

Pismo uredništvu/Letter to the editor

**KRONIČNI ULCERATIVNI STOMATITIS – OPIS PRIMERA***Matjaž Rode*

Zdravstveni dom Ljubljana, PE Moste-Polje, Prvomajska 5, 1000 Ljubljana

Kronični ulcerativni stomatitis (KUS) je redka bolezen. Zanj so značilne erozivne in ulcerozne spremembe po sluznici ustne votline. Največkrat sta prizadeta hrbet ali rob jezika, nato pa lična sluznica in sluznica dlesni. Spremembe na dlesni so podobne deskvamativnemu gingivitisu in jih je klinično skoraj nemogoče razlikovati. Redkeje se pojavlja na sluznici ustnic ali pa neba. Predvsem prizadene ženske srednjih let. Razjede se pozdravijo brez brazgotine.

Histološke spremembe pri bolezni so podobne tistim pri liheni ustne votline. Večskladni ploščati epitel kaže okvare bazalne membrane in enojedro celično infiltracijo v lamini propriji.<sup>1,2</sup> Histopatološke preiskave tkiva so le del diagnostičnih testov. Za zanesljivo diagnozo je potrebna potrditev z direktno imunofluorescenčno preiskavo zbolele sluznice z okolico, ki pri pozitivnem testu pokaže edinstveni vzorec imunoglobulina IgG, vezanega na jedra keratinocitov. Tudi z uporabo tehnike Western blot se lahko ugotovijo morebitna bolnikova protitelesa na P-protein KUS. Bolezen lahko uvrstimo v skupino avtoimunih bolezni.<sup>3</sup>

Ker se KUS najbrž prav zaradi etiologije svojega nastanka ne odziva dobro na lokalno zdravljenje s kortikosteroidi, je pomembno, da čim prej postavimo pravilno diagnozo in ga prepoznamo med drugimi ulceroznimi stanji ustne sluznice.

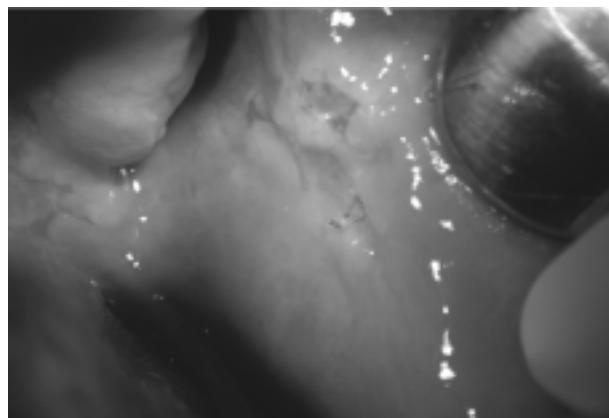
**Opis primera**

54 let star moški G. J. je bil napoten v specialistično ambulanto za ustne bolezni zaradi ponavljajočih se razjed po sluznici trdega neba in lične sluznice. Te spremembe so bile po njegovem pripovedovanju bolj ali manj stalno prisotne že skoraj eno leto in so mu občasno onemogočale uporabo zgornje totalne proteze. Po koži takih sprememb ni opazil. Zdravnik in zobozdravnik sta mu predlagala izpiranje z ustnimi vodami, kar pa ni pomagalo. V pogovoru je navedel, da se število razjed še poveča, kadar je razburjen ali močno utrujen. V prvem pogovoru je tudi navedel, da ima sicer občasno težave z želodcem, vendar zdravi, ki bi jih moral jemati dlje časa, ne jemlje. S seboj je prinesel rezultate osnovnih krvnih in biokemičnih preiskav, ki pa niso odstopali od normalnih vrednosti.

Pri preiskavi ustne votline smo ugotovili brezzobo maksilo in le nekaj zob v mandibuli. Področnih vratnih bezgavk ni bilo tipati. Usta je bolnik odpiral normalno. Ustna sluznica je izgledala sicer normalno, na slu-

znici trdega neba, alveolnega grebena in lični sluznici pa je bilo videti več erozivnih sprememb, ki so bile prekrte s fibrinskimi psevdomembranami. Robovi razjed so bili rahlo dvignjeni, okolica pordela in otekla ter občutljiva na dotik (Sl. 1). V lokalni anesteziji smo odvzeli del razjede in tkiva v okolici razjede in ga po ustaljenem protokolu poslali na Inštitut za patologijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani. Pri patohistološki preiskavi je bila ugotovljena ulcerirana ustna sluznica, pokrita z eozinofilno nekrozo in nevtrofilnimi granulociti. V mrtvino se je vraščalo granulacijsko tkivo. Patohistološka diagnoza je bila ulcerozni stomatitis z možnostjo mukoznega pemfigoida, ki pa ga bi lahko potrdili z metodo direktne imunofluorescence.

Da bi potrdili diagnozo, smo v lokalni anesteziji ponovno odvzeli del razjede in tkiva v okolici razjede in ga poslali na Inštitut za patologijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani s prošnjo, da naredijo še imunofluorescenčno preiskavo odvzetega tkiva. Rezultati te preiskave so izključili bulozne dermatoze in potrdili sum na KUS, čeprav ne povsem značilno.



Sl. 1. Razjede lične sluznice in mehkega neba. Klinično so podobne erozivnemu liheni ustne sluznice ali sluzničnemu pemfigoidu.

Še pred patohistološko potrditvijo diagnoze smo bolniku v okolico razjed vbrizgali submukozno 1 ccm triamcinolonske suspenzije za injiciranje, ki vsebuje 40 mg učinkovine na 1 ml. Na kontrolnem pregledu čez en teden razjed ni bilo več videti. Bolnik je bil opozorjen, da naj se javi takoj, ko se ponovijo razjede v ustni votlini, vendar ni več prišel.

## Razpravljanje

Za KUS so značilne razjede ustne sluznice, ki se celijo brez brazgotin in ki se ponavljajo. Klinično se težko loči od oralnega lihena, lihenoidnih sprememb ustne sluznice, mukoznega pemfigoida, pemfigusa, nekaterih oblik kroničnih glivičnih okužb, bulozne epidermolize, piostomatitisa vegetansa, multiformnega eritema in herpetiformnega dermatitisa. Klinična diagnoza je zato nezanesljiva in je ključnega pomena za postavitev dokončne diagnoze histološki izvid. Običajni histološki izvid je nespecifičen, zato se diagnoza KUS lahko potrdi z dodatnimi imunofluorescenčnimi preiskavami.

Klinično remisijo bolezní so nekateri avtorji dosegli z dajanjem antimalarika hidroksiklorokina.<sup>4</sup> Tak način zdravljenja pa drugi zaradi mnogih neželenih učinkov zdravila odsvetujejo.<sup>5</sup> Priporočajo topikalni nanos kortikosteroidov.<sup>4</sup> Sami smo dosegli izboljšanje klinične slike bolezní z vnosom kortikosteroidov v okolico poškodbe ustne sluznice.

Čeprav gre za redko bolezen, pa mora predvsem zobozdravnik pri poškodbah ustne sluznice, ki tudi po odstranitvi lokalnih vzrokov ne izginejo v 14 dneh, pomisliti tudi na možnost prisotnosti ene od avtoimunih bolezní ustne sluznice in bolnika napotiti k specialistu za ustne bolezní ali specialistu za kožne bolezní.

## Literatura

1. Scully C, Porter SR. The clinical spectrum of desquamative gingivitis. *Semin Cutan Med Surg* 1997; 16: 308-13.
2. Lorenzana ER, Rees TD, Glass M, Detweiler JG. Chronic ulcerative stomatitis: A case report. *J Periodontol* 2000; 71: 104-11.
3. Parodi A, Cozzani E, Cacciapuoti M, Rebora A. Chronic ulcerative stomatitis: antibodies reacting with the 70-kDa molecule react with epithelial nuclei. *Br J Dermatol* 2000; 143: 671-2.
4. Fox RI. Mechanism of action of hydroxychloroquine as an anti-rheumatic drug. *Semin Arthritis Rheum* 1993; 23: 82-91.
5. Lewis JE, Beutner EH, Rostami R, Chorzelski TP. Chronic ulcerative stomatitis with stratified epithelium-specific antinuclear antibodies. *Int J Dermatol* 1996; 35: 272-5.