

Recidivujúce afty a Behcetova choroba

MUDr. Tímea Kosztyuová

Kožné oddelenie, 1. súkromná nemocnica Košice Šaca

Rekurentná aftózna stomatitída (RAS) je častým ochorením nejasnej etiopatogenézy, pre ktoré existuje len symptomatická terapia. Diagnóza je založená na klinickom obraze. Spúšťačmi ochorenia môžu byť rôzne faktory ako trauma, diéta a stres. Je potrebné poučiť pacienta, že RAS nie je podmienená infekčne, ako sa často myslí, a že nie je spôsobená vírusom infekcie herpes simplex (1).

Kľúčové slová: aftózna stomatitída, klinické typy, liečba, morbus Behcet.

Recurrent aphthous stomatitis and Behcet disease

RAS is a common oral disorder of uncertain etiopathogenesis for which is available only symptomatic therapy. Diagnosis, therefore, is made on clinical grounds alone. Several factors – such as trauma, diet and stress are known to trigger the disease. It is essential to educate the patient that RAS is not a contagious condition, as often is thought, and that the herpes simplex virus does not cause it.

Key words: aphthous stomatitis, clinical types, therapy, morbus Behcet.

Dermatol. prax, 2010, 4(2): 57–59

Rekurentná aftózna stomatitída

Úvod

Rekurentná aftózna stomatitída (RAS) je charakterizovaná **ulceráciami na sliznici ústnej dutiny, ktoré recidivujú niekoľko rokov**, sú pomerne časté, so vznikom v ktoromkoľvek veku, ale najmä v mladšej dospelosti. Ochorenie je gynekotropné (2).

Príčina vzniku nie je objasnená, familiárny výskyt bol dokázaný u tretiny pacientov a existuje aj asociácia s HLA antigénmi (HLA-A2, HLA-A11,

HLA-B12, HLA-DR2) (7). U niektorých pacientov existujú predispozičné faktory ako nedostatok železa, kyseliny folátovej, vitamínu B12, malabsorpčné stavy – celiakia, *morbus Crohn*, perniciózna anémia, poruchy gastrointestinálneho traktu (hyperacidita, chronická gastritída, žalúdočné vredy), stres, trauma, ukončenie fajčenia, imunodeficientné stavy, uvažuje sa aj o vírusových faktoroch (adenovírusy).

Klinické typy

Existujú tri **hlavné klinické typy RAS** (tabuľka 1):

- **malé afty** sú najčastejšie a tvoria 80 % všetkých aft,
- **veľké afty** tvoria 10 %,
- **herpetiformné typy ulcerácií** tvoria zvyšných 10 % (7).

Malé aftózne ulcerácie (Mikuliczove vredy) (obrázok 1) sa objavujú medzi desiatym a štyridsiatym rokom života a spôsobujú len minimálne ťažkosti, majú 2 – 4 mm v priemere a vyskytujú sa hlavne na sliznici pier, bukálnej sliznici, ústnej spodine, v oblasti sulku a ventra jazyka. Menej často sa vyskytujú na ďasnách, podnebí alebo na dorze jazyka. Ulcerácie sa objavujú v malom počte (1 až 6) a hoja sa do siedmich až desiatich dní s recidivami v rôznych časových intervaloch. Väčšinou sú okrúhle, oválne alebo lineárne, spodina ulcerácie je zo začiatku žltkastá, ale v priebehu epitelizácie sa mení na sivastú a okolo defektu je erytematózný haló lem. Hojenie lézií prebieha bez jazvenia.

Veľké aftózne ulcerácie (Suttonove vredy) (obrázok 2) známe aj ako *peradenitis mucosa necrotica recurrens* sú väčšie, s častejšími recidivami, trvajú dlhšie a sú bolestivejšie oproti Mikuliczovým vredom. Dosahujú veľkosť

Tabuľka 1. Klinické typy ulcerácií.

	Malé afty	Veľké afty	Herpetiformné ulcerácie
vek	detstvo, adolescencia	detstvo, adolescencia	mladí dospelí
veľkosť	2 – 4 mm	10 mm a viac	najprv malé, ale splyvajú
počet	do 6	do 6	10 – 100
lokalizácia	vestibulum, bukálna sliznica, sliznica pier, spodina ústnej dutiny	kdekoľvek na sliznici ústnej dutiny	najčastejšie ventrum jazyka
trvanie	do 10 dní	do mesiaca	do mesiaca
iné	najčastejší výskyt	možné hojenie jazvami	predominancia – ženy

Obrázok 1. Stomatitis aphthosa minor na sliznici dolnej pery.



Obrázok 2. Stomatitis aphthosa maior na sliznici jazyka.



Obrázok 3. Herpetiformné slizničné lézie na spodine jazyka.



v priemere aj 1 cm a viac, môžu sa objaviť v ktorejkoľvek oblasti na sliznici ústnej dutiny, najčastejšie sú však postihnuté pery, jazyk, bukálna sliznica a mäkké podnebie. Vyskytujú sa v počte 1 až 6, hoja sa pomaly – 10 až 40 dní, s častými recidívami. Sú okrúhle alebo oválne so zápalovým haló lemom a často zanechávajú jazvy. V diferenciálnej diagnostike treba odlišiť dlaždicobunkové karcinómy ústnej sliznice, histiocytózu z Langerhansových buniek s postihnutím mäkkých tkanív, dôsledky arteriálnych oklúzií a Behcetov syndróm.

Herpetiformné ulcerácie (obrázok 3) sa objavujú v mladšej dospelosti, s predominciou u žien. Sú veľmi bolestivé, s častými recidívami. Začínajú sa ako vezikuly, ktorá rýchlo prechádzajú do drobných, viacpočetných ulcerácií, ktoré sa zväčšujú a splyývajú, hoja sa aj 10 a viac dní. Názov dostali pre podobnosť s herpetickou stomatitídou, ale prítomnosť vírusu infekcie herpes simplex nebola dokázaná. Diferenciálne diagnosticky treba odlišiť primárnu herpetickú gingivostomatitídu, herpangínu alebo *erythema multiforme*.

Diagnóza a liečba

Diagnóza sa určuje na základe anamnézy a klinického obrazu. Biopsia sa realizuje len pri podozrení na iný pôvod ochorenia, keď je treba vyšetriť aj krvný obraz a diferenciál, hladinu folátov, vitamínu B 12, železa a antiendomyziálnych protilátok.

Liečba spočíva v odstránení provokujúcich faktorov, dodržiavaní ústnej hygieny používaním **lokálnych antiseptík** ako je chlórhexidín (*Chlorhexidine glukonicum*) obsiahnutý v mnohých ústnych vodách, ďalej harmančekové výplachy, Pyralvex, pred jedením sú vhodné aj **lokálne anestetiká** tlmiace bolesť (Solcoseryl orálna pasta), 1,5 % roztok tetracyklínu vo vode alebo glyceríne, bolestivosť sa dá znížiť aj **použitím lokálnych steroidov**. Prechodne sa môžu aplikovať **masti s obsahom glukokortikoidov**. Dostupný na našom trhu je už aj bioadherentný orálny **gél** s názvom Gelclair, **pôsobiaci mechanicky na erodovanú sliznicu**, prináša úľavu od bolesti a umožňuje pacientovi bezbolestne prijímať tekutiny a potraviny. Dobrý liečebný efekt sa dostavuje u niektorých pacientov pri **podávaní vitamínu B6** (Pyridoxin tbl. 3-krát denne 20 mg) a **kyseliny listovej** (Ac. Folicum drg. 1-krát denne 10 mg) (4).

Z celkovej terapie sú účinné **glukokortikoidy** a **imunosupresíva**, ale treba zohľadniť ich vedľajšie účinky v pomere k prínosu. V stredných dávkach môžu glukokortikoidy vyvolať remisiu,

ktorá po rýchlom ustúpu prejavov pretrváva pri ich aplikácii v nízkych dávkach. Z imunosupresív je účinný azatioprin a cyklosporín A, ale indikujú sa len zriedkavo. V niektorých prípadoch bol účinný aj dapsón, kolchicín, acitretín, tetracyklín, talidomid (najmä u HIV pozitívnych pacientoch, podávaný 4 týždne, denne 200 mg p. o.) (5), karbenoxolón, benzydamin, kromoglykát, levamisol a ďalšie, ale vo všeobecnosti ich účinnosť nebola jednoznačne dokázaná a majú vysoké riziko vedľajších účinkov.

Osvedčila sa aj **neinvasívna laserová terapia** laserom o frekvencii 50 Hz, hustote energie 2 – 5 J/cm² s ožiarovaním trikrát v intervale 24 hodín (3).

Morbus Behcet

Úvod

Morbus Behcet (aphthosis Behcet, bipolárna aftóza) je **chronické systémové zápalové ochorenie** nejasnej etiológie a neistou prognózou. Jeho priebeh a prognóza sa nedajú predvídať a treba ho považovať za potenciálne vážne ochorenie.

Klinický obraz

Je charakterizované **triádou symptómov**:

- afty na sliznici ústnej dutiny,
 - aftózne ulcerácie v oblasti genitálu,
 - hypopyóniritída.
- Ochorenie sa pozoruje najmä v oblasti východného Turecka a v Japonsku, častejšie u mu-

žov v mladšej dospelosti. Etiológia je neznáma, uvažuje sa o autoimunitnej genéze, vírusovej infekcii alebo ich kombinácii, môže sa vyskytnúť aj familiárne. V klinickom obraze nebýva klasická triáda kompletná od začiatku. Každá erupcia s viac ako piatimi aftami môže znamenať morbus Behcet, najmä pri postihnutí zadnej časti ústnej dutiny a pri nápadne veľkých, bizarene konfigurovaných a neustupujúcich prejavoch.

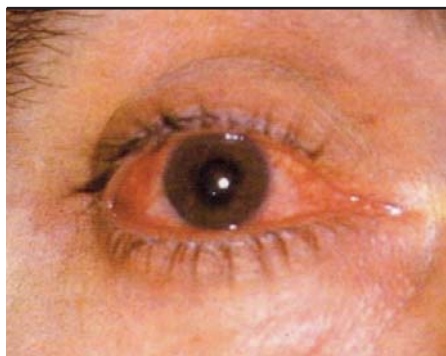
Fakultatívne sa môžu vyskytovať aj **ďalšie orgánové manifestácie** (obrázky 4, 5, 6, 7):

- **kožné prejavy** – zahrňujú *erythema nodosum*, pyodermie, *trombophlebitis migrans*, falošne pozitívne kožné testy (pathergia), sterilné pustuly (Behcetove pustuly);
- **očné prejavy** – hypopyóniritída, ktorá môže mať za následok vznik panoftalmie, až oslepnutie. Okrem toho môžu byť zmeny na rohovke a krvácanie do sklovca, uveitída;
- **postihnutie nervového systému** v zmysle symptómov mozgového kmeňa, psychosyndrómy, meningoencefalitída, encefalomyelitída;
- **cievny systém** v zmysle tromboflebitídy (v. cava), aneurizmy (aorta, obličkové, mezenterické artérie);
- **GIT** s prejavmi dysfágie, zmeny na ezofágu, dyspepsie, enterokolitídy, proktitídy;
- **kĺby** – séronegatívna polyartritída, artralgie s opuchom, erytémom, sakroilitída, postihnutie chrupaviek: recidivujúca polychondritída, ktorá spolu s morbus Behcet tvoria

Obrázok 4. Kožná lézia.



Obrázok 6. Postihnutie očí.



Obrázok 5. Lézia na skrôte.



Obrázok 7. Postihnutie sliznice jazyka.



MAGIC syndróm (mouth and genital ulcers with inflamed cartilage);

- **urogenitálny systém** – orchitída, epididymitída.

Celkové symptómy ochorenia sú: pocit choroby s horúčkou, úbytkom hmotnosti, nočným potením a zvýšenou sedimentáciou.

Klasifikácia

U Behcetovej choroby **rozlišujeme viaceré typy**:

- **mukokutánný typ** – charakterizovaný orálnymi a genitálnymi ulceróznymi aftami s kožnými prejavmi alebo bez nich;
- **artritický typ** – obraz ochorenia určuje postihnutie kĺbov a dve alebo viaceré mukokutánne manifestácie;
- **neurologický typ** – sa vyznačuje postihnutím mozgu a niekoľkými alebo aj všetkými prejavmi mukokutánného či artritického typu;
- **okulárny typ** – v popredí prejavov je uveitída pri iridocyklitíde a okrem toho niektoré alebo aj všetky symptómy ostatných typov.

Diagnostika a liečba

Diagnostické kritériá rozlišujeme:

- **hlavné** – bipolárna aftóza, hypopyónitída, vaskulitída na koži;
- **vedľajšie** – polyartritída, GIT prejavy, neurologické symptómy, cievne zmeny (trom-

boflebitída, aneuryzmy), familiárny výskyt, črevné lézie, postih pľúc, hematória a proteinúria.

Na potvrdenie diagnózy sú potrebné splnené 3 hlavné kritériá alebo 2 hlavné a 2 vedľajšie kritériá.

Medzinárodná štúdijská skupina pre Behcetovu chorobu v roku 1990 určila na diagnostiku *morbus Behcet* nasledujúce kritériá:

- recidivujúce orálne ulcerácie (malé alebo veľké afly alebo herpetiformné ulcerácie) recidivujúce najmenej 3-krát počas 12 mesiacov;
- a 2 z nasledujúcich symptómov: ulcerácie v oblasti genitálu, zmeny na očiach (uveitída, dôkaz buniek v sklovci alebo vaskulitída retiny), kožné zmeny (erythema nodosum, pseudofolikulitída, papulopustuly alebo akneiformné uzlíky), postihnutie CNS (meningoencefalitída, cerebrálne infarkty, psychóza, hemiparéza), pozitívny výsledok na patergiu.

Diferenciálna diagnóza: Sweetov syndróm, pemfigoid, pemfigus, Reiterov syndróm, ulcerózna kolitída, herpes simplex, syfilis, *lupus erythematosus*, zmiešané ochorenie spojiva.

Lokálna terapia je rovnaká ako pri chronických recidivujúcich aftách.

Celková terapia: **glukokortikoidy** samostatne alebo v kombinácii s **cytostatikami** či **imunosupresívami** (metotrexát, cyklofosamid, azatioprin, cyklosporín A, talidomid). Pri postihnutí cie-

včasná aplikácia **antikoagulantov**. Podľa potreby sa odporúča **substitúcia železa, pankreatických enzýmov, multivitamíny, gamaglobulíny, tetracyklín** vo vysokých dávkach. Novšie boli dokázané aj úspechy s **kolchicínom** v dávke 1 – 1,5 mg denne, **cyklosporínom A** v kombinácii s **interferónom alfa-2a**. (2).

Literatúra

1. Scully et al. The Diagnosis and management of recurrent aphthous stomatitis: a consensus approach. J Am Dent Assoc 2003; 134 (2): 200–207.
2. Braun Falco O, Plewig G, Wolff H, et al. Dermatológia a venerológia, Osveta 2001: 976–979.
3. Kuna, P. Neinvazívna laserterapia vo všeobecném lekárství. Laser Partner 2000; www.laserpartner.cz/lasp/web/cz/2000/0018.htm
4. Slezák R, Kopecký M, Krejcek L. Recidivujúci afly. Galén Praha 2000.
5. Jacobson JM, Greenspan JS, Spritzler J et al. Thalidomide for the treatment of oral aphthous ulcers in patients with human immunodeficiency virus infection. National Institute of Allergy and Infectious Diseases AIDS Clinical Trials Group. N Engl J Med 1997; 336: 1487–1493.
6. Laskaris G. Recurrent Aphthous Ulcers. In: Color Atlas of Oral Diseases. Laskaris G. (ed.) George Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 1994.
7. Rook A. Textbook of Dermatology. Blackwell Publishing 2004: 6643–6648.

MUDr. Tímea Kosztuová
Kožné oddelenie, 1.súkromná
nemocnica Košice Šaca
Lúčna 57, 040 15 Košice – Šaca
kosztu.timea@yahoo.com



Viac informácií nájdete na

www.dermatologiapreprax.sk

Monika Golková: Anti-aging

Jak si zachovať mládí a krásu

Již po staletí lidé touží po nesmrtelnosti. Alchymisté, šamani i léčitelé slibovali a slibují nemožné a ... pramen mládí stále nikde. Opravdu nikde? A co když jsme hledali špatně. Co když jsme měli začít nejdříve u sebe? Tato kniha přináší tajemství dlouhého života a uvádí čtenáře do světa anti-aging medicíny. Odpovídá na otázky: Můžeme si život prodloužit? Jak to udělat, abychom zůstali stále zdraví, krásní a mladí? Jak ovlivnit náš biologický věk, který se může až o 20 let lišit oproti věku chronologickému? Přinášíme vám anti-aging desatero, které vám pomůže naplnit vaše představy o zdravém a plnohodnotném životě.

ISBN: 978-80-247-2106-4, kat. číslo 1924, 136 s.

Distribúcia v SR: Grada Slovakia, s.r.o., Moskovská 29, 811 08 Bratislava, tel.: 02/5564 5189



www.grada.sk