



## Távoktatás

A Magyar Orvosi Kamara Fogorvosi Tagozat távoktatási rendszerében az on-line továbbképzésben meghirdetett közlemények bibliográfiája és a vonatkozó tesztvizsgakérdések a <http://www.oftex.hu.hu> internetes oldalon olvashatók.

# Szájüregi fekélyes elváltozások differenciáldiagnosztikája 2. rész

Dr. Czeglédy Ágota, Dr. Dombi Csaba

Semmelweis Egyetem, Orális Diagnosztika Tanszék

## Krónikus szoliter fekélyek

Az akut szoliter fekélyeknél foglalkoztunk már a traumás fekélyrel és a nekrotizáló sialometaplasziával. *Hosszasan tartó traumás fekély* leggyakrabban a nyelven és az ajkon jelentkezik, mivel a folyamatos mechanikai és kémiai inzultus hatására a gyógyulási folyamat elhúzódhat. Jellemző ezekre a fekélyekre a pszeudomembránnal fedett centrális ulceratív terület, az enyhén kiemelkedő hyperkeratotikus szegély. Felületvédő anyagokkal, súlyosabb esetben lokális szteroidok alkalmazásával rövidíthetjük a gyógyulás időtartamát.

A *nekrotizáló sialometaplasia* a hosszú (akár 12 hét) gyógyulási időre való tekintettel kerül megemlézésre a krónikus fekélyek között, ilyenkor a pontos anamnézis segít tisztázni az elváltozás lehetséges kórereditét.

*Eozinofil fekély* vagy traumás ulceratív granulóma a 40–60 éves populációra jellemző. Olyan helyeken fordul elő a nyálkahártyán, ahol a hám alatt izomszövet található, az elhúzódó gyógyulást a következményes krónikus myositis magyarázza. Az esetek 60 százalékában a nyelv, annak is a laterális hátsó oldala érintett. Az elváltozás jellemzően nem fájdalmas, 0,5 cm és 3 cm közötti a nagysága, jellemző rá az eritémás és hyperkeratotikus szegély.

A szájüregi malignómák 95 százaléka *ulceratív laphámrák*, mely jellemzően tünetmentes, vörös és fehér exofitikus, ulceratív lézióként jelentkezik. A klinikai képet krátterszerű mély fekély jellemzi, indurált szegéllyel. Amennyiben az ajakpíron helyezkedik el,

pörkkel fedett. Fontos kihangsúlyozni az orális karcinómák predilekciós helyeit: alsó ajak, szájfénék, nyelv ventrális és laterális felszíne. Az ulceratív laphámrák helyileg erősen szövetdestruktív, ezért a gyors és pontos diagnózisnak kulcsszerepe van a prognózis szempontjából.

*Cytomegalovírus okozta krónikus fekély* immundeficiens, különösen HIV fertőzött egyéneknél találkozunk. Nagyméretű, nekrotikus fekély jellemzi a klinikai képet, melynek a szegélye nem kiemelkedő. A lézió nagyon fájdalmas, gyógyulása pár héttől több hónapig is tarthat.

Ritkán ugyan, de a *tuberkulózis* is okozhat szájüregi fekélyt. Klinikailag tömött tapintatú, egyenetlen felszínű, fájdalmas lézió jellemzi, melynek szegélye aláárkolt. A nyelven jelenik meg leggyakrabban, de előfordulhat a gingiván, a szájfénéken, a szájjpadon, az ajkakon is.

Az STD betegségek közül a *szifilisz* manifesztálódhat szájüregi fekély formájában. A fertőzéstől számított 21 nap múlva a behatolási kapuban (orogenitális, oroanális kontaktus) fájdalomtalan, tömött tapintatú sonkavörös infiltrátum jelenik meg, melynek felszíne erodálódik (primer sánker). Jellemzően egy- vagy kétoldali fájdalomtalan nyirokcsomóduzzanat kíséri. Fontos megemlíteni, hogy a fekély 3–6 hét alatt spontán gyógyul, így a fertőzés felderítetlen maradhat.

A gombás fertőzések közül a *hisztoplazmózis* a tüdőérintettséghez másodlagosan társulva okoz krónikus fekélyt a szájüregben, mely kezdetben eritémás folt-

Krónikus szoliter fekélyek	Hosszan tartó traumás fekély
	Nekrotizáló sialometaplasia
	Eozinofil fekély
	Ulceratív karcinóma
	Citomegalovírus okozta fekély
	Tuberkulotikus fekély
	Szifilisz okozta fekély
	Mélygombás fertőzés

**1. táblázat:** Krónikus szoliter fekélyek a szájüregben



**1. ábra:** Bullosus lichen

ként jelentkezik, melyből szekunder elemi jelenségként granulomatózus fekély alakul ki.

A szájüregi *blastomycosis* könnyen összetéveszthető a verukózus karcinómával, klinikailag fájdalomtalan, kiemelkedő fekélyként jelenik meg indurált szegéllyel.

A *mucormycosis* általában a szájpadon okoz nekrotikus fekélyt, melynek oka a kórokozók inváziója a palatinális érpályába (1. táblázat).

## Krónikus multiplex fekélyek

A krónikus multiplex szájüregi fekélyképződés hátterében az autoimmun eredetű mucocután betegségek állnak.

A *pemphigus vulgaris* primeren hólyagképződéssel járó betegség, fogorvosi jelentőségét az adja, hogy a betegek kb. 90 százalékának vannak orális tünetei, sőt, az esetek több mint felében a szájüregi tünetek megelőzik a bőrelváltozások kialakulását. Maga a hólyagképződés intraepiteliálisan zajlik, a vékony falú bullák a szájüregben gyorsan felszakadnak, felszínes eróziókat, fekélyeket hagynak maguk után. A léziók alapja gyulladásmentes. Leggyakoribb lokalizációk a szájüregben a bucca, a szájpad és a gingiva (desquamatív gingivitis). Érdeemes megjegyezni, hogy a beteganyag kis hányadánál a tünetek csak a szájüregre korlátozódnak, és sem direkt, sem

Krónikus multiplex fekélyek	Pemphigus vulgaris
	Bullosus pemphigoid
	Nyálkahártya pemphigoid
	Lichen planus
	Lineáris IgA betegség

**2. táblázat:** Krónikus multiplex fekélyek

indirekt immunfluoreszcens vizsgálattal nem demonstrálhatók.

A leggyakoribb subepithelialis hólyagképződéssel járó betegség a *bullosus pemphigoid*, mely főleg a 60 év feletti populációnál fordul elő. Szájtünetek csak az esetek 16,6 százalékában jelentkeznek, jellemzően desquamatív gingivitis formájában.

A *benignus nyálkahártya pemphigoid* egy gyakran előforduló immunmediált subepithelialis hólyagképződéssel járó betegség, melynél a szájüregi érintettség igen magas, 90 százalék körüli. Általában a gingiván jelentkezik, gyakran kizárólag ide lokalizálódik, de előfordulhat a buccán és a szájpadlason is. Fontos tudni, hogy elsősorban az 50 év feletti nőknél fordul elő.

A *lichen planus* krónikus gyulladással járó T-sejt mediált mucocután elváltozás, rendkívül változatos klinikai képpel. Szájnyalkahártyát érintő változata a felnőtt lakosság egy-két százalékát érinti, a betegek között kétszer annyira a nő, mint a férfi. A leggyakoribb lokalizáció a bucca és a nyelv oldalsó felszíne. Fekélyes elváltozásokkal az erózív, ulcerosus, illetve bullosus (1. ábra) formáinál találkozhatunk. A betegség karakterisztikus jellemzője az intermittáló lefolyás.

A *lineáris IgA dermatosis* subepidermális hólyagképződéssel járó autoimmun betegség, mely az esetek nagy részében orális tünetekkel is jár. Általában 60–70 éves életkorban jelentkezik, de előfordul kisgyermekkorban is. Olyan bullosus pemphigoidnak felel meg, ahol a bullosus pemphigoid antigének ellen nem IgG, hanem IgA típusú ellenanyagok termelődnek. A szájüregi tünetek elsősorban a szájpadlason, a garatíveknél, buccán, nyelven és a gingiván jelentkeznek. Intakt hólyagokat ritkán találunk, fájdalmas fekélyek eróziók jellemzőek. Etiológiája tisztázatlan, sok esetben gyógyszer mellékhatás (például vancomycin, diclophenac, penicillin) valószínűsíthető, illetve megjelenhet paraneoplasztikus tünetként is (2. táblázat).

## Rekurráló fekélyek – soliter/multiplex

A szájüregi *visszatérő aphthás elváltozások*ra jellemző klinikai kép a visszatérő, kerek vagy ovoid alakú fekélyek, körülírt vörös eritémás udvarral, sárgás, szürkésfehér álhártyás alappal. Jellemzően ezek az elváltozások gyermek-



2. ábra: Minor aphta



3. ábra: Major aphta

Rekurráló fekélyek	Visszatérő aphták
	Herpes recurrens
	Herpes asszociált erythema exsudativum multiforme
	Ciklikus neutropénia
	Behcet-szindróma

3. táblázat: Rekurráló fekélyek

korban illetve fiatal felnőtteknél jelentkeznek először, a népesség kb. 10%-át érintik, nőknél gyakrabban fordul elő (2. kép). Hátterében az immunrendszer enyhe regulációs zavara sejtethető, mely még nem igazán tisztázott. A családi halmozódás genetikai predispozíciót sejtet. Fontos kiemelni, hogy az aphták a nem keratinizált, elmozduló nyálkahártyát érintik, a gingiván és a szájpadon csak nagyon ritkán jelentkeznek, semmiféle szisztémás betegséggel nem társulnak, limitált idő alatt spontán gyógyulnak. Minden más esetben csak aphta szerű fekélyről beszélhetünk, melyre a nemzetközi irodalom az „aphtous-like ulcers” terminológiát használja (3. táblázat).

Visszatérő aphtás pácienseink esetében megfigyelhetünk bizonyos predisponáló tényezőket, melyek lehetséges kiiktatása, illetve mérséklése javíthatja a betegeink állapotát:

1. Emocionális stressz
2. Lokális trauma, a nyálkahártya sérülése ráharapástól, illetve fogpótlások irritáló hatása miatt

3. Vas, folsav, illetve B<sub>12</sub>-vitamin hiánya
4. Hormonális tényezők, elsősorban a progeszteron-szint csökkenése
5. Ételallergia, diófélék, csípős ételek
6. Nátrium-lauryl-szulfát tartalmú szájápoló szerek

A klinikai kép alapján az elváltozásokat három csoportra oszthatjuk:

1. Minor vagy Mikulicz aphta
2. Major vagy Sutton aphta
3. Herpetiform ulceráció

A legfontosabb összehasonlító jellemzőket a 4. táblázat tartalmazza.

A major aphták (3. ábra) fontos jellemzője még, hogy a szájüregben bárhol előfordulhatnak, a szájpadon és a nyelvhatáron is, gyógyulásuk extrém sokáig, akár negyven napig is eltarthat. A herpetiform ulceráció kicsit későbbi életkorban jelentkezik, gyakoribb nőknél, apró hólyagokkal kezdődik, melyek gyorsan felszakadozva tühegynyi fekélyeket hagynak maguk után. Nagyon fájdalmasak, gyakran egy nagy lézióvá olvadnak össze, és olyan gyakran visszatérnek, hogy úgy tűnik, mintha folyamatosan jelen lennének.

Tekintettel az aphták nem teljesen tisztázott etiológiájára, jelenleg idiopátiás elváltozásnak tartjuk őket, diagnózisukat a pontos anamnézis és a klinikai jellemzők támasztják alá, semmiféle specifikus vizsgálati lehetőség nem áll a rendelkezésünkre. Feladatunk az, hogy körbe-

	Minor aphta	Major aphta	Herpetiform aphta
Százalékos előfordulás	75–85	10–15	5–10
Méret (mm)	2–5	>10	<5
Időtartam	10–14	>14	10–14
Hegyes gyógyulás	nem	lehetséges	nem

4. táblázat: Rekurráló aphták jellemzői



4. ábra: Recidiváló herpesz

járjunk és kizárjunk minden egyéb lehetőséget, melyek hasonló elváltozásokat mutathatnak a szájüregben.

A *recidiváló herpesz* (4. ábra) az elsődleges fertőzés után a trigeminus ganglionban perzisztáló humán herpeszvírus periodikusan visszatérő reaktiválódásának következménye. Alapvetően két formáját tudjuk elkülöníteni: a sokkal gyakoribb *recurrens herpes labialis simplexet*, illetve az elsősorban immunkompromittált egyéneknél megjelenő *rekurráló intraorális herpeszt*, mely elsődlegesen unilaterálisan a keratinizált mucosát (kemény szájpad) érinti. Trigger faktorok lehetnek: fizikai igénybevétel, stressz, hormonális változások, egyéb fertőzések, UV sugárzás.

A *herpesz asszociált erythema exudativum multiforme* az akut multiplex fekélyek témakörben tárgyalt *erythema multiforme* azon specifikus változata, melynél a visszatérő fekélyes nyálkahártya-elváltozások a herpes simplex vírus reaktiválódását követő 4–7 napon jelennek meg. Leginkább fiatal felnőtteknél fordul elő (20–40 életév), férfiaknál gyakoribb.

A *ciklikus neutropénia* egy ritka, autoszom domináns módon öröklődő betegség, melynek jellemzője a keringő neutrofil granulociták számának 21 napos ciklusokban való csökkenése. Ezekben a 3–6 napig tartó epizódokban az egyéb tünetek mellett a betegek szájüregi problémákkal is küzdenek, gingivitis, aphta-szerű fekélyek, parodontitis, peri-orális ekzematózus dermatitis jelentkezhet.

A *Behcet-kór* tisztázatlan etiológiájú immunmediált szisztémás vasculitis, jellemzői a visszatérő orális és genitális fekélyek, gyulladással eredetű szembetegségek, bőrtünetek. Kialakulásában adott genetikai hajlam talaján különböző környezeti tényezők játszhatnak szerepet, melyek közül a fertőzések kiemelt jelentőséggel bírnak. Jellemzően a 30-as életévekben manifesztálódó betegség, férfiakat, nőket egyaránt érinthet, az esetek majdnem 100 százalékában megfigyelhetünk visszatérő szájüregi fekélyeket. Patognomikus marker hiányában a

diagnózist a klinikai kép, a jellegzetesen társuló tünetek alapján állítjuk fel a minden egyéb lehetőségtől való differenciálást követően.

Mint a fenti, a teljesség igénye nélkül összeállított gondolatmenetből kiderül, a szájüregi fekélyes elváltozások sokféle formában, sokféle kísérőtünettel jelentkezhetnek a szájüregben. Nekünk fogorvosoknak összetett a feladatunk. Tudnunk kell, melyik típusú elváltozás az, amelyiknek kezelése egyértelműen a mi feladatunk, melyek azok az esetek, amikor akár sürgősséggel kell megfelelő szakirányba továbbküldeni, melyek azok a betegek, akiknél kiemelt szintű fogászati gondozásra van szükség.

## Irodalom

1. <http://www.eaom.eu/education/eaom-handbook>
2. Scully, C.: Oral and Maxillofacial Medicine. The basis of diagnosis and treatment. Elsevier. 2013;154-162.
3. Mortazavi H, Safi Y, Baharvand M, Rahmani S. Diagnostic features of common oral ulcerative lesions: an updated decision tree. *Int J Dent*. 2016;2016:7278925.
4. International Team for the Revision of the International Criteria for Behçet Disease (ITR-ICBD). The international criteria for Behçet disease (ICBD): a collaborative study of 27 countries on the sensitivity and specificity of the new criteria. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2014;28(3):338–47.
5. Scully C, Felix DH. Oral medicine—update for the dental practitioner. Aphthous and other common ulcers. *Br Dent J*. 2005;199(5):259–64.
6. Fasano A, Catassi C. Clinical practice. Celiac disease. *N Engl J Med*. 2012;367(25):2419-26.
7. Farah C.S, Balasubramaniam R., McCullough M. J.: *Contemporary Oral Medicine*. Springer. 2019.

## A H-Dent fogászat miskolci és londoni rendelője után megnyitja Budapest belvárosi rendelőjét.

Az Erzsébet krt. 44–46. alatti 3 székes teljesen felszerelt rendelő üzemeltetésére pályázatot hirdet fogszakorvos kollégák részére.

### A pályázati kritériumok:

- minimum 5 éves – elsősorban a protetika terület szerzett – tapasztalat
- kiváló angol nyelvtudás (GDC regisztráció előny)
- jó szervezőképesség

### A leendő üzemeltető feladatai:

A rendelő teljes szakmai munkájának megszervezése (beosztott fogorvosok, asszisztensek)

### Jövedelem:

Kiemelt jutalékos rendszerben a teljes rendelő forgalma után. A H-Dent csapata biztosítja a teljes betegirányítási és marketing tevékenységet.



Érdeklődni a [zsudeldr@hoteldent.co.uk](mailto:zsudeldr@hoteldent.co.uk) mailen, vagy a 30-919-3662-es számon lehet, Dr. Zsúdel Tamásnál.