

Chorobné lézie vyvolané fyzikálnymi príčinami

Lesions of the oral cavity caused by physical factors

Đurovič, E., Timková, S., Riznič, M., Minčík, J., Konečná, A.

doc. MUDr. Eugen Đurovič, DrSc., MUDr. Silvia Timková, PhD., MDDr. Marcel Riznič, PhD., MUDr. Jozef Minčík, PhD., MDDr. Andrea Konečná, SKZL – Regionálna komora zubných lekárov – výbor pre vzdelávanie v Košiciach, Pri jazdiarni 1, prezident: MUDr. Juraj Dobrík

Abstrakt

Autori predkladajú prehľad chorobných stavov ako následky fyzikálneho pôsobenia, ktoré sa v našich praktických činnostiach môžu vyskytnúť. Najčastejším následkom brachiálneho násillia, ale aj pádov je poranenie pier. Okrem druhov poranenia, ktoré vyžadujú chirurgické ošetrovanie, je to pomliaždenie pier. Prejavuje sa výrazným edémom, ktorý po čase začne ustupovať a objaví sa deskvamácia povrchového epitelu. Častejšie sa však vyskytujú erózie na perách. Hoja sa chrastou, ktorá sa odlupuje postupne s epitelizáciou. Erózie nezanechávajú jazvy.

Kľúčové slová: lézie ústnej dutiny, fyzikálna príčina.

Abstract

The authors present an overview of disease states as consequences of physical activity that may occur in our practical activities. The most common consequence of a brachial act of physical violence, but also of falls, is a lip injury. In addition to the types of injuries that require surgical treatment, there is also contusion of the lips. It is manifested by a significant oedema, which begins to subside over time and desquamation of the superficial epithelium occurs. However, lip erosions are more common. They heal with a scab, which peels off gradually with epithelialization. Erosions leave no scars.

Key words: oral lesions, physical factors.

Chorobné stavy ako následok mechanického poranenia

Tieto chorobné stavy sú vlastne doménou tvárovej traumatológie, lebo ich následky sú obyčajne poškodenia, ktoré vznikajú pri rôznych úrazoch. Najčastejšie pozorujeme nevhodne liečené stavy alebo vôbec neliečené stavy. Mechanizmami ich vzniku sa zaoberá maxilofaciálna chirurgia, zatiaľ čo neliečené chorobné stavy pripadajú orálnej medicíne.

Najčastejšie pozorujeme edémy pri pádoch a po úderoch, erózie slizničnej časti pier, prípadne

ich druhotné infekcie s tvorbou exulcerácií, a napokon pomliaždeniny.

Po tupých úderoch pozorujeme edémy z pomliaždenia. Obyčajne je postihovaná iba jedna pera. Pomliaždenie z úderu je z vonkajšej plochy. Počas krátkeho času sa objavuje výrazný edém, ktorý je značne tuhý a bolestivý. Po niekoľkých dňoch jeho hutnosť a bolestivosť ustupuje a na okrajoch pery začína symptóm olupovania povrchového epitelu. Objavujú sa šupiny, ktoré môžu byť na mukokutánom spojení farebne zmenené (Obr.1.).



Obr. 1. Olupovanie dolnej pery po jej pomliaždení pri páde (Ďurovič)

Fig. 1. Peeling of the bruised lower lip after a fall (Ďurovič)

Častejším chorobným stavom je erózia sliznice pery pri pádoch a úderoch. Tiež často pozorujeme kombináciu pomliaždenia s eróziou. Pri týchto stavoch vidíme výrazný opuch pery s lesklým povrchom. Pera je zväčšená a hutná. Na jej slizničnej časti pozorujeme poškodenie epiteliálneho krytu buď povlakom fibrínového výpotku, alebo hlbší defekt živočervenej farby. Takéto chorobné lézie sú subjektívne silne bolestivé, a to na pohmat aj na podráždenie. Slizničná časť reaguje rezavými a páľčivými bolesťami (Obr. 2., 3.).



Obr. 2. a 3. Edém dolnej pery a erodovaná sliznica pery ako následok kontúzie (Borovskij, Danilevskij)

Fig. 2., 3. Lower lip oedema and eroded lip mucosa as a result of contusion (Borovskij, Danilevskij)

Z ostatných poranení na perách sa vyskytujú rezné a sečné rany, ktoré sú aj s ťažšími poraneniami doménou maxilofaciálnej chirurgie. Mechanické poranenia môžeme pozorovať aj na iných častiach ústnych slizníc. Drobné erózie ako poranenia tvrdou potravou môžeme pozorovať na sliznici tvrdého podnebia vo forme malých okrúhlych erózií, ktoré výrazné ťažkosti nevyvolávajú, len miernu citlivosť, najmä na podráždenie. Ďalšie poranenia, najčastejšie krvácania a hematómy, môžeme pozorovať na bukálnych slizniciach. Ťažkosti sú tiež vo forme citlivosti na podráždenie. Rôzne hlboké, ale aj plošne rozsiahle poranenia sú na povrchu a boku jazyka. Ak nie sú dostatočne včas odborne ošetrené, nastupujú sekundárne infekcie a môžu vznikať glositídy a ulcerácie.

Chorobné stavy ako následky rtg žiarenia

Chorobné stavy v orofaciálnej oblasti ako poškodenia z rtg žiarenia sú v súčasnosti vďaka technickej dokonalosti rtg prístrojov a možnostiam ochrany pred škodlivosťou žiarenia veľmi ojedinelé. V súčasnosti sa o poškodení tkanív ústnej dutiny rtg žiarením hovorí ako o popáleninách. Najčastejšie vznikajú ako následky chybných expozícií, pri vzniku technických chýb a pri nedodržiavaní projekcií pri havarijných situáciách. Popáleniny pozorujeme na slizniciach pier, na hranách jazyka, na alveolárnej gingíve a vzácne na bukálnych slizniciach. Väčšinou nastupuje erytém postihnutej oblasti. Je obvyčajne prchavý a ustupuje bez ďalších ťažkostí počas niekoľkých dní. Na pere môžeme pozorovať následné olupovanie, mierne svrbenie, napätie a málokedy výrazný opuch z cheilitídy. Na hranách jazyka a ostatných slizniciach v rozsahu erytému môže vzniknúť dosť rozsiahla erózia, ktorá sa pokrýva fibrínovým výpotkom podľa stupňa popáleniny. Pacienti pociťujú bodavé bolesti, ktoré sa objavujú spontánne alebo po podráždení (Obr. 4.). V liečbe sa kladie dôraz na zvýšenú hygienu ústnej dutiny a polyvitaminóznou terapiu s cieľom podpory epitelizácie.



Obr. 4. Popáleniny z rtg žiarenia na sliznici dolnej pery (Bengel, Veltman)

Fig. 4. X-ray burns on the lower lip mucosa (Bengel - Veltman)

Herpes facialis ako následok slnečného žiarenia

Herpetické infekcie v orofaciálnej oblasti nevyvoláva slnečné žiarenie, ale vírus herpesu simplex 1. a 2. typu. Na koži tváre obvyčajne pozorujeme recidívnu formu. Po odznení primárnej infekcie alebo po jej úspešnej terapii vírus nie je zničený, ale latentne prežíva v Ganglion Gasseri. Intenzívne slnečné žiarenie môže oslabiť obranné mechanizmy organizmu a herpetické lézie, ako recidívne formy, erupujú na koži tváre alebo na jednotlivých častiach pier. Neobjavujú sa priamo v ústnej dutine a na slizniciach.

Slnečné žiarenie je teda provokačným faktorom a objavuje sa ako známy herpes facialis. Na herpes facialis, jeho opis, klinický obraz, dif. dg. a liečbu sa vzťahujú analogické opisy ako na herpes simplex labialis, tiež známy ako opar (Obr. 5., 6.).



Obr. 5. a 6. Herpetické lézie, čiastočne a úplne erupované na koži tváre, na koži hornej pery a na jej červení po expozícii na silnom slnečnom žiarení (Ďurovič).

Fig. 5., 6. Herpetic lesions, partially and completely erupted on the skin of the face, the upper lip and its vermilion after strong sunlight exposure (Ďurovič).

Nekrózy po ožarovaní malignómov

Radiačná dermatitída je v súčasnosti najčastejším vedľajším účinkom rádioterapie pri radiačnej terapii karcinómov hlavy a krku. Niekedy sú reakcie kože a jej štruktúr natoľko závažné, že je potrebné rádioterapiu prerušiť. Takýto stav nepriamo ovplyvňuje celkovú liečbu a zhoršuje zdravotný stav pacienta. Zároveň je vhodné brať na vedomie, že tento vedľajší účinok nemožno zamieňať s mukozitídami na ústnych slizniciach. Radiačné dermatitídy v súčasnosti delíme na akútne a chronické. Kritériá na akútne stavy radiačnej toxicity sa určujú do 90. dňa od začiatku ožarovania. Posudzovanie a terapiu vykonáva erudovaný dermatológ v spolupráci s hraničnými odborníkmi. V súčasnosti sa do praxe dostal Elocom 0,1 % masť, roztok a krém. V minulosti sa používali kobaltové žiariče a bomby, ktorých vedľajšie účinky boli torpídnejšie. Štvorstupňové dermatitídy prechádzali do rozsiahlych nekróz, ktoré po terapii a zákroku boli riešené iba protetickou epitézou. Pokiaľ to daný stav pacienta dovoľuje, v dnešnej dobe je možné takéto stavy riešiť voľným prenosom muskulokutánného laloka z tela pacienta, ideálne na cievnej stopke.





Obr. 7. a 8. Radiačná dermatitída (Jenča)

Fig. 7., 8. The 4th degree radiation dermatitis (Jenča)



Obr. 9., 10., 11. Postradiačné nekrózy rozrušili kožu a podkožné štruktúry. Defekt bol riešený epitézou (Vondra).

Fig. 9., 10., 11. Post-radiation necrosis disrupted the skin and subcutaneous structures. The defect was resolved by epithesis (Vondra).

Cheilitis actinica

V praxi sa často používa aj termín cheilitis solaris. V minulosti tejto nozologickej jednotke stomatológovia väčšiu pozornosť nevenovali. Tieto cheilitídy sa väčšinou hodnotili ako zápalové reakcie alergického pôvodu.

V súčasnosti sa toto mylné stanovisko upravilo. Ako cheilitídy alergickej proveniencie sa hodnotia stavy, ktoré nastupujú po slnečných žiareníach u žien, ktoré používajú rôzne rúže, prípadne iné kozmetické prípravky. Medzi solárne cheilitídy alebo cheilózy počítame benígne stavy, alebo prekancerózy na perách ako následky chronického

pôsobenia slnka. Tieto stavy sa označujú ako aktinické cheilitídy. Ich histopatologickým substrátom je bunkový atypický vzhľad.

Príčinou solárnej cheilitídy je poškodenie bunkovej DNA ako následok chronického slnečného žiarenia. Doterajšie skúsenosti potvrdzujú, že závažnejšie stavy sa vyskytujú u fajčiarov. V každom prípade počiatkom solárnej cheilitídy a neskorších hyperkeratotických zmien je zápal. Medzi prvé príznaky patrí suchosť pier. Postupne sa stenčuje koža pier a nastupuje tvorba šupín. Tieto príznaky je potrebné považovať za konštantné.

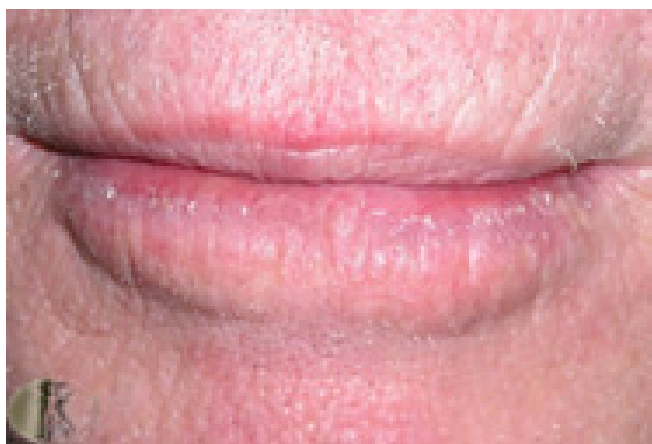
Menej časté príznaky sú do istej miery nezávislé od intenzity slnečného žiarenia a dĺžky expozície. Pozorujeme opuch pery, jej začervenanie a miernu bolestivosť. Inokedy môžu vzniknúť erózie, ulcerácie a tvorba krúst. Postupne dochádza k vymiznutiu hranice mukokutánneho spojenia. Môžu sa tvoriť ragády. Pridružujú sa farebné zmeny. Prejavuje sa biela farba (leukokeratóza), ktorá sa postupne môže meniť na žltú a u fajčiarov na hnedú farbu. Začínajú sa tvoriť ostrovy šupín.

Cheilitis actinica je diferenciálne diagnosticky potrebné odlíšiť od Morbus Bowen a od spinocelulárneho karcinómu. V liečení aplikujeme kryoterapiu, laserovú abláciu, fotodynamickú terapiu, 5-fluorouracil krém, retinoidy a vitamín E lokálne aj celkovo.



Obr. 12., 13., 14. Cheilitis solaris začína zápalom, postupne sa koža stenčuje a vznikajú šupiny (Duffill).

Fig. 12, 13., 14. Cheilitis solaris starts with inflammation, gradually the skin becomes thinner and scales are formed (Duffill).



Obr. 15., 16., 17. Cheilitis actinica. Tvorba krúst, nástup leukokeratózy a tvorba ulcerácie (Duffill).

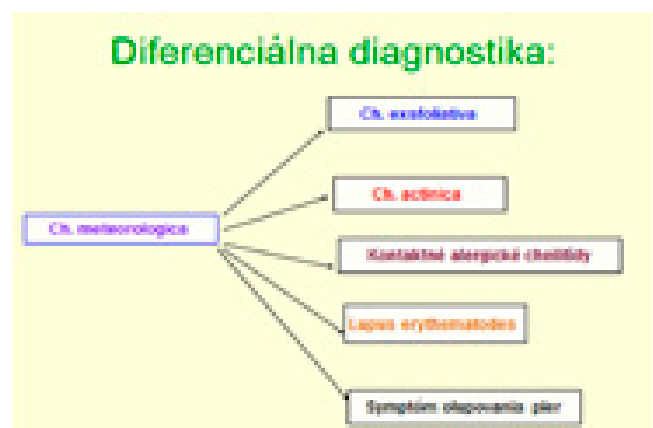
Fig. 15., 16., 17. Cheilitis actinica. Crust formation, onset of leukokeratosis and ulceration.

Cheilitis meteorologica

Túto nozologickú jednotku označujeme ako zatiaľ nevyjasnenú preto, lebo do nedávnej minulosti väčšina autorov bola toho názoru, že sem zaraďujeme cheilitídy, ktoré vyvoláva slnečné žiarenie. V druhej polovici minulého storočia Borovskij a Danilevskij odčlenili tento chorobný stav z ostatných cheilitíd ako samostatnú jednotku.

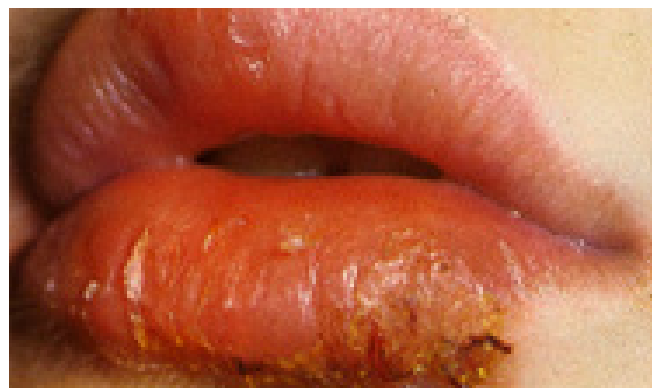
Ide o chronickú cheilitídu zápalového pôvodu, ktorú častejšie pozorujeme u mužov než u žien. Príčinou sú meteorologické faktory a ich zmeny. V podstate ide o striedanie faktorov, ako sú vlhkosť, chlad, oteplenie, vietor a slnko.

Pozorujeme zápalovú infiltráciu s výrazným prekrvením. Na tomto podklade vznikajú malé ostrovcy šupín, ktoré sa striedavo olupujú a tvoria sa nové. Môžu meniť plochu pery a nemusia byť závislé od ročných období. Táto cheilitída nemá malígnu potenciál. V liečení je potrebné vylúčiť expozíciu pred meteorologickými zmenami, aplikovať ochranné masti, osvedčili sa vitamíny B-komplexu v lokálnej aj celkovej aplikácii.



Graf 1. Diferenciálna diagnostika

Graph 1. Differential diagnostics.



Obr. 18. Cheilitis meteorologica. Prítomný je povrchový zápal a edém pery. Tvorba šupín a krustácia na mukokutánnom spojení (Borovskij, Danilevskij).

Fig. 18. Meteorological cheilitis. Superficial inflammation and lip oedema are present. Formation of scales and a crust in the mucocutaneous area (Borovskij, Danilevskij).

Záver

Prax dokazuje, že v súčasnosti pozorujeme najviac lézií, ktoré sú spôsobené úrazmi alebo vznikajú po brachiálnom násilí. Chorobné nálezy na perách odporúčame konzultovať so špecialistami z kožného lekárstva a maxilofaciálnej chirurgie.

Literatúra

1. BOROVSKIJ, E., V., DANILEVSKIJ, N., F.: Atlas zaboľevanij slizistoj oboločki rta. Moskva, Medicina 1991.
2. DANILEVSKIJ, N., F., LEONTIEV, K., V., NESIN, F., A., RAXNIJ, I., Ž.: Zaboľevanija slizistoj oboločki polosti rta. OAO Stomatologija, 2001.
3. DE CARVALHO, F., K., PINHEIRO, T., N., ARID, J., DE QUEIROZ, A., M., DE ROSSI A., NELSON-FILHO, P.: Trauma-Induced Giant Pyogenic Granuloma in the Upper Lip. J Dent Child (Chic). 2015; 82(3): 168 – 170.
4. DE CASTRO, L., A., DE CASTRO, J., G., DA CRUZ, A., D., BARBOSA, B., H., DE SPINDULA-FILHO, J., V., COSTA, M., B.: Focal Epithelial Hyperplasia (Heck's Disease) in a 57-Year-Old Brazilian Patient: A Case Report and Literature Review. J Clin Med Res. 2016 Apr; 8(4): 346 – 350.
5. ĐUROVIČ, E., VODRÁŽKA, J., ĐUROVIČOVÁ, J., VINCZE, K.: Choroby sliznic ústnej dutiny. Vydavateľstvo Michala Vaška. Prešov 2009.
6. FRIEDRICH, R., E., LÖNING, T.: Cheilitis glandularis: Case report with respect to immunohistochemical findings. GMS Interdiscip Plast Reconstr Surg DGPW. 2016 Jan 20;5: Doc04.
7. GANATRA, S., COHEN, D.: Silver nitrate burn of the lower lip: a case report. Gen Dent. 2016 Jan-Feb; 64 (1): 75 – 77.
8. JENČA, A., ĐUROVIČ, E., JAVORKA, V., VODRÁŽKA, J.: Atlas chorôb ústnej dutiny a orofaciálnej oblasti. Vydavateľstvo Michala Vaška. Prešov 2007.
9. NUZZOLO, P., CELENTANO, A., BUCCI, P., ADAMO, D., RUOPPO, E., LEUCI, S., MIGNOGNA, M., D.: Lichen planus of the lips: an intermediate disease between the skin and mucosa? Retrospective clinical study and review of the literature. Int J Dermatol. 2016 Mar 18.
10. PLAZA, J., A., TOUSSAINT, S., PRIETO, V., G., MERCADILLO, P., DIEZ DE MEDINA, J., C., LOURENCO, S., BATDORF, B., SANGUEZA, M.: Actinic Prurigo Cheilitis: A Clinicopathologic Review of 75 Cases. Am J Dermatopathol. 2016 Mar 15.

doc. MUDr. Eugen Ďurovič, DrSc.
SKZL – Regionálna komora zubných lekárov
– výbor pre vzdelávanie
Pri jazdiarni 1
Košice