

Upalne promjene usana – cheilitisi

Larisa Musić¹, Marija Pejakić¹
Prof. dr. sc. Vanja Vučićević Boras²

[1] Studentice 5. godine

[2] Zavod za oralnu medicinu, Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Usne predstavljaju prijelaznu zonu između ekstraoralnih i intraoralnih struktura te čine početak probavnog sustava. Obzirom na građu epitela, na usnama razlikujemo tri zone: prvu zonu čine tanka koža s roževinom, folikulima dlaka te žlijezdama lojnicama i znojnicama. Sljedeća je zona vermilion („crveno područje“) koja je građena od mnogoslojnog pločastog epitela bez žlijezda lojnica i znojnica. Treću zonu usana čini sluznica koja u području submukoze sadrži žlijezde slinovnice. Heilitisi jesu upalne promjene usana, koje s obzirom na etiologiju i kliničku sliku dijelimo na (1,2):

1. Cheilitis simplex i cheilitis exfoliativa

Cheilitis simplex akutna je ili kronična upala usana, koja ukoliko se ne liječi može provocirati razvoj kompliciranijih oblika heilitisa (2). Obzirom da se cheilitis simplex u etiologiji i terapiji, a donekle i u kliničkoj slici preklapa s cheilitis exfoliativa, opisat ćemo ih zajedno. Ove oblike heilitisa često nalazimo u osoba koje obično nesvjesno neprestano obiluju jezikom usne što dodatno isušuje usnice i pogoršava kliničku sliku (3). Pacijenti često negiraju nepodesne navike, na što pri pregledu treba obratiti dodatnu pozornost. Osim toga, provocirajući faktori mogu biti: disanje na usta, egzacerbacija atopijskog dermatitisa, imunodeficientna stanja, anomalije zagriža, vjetar, sunce i hladnoća. Klinička slika je raznolika, ali je važno da se upala uvijek manifestira u području prijelaznog epitela usne. Mogu biti prisutni: eritem, fisure, ljuštenje, kruste, blagi otok. Tako promijenjen epitel podložan je sekundarnoj infekciji kandidom ili bakterijama. Klinička slika izraženijih oblika heilitis simpleksa često se podudara s kliničkom slikom ekfolijativnog heilitisa (2). Promjene na usnicama kod cheilitis exfoliativa uključuju suhoću, ljuštenje i pucanje na rubu ver-

miliona, dok se žute hiperkeratotične kruste koje mogu krvariti i na kojima nastaju fisure različite dubine viđaju kod dugotrajnih kroničnih slučajeva (Slika 1). U dijagnozi je potrebno identificirati provocirajuće čimbenike koje je moguće liječiti. Terapija uključuje prekid patoloških navika što dovodi do nestanka promjena. Psihoterapija također može polučiti rezultate. Na usnice se lokalno mogu nanositi hipoalergenske masti ili olovke za usne na bazi vazelina i D-pantenola (1, 2).

2. Cheilitis angularis (perlèche, žvale)

Upalne lezije karakteristične za angularni heilitis nalaze se u jednom ili oba kuta usana te se prezentiraju kao eritematozne promjene kože s fisurama i ljuštenjem (Slika 2). Prilikom otvaranja usta, u težim slučajevima, fisure prekrivene krustama mogu iznova pucati i čak krvariti te može doći do nastanka ulceracija, a svakodnevne aktivnosti vezane uz usnu šupljinu uzrokuju izrazitu bol (1, 3). Uzroci nastanka ovakvih promjena su različiti. Najčešće je u pitanju infekcija *Candidom albicans* i *Staphylococcus aureusom*, u 60% slučajeva. Često ga vidamo u starijih osoba sa sniženom vertikalnom dimenzijom, bilo da su bez proteza ili su proteze neadekvatno napravljene, uslijed čega dolazi do nabiiranja kože u kutovima usana i njihova pojačanog i stalnog vlaženja što pogoduje gljivičnoj infekciji. U zimskim mjesecima susreću se i blaži oblici angularnog heilitisa uzrokovani konstantnim obilivanjem usana i vlaženja kutova usana u svrhu olakšanja neugode zbog suhoće, što samo pogoršava situaciju (7). Angularni heilitis može biti povezan i s lošom prehranom i neunošenjem svih potrebnih nutrijenata u organizam – viđa se u osoba s anemijom uzrokovanom manjkom željeza, Plummer-Vinsonovim sin-

dromom, zbog nedostatka B2 vitamina (riboflavin) te u osoba s anoreksijom i bulimijom (1). Liječenje se provodi prema etiologiji. Za infektivne uzroke preporučuje se upotreba topikalnih antibiotičkih i antifungalnih krema. Kod starijih pacijenata preporučuje se izrada adekvatnih proteza. Ispravljanjem malnutricije i nadoknadom željeza, upalne promjene se također povlače.

3. Cheilitis allergica et venenata

Alergijski i kontaktni heilitis upalna su stanja usana nastala kao posljedica alergijske reakcije preosjetljivosti tipa IV. Manifestiraju se najčešće 24 – 72 sata nakon unosa alergena (13). Razlika između ova dva entiteta jest da se cheilitis allergica odnosi na alergijske reakcije usana uzrokovane sistemski unešenim specifičnim antigenom, dok cheilitis venenata nastaje pri direktnom kontaktu antigena s usnama. Cheilitis allergica može se manifestirati u obliku lihenoidne reakcije ili promjena nalik eksudativnom multififormnom eritemu, rijetko i kao fiksna erupcija (2). Cheilitis venenata (sinonim: cheilitis e contactu) može biti provociran brojnim alergenima koje nalazimo u ruževima za usne, pastama za zube, proizvodima od lateksa ili primjerice topikalnim antibioticima. Vezikule koje se nalaze na eritematoznoj podlozi prve su promjene na usnicama, pucanjem vezikula nastaju erozije, a na posljetku dolazi do ljuštenja, stvaranja fisura i krusti (Slika 3). Pacijent se žali na osjećaj suhoće, pečenja, boli ili ponekad svrbeža. Kod nekih se pacijenata alergijski heilitis može manifestirati samo kao angularni heilitis. U dijagnostici iznimno je važno kroz anamnezu istražiti potencijalne alergene i definitivno ih potvrditi pomoću epikutanog testa. Kožna reakcija će biti vrlo slična promjenama na usnama. U terapiji najvažnije je ukloniti dokazani alergen. Tijekom akutnih faza

bolesti propisuju se kortikosteroidne kreme niske potencije (2, 3, 12).

4. Cheilitis glandularis

Glandularni heilitis upala je akcesornih žlijezda slinovnica na usnama, koja je kroničnog tijeka i nepoznate etiologije (8). Češće se javlja u muškaraca i to tipično na donjoj usnici, iako postoje slučajevi gdje se bolest javila i na gornjoj usnici te nepcu (2). Kao mogući uzroci ove upale navode se: nasljeđe, emocionalni stres, kronično izlaganje sunčevim zrakama i vjetru, bakterijska infekcija, nepodesne navike obilježavanja i grickanja usnica, pušenje i slaba oralna higijena. Klinički se očituje edemom usnice zbog čega može doći do izvrtnja labijalne sluznice prema van. Na području prijelazne i mukozne zone usana nalaze se dilatirana ušća žlijezda slinovnica koja su veličine zrna prosa (Slika 4). U početku su to svijetle, mjehuričaste promjene, koje kasnije postaju crvene točke (2, 9). Promjene su za pacijenta bolne, osobito pri hranjenju (9). Kako je stanje kronično, vremenom se usnice sve više oštećuju, na njima se javljaju erozije, postaju suhe, atrofične, a mogu se stvarati kruste, ljuske i ožiljci (2, 3). Cheilitis glandularis simplex oblik je glandularnog heilitisa kod kojeg istiskivanjem iz upaljenih malih žlijezda slinovnica dobivamo serozni eksudat. Cheilitis glandularis apostematosa nastaje superinfekcijom upaljenih žlijezda slinovnica, a prepoznamo ga po tome što istiskivanjem iz žlijezda slinovnica dobivamo gnojni sadržaj (6). Diferencijalno dijagnostički potrebno je isključiti sumnju na granulomatozni heilitis, mukokelu, aktinički heilitis, cističnu fibrozu, cistadenom, cistadenokarcinom, mukoepidermoidni karcinom (9). Terapija se provodi u nekoliko faza. Prvenstveno, važno je identificirati i ukloniti provocirajuće čimbenike (na primjer: brijanje brade, paste za zube) te zaštititi usnice od vjetra, hladnoće i sunca pomoću balzama za usne. Kao antiseptik može poslužiti 1 - 5% borna kiselina (4). Ukoliko stanje perzistira u svrhu simptomatskog liječenja može se dati topikalni kortikosteroid ili intralezijska instilacija istog lijeka, a sistemski se mogu primijeniti antikolinergici, anti-histaminici i antibiotici prema antibiogramu. Ponekad je potrebno napraviti i operativne zahvate uklanjanja akcesornih žlijezda električnim nožem ili kirurškim laserom (4, 9)

5. Cheilitis granulomatosa

Granulomatozni heilitis (sinonim: Miescherov sindrom) je granulomatozna upala usana kroničnog tijeka čija etiologija nije poznata. Najčešće se javlja u dobi između 20. i 40. godine, s jednakom učestalošću među spolovima. Može se javiti kao izolirani poremećaj ili kao dio trijasa simptoma (uz parezu n. facialisa i fisurast jezik) u Melkersson - Rosenthalovom sindromu (2). Klinička slika karakterizirana je prvotno bezbolnim, mekanim edemom jedne ili obje usnice (makroheilija), a kasnije usnica može postati potpuno tvrda na opip (Slika 5). Klinički pregled, biopsija i patohistološka analiza su postupci u dijagnozi. Diferencijalno dijagnostički postoji još nekoliko bolesti koje se manifestiraju makroheilijom, a to su: glandularni heilitis, angioedem, sarkoidoza, Crohnova bolest, traumatski hematoma, limfom, sarkom i neurofibromatoza, miksedem (2,3,4). Bolest se liječi simptomatski. Kod pacijenata se često kao uspješna metoda reduciranja makroheilije pokazala intralezijska instilacija kortikosteroida (10).

6. Cheilitis actinica

Aktinički heilitis (sinonim: solarni heilitis) prekancerozna je promjena usnica, koja se najčešće primjećuje na vermilionu donje usne te je izravna posljedica dugotrajnog izlaganja sunčevom ultravioletnom zračenju. Češće se javlja u svjetloputih osoba. Pojavnost promjene češća je u muškaraca no žena. Lezije na usnicama razvijaju se veoma sporo - pacijenti često nisu ni svjesni promjene, a rijetko se pojavljuju prije 45 godine života. Promjene se u većini slučajeva uočavaju na vermilionu koji je najviše izložen sunčevom zračenju (1, 3). U početku rub vermilionu je zaglađen, a vremenom se javljaju suhi plakovi (Slika 6). Razlog za zabrinutost predstavljaju kronične ulcerativne lezije usnice na jednom ili više mjesta, koje ukazuju na prijelaz u karcinom skvamoznih stanica. Maligna transformacija javlja se u 6 - 10% slučajeva, no iznimno rijetko prije 60. godine života, s metastazama tek u kasnoj fazi bolesti. Epitel je atrofičan, uz moguće različite stupnjeve epitelne displazije. Podležem epitelu prisutan je i kronični upalni stanični infiltrat. Iako ireverzibilne, lezije se mogu zaštititi od daljnjeg oštećenja sunčevim zračenjem

proizvodima za usne i kremama s primjerenom UV zaštitom. Liječenje nemalignih promjena uključuje lokalnu primjenu kemoterapeutika 5-fluoracila ili kirurško uklanjanje. Biopsijom sumnjivih promjena - ulceracija, plakova i induracija valja isključiti karcinom (1,2).

Rjeđi oblici heilitisa

7. Lupus cheilitis

Eritematozni lupus (LE) autoimuna je bolest koja zahvaća bubrege, mozak, srce, zglobove i druge organe. Može zahvatiti i kožu te sluznice. Promjene opisane u sistemnom LE uključuju ulceracije, eritem i hiperkeratozu te najčešće zahvaćaju vermilion donje usne. Oštro ograničena eritematozna, atrofična područja koja se s vermilionu šire na kožu, karakteriziraju promjene na usnicama u osoba s diskoidnim kroničnim LE. Kod pacijenata sa subakutnim LE mogu se uočiti nejasno ograničene papule koje se sa vermilionu šire na kožu, a promjene mogu nalikovati i na ekfolijativni cheilitis, difuzan i neoštro ograničen (14). U osoba s buloznim LE klinički nalaz na usnicama uključuje multiple, linearno poredane vezikule uz rub vermilionu, bez upale ili ljuštenja, dok se kod hipertrofičnog verukoznog LE pojavljuju plakovi, koji se s vermilionu šire na okolnu kožu (Slika 7) (15, 16). Oboljelima od LE preporučuje se izbjegavanje sunca. U sistemskoj terapiji koriste se kortikosteroidi i anti-malarici (3).

8. Plasma cell cheilitis

Heilitis plazma stanica rijetka je upalna bolest koja najčešće zahvaća usnice, no promjene se mogu vidjeti i na sluznici usne šupljine (obraz, gingiva, nepce, jezik). Etiologija bolesti nije potpuno poznata, no uz njen se nastanak vežu različiti traumatski, hormonski, autoimunski i genetski faktori. Patohistološku sliku karakterizira infiltracija plazma stanica u mukozi (17). Na usnicama se uočavaju oštro ograničeni erozivni, eritematozni plakovi koji mogu biti u razini usnice ili blago uzdignuti (Slika 8). Liječenje promjena provodi se topikalnim kortikosteroidima, no promjene su u nekih pacijenata rezistentne na terapiju. Obćavajuće rezultate daje topikalna terapija imunomodulatorom - takrolimusom (18).



Slika 1. Suhoća, ljuštenje i hiperkeratotične kruste kod eksfolijativnog heilitisa.



Slika 2. Eritematozne promjene u uglovima usana karakteristične za angularni heilitis.



Slika 3. Eritem i kruste na usnicama kod kontaktnog heilitisa.



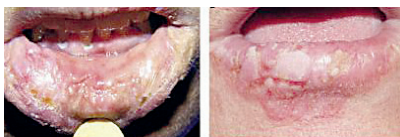
Slika 4. Povećane akcesorne žlijezde slinovnice u području donje usnice karakteristične za glandularni heilitis. Preuzeto iz (9).



Slika 5. Otok donje usne kod granulomatoznog heilitisa.



Slika 6. Kruste i ulcerirane lezije na donjoj usnici kod aktiničkog heilitisa. Preuzeto iz (1).



Slika 7. Verukozne lezije na donjoj usnici u osobe s hipertrofičnim verukoznim LE. Preuzeto iz (16).



Slika 8. Eritematozne erozivne lezije karakteristične za heilitis plazma stanica. Preuzeto iz (18).

* Slike 1 – 3, 5 Preuzeto iz (19).

LITERATURA

1. Neville BW et al. Oral and maxillofacial pathology. 3rd ed. Missouri: Saunders; 2009.
2. Cekić-Arambašin A et al. Oralna medicina. 1st ed. Zagreb: Školska knjiga; 2005.
3. Lipozenčić Jasna et. al. Dermatovenereologija. 3rd ed. Zagreb: Medicinska naklada; 2008.
4. Vučićević-Boras V. Priručnik oralnih bolesti – od dijagnoze do terapije. 1st ed. Zagreb: Medicinska naklada; 2004.
5. Greenberg MS, Glick M. Burketova oralna medicina: dijagnoza i liječenje. 10th ed. Zagreb: Medicinska naklada; 2006.
6. Topić B. Diferencijalna dijagnoza i terapija bolesti oralnih sluznica. 1st ed. Sarajevo – Zagreb, 2004.
7. Aydin E, Gokoglu O, Ozcurumez G, Aydin H. Factitious cheilitis: a case report. J Med Case Rep. 2008;2:29.
8. Taneja P, Singh N. Cheilitis glandularis: clinical report. Int Chin J Dent.

- 2002;2:92-94.
9. Andrade ES, Sobral AP, Laureano Filho JR, Santos ME, Camargo IB. Cheilitis glandularis and actinic cheilitis: differential diagnoses - report of three unusual cases. Dermatol Online J. 2009;15(1):5.
10. Pérez-Calderón R, Gonzalo-Garijo MA, Chaves A, de Argila D. Cheilitis granulomatosa of Melkersson-Rosenthal syndrome: treatment with intralesional corticosteroid injections. Allergol Immunopathol (Madr). 2004;32(1):36-8.
11. Sasaki R, Suzuki K, Hayashi T, Inasaka H, Matsunaga K. Improvement of Cheilitis granulomatosa after Dental Treatment. Case Rep Dermatol. 2011;3(2):151-4.
12. Budimir V, Brailo V, Alajbeg I, Vučićević Boras V, Budimir J. Allergic Contact Cheilitis and Perioral Dermatitis Caused by Propolis: Case Report. Acta Dermatovenereol Cro, 2012;20(3):187-190.
13. Bakula A, Lugović-Mihčić L, Šitum M, Turčin J, Sinković A. Contact allergy in the mouth: diversity of clinical pre-

- sentations and diagnosis of common allergens relevant to dental practice. Acta Clin Croat. 2011;50(4):553-61.
14. Lourenço SV, Nico MM, Romiti R. Oral Lesions in Four Cases of Subacute Cutaneous Lupus Erythematosus. Acta Derm Venereol. 2011;91(4):436-9.
15. Nico MM, Lourenço SV. Multiple blisters along the lip vermilion are a clue to bullous lupus erythematosus. Acta Derm Venereol. 2012;92(4):404-5
16. Lourenço SV, Nico MM. Hypertrophic (Verrucous) Cutaneous Lupus Erythematosus of the Lip and Oral Cavity: A Series of 4 Cases. Acta Derm Venereol. 2012.
17. Rocha N, Mota F, Horta M, Lima O, Massa A, Sanches M. Plasma cell cheilitis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2004;18(1):96-8.
18. Hanami Y, Motoki Y, Yamamoto T. Successful treatment of plasma cell cheilitis with topical tacrolimus: report of two cases. Dermatol Online J. 2011;17(2):6.
19. Laskaris G. Color Atlas of Oral Diseases. 3rd ed. Thieme; 2003.