

Uvod u oralnu medicinu

Dijagnostički i terapijski pristup

Ovaj kratki uvod daje sažete informacije koje doktor dentalne medicine mora implementirati kako bi uspješno prevladao dijagnostičke i terapijske dileme. Oralna medicina je specijalistička grana u okviru dentalne medicine. Specijalist oralnih bolesti treba imati određenu razinu znanja iz kliničko-laboratorijske dijagnostike u medicini i stomatologiji zajedno s kliničkim iskustvom. To omogućava liječniku da se uspješno suočava s dijagnostičkim i terapijskim izazovima. Okvir specijalističkog usavršavanja oralne medicine uključuje znanja iz interne medicine, dermatologije, otorinolaringologije, pedijatrije, kliničke farmakologije, terapije, patohistologije i dr. Usta i strukture unutar usne šupljine omogućavaju znakovite kliničke prednosti: (1) to je tjelesna šupljina koja je laka za inspekciju i palpaciju, (2) lako se bioptira, (3) mogući su višekratni pregledi jer su dentalni i gingivni problemi učestali, te su stoga potrebni redoviti posjeti stomatologu i (4) lako je dostupna za samo-pregled. S druge strane, usna šupljina dovodi do mnogih dijagnostičkih poteškoća zbog sljedećih čimbenika: (1) cijeli niz lokalnih i sistemskih bolesti s morfološki sličnim lezijama očituje se u

usnoj šupljini i (2) lokalni čimbenici poput sline, proteza, ostataka hrane i mehanička aktivnost zuba mogu promijeniti osnovni izgled lezije. Klinička dijagnostička metodologija slijedi osnovne principe na koje treba misliti kako bi se stiglo do ispravne dijagnoze. Ovi su principi navedeni u Tablici I.1. Laboratorijski testovi slijede kliničku evaluaciju. Laboratorij je pomoć a ne zamjena za zdravu kliničku metodologiju. Kliničari trebaju biti upoznati s laboratorijskim pogreškama i dezorijentacijom koju mogu izazvati pri postavljanju dijagnoze. Stoga je osnovno načelo da laboratorijske nalaze uvijek vrednuje kliničar u odnosu na kliničku sliku bolesti. Ispravna odluka o terapiji temelji se na ispravnoj dijagnozi. Pravila i parametri koji se moraju slijediti pri implementiranju odgovarajuće terapije navedeni su u Tablici I.1. U slučaju terapijskog neuspjeha, a nakon pridržavanja pravila i smjernica, kliničar mora revidirati dijagnostičku pretpostavku i istražiti druge mogućnosti. Čitatelj ove knjige se potiče da istražuje citiranu bibliografiju na kraju Uvoda kako bi saznao dodatne informacije iz oralne medicine, patologije, dermatologije, interne medicine, imunologije i terapije koje je koristio autor ove knjige kao osnovni, klasični referentni priručnik.

Tablica I.1 Dijagnostički i terapijski pristup

I. Dijagnoza

- Potpuna povijest bolesti i fizikalni pregled
- Evaluacija oralnih lezija
- Ispitivanje i evaluacija oralnih, kožnih lezija i drugih promjena u tijelu
- Evaluacija simptoma i znakova na drugim organskim sustavima
- Uzimanje lijekova prije pojave oralne bolesti
- Grupiranje entiteta bolesti po kliničkim kriterijima
- Re-evaluacija simptoma i znakova u slučaju sumnje na određenu dijagnozu
- Konzultacija s obiteljskim liječnikom ako je potrebno
- Biopsija na temelju kliničke indikacije
- Patohistološka analiza od strane iskusnog patologa
- Evaluacija izvješća patologa u odnosu na simptome i znakove bolesnika
- Ponavljanje biopsije ako postoji dilema
- Daljnja laboratorijska evaluacija ako je klinički indicirana
- Je li dijagnoza korektna
- Re-evaluacija bolesnika nakon početka terapije

II. Diferencijalna dijagnoza

- Početak simptoma i znakova
- Trajanje (akutan- subakutan- kronični tijek)
- Opći simptomi (povišena ili snižena temperatura, bol, slabost, anoreksija, gubitak apetita i artralgijska)
- Morfologija lezije (makule, papule, mjehuri, bule, pustule, plak, noduli)
- Boja lezije (bijela, crvena, crna, smeđa, žuta)
- Lokalizacija (jezik, obrazna sluznica, nepce, dno usta, gingiva, usne)
- Koegzistencija s kožnim lezijama i oralnim lezijama
- Biopsija i patohistološka analiza
- Laboratorijski nalazi (mikrobiologija, imunologija, hematologija, slikovna dijagnostika i molekularna ispitivanja).

III. Terapija

- Izbor pravog lijeka
- Primjena lijeka u ispravnom obliku (tablete, injekcije, masti)
- Odgovarajuća doza i raspored doziranja
- Uzimanje u obzir kliničke farmakologije poput interakcije između primijenjenih lijekova i drugih lijekova koje bolesnik uzima
- Ekstremna briga s obzirom na kontraindikacije za lijek koji se primjenjuje
- Nuspojave naše terapije
- Usklađivanje oralne terapije sa sustavnom
- Evaluacija terapijskog rezultata 2- 4 dana nakon početka terapije
- U slučaju terapijskog neuspjeha, re-evaluacija dijagnostičke pretpostavke
- Općeniti je princip da ispravna terapija slijedi nakon ispravne dijagnoze

Osnovna literatura

- Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. *Dermatology*. 2nd ed. Philadelphia, PA:Saunders; 2012
- Bradley P, Guntinas-Lichius O. *Salivary Gland Disorders and Diseases: Diagnosis and Management*. Stuttgart, Germany: Thieme Verlag; 2011
- Chan LS. *Blistering Skin Diseases*. London, UK: Manson Publishing; 2009
- Fletcher CDM. *Diagnostic Histopathologic of Tumors*. 4th ed. Philadelphia, PA:Elsevier; 2013
- Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, et al. *Dermatology in General Medicine*. 8th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2012
- Greer JP, Arber D, Glader B, et al. *Wintrobe's Clinical Hematology*. 13th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2013
- James JD, Berger TG, Elston DM. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*. 12th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2015
- Kumar P, Clark M. *Clinical Medicine*. 8th ed. Philadelphia, PA: W.B.Saunders; 2012
- Laskaris G, Scully C. *Periodontal Manifestations of Local and Systemic Diseases*. Berlin, Germany: Springer; 2003
- Laskaris G. *Clinical Stomatology (in Greek)*. Athens, GR: Listas Publications; 2012
- Laskaris G. *Color Atlas of Oral Diseases*. 3rd ed. Stuttgart, Germany: Thieme Verlag; 2003
- Laskaris G. *Oral Diseases in Children and Adolescents*. Stuttgart, Germany: Thieme Verlag; 2000
- Laskaris G. *Treatment of Oral Diseases*. Stuttgart, Germany: Thieme Verlag; 2005
- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 4th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2015
- Papadakis MA, McPhee SJ. *Current Medical Diagnosis and Treatment*. New York, NY: McGraw-Hill; 2016
- Spitz JL. *Genodermatoses: A Clinical Guide to Genetic Skin Disorders*. 2nd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2004
- Walker BR, College NB, Ralston SH, Penman IPN. *Davidson's Principles and Practice of Medicine*. 22nd ed. Philadelphia, PA: Churchill Livingstone; 2014

1 Normalne anatomske varijacije sluznice

Leukoedem

Ključne točke

- uobičajena normalna varijacija oralne sluznice
- učestaliji u crnaca u odnosu na bijelce
- obično se nalazi na obraznoj sluznici, češće bilateralno i rijetko na postraničnim dijelovima jezika
- dijagnoza se temelji na kliničkoj slici

Uvod

Leukoedem je uobičajena varijacija oralne sluznice zbog pojačane debljine epitela i intracelularne otekline spinoznog sloja stanica. Slična klinička slika može se vidjeti na sluznici grkljana i vagine. Najčešće se vidi u tamnoputih osoba, s učestalošću 70-90%.

Klinička slika

U pravilu, leukoedem se pojavljuje bilateralno i obično zahvaća obraznu sluznicu i rijetko postranične dijelove jezika (**slike 1.1, 1.2**). Klinički oralna sluznica izgleda opalescentno ili sivkasto bijela s blagim borama koje tipično nestaju kada se sluznica rastegne, povlačenjem ili rastezanjem obraza. Leukoedem je normalne konzistencije pri palpaciji. Ovaj poremećaj obično slučajno primijeti bolesnik ili stomatolog tijekom rutinskog pregleda. Dijagnoza se temelji isključivo na kliničkoj slici.

Diferencijalna dijagnoza

- kronično grizenje
- pseudomembranozna kandidijaza
- lihen planus
- leukoplakija
- kontaktni stomatitis zbog cimeta
- bijeli spužvasti nevus
- hereditarna benigna intraepitelna diskeratoza

Dijagnostika

Nije potrebna. Pri patohistološkoj analizi, leukoedem pokazuje zadebljanje epitela, povećanu parakeratozu i akantozu sa širokim i produljenim epitelnim produljcima. Karakteristično su stanice spinoznog sloja velike, s malim piknotičkim jezgrama zbog izraženog intracelularnog edema.

Liječenje

Liječenje nije potrebno.

Rasna pigmentacija

Ključne točke

- fiziološki nalaz zbog pojačane proizvodnje melanina
- pigmentacija je češća u crnaca i tamnoputih bijelaca
- gingiva i obrazna sluznica su najčešće zahvaćene
- bolest je asimptomatska i benigna

Uvod

Melanin je normalni pigment kože i sluznica koji proizvode melanociti. Pojačano odlaganje melanina u oralnoj sluznici može nastati u raznim bolestima. Tamno obojenje može često biti normalan nalaz u crnaca i tamnoputih bijelaca.

Klinička slika

U zdravih ljudi mogu postojati klinički asimptomatska crna ili smeđa područja različite veličine i distribucije u oralnoj sluznici, obično na gingivi, obraznoj sluznici, nepcu i rjeđe na jeziku, dnu usne šupljine i usnama (**Slika 1.3**). Pigmentacija je učestalija u područjima frikcije ili tlaka i postaje intenzivnija usporedo s dobi. Biopsija može biti opravdana ako je klinički izgled atipičan i dovedi do dijagnostičke dileme.

Diferencijalna dijagnoza

- melanoza uzrokovana pušenjem
- pigmentacije zbog lijekova
- pjege
- lentigo simpleks
- lentigo maligna
- pigmentirani madeži
- melanom
- Addisonova bolest
- Peutz-Jeghersov sindrom
- Allbrightov sindrom
- amalgamska tetovaža

Dijagnostika

Patohistološki se vidi pojačana proizvodnja melanina iako je broj melanocita normalan. Pokrovni epitel je normalan.

Liječenje

Liječenje nije potrebno.



Slika 1.1 Leukoedem obrazne sluznice



Slika 1.2 Leukoedem jezika



Slika 1.3 Normalna pigmentacija gingive

Linea alba (bijela pruga)

Ključne točke

- linea alba je uobičajena promjena na obraznoj sluznici i obično je bilateralna
- nalazi se na obraznoj sluznici u nivou okluzalne linije, obično iza pretkutnjaka
- mehanički pritisak ili iritacija zbog obraznih površina zuba je etiološki čimbenik

Uvod

Linea alba je relativno uobičajena linearna elevacija obrazne sluznice koja se proteže od kuta usana do trećeg kutnjaka u okluzalnoj ravnini. Izraženija je uzduž pretkutnjaka i kutnjaka. Obično je povezana s mehaničkom iritacijom ili sisanjem obraznih površina zuba. Promjena je izraženija oko okluzijskih defekata.

Klinička slika

Klinički, linea alba se prikazuje s unilateralnim ili obično bilateralnim linearnim povišenjem normalne ili blago bjelkaste boje sluznice koja je normalne konzistencije na palpaciju (**Slika 1.4**). Povremeno može biti nazubljena i karakteristično se vidi na obraznoj sluznici duž okluzalne linije. Linea alba varira u izraženosti i može biti češća u debelih ljudi. Dijagnoza se temelji na kliničkoj slici.

Diferencijalna dijagnoza

- kronično grizenje
- leukoplakija
- kandidijaza
- kontaktni stomatitis zbog cimeta
- leukoedem

Dijagnostika

Nije potrebna. Pri patohistološkoj analizi, epitel je normalan s blagom hiperortokeratozom i intracelularnim edemom spinoznog sloja.

Liječenje

Liječenje nije potrebno.

Fordyceove granule

Ključne točke

- Fordyceove granule su normalna anatomska varijacija koja je karakterizirana nakupinom lojnih žlijezda u oralnoj sluznici
- pojavljuju se u 70-80% populacije
- gornja usna, komisura usana, obrazna sluznica i retromolarno područje su najčešće zahvaćeni
- dijagnoza se temelji na kliničkoj slici

Uvod

Fordyceove granule su ektopične žlijezde lojnice u oralnoj sluznici koje su funkcijski inaktivne. Sličan se nalaz može vidjeti i na genitalnoj sluznici. To je učestao nalaz u ustima i to u 70-80% populacije oba spola. S porastom životne dobi, granule mogu postati prominentnije kao posljedica atrofije sluznice.

Klinička slika

Klinički se Fordyceove granule vide kao multiple, male, pomalo izdignute bijelo-žute, dobro ograničene točke koje se rijetko kad spajaju kako bi nastali plakovi (**slike 1.5, 1.6**). Najčešće se pojavljuju na površini sluznice gornje usne, komisurama, obraznoj sluznici uz kutnjake i retromolarnom području, na simetričan, bilateralan način. Većina bolesnika ima multiple lezije, dok neki imaju samo nekoliko lezija. Karakteristično granule postaju izraženije kada se sluznica rastegne. One su asimptomatske i dijagnoza se postavlja tijekom rutinskog oralnog pregleda ili slučajno od samih bolesnika.

Diferencijalna dijagnoza

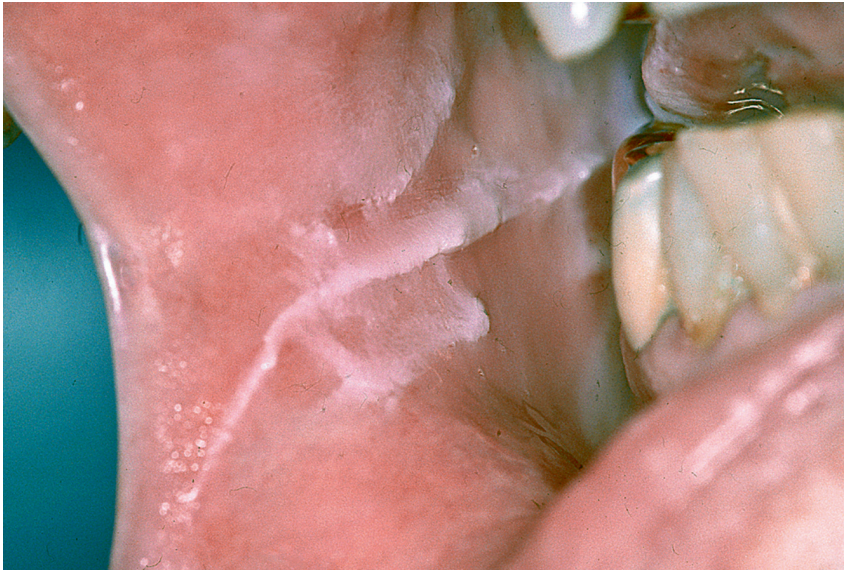
- lihen planus
- kandidijaza
- leukoplakija

Dijagnostika

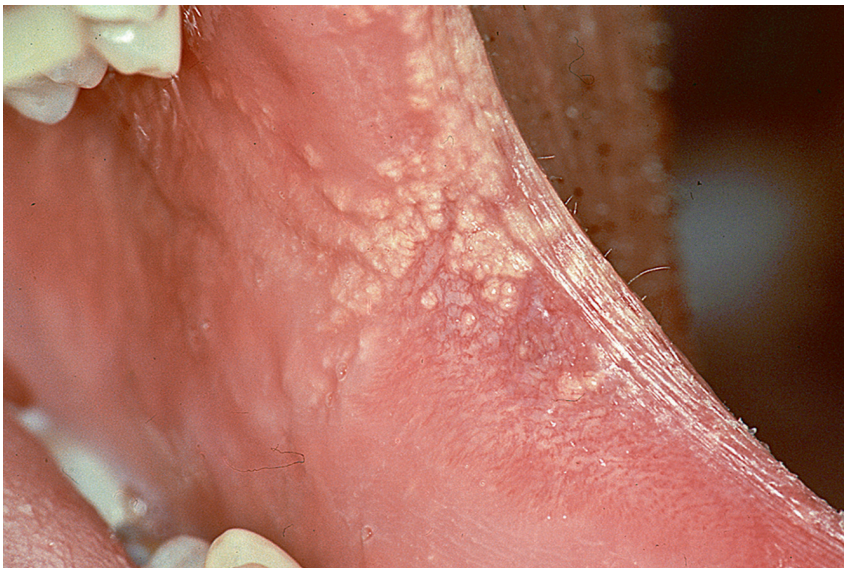
Nije potrebna. Pri patohistološkoj analizi, multiple, dobro oblikovane, ektopične žlijezde lojnice, bez folikula dlake mogu se vidjeti u površinskim dijelovima vezivnog tkiva.

Liječenje

Nije potrebno liječenje jer su Fordyceove granule normalna anatomska varijacija oralne sluznice.



Slika 1.4 Linea alba



Slika 1.5 Fordyceove granule na obraznoj sluznici



Slika 1.6 Fordyceova granula na gornjoj usni

2 Razvojni defekti

Orofacijalni rascjepi

Fetalni razvoj lica i usne šupljine je čudesno multilateralan i složen proces koji ima za posljedicu nastanak iznimnog dijela ljudskog tijela, tj. lica. Svaki poremećaj u nastanku i razvoju ovih tkiva može dovesti do poremećaja u području lica odnosno do nastanka rascjepa.

Tipični rascjepi lica

- rascjep usne
- rascjep nepca
- rascjep gornje/donje čeljusti
- rascjep uvule
- rascjep središnjeg dijela gornje usne
- kosi rascjep lica

Uzroci nastanka rascjepa

- genetski
- okolišni
- pušenje tijekom trudnoće
- konzumiranje alkohola tijekom trudnoće
- uzimanje određenih lijekova tijekom trudnoće
- malnutricija i deficit vitamina

Rascjep usne

Ključne točke

- najčešći rascjep
- može biti solitaran ili u sklopu sindroma
- često koegzistira s rascjepom nepca
- uzrokuje estetski defekt

Uvod

Rascjep usne je poremećaj u razvoju koji uglavnom zahvaća gornju usnu i vrlo rijetko donju. Može se pojaviti kao samostalna bolest ili u sklopu genetskih sindroma.

Klinička slika

Unilateralni ili, rjeđe, bilateralni defekt na usni s većom učestalošću s lijeve strane lica (**Slika 2.1**). Češći je u muške djece. Obično se pojavljuje u kombinaciji s rascjepom nepca ili gornje čeljusti. Učestalost rascjepa usne je jedan slučaj na 9 000 porođaja, a zajedno s deformacijom nepca je jedan slučaj na 1 000 porođaja. Obično je defekt jednostran i dovodi do estetskih i funkcionalnih poteškoća.

Liječenje

Plastično rekonstruktivno liječenje.

Rascjep nepca

Ključne točke

- uobičajen rascjep
- u nekoliko slučajeva se dogodi zajedno s rascjepom gornje čeljusti i usne
- mnogo puta je prisutan u sklopu genetskih sindroma
- uzrokuje funkcionalne defekte

Uvod

Rascjep nepca je razvojni poremećaj koji uzrokuje neuspjeh pri spajanju dva embrijska nastavka nepca. Često je prisutan zajedno s rascjepom gornje čeljusti i usne. Učestalost samostalnog rascjepa nepca iznosi 0,29-0,56% na 1 000 porođaja.

Klinička slika

Deficit se nalazi samo na tvrdom nepcu ili na tvrdom i mekom nepcu (**slike 2.2, 2.3**). U teškim slučajevima mogu nastati funkcionalni i psihički problemi. Rascijepljena uvula je blaži tip rascjepa nepca i može se vidjeti kao samostalan nalaz ili u kombinaciji s težim malformacijama (**Slika 2.4**).

Liječenje

Preporuča se rano kirurško liječenje. Uloga ortodonta i protetičara je od ključne važnosti u funkcijskoj obnovi defekta.

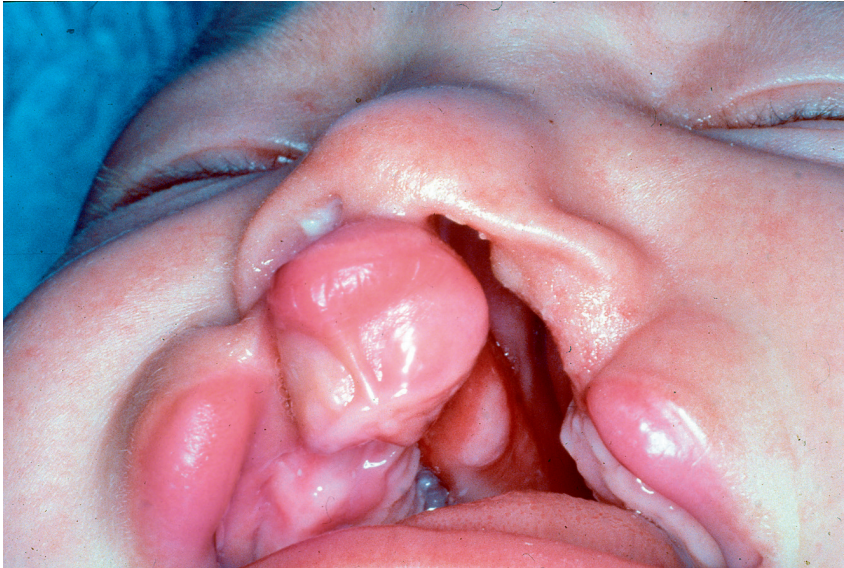
Kosi rascjep lica

Ključne točke

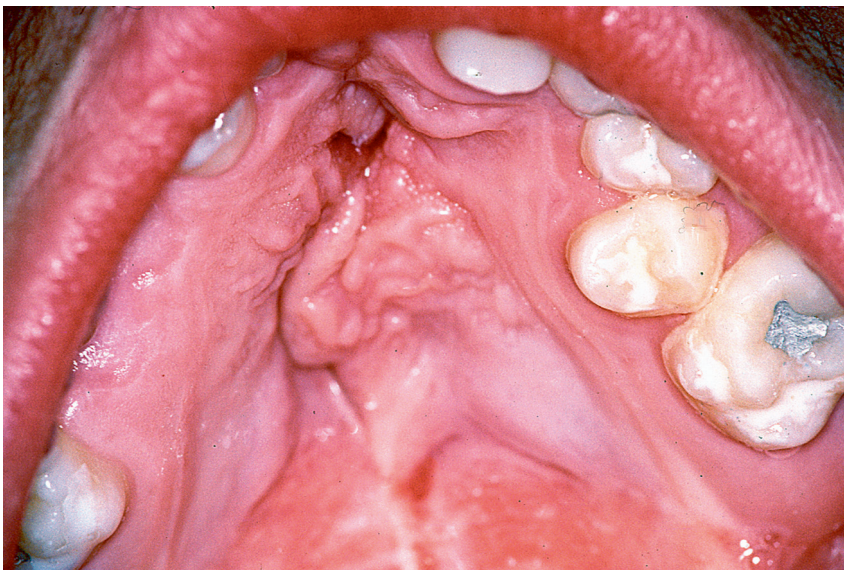
- rijedak oblik rascjepa
- proteže se od gornje usne do orbite oka
- poremećaj dovodi do velikih estetskih i funkcionalnih defekata
- često u kombinaciji s rascjepom nepca i usne

Uvod

Kosi rascjep lica je sporadičan i iznimno rijedak oblik rascjepa. Učestalost je 1 slučaj na 1300 rascjepa lica. Poremećaj je skoro uvijek povezan s rascjepom usne i nepca. Katkad je životno ugrožavajući.



Slika 2.1 Rascjep usne i nepca



Slika 2.2 Rascjep nepca



Slika 2.3 Rascjep maksile

Klinička slika

Kosi rascjep lica se može protegnuti od gornje usne do nosa i oka (oro-okularni tip) (**Slika 2.5**). U 20-30% slučajeva je bilateralan. Može se pojaviti zajedno s drugim razvojnim anomalijama poput asimetrije lica, oka i nosa.

Liječenje

Plastična rekonstruktivna kirurgija.

Oralne dlake

Ključne točke

- dlake i folikuli dlake su jako rijetki na oralnoj sluznici
- opisano je nekoliko slučajeva, isključivo u bijelaca
- nalaz oralnih dlaka može biti objašnjenje za oralni keratoakantom

Uvod

Dlake i folikuli dlake su iznimno rijedak fenomen u oralnim sluznicama. Do sada je opisano samo sedam slučajeva do 2015. godine, i svi u bijelaca. Nema jasnog objašnjenja za pojavu dlaka iako se vjerojatno radi o razvojnoj anomaliji.

Klinička slika

Klinički se oralna dlaka vidi kao pojedinačna, asimptomatska crna dlaka dužine 0,3-3,5 cm, koja je obično okružena bjelkastom sluznicom (**Slika 2.6**). Povremeno lezija može dovesti do manjih problema tijekom ljubljenja. Prisutnost oralne dlake može dovesti do psihičkih problema, a bolesnici su anksiozni i žele riješiti taj problem. Obično se oralne dlake nalaze na jeziku, gingivi i obraznoj sluznici. Prisutnost oralnih dlaka može biti objašnjenje za rijetku pojavu intraoralnog keratoakantoma. Dijagnoza oralne dlake temelji se na kliničkoj slici, ali se može potvrditi i biopsijom.

Diferencijalna dijagnoza

- presadak kože s dlakama
- implantacija dlaka u usnu šuplinu nakon nesreće

Dijagnostika

Na patohistološkom preparatu vide se folikuli dlake u lamini proprijij, uz koje se nalazi nekoliko lojnih žlijezda.

Liječenje

Konzervativna kirurška ekscizija.

Kongenitalne jamice na usnama

Ključne točke

- rijetka razvojna malformacija
- povremeno može biti povezana s rascjepom usne i/ili nepca
- obično nastaje na donjoj usni
- dijagnoza se temelji na kliničkom izgledu

Uvod

Kongenitalne jamice na usnama su relativno rijetka razvojna invaginacija koja se isključivo pojavljuje na donjoj usni. Nastaje od perzistentnih lateralnih brazdi na embrionalnom luku donje čeljusti. Malformacija može nastati sama ili u kombinaciji s komisuralnim jamicama, rascjepom usne i/ili nepca. Kongenitalne jamice usana često se nasljeđuju kao autosomno dominantne.

Klinička slika

Klinički se kongenitalne jamice na usnama prikazuju kao bilateralne, asimptomatske i asimetrične depresije u središnjem dijelu, na granici vermilion donje usne (**Slika 2.7**). Na dnu jamice, koja može varirati od 0,2 do 1 cm, može se nakupljati mala količina mukusa. Usna može biti povećana i otečena, ali defekt nije povezan s boli. Dijagnoza se temelji na kliničkoj slici i povijesti bolesti.

Diferencijalna dijagnoza

- mehanička trauma
- kirurški deformiteti
- Woudeov sindrom
- drugi rijetki sindromi

Dijagnostika

Obično nije potrebna. Na patohistološkoj analizi, oko brazde se nalazi normalni epitel. Blaga kronična upala s plazma stanicama i leukocitima je uobičajen nalaz. Uz to, male žlijezde slinovnice mogu komunicirati s jamicama.

Liječenje

Rekonstruktivni kirurški zahvat zbog estetskih razloga.