

## ARTYKUŁY POGLĄDOWE (REVIEW PAPERS)

# Zmiany w błonie śluzowej jamy ustnej i języka u ludzi w starszym wieku

(Oral cavity and tongue mucosa lesions in the elderly)

A Dutkowska <sup>1,A,D</sup>, I Brukwicka <sup>2,B</sup>, Z Kopański <sup>2,3,F,C</sup>, J Rowiński <sup>1,E</sup>, F Furmanik <sup>1,B,C</sup>

1. Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu
2. Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna w Jarosławiu
3. Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński

**Abstract** – The authors have emphasised the fact that oral cavity mucosa is a reflection of the overall condition of one's organism. Oral cavity mucosa lesions may be caused by oral cavity pathology, but they may well signify general systemic diseases. The attention has been paid to the fact that the frequency of oral cavity mucosa diseases increases along with age. This is caused by, among others, decreased salivation, mucosal lesions, decreased immunological system efficiency, greater frequency of general systemic diseases, and polypragmasy. The second part of the article discusses the most frequent chronic mucosa and skin diseases that appear in the oral cavity mucosa in senile age. The attention has been paid to pathophysiology and diagnostics of precancerous lesions. The incidence of squamous cell cancer has been discussed.

**Key words** – senility, oral cavity, chronic mucosal diseases, precancerous lesions, squamous cell cancer.

**Streszczenie** - Autorzy podkreślili, że błona śluzowa jamy ustnej odzwierciedla stan zdrowia całego organizmu. Zmiany występujące na błonie śluzowej jamy ustnej mogą być wyrazem patologii jamy ustnej, mogą jednak być wyrazem choroby ogólnoustrojowej. Zwrócono uwagę, że wraz z wiekiem zwiększa się częstość występowania chorób błony śluzowej jamy ustnej. Spowodowane jest to m.in. zmniejszonym wydzielaniem śliny, zmianami błony śluzowej, zmniejszoną wydolnością układu immunologicznego, częstszym występowaniem chorób ogólnoustrojowych, oraz polipragmazją. W dalszej części artykułu zostały omówione najczęstsze przewlekłe choroby śluzówkowo-skórne, występuje na błonie śluzowej jamy ustnej w starszym wieku, zwrócono uwagę na patofizjologię i diagnostykę zmian przedrakowych, omówiono występowanie raka płaskonabłonkowego w jamie ustnej.

**Słowa kluczowe** - starszy wiek, jama ustna, przewlekłe choroby śluzówki, zmiany przedrakowe, rak płaskonabłonkowy.

**Wkład poszczególnych autorów w powstanie pracy** - A-Koncepcja i projekt badania, B-Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C-Analiza i interpretacja danych, D-Napisanie artykułu, E-Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F-Ostateczne zatwierdzenie artykułu

**Adres do korespondencji** — Prof. dr Zbigniew Kopański, Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu, Żyrardów, ul. G. Narutowicza 35, PL-96-300 Żyrardów, e-mail: zkopanski@o2.pl

**Zaakceptowano do druku:** 27.04.2017.

## WSTĘP

Błona śluzowa jamy ustnej odzwierciedla stan zdrowia całego organizmu. Różne schorzenia mogą powodować wykwity wyłącznie na błonie śluzowej jamy ustnej bądź też mogą występować równocześnie ze zmianami na skórze, w obrębie innych narządów czy układów. Wraz z wiekiem grubość nabłonka zwiększa się. Przykładem tego zjawiska jest grubość podniebienia, które u młodych osób wynosi średnio 2.8 mm, a u osób w wieku starszym 3.1mm. Starsze osoby w skutek tego są

bardziej odporne na ból. Homeostatyczna równowaga komórek nabłonka jest utrzymywana na drodze złuszczenia, apoptozy i procesów odnowy. Wraz z wiekiem przybywa chorób błony śluzowej jamy ustnej. Spowodowane jest to czynnikami takimi jak: zmniejszone wydzielanie śliny, zmiany tkanek błony śluzowej, zmniejszona wydolność układu immunologicznego, częstsze występowanie chorób systemowych, zwiększona ilość zażywanych leków. [1-4]

## DERMATOZY JAMY USTNEJ

U pacjentów w wieku senioralnym panuje duża zachorowalność na najczęstsze dermatozy jamy ustnej. Towarzyszyć im mogą, ale nie muszą zmiany skórne. W obrębie błony śluzowej jamy ustnej schorzenia te mogą współistnieć ze złuszczającym zapaleniem dziąseł, owrzodzeniami błony śluzowej lub nieuszkodzonymi pęcherzykami i pęcherzami. Dermatony w okolicy dziąseł objawiają się wrażliwym nabłonkiem, owrzodzeniami i pasmami oraz jako rozległy rumień umiejscowiony od dziąsła brzeżnego do dziąsła przyczepionego. W miejscach gdzie występują te schorzenia często widać zwiększone odkładanie się płytki bakteryjnej. Jest to spowodowane niedostateczną higieną tych okolic, ponieważ miejsca te są pomijane w trakcie zabiegów higienicznych przez odczuwanie zbyt dużego dyskomfortu. Pomyłkowo można uznać te zmiany za związane z płytką nazębną, zwłaszcza jeśli z całej jamy ustnej występują jedynie w okolicy dziąseł. Różnicuje je jedynie fakt, że zmiany nie ustępują po dokładnym usunięciu złożeń kamienia, osadu i płytki bakteryjnej oraz udzieleniu dokładnego instruktażu higieny jamy ustnej i wprowadzeniu metod kontroli płytki bakteryjnej. Po niedokładnym rozpoznaniu schorzenia istnieje ryzyko na przykład rozwoju nowotworu złośliwego, objęcia chorobom narządu wzroku oraz ryzyko zwiększonej śmiertelności bez szybkiego włączenia leczenia ogólnoustrojowego. Bardzo ważne jest ustalenie prawidłowego rozpoznania na podstawie cech klinicznych i histologicznych. Po unormowaniu fazy ostrej choroby kluczowa jest kontynuacja ogólnej opieki stomatologicznej. Niewystarczająco dobra higiena jamy ustnej, odkładanie się złożeń kamienia nazębnego i odkładanie się płytki bakteryjnej prowadzi do pogorszenia objawów dermatoz w jamie ustnej. Wygładzenie powierzchni wypełnień, złagodzenie ostrych guzków i perfekcyjna higiena jamy ustnej zwiększają komfort pacjentów. [2,3,5]

### LISZAJ PŁASKI (ORAL LICHEN PLANUS – OLP)

Jest to przewlekła choroba śluzówkowo-skróna, najczęściej występuje na błonie śluzowej jamy ustnej. Jest to schorzenie o podłożu immunologicznym. Często występuje u osób w starszym wieku, częściej u kobiet. Razem z wykwitami na błonie śluzowej mogą pojawiać się zmiany skórne. Liszaj płaski występuje dosyć często, obejmuje 1-2 % populacji

ogólnej. U około 15% przypadków razem ze zmianami na błonie śluzowej występują zmiany skórne, a u 20% kobiet widoczne są zmiany na błonie śluzowej narządów płciowych. Liszaj płaski można podzielić na 3 kliniczne podtypy: siateczkowaty, rumieniowy (zanikowy), nadżerkowy (wrzodziejący). W badaniu klinicznym OLP objawia się jako białoszare grudki płasko-wyniosłe, które łączą się i tworzą wzory koronkowate, linijne, drzewkowate i jest to forma bardziej bezpieczna. Gorsze rokowanie mają zmiany na błonie śluzowej z powstawaniem nadżerek i pęcherzy, które długo i trudno goją się. Objawy schorzenia są różne – od postaci bezobjawowej do bólu, pieczenia, wrażliwości na pokarmy ostre i kwaśne które wpływają na funkcjonowanie i jakość życia. Zmiany w obrębie jamy ustnej umiejscowione są najczęściej w tylnej części błony śluzowej policzków oraz na języku, dziąsłach i wargach. OLP leczy się miejscowym podawaniem kortykosteroidów, leków przeciwzapalnych, osłaniających i przeciwrzybczych. Biorąc pod uwagę fakt, że wczesne wykrycie raka jamy ustnej bardzo zwiększa szanse na przeżycie chorego konieczne jest długotrwałe i dokładne monitorowanie wszystkich chorych na OLP. [1,6,7]

### CHOROBY PĘCHERZOWE

Są to schorzenia o podłożu immunologicznym. Występuje duża różnorodność objawów oraz ciężkości przebiegu u osób ze zmianami rozlanymi oraz miejscowymi. Często pacjenci zgłaszają się z objawami takimi jak ból oraz krwawienie w trakcie jedzenia oraz podczas zabiegów higienicznych w obrębie jamy ustnej. Wykwity w jamie ustnej najczęściej zlokalizowane są na podniebieniu i dziąsłach, a także błonie śluzowej języka, warg i policzków. W badaniu klinicznym obserwuje się owrzodzenia i rumień oraz rzadko nienaruszone pęcherzyki i pęcherze. Choroby pęcherzowe różnicuje się opierając się na wywiadzie i objawach klinicznych oraz na badaniach histologicznych, które łączą fluorescencję pośrednią i bezpośrednią. W przypadku kiedy zmianom na błonie śluzowej towarzyszą zmiany skórne leczenie zaleca się we współpracy z dermatologiem. Najczęstszą chorobą pęcherzową o podłożu immunologicznym w której widoczne są zmiany skórne jest pemfigoid pęcherzowy. Objawia się on świądem oraz rumieniem pokrzywkowym, który obejmuje kończyny oraz środek brzucha, przed pojawieniem się pęcherzy. Czasami pęcherze nie

występują tu w ogóle. Średni wiek występowania tego schorzenia to 68-82 lata. Rzadko choroba atakuje błony śluzowe, jednak gdy już do tego dojdzie to są to błony śluzowe w obrębie jamy ustnej.

*Pemfigoid błon śluzowych* (mucous membranę pemphigoid- MMP) jest to choroba o podłożu autoimmunologicznym rzadko spotykana. Objawia się występowaniem pęcherzy podnabłonkowych w obrębie spojówek oczu, na błonie śluzowej jamy ustnej, gardła, przełyku, krtani, nosa, narządów płciowych oraz odbytu. Bardzo rzadko zdarzają się zmiany skórne. Schorzenie występuje najczęściej u osób w wieku 60-80 lat, częściej u kobiet. U 85% przypadków zmiany występują na błonie śluzowej jamy ustnej. Najczęściej umiejscowione są na wargach, policzkach i podniebieniu. Często pacjenci zgłaszający się do gabinetu stomatologicznego mają złuszczające zapalenie dziąseł, owrzodzenia, nadżerki, rzadko zdarza się aby pęcherze były w nienaruszonym stanie. Po wygojeniu tych zmian zostają białe smugowate blizny. Choroba jest przewlekła z okresami zaostrzeń i remisji. Trwa latami. Leczenie zaczyna się od podawania miejscowo kortykosteroidów, leków przeciwzapalnych i łagodzących, jednak w zależności od ciężkości przebiegu choroby może konieczne być leczenie ogólnoustrojowe.

*Pęcherzyca zwykła* (pemphigus vulgaris) jest to choroba przewlekła o podłożu immunologicznym. Charakterystyczne jest tu tworzenie się wiotkich powierzchniowych pęcherzyków i pęcherzy na skórze i błonach śluzowych. W jamie ustnej zmiany występują u 66% przypadków. Pęcherze śródnabłonkowe są cienkie szybko pękają, powodując nierównomierne nadżerki, które są często krwotoczne i mają brzegi nieregularne z resztkami tkanki martwiczej. Nadżerki goją się trudno. W jamie ustnej zmiany umiejscowione są zwykle na błonie śluzowej podniebienia miękkiego, policzków, języka, warg oraz na dziąsłach dając obraz złuszczającego zapalenia dziąseł. Wykwity zazwyczaj są nieliczne, ale mogą utrzymywać się bardzo długo. Są bolesne, powodują trudności w przełykaniu, przyjmowaniu pokarmów oraz w mowie. Na skórze charakterystyczny jest tu objaw Nikolskiego czyli lekkie potarcie skóry powoduje tworzenie pęcherzy. Do połowy XX wieku choroba ta była prawie w każdym przypadku chorobą śmiertelną ze względu na niekontrolowaną utratę płynów i białek oraz zakażenia oportunistyczne. Dzięki wprowadzeniu leczenia glikokortykosteroidami długość życia chorych na pęcherzyce zwykłą znacznie się wydłużyła, a śmiertelność wynosi około 6% przypadków. Wczesne

wykrycie choroby i szybkie wprowadzenie leczenia zmniejsza prawdopodobieństwo jej rozprzestrzeniania i regresji. [1,2,4,8]

## ZMIANY PRZEDRAKOWE - LEUKOPLAKIA I ERYTROPLAKIA

Etiopatogeneza chorób przednowotworowych łączy ze sobą wiele czynników egzo- i endogenicznych. Do egzogenicznych należą: mechaniczne podrażnienia błony śluzowej jamy ustnej ze strony ostrych lub złamanych zębów oraz ich pozostałości, złe dopasowanie uzupełnień protetycznych, urazy elektryczne i elektrogalwaniczne, promieniowanie jonizujące. Bardzo niebezpieczne jest również działanie czynników chemicznych, a szczególnie związków z grupy węglowodorów aromatycznych, związków kadmu, ołowiu, arsenu, ciał smolistych czy rozpuszczalników organicznych. Bardzo szkodliwy wpływ na jamę ustną ma również nałogowe palenie papierosów. Nowotwory jamy ustnej rozwijają się najczęściej na podłożu zmian przedrakowych.

Najczęstszymi stanami przedrakowymi są leukoplakia i erytroplakia. Stany przedrakowe mogą pojawiać się w każdym wieku jednak najczęściej występują u osób starszych. Dominują po 50 roku życia, szczególnie u mężczyzn. Najbardziej narażone są osoby palące nałogowo papierosy.

*Leukoplakia* rozwija się praktycznie w każdej okolicy błony śluzowej jamy ustnej, ale najczęściej zmiany obserwuje się na błonie śluzowej policzka od kąta ust wzdłuż linii zwarcia zębów. Choroba ma przebieg powolny i przewlekły. W początkowym stadium objawy schorzenia są nieznaczne : wrażliwość przy spożywaniu ostrych i kwaśnych potraw, ból, pieczenie, niekiedy suchość i mrowienie. W następnym stadium choroby powstają wykwity, które są różnej wielkości, dosyć płaskie, lekko wznoszące się ponad zdrową błonę śluzową. W kolejnym okresie choroby zmiany przybierają pstrokaty wygląd, są rozproszone, pogrubione, pojawia się rąbek zapalny tak zwany rąbek Schwimmera. Pojawiają się brodawkowate rozrosty, pęknięcia, nacieczenia i stwardnienie podłoża. Metody leczenia chorób przedrakowych opierają się na obserwacji, wycięcia operacyjnego zmiany, laseroterapii i chemioterapii. Zmiany leukoplakii powinny być szybko i intensywnie leczone, w przeciwnym wypadku u 5-10% przypadków rozwija się rak .

*Erytroplakia* umiejscowiona jest zazwyczaj na błonie śluzowej dna jamy ustnej, bocznej powierzchni języka,

podniebienia miękkiego oraz na przestrzeni zlokalizowanej za ostatnim zębem trzonowym (trójkąt zatrzonowcowy). Wykwity najczęściej przybierają postać pojedynczych, czerwonych żywo zabarwionych plam, które mają owalny lub okrągły kształt i błyszczącą ziarnistą bądź gładką powierzchnię. Schorzenie to najczęściej występuje u osób po 40 roku życia i częściej u mężczyzn. Jest to choroba trudniejsza do zdiagnozowania niż leukoplakia oraz zdecydowanie bardziej niebezpieczna. Na jej podłożu u ponad 40% przypadków rozwija się nowotwór. Jest to schorzenie najbardziej złośliwe ze wszystkich patologicznych zmian śluzówki w jamie ustnej. [1,3,5,9]

## RAK PŁASKONABŁONKOWY

U osób starszych wiek jest czynnikiem ryzyka rozwoju raka płaskonabłonkowego jamy ustnej. Po 65 roku życia zwiększa się zapadalność na ten nowotwór oraz śmiertelność w wyniku tej choroby. Częściej występuje on u mężczyzn, 95% wszystkich raków jamy ustnej i gardła jest rozpoznawana u pacjentów po 40 roku życia. Istnieje wiele czynników mogących przyczynić się u osób starszych do występowania tej choroby, są to na przykład: nieprawidłowe odżywianie, zmniejszona czujność, większe obciążenie mutacjami, ekspozycja na karcynogeny.

Rak płaskonabłonkowy jest najczęściej spotykanym przypadkiem ze wszystkich nowotworów jamy ustnej – około 90% przypadków. Najczęściej zmiany nowotworowe umiejscowione są na powierzchni języka lub na dnie jamy ustnej. Charakterystycznymi zmianami są czerwone lub białe plamy, owrzodzenie bądź łatwo ulegająca zranieniu masa rosnąca egzofitycznie z owrzodzeniem w środku. Bardzo często zmiany te nie są bolesne ani tkliwe. W momencie rozpoznania u prawie połowy przypadków zauważa się przeżuty do okolicznych lub miejscowych węzłów chłonnych lub przeżuty odległe. Cały zespół stomatologiczny, to jest lekarze stomatolodzy, specjaliści stomatologii, higienistki stomatologiczne i technicy dentystyczni mają najlepszą możliwość badania w kierunku raka jamy ustnej podczas zalecanych co półrocznych wizyt kontrolnych. Badanie błon śluzowych jamy ustnej podczas rutynowej kontroli powinno być celowe i dokładnie przeprowadzone. Badanie takie powinno zaczynać się od palpacji węzłów chłonnych szyi.

Innymi czynnikami ryzyka oprócz starszego wieku jest picie alkoholu i palenie tytoniu. Ich łączny wpływ na występowanie raka głowy i szyi jest znacznie większy niż każdego z osobna. Rozpoznanie raka płaskonabłonkowego stwierdza się po dokładnym badaniu klinicznym i histologicznym. Pacjenci z postawionym rozpoznaniem muszą być natychmiast skierowani do wielospecjalistycznego zespołu leczenia nowotworów głowy i szyi. Przypadki gdzie możliwe jest operacyjne usunięcie zmiany, muszą być natychmiast skierowani na operację oraz radioterapię pozabiegową. [1-3,10,11]

## PIŚMIENNICTWO

1. Knychalska-Karwan Z. Stomatologia wieku podeszłego. Lublin; Wyd. Czelej, 2005.
2. Cohen B, Thomson H (red). Dental Care for the Elderly. Boca Raton; Chicago, London, 2016.
3. Yap T, McCullough M. Choroby jamy ustnej, a starzejące się społeczeństwo. *Med Prakt Stomatol* 2015; 3:15-26.
4. Parker SR, MacKelfresh J.: Autoimmune blistering diseases in the elderly. *Clin Dermatol* 2011; 29: 69-79.
5. Jarzab G. Pacjent w wieku podeszłym w gabinecie stomatologicznym. *Mag Stomatol* 2003;13(1):60-2.
6. Eisen D, Carrozzo M, Bagan Sebastian JV, Thongprasom K. Number V Oral Lichen planus: clinical features and management. *Oral Dis* 2005; 11: 338-349.
7. Lipski T, Kasperski J, Chladek W. Wpływ wieku na zmiany wybranych cech środowiska jamy ustnej u osób z bezzębiem. *As Stom* 2007;4, 37-9.
8. Frączak B, Aleksandruk G, Brzoza W, Chruściel-Nogalska M. Higiena Jamy ustnej oraz ruchomych uzupełnień protezycznych, [https://www.yumpu.com/xx/document/view/26439764/higien-a-jamy-ustnej-oraz-ruchomych-uzupelnien-protetycznych-oral-\[dostęp 17.02.2017\]](https://www.yumpu.com/xx/document/view/26439764/higien-a-jamy-ustnej-oraz-ruchomych-uzupelnien-protetycznych-oral-[dostęp%2017.02.2017])
9. Moshaverinia A, Zheng F, Schrickler RS i wsp. Root caries in the geriatric population: epidemiology, etiology, diagnosis, treatment planning and modalities of treatment. *Dent Forum* 2008;2(6):63-70.
10. Strömberg E, Hagman-Gustafsson ML, Holmen A i wsp. Oral status, oral hygiene habits and caries risk factors in home-dwelling elderly dependent on moderate or substantial supportive care for daily living. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012;40:221-9.
11. Funk GF, Karnell LH, Robinson RA. i wsp. Presentation, treatment and outcome of oral cavity cancer: a National Cancer Data Base report. *Head Neck* 2002; 24: 165-180.