



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 1. rész

Dr. Czeglédy Ágota, Dr. Dombi Csaba

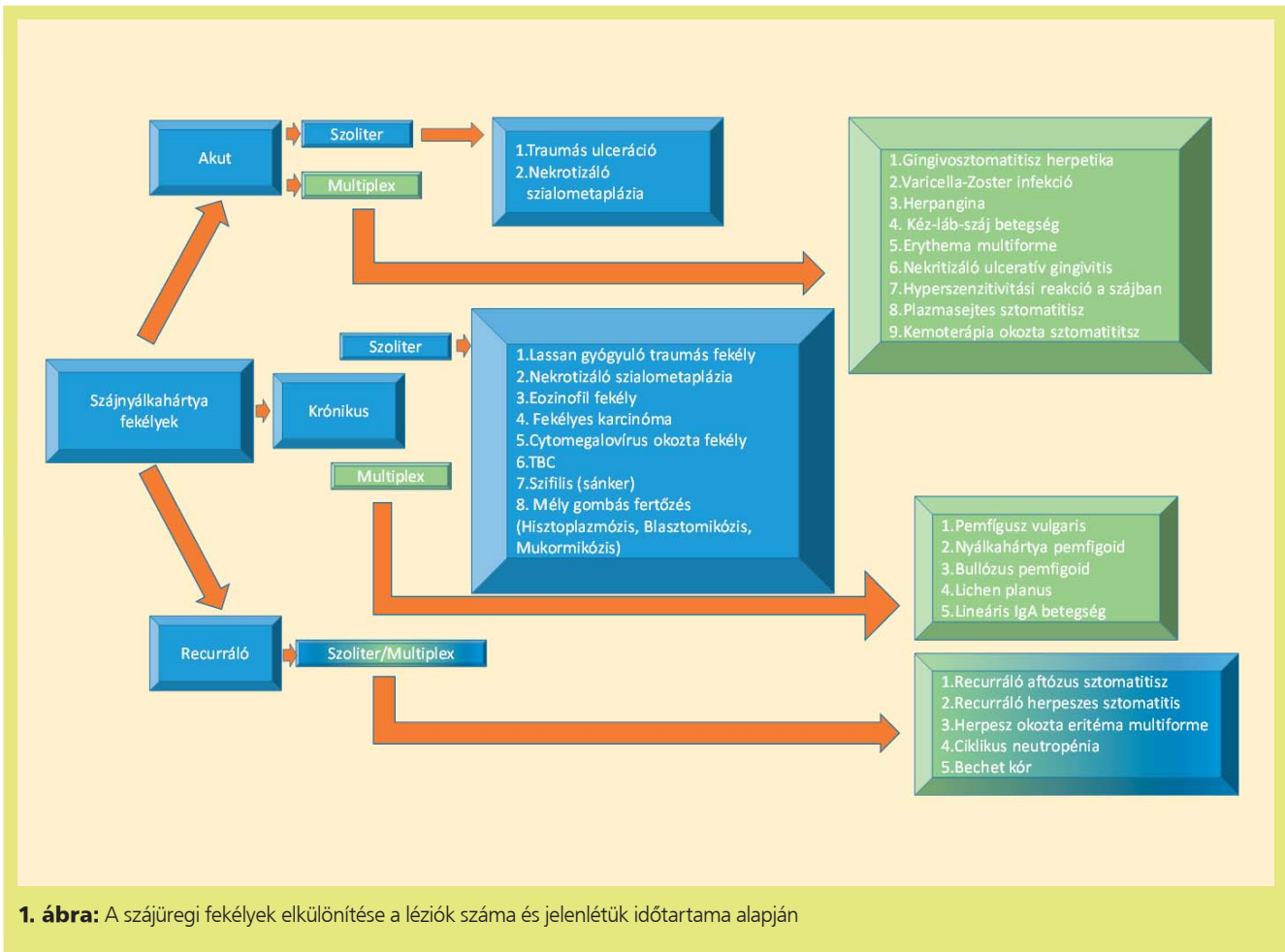
Semmelweis Egyetem, Oralis Diagnosztika Tanszék

Gyakorló fogorvosként a mindennapok során rendszeresen találkozunk a szájüregben különböző fekélyes elváltozásokkal. Tekintettel arra, hogy ezen elváltozások mind etiológiai faktorukat, mind megjelenési formájukat tekintve nagyon változatosak lehetnek, differenciáldiagnosztikájuk igazi kihívást jelent számunkra. Az elmúlt évek során a nemzetközi irodalomban számos publikáció jelent meg, melyek áttekintése és értelmezése nagy segítséget jelenthet hétköznapi munkánk során.

Először is tisztáznunk kell néhány elméleti alapfogalmat. Szájüregi fekélynek nevezzük a nyálkahártya epitheliális rétegét és a lamina proprián áthatolva a mélyebb kötőszöveti rétegeket együttesen érintő elváltozást. A hámszövetek területén sárgás-szürkésfehér álhártyás lepedékekkel fedettek, körülöttük jellegzetes gyulladással. Mivel az elváltozások a hám alatti kötőszövetet is érintik, fájdalommal járnak. Gyógyulásuk során egyes típusai heget hagynak maguk után. Amennyiben a szöveti hámszövet csak az epitheliális sejtréteget érinti, erózióról beszélünk. A fekély és az erózió is a szekunder elemi jelenségek közé tartozik, melyek többféle elsődleges elemi jelenség talaján külső

hatásra alakulnak ki. Fontos megjegyezni, hogy önmagában a szekunder elemi jelenségeknek csak csekély a diagnosztikai értékük, mert nem adnak egyértelmű választ a látott elváltozás patomechanizmusára.

Kiindulási gondolatmenetként Crispian Scully Profeszor,¹ az Európai Orális Medicina Társaság nemrégiben elhunyt alapítója és munkacsoportja által alkalmazott angol nyelvű mnemonikát hívjuk segítségül: „So many laws and directives”, azaz a kiváltó ok lehet szisztémás betegség, malignoma, lokális elváltozás, aphta vagy gyógyszer (drugs), a szisztémás okok pedig leggyakrabban blood (vérképző rendszeri), infektív, gasztrointesztinális eredetű vagy skin (bőrgyógyászati) kórképek.²



A szájüregi fekélyek leggyakoribb okai

- Szisztémás betegségek
 - Blood (vérképzőszervi betegségek)
 - Infekciók
 - Gasztrointesztinális betegségek
 - Skin (bőrbetegségek)
- Malignomák
- Lokális elváltozások
- Aphták
- Drugs (gyógyszerek)

A klinikai vizsgálatot megelőző anamnézis-felvétel során nagyon sok fontos információt nyerhetünk, melyek támogatást jelenthetnek a végső diagnózis felállításához.

- Mióta áll fenn a fekély? (akut, perzisztáló, recurráló elváltozás)
- Van-e máshol (nyálkahártyán, bőrön) hasonló elváltozása?
- Okoz-e fájdalmat, egyéb panaszt?
- Van-e szóba jöhető lokális faktor? (mechanikai, kémiai, termikus hatás, esetleges besugárzás)
- Milyen ismert egyéb betegsége van? (vérképzőszervi, gasztrointesztinális, bőrbetegségek, fertőzések)
- Milyen gyógyszereket szed?

A szájvizsgálat során érdemes alaposan átvizsgálni a nyálkahártyát, fontos rögzítenünk, hogy:

- Egy vagy több elváltozás van-e a szájban?
- Hol helyezkedik el pontosan?
- Mekkora?
- Van-e kísérőjelensége?
- Milyen a formája?
- Milyen a marginális része (gyulladásos udvar, esetleges felhánt szél)?

Azokat a léziókat, amelyek két hétnél régebb óta jelen vannak a szájnyálkahártyán, krónikus elváltozásnak kell tekintenünk. A recurráló fekélyekre jellemző az időszakos megjelenés, a közties periódusban pedig teljes gyógyulás és tünetmentesség. Egy darab elváltozás jelenlétekor szoliter fekélyről beszélünk, míg a multiplex terminológia egy időben több hasonló lézió jelenlétét takarja. Ezen jellemzők alapján öt nagy csoportot különböztethetünk meg (1. ábra).

	Traumás fekély
Akut szoliter fekélyek	Nekrotizáló szialometaplázia

1. táblázat: Akut szoliter fekélyek a szájüregben



2. ábra: Traumás fekély



3. ábra: Nekrotizáló szialometaplázia

A továbbiakban ezen csoportosítás mentén szeretnénk a fogorvosi praxisban előforduló legismertebb szájüregi fekélyes elváltozásokat bemutatni, kihangsúlyozva azok differenciáldiagnosztikai szempontból fontos tulajdonságait.

Akut szoliter fekélyek (1. táblázat)

Különböző etiológiájú traumás fekély (2. ábra) gyakran találkozunk a szájüregi nyálkahártyán. Ezek lehetnek mechanikai, termikus vagy kémiai eredetűek. Lokalizációt tekintve elmondható, hogy leggyakrabban a buccán, a nyelven, ritkábban az ajkakon találhatjuk őket. Fontos kiemelni, hogy férfiaknál sokkal gyakrabban for-

dul elő, mint nőknél. A fekélyek széle jellemzően vörös és enyhén kiemelkedő, középső részüket a szájüregben fehéres-sárgás, könnyen eltávolítható pseudomembrán, az ajkon pedig pörk fedi. Ezek az elváltozások kezdetben nagyon fájdalmasak, majd pár nap alatt a fájdalom megszűnik, és a fekély meggyógyul. A nyelven, illetve a mozgó nyálkahártyákon előfordul, hogy a gyógyulás egy-két hétig is elhúzódhat.

Rendkívül ijesztő klinikai képet mutat a ritkán előforduló kraterszerű nekrotizáló szialometaplázia (3. ábra). Az esetek több mint 75 százalékában a szápad hátsó felén alakul ki, de előfordulhat az alsó ajkon, a retromoláris tájékon és a nyelv alatt is. Leggyakrabban középkorú férfiak érintettek, a pontos etiológia még tisztázatlan, feltételezhetően a kisnyálmirigyek ischemiás nekrozisával állunk szemben. A fekélyképződést egy puha tapintatú, eritémás göb megjelenése előzi meg. Többféle potenciális predisponáló faktor merülhet fel, mint például direkt trauma (lokálanaesthesia, intubálás, sebészi beavatkozások), rosszul illeszkedő fogpótlások, bulímia, felső légúti infekció, sugárterápia. A klinikai képet mély, kraterszerű fekélyek jellemzik, jól körülhatárolt, kiemelkedő, indurált szegéllyel. A nekrotizáló szialometaplázia jóindulatú, úgynevezett self limiting betegség, különösebb kezelés nélkül, mérettől függően 4–6 hét alatt spontán gyógyul.

Akut multiplex fekélyek (2. táblázat)

A gingivostomatitis herpetica a herpes simplex (HSV) vírussal való első fertőzés következtében kialakuló kórkép. Az esetek 90 százalékában a HSV1 vírus, 10 százalékban a 2-es típus a kórokozó. Kisgyermekkorban jelentkezik leggyakrabban, ilyenkor akár tünetmentes is lehet, idősebbeknél viszont komoly általános tüneteket okoz. Jellemző általános tünet az étvágytalanság, gyengeség, levertség és láz. A száj-tünetek generalizált gingivális ödémával, eritémával

Akut multiplex fekélyek	Gingivostomatitis herpetica
	Herpes zoster
	Herpangina
	Kéz-láb-szájbetegség
	Erythema multiforme
	Necrotizáló ulceratív gingivitis
	Orális hiperszenzitivitási reakció
	Plazmasejtes stomatitis
	Kemoterápiás mellékhatások

2. táblázat: Akut multiplex fekélyek a szájüregben



4. ábra: Herpes zoster



5. ábra: Erythema multiforme

kezdődnek, majd apró hólyagok jelennek meg, melyek gyorsan felszakadva fájdalmas, pseudomembránnal fedett fekélyekké olvadnak össze. Jellemző még a nyaki nyirokcsomók duzzanata, a nyelési nehézség és a halitosis. A betegség általában 5–7 nap alatt meggyógyul, de előfordulhat, hogy a fekélyek 2 hétig is perzisztálnak a szájüregben.

A *herpes zoster* (4. ábra) a neurotróp varicella zoster vírus (VZV) reaktiválódásának következményeként kialakuló kórkép. Nem túl gyakori betegség, trauma (akár fogászati beavatkozás), pszichés stressz, immunkompromittált, immunmodulált állapotok provokálhatják. Az idősebb, ötven év feletti populációt érinti. Az elváltozás mindig egyoldali, az érintett dermató-

A hagyományos Flexi-Dent jóárasított legkisebb testvére - Flexi-LITE

Fogászati szoftver, 4990 forintért!



- páciensnyilvántartás
- leletkezelő
- EESZT jelentés
- naptár
- kezelésrögzítés
- számlázás
- gyors ajánlat
- e-mail- és SMS értesítés
- korlátlan felhasználószám
- felhasználóbarát felületek
- ✓ Flexi minőség

www.flexi-lite.hu | 06 (1) 792 1234

Az ár nettó, székenkénti havidíj. A tájékoztatás nem teljeskörű.

A Flexi-Dent teljes verziójáról: www.flexi-dent.hu

ÚJ!

mának megfelelő területen jelentkeznek. Az esetek 13 százalékában a nervus trigeminus valamelyik ága érintett. Prodromálisan fájdalom, égő érzés jelentkezik, az 1–5 mm-es csoportos fekélyek pár nap múlva jelennek meg, jellemzően az érintett oldali kemény szájpadon, gingíván és a nyelven. A herpes zoster 10–14 nap alatt gyógyul.

A *herpangina* is vírus okozta betegség, elsősorban a 10 év alatti kisgyermeket érinti, jellemzően nyári szezonális járványok formájában. Klinikailag az általános tünetek mellett apró, elszórt exanthemák, fekélyek mutatkoznak, elsősorban az oropharynx, a lágy szájpad és a tonsillák környékén. Lehetséges kórokozók a Coxsackie A és B, echo és enterovírusok. A betegség tüneti kezelés mellett 1 hét–10 nap alatt gyógyul.

Szintén járványos kisgyermekkorú vírusbetegség a szintén Coxsackie vírusok által okozott *kéz-láb-szájbetegség*. Ilyenkor a jellemzően akrális papulovesiculosus bőrtünetek mellett a nyelven, a lágy- és keményszájpadon, buccális nyálkahártyán találunk apró fájdalmas fekélyeket. Fontos differenciáldiagnosztikai segítség, hogy szemben a gingivostomatitis herpeticával, herpangina és kéz-láb-szájbetegség esetén nem látunk gingivítist a szájtünetek mellett.

Az *erythema multiforme* (5. ábra) egy akut, spontán gyógyuló, gyakran recidiváló mucocutan kórkép, melynek etiológiája még nem egészen tisztázott. Háttérben IV/c típusú hiperszenzitivitási reakciót feltételeznek, melyet vírusok (herpes simplex, Epstein-barr, cytomegalo-, varicella zooster vírus), baktériumok, egyéb infektív ágensek, esetleg gyógyszerek (szulfonamidok, penicillinszármazékok, analgetikumok, nem szteroid gyulladáscsökkentők) és egyéb kemikáliák is kiválthatják. Jellemzően a 20–40 év közötti populációt érinti, férfiaknál valamivel gyakoribb. Karakteres jellemzője, hogy a látható mucocutan elváltozások megjelenése előtt egy héttel úgynevezett prodromális tünetek (láz, lymphadenopathia, fejfájás, levertség, köhögés) jelentkeznek. Az *erythema multiforme* az esetek kb. 70 százalékában okoz szájtüneteket, általában az ajkakon, a buccán és a szájüreg elülső harmadában láthatunk szabálytalan alakú makulákat, hólyagokat, fekélyeket. Jellegzetes az ajkak duzzanata, felrepedezése, pörkösödése. A betegség 3–6 hét alatt gyógyul.

A *necrotizáló ulceratív gingivitis* akut anaerob bakteriális (fusospirochéta, borellia) eredetű fertőzés. Jellemző a komoly fekélyes ínnygyulladás, mely az interdentalis papillákat is érinti, vérzés, rossz szájszag, kellemetlen szájíz. Általános tüneteket csak ritkán találunk. A betegség elsősorban fiatalabbaknál jelentkezik, predisponáló faktorok a dohányzás, rossz szájhigiéna, korábbi gingi-

vitis, malnutritio, stressz, HIV-fertőzés. Adekvát kezelés mellett egy hét alatt gyógyul.

Az *orális hiperszenzitivitási reakciók* a szájüreg bármely területén jelentkezhetnek, igen változatos klinikai képet mutatnak, melyek között előfordulhatnak krónikus multiplex fekélyek is. Ilyenkor a különböző kísérőjelenségekből (lichenoid reakciók, fix gyógyszer exanthéma, ajakduzzanat, égő, csípő érzés a nyálkahártyán) következtethetünk a probléma esetleges allergiás eredetére.

A szakirodalom külön kórképként említi meg a *plazmaséjtes somatitist*. Ennek háttérben elsődlegesen kontakt allergiás reakciót vélelményeznek, az elváltozások pár nappal az allergénnel való érintkezés után jelennek meg, jellemzően a feszes ínyen és a marginális gingíván, esetleg az áthajlási redőkben, illetve a buccalis mukózán. Fekélyképződés, desquamatio figyelhető meg, melynek gyakori kísérője a gingiva vöröses duzzanata, cheilitis angularis és cheilitis fissurata, nyelési nehezítettség, rekedtség. Mindkét kórkép a kiváltó tényező eliminálása után magától gyógyul.

Akut aszimmetrikus alakú multiplex fekélyek kemoterápiás kezelés mellékhatásaként is megjelenhetnek a szájnyálkahártya bármely területén 5–7 nappal a terápia megkezdése után. Ezek indirekt és direkt módon is kialakulhatnak: A csontvelő és az immunrendszer szuppressziójának következményeként csökken a szájnyálkahártya védekezőképessége, melynek következményeként fertőzések (bakteriális, virális, fungalis) etiológiájú fekélyek jelennek meg. Egyes szerek direkt módon is okozhatnak nyálkahártya ulcerációt. Fontos megjegyezni, hogy az irodalmi adatok szerint a kemoterápiás kezelésben részesülő páciensek 30–50 százalékában alakulnak ki szájüregi léziók.

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.