

# Diagnostyka zapaleń jamy ustnej z nadżerkami i owrzodzeniami błony śluzowej

## Diagnostics of stomatitis with mucosal erosions and ulcers

Elżbieta Waśniewska-Okupniak<sup>1</sup>, Witold Szyfter<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
Kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Witold Szyfter

Article history: Received: 22.11.2014 Accepted: 03.12.2014 Published: 28.02.2015

**STRESZCZENIE:** Owrzodzenia i nadżerki błony śluzowej jamy ustnej mogą powstawać pierwotnie w wyniku wielu czynników miejscowych lub wtórnie na wskutek wielu chorób ogólnoustrojowych czy przyjmowanych leków. Niejednokrotnie ich diagnostyka i leczenie wymagają od laryngologa ścisłej współpracy z lekarzami innych specjalności: dermatologami, gastroenterologami, reumatologami, hematologami i stomatologami. W pracy przedstawiono najważniejsze czynniki etiologiczne powstawania owrzodzeń i nadżerek na błonie śluzowej jamy ustnej oraz określono podstawowe zasady ich diagnostyki różnicowej. Ponadto zdefiniowano według terminologii histopatologicznej obie formy wykwitów wtórnych, które niejednokrotnie w piśmiennictwie medycznym są zamiennie stosowane w wielu jednostkach chorobowych.

**SŁOWA KLUCZOWE:** zapalenie jamy ustnej, owrzodzenie, nadżerka

**ABSTRACT:** Ulcers and erosions of oral mucosa may occur primarily due to various local factors or be secondary to a lot of systemic diseases or taken drugs. Frequently, diagnostic procedures and their therapy require close cooperation of laryngologist with doctors of other specialties: dermatologists, gastroenterologists, rheumatologists, hematologists or dentists. This study presents the most common etiological factors of oral mucosa ulcers and erosions and determines basic rules for their differential diagnosis. Furthermore, the two forms of secondary eruptions, that are often interchangeably used in medical literature, were defined according to histopathological classification.

**KEY WORDS:** stomatitis, ulceration, erosion

### WSTĘP

Owrodzenia i nadżerki błony śluzowej jamy ustnej mogą powstawać pierwotnie w wyniku wielu czynników miejscowych lub wtórnie na wskutek rozmaitych chorób ogólnoustrojowych lub przyjmowanych leków. Występowanie podobnych i niespecyficznych klinicznie objawów miejscowych z niewyjaśnionych często przyczyn ogólnych z reguły stwarza najwięcej trudności diagnostycznych i terapeutycznych i niejednokrotnie wymaga od laryngologa ścisłej współpracy z lekarzami innych specjalności: dermatologami, gastroenterologami, reumatologami, hematologami i stomatologami.

W celu właściwego ukierunkowania diagnostyki i postawienia ostatecznego rozpoznania niezbędna okazuje się umiejętność odróżnienia zmian nadżerkowych od właściwych owrzodzeń błony śluzowej jamy ustnej. Niejednokrotnie bowiem obserwuje się, że obie formy wykwitów wtórnych dają zbliżony obraz kliniczny zmian chorobowych lub mogą występować w tym samym czasie na błonie śluzowej jamy ustnej, będąc przyczyną dużych trudności diagnostycznych. Również w piśmiennictwie nierzadko się zdarza, że oba określenia – *nadżerka i owrzodzenie* – są stosowane zamiennie (nawet dla tej samej jednostki chorobowej), co nie ma w pełni uzasadnienia w terminologii histopatologicznej.

**Tabela 1.** Podstawowe przyczyny owrzodzeń/nadżerek błony śluzowej jamy ustnej

| PRZYCZYNY OWRZODZEŃ/NADŻEREK W JAMIE USTNEJ   |  |
|---|--|
| <b>I. PRZYCZYNY MIEJSCOWE - OWRZODZENIA POURAZOWE</b>                                 |  |
| 1. Urazy mechaniczne  | 2. Choroby skóry i błon śluzowych  |
| 2. Oparzenia  | a. przewlekłe wrzodziejące zapalenie jamy ustnej   |
| a. termiczne  | b. liszaj płaski   |
| b. chemiczne  | c. pęcherzyca zwykła   |
| c. popromienne  | d. pemfigoid błon śluzowych  |
| d. elektryczne  | e. nabyte pęcherzowe oddzielenie się naskórka  |
|   | f. linijna IgA dermatოza pęcherzowa  |
| <b>II. GUZY NOWOTWOROWE</b>   |  |
| <b>III. AFTY NAWRACAJĄCE</b>  |  |
| 1. Afty Mikulicza (MiRAS)   | 3. Choroby układu krwiotwórczego i chłonnego   |
| 2. Afty Suttona (MaRAS)   | a. niedokrwistości   |
| 3. Afty opryszczkopodobne (HeRAS)   | b. wrodzone neutropenie  |
|   | c. choroby rozrostowe układu krwiotwórczego i chłonnego                                  |
|   | - białaczki  |
|   | - chłoniaki  |
|   | - zespoły mielodysplastyczne   |
| <b>IV. ZMIANY POLEKOWE</b>  |  |
| 1. leki immunosupresyjne i cytostatyki  | 4. Choroby żołądkowo-jelitowe  |
| 2. niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ)   | a. Celiaka (choroba trzewna)   |
| 3. antybiotyki i sulfonamidy  | b. Choroba Leśniowskiego Crohna  |
|   | c. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego   |
| <b>V. CHOROBY OGÓLNOUSTROJOWE</b>   |  |
| 1. Zakażenia:   | 5. Choroby układowe tkanki łącznej   |
| a. Wirusowe   | a. reaktywne zapalenie stawów (zespół Reitera)   |
| · pierwotne opryszczkowe zapalenie jamy ustnej i dziąseł, opryszczka zwykła nawrotowa | b. toczeń rumieniowaty   |
| · ospa wietrzna, półpasiec  | 6. Choroby naczyń  |
| · mononukleozę zakaźną  | a. Choroba Behceta (zespół oczno-ustno-płciowy)  |
| · cytomegalia   | b. GPA (granulomatosis with polyangitis) = ziarniak Wegenera                             |
| · pryszczkowe zapalenie gardła, choroba dłoni, stóp i jamy ustnej                     | 7. Choroby endokrynologiczne   |
| · zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS)                                      | a. Cukrzyca  |
| b. Bakteryjne   | 8. Choroby o nieznanym patogenezie   |
| · martwiczo - wrzodziejące zapalenie dziąseł  | a. Zespół PFAPA (periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and cervical adenitis) |
| · kiła nabyta   |  |
| · gruźlica pierwotna, popierwotna i toczniowa   |  |
| c. Grzybicze  |  |
| · Histoplazmoza   |  |
| · Kryptokokoza  |  |
| · Parakocidiodiomikoza  |  |

OWRZODZENIE (*ulceratio, ulcus*) jest otwartą raną błony śluzowej, w której obrębie dochodzi do stopniowej dezintegracji patologicznie zmienionej tkanki i oddzielania się martwiczych z następowym wytworzeniem kraterowatego ubytku tkankowego. Jest to określenie stosowane zazwyczaj wtedy, gdy uszkodzenie błony śluzowej sięga poniżej warstwy podstawnej nabłonka aż do błony śluzowej właściwej i goi się przeważnie z pozostawieniem blizny. Powstaje w wyniku rozpadu wykwitów pierwotnych (guzów, guzków krost), może być

także następstwem uszkodzenia termicznego, chemicznego i popromiennego [1-4].

NADŻERKA (*erosio*) jest z kolei określeniem opisującym powierzchowne przerwanie ciągłości nabłonka powyżej warstwy komórek podstawnych. W procesie gojenia rzadko prowadzi do powstania blizny. Nadżerka powstaje w miejscu wykwitów pierwotnych (pęcherzyków, pęcherzy, grudek) w następstwie urazu mechanicznego lub zmian troficznych. Początkowo jest barwy czerwonej, następnie, gdy uszkodzenie błony śluzowej obejmuje całą grubość nabłonka, pokrywa się nalotem włóknikowym i przyjmuje zabarwienie żółtobiałe [1-4].

Przedstawiono najważniejsze czynniki etiologiczne powstawania owrzodzeń i nadżerek na błonie śluzowej jamy ustnej oraz zdefiniowano podstawowe zasady ich diagnostyki różnicowej.

## GŁÓWNE PRZYCZYNY POWSTAWANIA OWRZODZEŃ I NADŻEREK W JAMIE USTNEJ

Większość owrzodzeń/nadżerek w jamie ustnej jest uwarunkowana przyczynami miejscowymi, takimi jak urazy lub oparzenia, ale zawsze należy brać pod uwagę zmiany nowotworowe i choroby ogólnoustrojowe. Klasyfikację zmian chorobowych w zależności od czynnika etiologicznego i mechanizmu ich powstawania zestawiono w tabeli 1 [2].

## PODSTAWOWE ZASADY POSTĘPOWANIA DIAGNOSTYCZNEGO W ZAPALENIAC BŁONY ŚLUZOWEJ JAMY USTNEJ Z OWRZODZENIAMI I NADŻERKAMI

Zmiany chorobowe jamy ustnej w postaci nadżerek lub owrzodzeń błony śluzowej mogą być pochodzenia miejscowego lub są objawami zaburzeń ogólnoustrojowych. Nierzadko są pierwszymi zwiastunami chorób lub zespołów chorobowych, takich jak: choroby krwi, choroby układowe tkanki łącznej czy choroby skóry. Powiązanie objawów podmiotowych z przedmiotowymi i z wynikami badań dodatkowych ma zasadnicze znaczenie dla postawienia właściwego rozpoznania.

### Wywiad chorobowy

W czasie przeprowadzania wywiadu chorobowego należy w pierwszej kolejności uzyskać informacje dotyczące czasu pojawienia się i okresu trwania wykwitów. Nagłe, krótkotrwałe i zazwyczaj samo ustępujące nadżerki lub owrzodzenia jamy

ustnej wiążą się zazwyczaj z urazem, oparzeniem lub infekcją wirusową. Długotrwałość owrzodzenia może z kolei oznaczać, że potencjalną przyczyną choroby jest proces nowotworowy, przewlekły uraz, przewlekła choroba skóry czy przewlekłe zakażenie, jak np. kiła lub gruźlica. Równie ważne jest określenie, czy dane owrzodzenie występuje pojedynczo, czy też zmiany są mnogie. Pojedyncze owrzodzenie lub nadżerka utrzymujące się dłużej niż trzy tygodnie bez objawów wyraźnego gojenia się powinno być traktowane poważnie, ponieważ może to być zmiana nowotworowa. Liczne długotrwałe owrzodzenia są najczęściej spowodowane przez przewlekłe choroby skórne (np. pęcherzycę, pemfigoid, liszaj płaski), choroby krwi, schorzenia żołądkowo-jelitowe czy zaburzenia immunologiczne [5]. Liczne, niedługotrwałe owrzodzenia najczęściej mają tło wirusowe (najczęściej wirus opryszczki, Coxsackie) lub mogą być spowodowane aftami – wtedy goją się samoistnie, zwykle od tygodnia do miesiąca [2, 6]. W czasie zbierania wywiadu chorobowego należy także zwrócić uwagę, czy wykwity pojawiły się po raz pierwszy, czy też stanowią któryś z kolejnych nawrotów i jaki był ich poprzedni przebieg. Nawracające nadżerki i owrzodzenia są charakterystyczne np. w przebiegu aftowego zapalenia jamy ustnej. Należy również ustalić, czy chory nosi uzupełnienia protetyczne i jeśli tak, to od jak dawna i czy łączy z nimi zgłaszane dolegliwości.

Ważną wskazówką są także informacje, czy wykwitom w jamie ustnej towarzyszą podobne zmiany skórne lub występują objawy ogólnoustrojowe, jak np. gorączka, przewlekły kaszel, dolegliwości żołądkowo-jelitowe, utrata wagi ciała, osłabienie, wyniszczenie i/lub inne objawy kliniczne sugerujące przewlekłą infekcję (np. gruźlicę, kiłę, HIV), chorobę krwi, układową chorobę tkanki łącznej, nieswoiste zapalenie jelit lub proces nowotworowy. Istotne jest również ustalenie, jakie leki aktualnie przyjmuje chory, gdyż niektóre z nich (zwłaszcza cytostatyki, leki immunosupresyjne i niesteroidowe leki przeciwzapalne) są częstą przyczyną tworzenia się bolesnych nadżerek i owrzodzeń na błonie jamy ustnej [7-9].

## Badanie przedmiotowe

Badanie przedmiotowe laryngologiczne – podczas badania jamy ustnej (oglądaniem i dotykiem) w pierwszej kolejności należy dokonać szczegółowej oceny zmian chorobowych, tj. odnotować liczbę owrzodzeń/nadżerek, ich lokalizację oraz charakterystyczne cechy wykwitów: kształt, wielkość, charakter obrzeża, wygląd dna, wydzielinę, bolesność, stan otaczającej błony śluzowej oraz zachowanie się okolicznych węzłów chłonnych (tab. 2.) [2, 4, 10-12].

Po obejrzeniu zmian chorobowych i zbadaniu ich dotykiem (wzmocniona spoistość tkanek w badaniu palpacyjnym może

**Tabela 2.** Szczegółowe cechy owrzodzeń i nadżerek błony śluzowej jamy ustnej

| CECHA                  | NADŻERKA  | OWRZODZENIE   |
|------------------------|---|---|
| Kształt                | okrągły, owalny (np. afty Mikulicza)<br>nieregularny (np. zmiany polekowe)                                      | owalny (np. afty Suttona)<br>nieregularny (np. owrzodzenia polekowe)  |
| Wielkość               | małe zmiany (np. afty Mikulicza)<br>duże zmiany (np. pęcherzyca zwykła, pemfigoid)                              | małe zmiany (np. gruźlica popierwotna)<br>duże zmiany (np. afty Suttona)  |
| Brzegi                 | równe, gładkie (np. afty nawracające)<br>nierówne (np. pęcherzyca zwykła)                                       | równe, gładkie (np. kiła I-rzędowa)<br>nierówne i poszarpane (np. gruźlica popierwotna)                                 |
| Dno                    | najczęściej gładkie   | gładkie (np. kiła I-rzędowa)<br>ziarniste (np. gruźlica popierwotna)  |
| Podstawa               | zazwyczaj nienacieczona   | miękką (np. gruźlica popierwotna)<br>twarda i nacieczona (np. guzy nowotworowe, kiła I-rzędowa, afty Suttona)           |
| Wydzielina             | surowicza, surowiczowłóknikowa (np. afty nawracające)<br>surowiczowo-krwista (np. pęcherzyca zwykła, półpasiec) | surowicza (np. kiła I-rzędowa)<br>ropna (np. wrzodzące zapalenie jamy ustnej)   |
| Bolesność              | objaw niestały<br>duża bolesność (np. afty nawracające, pęcherzyca zwykła)                                      | jest cechą większości owrzodzeń (np. owrzodzenia pourazowe, polekowe, nowotworowe)                                      |
| Otoczenie              | niezmienione (np. kiła I-rzędowa), zapalne (np. afty nawracające)   | niezmienione (np. kiła I-rzędowa)<br>zmienione zapalnie (np. wrzodzące zapalenie jamy ustnej)                           |
| Lokalny odczyn węzłowy | powiększone i bolesne (np. afty nawracające)<br>Często niezmienione   | powiększone i bolesne (np. afty Suttona)<br>Powiększone, twarde, niebolesne (np. kiła I-rzędowa, przerzuty nowotworowe) |
| Zejsście               | goi się bez blizny  | goi się z pozostawieniem blizny   |

wskazywać na złośliwy charakter owrzodzenia!) należy sprawdzić stan uzębienia chorego ze zwróceniem szczególnej uwagi na obecność ubytków próchnicowych, nieprawidłowych wypełnień, ostrych brzegów zębów oraz źle dopasowanych protez zębowych, które nierzadko są miejscową przyczyną tworzenia się bolesnych nadżerek i owrzodzeń w jamie ustnej [2, 3]. Niejednokrotnie o rozpoznaniu przyczyny powstania owrzodzenia decydują stan otaczającej błony śluzowej i inne zmiany choro-

bowe w jamie ustnej, np. błądź błon śluzowych, wybroczyny, krwawienia z dziąseł – w ostrej białaczce szpikowej lub limfoblastycznej, zmiany chorobowe o charakterze leukoplakii włochatej czy mięsaka Kaposiego – w zakażeniach HIV/AIDS itp. [8, 13].

## Badania dodatkowe

W owrzodzeniach błony śluzowej jamy ustnej w celu ustalenia właściwego rozpoznania oprócz prawidłowo przeprowadzonego badania podmiotowego i przedmiotowego istotne są prawidłowo wykonane i zinterpretowane badania pomocnicze. Z badań dodatkowych najczęściej wykonuje się:

- Badanie krwi:
  - morfologia krwi obwodowej z rozmazem,
  - oznaczenie poziomu żelaza, witaminy B12 i kwasu foliowego – przy podejrzeniu niedokrwistości niedoborowych,
  - oznaczenie stężenia glukozy w surowicy – w celu wykluczenia cukrzycy,
  - badania serologiczne – w owrzodzeniach o podłożu autoimmunologicznym lub w przebiegu chorób zakaźnych;
- Badania mikrobiologiczne – wykonywane przy podejrzeniu zakażenia. Obejmują diagnostykę bakteriologiczną, mykologiczną i hodowle wirusowe;
- Biopsja – może być konieczna, szczególnie gdy występuje:
  - pojedyncze owrzodzenie utrzymujące się dłużej niż trzy tygodnie,
  - owrzodzenie pourazowe utrzymujące się dłużej niż trzy tygodnie po urazie,
  - twarde owrzodzenie, o wzmożonej spoistości w badaniu palpacyjnym,

- obecność zmian skórnych lub na błonach śluzowych poza jamą ustną.

Biopsje błony śluzowej są najczęściej biopsjami wycinkowymi lub nacięciowymi przeprowadzanymi w znieczuleniu miejscowym powierzchniowym [2]. Właściwie pobrany materiał biopsyjny powinien zawierać zarówno tkankę zmienioną chorobowo, jak i tkankę prawidłową. W przypadku owrzodzeń błony śluzowej jamy ustnej najwięcej danych histopatologicznych dostarczają szczególnie tkanki wokół zmiany, ponieważ zgodnie z definicją owrzodzenie jest utratą większej części nabłonka;

- Diagnostyka obrazowa – w wybranych przypadkach, np. RTG lub KT klatki piersiowej przy podejrzeniu gruźlicy, sarkoidozy lub choroby nowotworowej.
- KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE – przy podejrzeniu ogólnoustrojowych przyczyn powstania nadżerek i owrzodzeń niezbędne jest wielospecjalistyczne postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne, wymagające konsultacji i współpracy m.in. dermatologa, hematologa, reumatologa, gastroenterologa oraz stomatologa.

Zrozumienie etiologii i patogenezы chorób zapalnych jamy ustnej przebiegających z owrzodzeniami i nadżerkami błony śluzowej w istotny sposób zmieniło się na przestrzeni ostatnich lat dzięki wciąż postępującemu rozwojowi badań klinicznych w naukach podstawowych, immunologii, mikrobiologii i genetyce. Coraz częściej dzięki naszej wiedzy i nowym metodom diagnostycznym możemy dostatecznie wcześnie rozpoznać związek wielu chorób ogólnoustrojowych z owrzodzeniami w jamie ustnej i skutecznie zapobiegać rozwojowi ich ciężkich powikłań miejscowych i ogólnych.

## Piśmiennictwo

1. Langlais R.P., Miller C.S. Choroby błony śluzowej jamy ustnej. Kolorowy atlas i podręcznik. Wydanie I polskie pod red. E. Szponar. Wrocław: Wyd. Med. Urban & Partner; 1997. s. 2–5, 94–99.
2. Scully C. Choroby jamy ustnej. Diagnostyka i leczenie. Wrocław: Wyd. ed. Urban & Partner; 2006. s. 14–32, 33–65, 185–198.
3. Nowakowska M.A., Androsz-Kowalska O. Zasady badania pacjenta [w:] Górńska R. red. Diagnostyka i leczenie chorób błony śluzowej jamy ustnej. Otwock: Med. Tour Press International; 2011. s. 25–49.
4. Jańczuk Z. Symptomatologia ogólna chorób błony śluzowej jamy ustnej [w:] Jańczuk Z., Banach J. red. Choroby błony śluzowej i przyzębia. Warszawa: Wyd. Lek PZWL; 2004. s. 161–174.
5. Górńska R., Charazińska-Carewicz K., Czerniuk M. Zmiany w jamie ustnej w przebiegu chorób skóry [w:] Górńska R. red. Diagnostyka i leczenie chorób błony śluzowej jamy ustnej. Otwock: Med. Tour Press International; 2011. s. 166–191.
6. Górńska R., Androsz-Kowalska O. Choroby infekcyjne [w:] Górńska R. red. Diagnostyka i leczenie chorób błony śluzowej jamy ustnej. Otwock: Med. Tour Press International; 2011. s. 90–119.
7. Chi A.C., Neville B.W., Krayner J.W., Gonsalves W.C. Oral manifestations of systemic disease. Am Fam Physician. 2010; 82(11): 1381–1388.

8. Dwilewicz-Trojaczek J. Zmiany w jamie ustnej w chorobach układu krwiotwórczego i chłonnego [w:] Górka R. red. Diagnostyka i leczenie chorób błony śluzowej jamy ustnej. Otwock: Med. Tour Press International; 2011. s. 252–272.
9. Mays J.W., Sarmadi M., Moutsopoulos N.M. Oral manifestations of systemic autoimmune and inflammatory diseases: diagnosis and clinical management. *J Evid Based Dent Pract.* 2012; 12(3 Suppl): 265–282.
10. Bouvresse S., Mahé E., Saiag P. Ulcerations or erosion of the oral and/or genital mucosa. Diagnostic approach. *Rev Prat.* 2009; 59(7): 981–982.
11. Mahé E., Longvert C., Saiag P. Ulcerations or erosion of the oral and/or genital mucosae. *Rev Prat.* 2006; 56(6): 667–672.
12. Parent D. Oral ulcerations. *Rev Med Brux.* 2011; 32(4): 210–218.
13. Androsz-Kowalska O., Zaremba M. Zakażenie wirusem HIV i zespół nabytego upośledzenia odporności [w:] Górka R. red.: Diagnostyka i leczenie chorób błony śluzowej jamy ustnej. Otwock: Med. Tour Press International; 2011. s. 121–134.

---

Word count: 1176 Tables: 2 Figures: – References: 13

---

Access the article online: DOI: 10.5604/20845308.1132407 Full-text PDF: [www.otorhinolaryngologypl.com/fulltxt.php?CID=1132407](http://www.otorhinolaryngologypl.com/fulltxt.php?CID=1132407)

---

**Corresponding author:** dr n. med. Elżbieta Waśniewska-Okupniak, Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego, ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań, tel. +48618691387, faks. +48618691690, e-mail: [otosk2@ump.edu.pl](mailto:otosk2@ump.edu.pl)

---

Copyright © 2015 Polish Society of Otorhinolaryngologists Head and Neck Surgeons. Published by Index Copernicus Sp. z o.o. All rights reserved

Competing interests: The authors declare that they have no competing interests.

---

Cite this article as: Waśniewska-Okupniak E., Szyfter W.: Diagnostics of stomatitis with mucosal erosions and ulcers. *Pol Otorhino Rev* 2015; 4(1): 15-19

---