinovitý. Jeho tvrdosť na perách je prítomná v hlbších partiách tkaniva. Z vrelu sa na tlak môže uvoľniť kvapka hnisu. Trvanie tvrdého vrelu môže byť kratšie.

V 2. štádiu sú vredy na slizniciach povrchové a podobajú sa mokvajúcim odreninám. V súčasnosti pod vplyvom liečby penicilínom v orofaciálnej oblasti gummatózne útvary nepozorujeme ani ich zvredivatenia.

V súčasnosti sa s rozširovaním AIDS aktualizuje africká histoplazmóza. Na ústnych slizniciach pozorujeme prítomnosť enantému, ktorý svojou výraznosťou zodpovedá závažnosti celkového stavu. Výraznú katarálnu stomatitídu alebo tvorbu plošného zvredivatenia na boku jazyka možno pozorovať pri primárnej kožnej histoplazmóze. Akýkoľvek charakteristický povlak jazyka chýba. Zvredivatenie sa môže vyskytnúť aj pri africkej forme, keď je zvredivatenie striedavo epitelizované a nemá tendenciu sa rozširovať na ďalšie časti ústnych slizníc.

Vzácnne v ústnej dutine pozorujeme aj ulcerácie iných plesňových ochorení, ktoré majú podobné vredovité manifestácie ako pri histoplazmóze, blastomykóze. V premolárových a molárových oblastiach môžeme po extrakciách pozorovať ulcerácie, ktoré pochádzajú zo sinus maxillaris a ich pôvod je v aspergilóze čelustnej dutiny.

Z ústnych lézií spoľahlivo diagnostikovať lineárnu IgA chorobu, pre rôznorodosť symptómov, ani nevieme. Ak však máme podozrenie, je priamo nutné pacienta poslať k špecialistovi.

Druhú skupinu lineárnej IgA choroby tvoria pemfiginózne ochorenia. Táto skupina sa vredmi manifestuje formou p. vulgaris. Podobné rozsiahle vredy pozorujeme aj pri p. foliaceus alebo p. vegetans. Podobné ťažkosti v diagnostike môže vyvolať vezikulo-bulózná a erozívna forma lichenu planus na perách, na bokoch jazyka a na mäkkom podnebí. Tuberkulózne vredy sú vzácnne, najspoľahlivejšou pomôckou sú celkové príznaky, nebolestivosť vrelu a jeho nedostatočné hojenie.

### Záver

Diagnostika chorobných stavov a ich manifestácií v ústnej dutine trvale ostáva najťažšou úlohou praktických stomatológov. Vredy s chronickým priebehom predstavujú skupinu infekčných ochorení, pri ktorých príčiny ochorení poznáme a majú stabilnú symptomatológiu.

Druhá skupina sú kožné ochorenia, pri ktorých diagnostika ulcerácií je najťažšia, najmä keď na koži nie sú prítomné základné eflorescencie. Často sa stáva, že prejavy majú opačný postup a vredy na ústnych slizniciach sa tvoria počas recidívnych stavov.

Za najťažšiu skupinu treba považovať autoimunitné chorobné stavy, ktoré sa postupne vyvíjajú a menia. Ich symptomatológia je často nekompletná, dlho sa dopĺňa a vredy sa striedajú v hojení s čerstvo erupčivými.

Úspešnosť diagnostiky zaručujú opakované kontrolné vyšetrenia a potreba odbornej konzultácie s hraničnými odborníkmi.

## Literatúra

1. CAREY, B1, SETTERFIELD, J1: Mucous membrane pemphigoid and oral blistering diseases. ClinExpDermatol. 2019 May 18.
2. CARROZZO, M1, PORTER, S2, MERCADANTE, V2, FEDELE, S2,3: Oral lichen planus: A disease or a spectrum of tissue reactions? Types, causes, diagnostic algorithms, prognosis, management strategies. Periodontol 2000. 2019 Jun; 80 (1): 105 – 125.
3. DEANGELIS, LM1, CIRILLO, N1, MCCULLOUGH, MJ1: The Immunopathogenesis of Oral Lichen Planus – is there a role for MAIT cells? J Oral Pathol Med. 2019 Jun 7.
4. DE D1, ARORA , AK1, HANDAS et al.: Clinical and pathological characterization of oral mucosal 'lichen planus-like lesions' in patients with pemphigus vulgaris: An observational study. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2019 Apr 23.
5. DEL GIUDICE, P1: Vegetating lesions in secondary syphilis. Clin Exp Dermatol. 2019 Jun; 44 (4): 469.
6. GARG R1, GUPTA, V., V., ASHOK, L.: Rhinomaxillary mucormycosis: A palatal ulcer. Contemp Clin Dent. 2011 Apr; 2 (2): 119 – 123.
7. HAMED MORTAZAVI, 1, YASERSAFI, 2, MARYAM BAHARVAND, 1: Peripheral Exophytic Oral Lesions: A Clinical Decision Tree. International Journal of Dentistry Volume 2017, Article ID 9193831, 19 pages.
8. MANCZYK, B1, 2, GOŁDA, J2, BINIAKA et al.: Evaluation of depression, anxiety and stress levels in patients with oral lichen planus. J Oral Sci. 2019 Jun 10.
9. MANJUNATHA, BS1, DAS, N2, SUTARIYA, RV1, AHMED, T2: Mucormycosis of the hard palate masquerading as carcinoma. Clin Pract. 2012 Feb 15; 2 (1): e28.
10. MARI, E1, NUDO, M1, PALESE, E1. et al.: Beyond appearance: An unusual manifestation of isolated oral secondary syphilis. Int J Immunopathol Pharmacol. 2019 Jan – Dec; 33: 2058738419845566.
11. MATIAS, MDP1, JESUS, AO1, RESENDE, RG2 et al.: Diagnosing acquired syphilis through oral lesions: the 12 year experience of an Oral Medicine Center. Braz J Otorhinolaryngol. 2019 Feb 23. pii: S1808-8694(18)30299-4.
12. MAYS, J., W., CAREY, B., P., POSEYR et al.: World Workshop of Oral Medicine VII: A systematic review of immunobiologic therapy for oral manifestations of pemphigoid and pemphigus. Oral Dis. 2019 Jun;25 Suppl 1: 111 – 121.
13. MEGNA, M1, SCALVENZI, M1, RUSSO, D2 et al.: Hailey-Hailey disease successfully treated with vitamin D oral supplementation. Dermatol Ther. 2019 Jan;32 (1): e12767.
14. OWEN, WR1, THURS, K., KIM, D., S.: Blastomycosis presenting as a nonhealing wound. Adv Skin Wound Care. 2012 Jul; 25 (7): 321 – 323.
15. PAGE, L., R., DRUMMOND, J., F., DANIELS, H., T. et al.: Blastomycosis with oral lesions. Report of two cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1979 Feb;47 (2): 157 – 160.
16. PATEL, NR1, PATEL, PA2: A Case Report of Mucormycosis with Palatal Ulcer: A Rare Clinical Dilemma. J Coll Physicians Surg Pak. 2018 Sep; 28 (9): 721 – 723.
17. PORRO, AM1, HANSFILHO, G2, SANTI, CG3: Consensus on the treatment of autoimmune bullous dermatoses: pemphigus vulgaris and pemphigus foliaceus - Brazilian Society of Dermatology. An Bras Dermatol. 2019 Apr; 94 (2 Suppl 1): 20 – 32.
18. RABINOVICH, OF1, RABINOVICH, IM1, ABRAMOVA, ES1.: Epidemiology, etiology and pathogenesis of oral mucosa bullous lesions. Stomatologija (Mosk). 2019; 98 (2): 71 – 75.
19. SHAH, S1, MOHR, B1, PAREKH, P1: Linear IgA bullous dermatosis mimicking oral lichen planus. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2017 Jul; 30 (3): 360 – 361.
20. SHI, L., LI, C., LIU, W.: Contrasting results of DNA content analysis in oral lichen planus. Oral Dis. 2019 May 29.
21. TIEPPO FRANCIO, V1, TOWERY, C1, 2, DAVANI, S1, et al.: Previously misdiagnosed linear IgA dermatosis resolved with dapsons. BMJ Case Rep. 2018 Apr 25; 2018. pii: bcr-2017-220623.

**MUDr. Silvia Timková, PhD.**  
**I. stomatologická klinika**  
**LF UPJŠ a UNLP**  
**Košice**