

Katedra Periodontologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
Department of Periodontology, Medical University of Wrocław

MAŁGORZATA RADWAN-OCZKO,
MAGDALENA MENDAK-ZIÓŁKO

***Ocena dolegliwości w jamie ustnej oraz stanu ogólnego
pacjentów z ustną postacią liszaja płaskiego***

**The evaluation of oral and general health
in patients with oral lichen planus**

Słowa kluczowe: ustna postać liszaja płaskiego, dolegliwości w jamie ustnej

Key words: oral lichen planus, welfare, oral ailments, welfare

WSTĘP

Liszaj płaski (LP) jest chorobą skóry i błon śluzowych o stale niejasnej a nawet skomplikowanej etiologii. Nazwa „liszaj” pochodzi od greckiego wyrazu „leichen” i oznacza roślinę z gatunku mchów, łaciński przymiotnik „planus” wskazuje, że liszaj charakteryzuje się występowaniem płaskich grudek. Schorzenie zostało opisane po raz pierwszy w roku 1869 przez lekarza Erasmusa. Liszaj płaski występuje na całym świecie u około 0,22 %–5% populacji. Kobiety chorują nieco częściej niż mężczyźni. Zmiany liszaja mogą pojawić się w każdym okresie życia, rzadko w dzieciństwie a najczęściej w wieku średnim (30-60 lat). Schorzeniu może towarzyszyć świąd skóry oraz błon śluzowych, a także w niektórych postaciach klinicznych ból i pieczenie [1].

Liszaj występuje często w połączeniu z chorobami autoimmunologicznymi, takimi jak pierwotna marskość wątroby czy cukrzyca. Jednak sam nie jest klasycznym zaburzeniem autoimmunologicznym, nie są znane specyficzne antygeny wywołujące reakcję zapalną. Jest opisywany jako choroba zapalna z obecnością reakcji typu komórkowego i aktywnością limfocytów T. Możliwe rodzinne występowanie prawdopodobnie wiąże się z obecnością antygenów HLA (HLA-DR1,DQ1, DR3 lub DR9), a w postaci ustnej z HLA-B15, Bw57, B5, B7, BX, DR2. Z innych czynników etiologicznych liszaja płaskiego zwraca się uwagę na pojawianie się choroby w przypadkach zwiększonego narażenia na stres, obecności zaburzeń lękowych i depresji, na związek z chorobami o ustalonym podłożu autoimmunologicznym, zapaleniem wątroby typu C, nowotworami, dyslipidemią czy infekcjami wirusowymi [1, 2].

Zauważa się liczne podobieństwa zmian liszaja płaskiego do choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (GvHD – Graft versus Host Disease). Obraz histologiczny w LP jest typowy. Najwcześniej obserwuje się zwiększoną liczbę komórek Langerhansa, które prezentują antygen limfocytom T. Następnie stwierdza się masywne naciekanie naskórka lub nabłonka przez limfocyty T (głównie CD4+) powodujące wypychanie naskórka/nabłonka i tworzenie się grudek. Limfocyty niszczą błonę i warstwę podstawną naskórka/nabłonka co skutkuje zwyrodnieniem wodniczkowym warstwy podstawnej. Sople naskórkowe/nabłonkowe są uciśnięte dając charakterystyczny obraz zębów piły. W warstwie komórek podstawnych obserwowana jest apoptoza i tzw. ciała Civatte'a. W chorobie GvHD zmiany histopatologiczne (a także kliniczne) są podobne do występujących w LP. Choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi jest jednym z najcięższych powikłań po allotransplantacji macierzystych komórek krwi i może przebiegać z zapaleniem błony śluzowej jamy ustnej u nawet 100% pacjentów. W GvHD stwierdza się jednak mniejszy naciek limfocytarny i stosunkowo mniejszą liczbę komórek CD4+ a stosunkowo większą liczbę komórek CD8+ w porównaniu z LP [3].

Charakterystyczny obraz kliniczny stanowią swędzące, purpurowe grudki na skórze, które pojawiają się nagle. Wykwity są wieloboczne, błyszczące, o gładkiej powierzchni, mają ok. 2mm średnicy. Na powierzchni pojedynczej grudki można dostrzec delikatne, białawe linie (siateczka Wickhama) będące rezultatem nieregularnego przerostu warstwy ziarnistej. Uraz skóry może prowadzić do wystąpienia liniowego lub różnokształtnego wysiewu zmian (objaw Köbnera). W miarę gojenia się wykwitów pojawia się pozapalna zwiększona pigmentacja, która utrzymuje się tym dłużej, im więcej pigmentu znajduje się w skórze. Zmiany w LP pojawiają się symetrycznie, szczególnie często w okolicy nadgarstków po stronie zginaczy, przednich powierzchni podudzi, okolicy łędźwiowej, kostek i przedramion. W postaci śluzówkowej liszaja płaskiego (mucosal lichen planus – MLP) zmiany mogą dotyczyć błony śluzowej jamy ustnej (oral lichen planus – OLP), a także błony śluzowej przewodu pokarmowego, krtani, genitaliów, pęcherza moczowego, uszu, nosa i oczu [2].

Liszaj płaski jest chorobą przewlekłą charakteryzującą się okresami zaostrzeń i wycofywaniem objawów. W wielu opracowaniach zwraca się uwagę na współwystępowanie nawet w 50% przypadków zmian na błonie śluzowej jamy ustnej u pacjentów ze zmianami skórnymi. Zmiany te mogą poprzedzać wystąpienie wykwitów skórnym, lub w 20% przypadków dotyczyć tylko jamy ustnej (OLP). Z kolei w przypadku zmian w jamie ustnej, zmiany skórne pojawiają się w około 30 % przypadków. Objawom skórnym dość często towarzyszą zmiany paznokciowe, w postaci najczęściej podłużnych zgrubień płytki paznokciowej lub jej spleźanie, które stwierdza się u 1–16% pacjentów [1].

Zmiany ustnej postaci liszaja płaskiego mogą występować we wszystkich lokalizacjach w jamie ustnej. Obraz kliniczny liszaja płaskiego na błonie śluzowej jamy ustnej charakteryzują najczęściej, w zależności od typu, białe grudki lub zmiany rumieniowo-nadżerkowe, pojawiające się na błonie śluzowej policzków, bocznych brzegach języka oraz dziąsła. Natomiast obecność tej patologii na podniebieniu jest bardzo rzadko opisywana. Zmiany białe, grudkowe są zazwyczaj bezobjawowe i

mogą przybierać różne kształty, najczęściej symetrycznie na błonie śluzowej policzków w okolicy zębów trzonowych. Typ siateczkowy OLP najczęściej występuje w postaci charakterystycznych cienkich, białych prążków – tworzących zmiany obrączkowe, drzewkowate, siateczkowate, które mogą być ograniczone słabo widoczną zmianą rumieniową. Kolejny typ, tak zwany płytkowy liszaja w jamie ustnej może przypominać zmiany leukoplakii, lub ze względu na jego lokalizację oraz obraz kliniczny może być w ogóle niezauważany. Występuje jako zmiana biała, homogenna, lekko wyniosła, gładka, czasem nieregularna lub wielogniskowa. Typową lokalizacją dla niego jest powierzchnia grzbietowa języka i rzadziej błona śluzowa policzków. Opisane „zmiany białe” OLP bardzo często na początku nie dają żadnych objawów i są niezauważane. Dopiero w przypadku rozwoju patologii pod wpływem również różnych miejscowych czynników drażniących włącznie z nadkażeniem *Candida* powodują powstawanie objawów bólu, pieczenia, palenia, szczególnie w kontakcie z potrawami ostrymi w diecie pacjenta.

Postać atroficzna (atrophic OLP) należy do tzw. zmian „czerwonych”. Jest to rozlana, czerwona zmiana najczęściej otoczona delikatną białą siateczką. Jeśli postać ta występuje na dziąsłach jest opisywana jako „złuszczające zapalenie dziąseł”. Zmiany są bardzo bolesne i bardzo trudne w leczeniu, aczkolwiek opisywano w literaturze spontaniczne wycyfywanie się ich. Utrudniają zachowanie prawidłowej higieny jamy ustnej, co wtórnie może prowadzić do nasilenia się zmian i związanych z nimi objawów bólowych.

Postać erozyjna (erosive OLP) powstaje prawdopodobnie w wyniku zaostżenia i/lub rozwoju zmian siateczkowych i/lub atroficznych. Jest drugą co do częstości występowania. Zmiany erozyjne o kształtach nieregularnych są pokryte włóknikiem lub cienką błoną rzekomą. Mogą być otoczone postacią siateczkową. Są w różnym stopniu bolesne, szczególnie gdy zmiany erozyjne zostaną „odkryte” po zniszczeniu warstwy włóknika lub błony rzekomej. Ta forma jest również związana z utrudnieniami w spożywaniu pokarmów, mówieniu, użytkowaniu uzupełnień protetycznych czy w utrzymaniu prawidłowej higieny w jamie ustnej. Z drugiej strony wiadomo, że obecność złogów kamienia nazębnego oraz płytki bakteryjnej mogą wiązać się z większą częstością pojawiania się zmian zarówno atroficznych jak i erozyjnych.

OLP pęcherzowy (bullous OLP) pojawia się w postaci małych pęcherzy lub pęcherzyków, które w specyficznym środowisku jamy ustnej bardzo szybko ulegają niszczeniu i pękając pozostawiają bardzo bolesną powierzchnię z owrzodzeniem. Ta forma występuje najczęściej obustronnie na błonie śluzowej policzków lub bocznych brzegów języka [4].

W wielu badaniach i ocenach stanu klinicznego do określenia nasilenia bólu w postaciach atroficzno-nadżerkowych liszaja płaskiego może służyć skala wizualno-analogowa VAS (Visual Analog Scale for Pain).

Zmiany OLP należy różnicować ze zmianami- reakcjami lichenoidalnymi (OLL-oral lichenoid lesions) związanymi ze stosowaniem niektórych leków (np. penicylaminy, arsenu, złota, metyldopy), obecnością w jamie ustnej wypełnień amalgamatowych lub innych materiałów dentystycznych będących w kontakcie ze zmianą. Nie jest to jednak czasami możliwe, gdyż zmiany OLL zarówno klinicznie jak i w badaniu

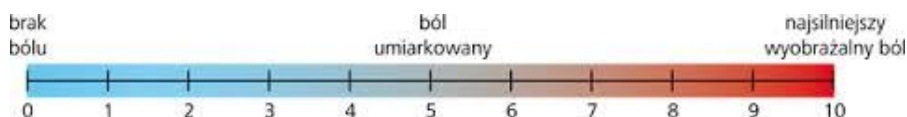
histopatologicznym wykazują wiele podobieństw do zmian liszaja. Zazwyczaj są diagnozowane jeśli pojawiają się jednostronnie (np. na błonie śluzowej jednego policzka) lub w bezpośrednim kontakcie z materiałem użytym do wypełnień). Ponadto opisywane są w piśmiennictwie jako wykazujące większą częstość transformacji nowotworowej w porównaniu do zmian OLP [5].

Leczenie liszaja płaskiego uzależnione jest od jego postaci klinicznej oraz stopnia zaawansowania zmian patologicznych i jest trudne ze względu na jego niejasną etiologię. Postępowanie jest tylko objawowe i w większości przypadków prowadzi do wyeliminowania lub złagodzenia objawów bólowych/dyskomfortu. Korzystne działanie wykazano dla stosowanych miejscowo leków takich jak: glikokortykosterydy, leki immunosupresyjne, wyciągi aloesu, kwas hialuronowy, witaminy A, E, Solcose-ryl, leki przeciwzapalne, leki osłaniające a także dla leków przeciwgrzybiczych [2, 6].

Celem pracy była ocena występowania chorób ogólnych, umiejscowienia zmian w jamie ustnej, współobecności wykwitów liszaja w innych lokalizacjach oraz odczuć subiektywnych pacjentów z OLP.

MATERIAŁ I METODY

Badania wykonano w grupie 30 pacjentów Specjalistycznej Poradni Chorób Przyzębia i Błony Śluzowej Jamy Ustnej we Wrocławiu z ustną postacią liszaja płaskiego (Oral Lichen Planus – OLP) w jamie ustnej. Oceniano lokalizację zmian OLP, liczbę zębów własnych, obecność uzupełnień protetycznych. Poziom odczuwanego bólu oceniano przy użyciu skali VAS. Jest to jedenastostopniowa skala (od 0-10), gdzie wartości „0” przyporządkowany jest brak bólu czy pieczenia, zaś wartości „10” maksymalne natężenie dolegliwości. VAS ma najczęściej postać linijki o długości 10 cm (100 mm). Pacjent wskazuje palcem lub suwakiem na skali nasilenie dolegliwości, a lekarz odczytuje pomiar. Natężenie bólu interpretowane jest następująco: brak bólu(0-4mm), ból łagodny (5-44mm), ból umiarkowany (45-74mm) i ból znaczny (75-100mm) [7].



Ryc. 1. Pomiar progu bólu

Na podstawie przeprowadzonej ankiety uzyskano dane dotyczące obecności zmian liszaja w innych lokalizacjach poza jamą ustną, współistniejących i leczonych chorób ogólnych, nałogu palenia papierosów a także różnych miejscowych problemów w jamie ustnej związanych z istniejącą patologią.

WYNIKI

W badanej grupie było 6 mężczyzn i 24 kobiety a średnia wieku wynosiła 60,3 lat. Średnia liczba zębów w całej grupie badanych wynosiła 14. Różnego rodzaju uzupełnienia protetyczne posiadały 24 osoby. Czas trwania choroby i jej leczenia wynosił średnio 33 miesiące (od 3 do 186 miesięcy). Oprócz zmian ustnej postaci liszaja płaskiego u 3 kobiet chorobą zostały również objęte inne błony śluzowe. Współistniejące zmiany skórne były obecne u 8 osób. Natomiast charakterystyczne dla liszaja zmiany paznokciowe stwierdzono w 13 przypadkach. Dwie osoby podawały w wywiadzie nałóg palenia papierosów. Na podstawie wywiadu uzyskano informacje o współistniejących – leczonych chorobach ogólnych. Na nadciśnienie chorowało w tej grupie 12 osób. Problemy gastryczne w tym: chorobę wrzodową, zapalenie błony śluzowej żołądka lub refluks żołądkowy podawało 7 osób. Jedna była leczona z powodu cukrzycy typu 2, trzy osoby podawały chorobę serca i naczyń, trzy były leczone z powodu osteoporozy i cztery z powodu niedoczynności tarczycy. Ponadto w pojedynczych przypadkach występowały: cukrzyca, przerost prostaty, astma, atopowe zapalenie skóry, kamica nerkowa, dna moczanowa, depresja, zmiany zwyrodnieniowe stawów, choroba Hashimoto, celiakia.

Tabela I. Charakterystyka badanej grupy

Oceniane parametry	Kobiety n=24	Mężczyźni n=6	Wszyscy badani n=30
Średnia wieku	60,8 lat	58,2 lat	60,3 lat
Liczba zębów własnych	14,1	13,7	14
Obecność uzupełnień protetycznych	20	4	24 (80%)
Zmiany skórne	5	3	8 (26,6%)
Zmiany paznokciowe liszaja płaskiego	7	6	13 (43,3%)
Nałóg palenia papierosów	2	0	2 (6,6%)
Choroby ogólne			
Nadciśnienie	8	4	12 (40%)
zaburzenia gastryczne	5	2	7 (23,3%)
choroba serca i naczyń	1	3	4 (13,3%)
Osteoporoza	3	0	3 (10%)
niedoczynność tarczycy	4	0	4 (13,3%)

Zmiany liszaja płaskiego w postaci siateczkowej, atroficznej -rumieniowej, erozyjnej i płytkowej diagnozowano na błonie śluzowej warg, policzków, dziąseł, powierzchni grzbietowej języka, brzegach języka i dna jamy ustnej. Najczęściej występowała postać siateczkowa – obserwowana u 12 osób. Najczęściej zmiany występowały na błonie śluzowej policzków. Liczba lokalizacji zmian dla jednego pacjenta wynosiła od jednej do sześciu. W badanej grupie zmiany liszaja nie występowały na podniebieniu.

Tabela II. Lokalizacja zmian liszaja płaskiego w jamie ustnej

Lokalizacja zmian	Liczba osób
Błona śluzowa warg	11
Błona śluzowa policzków	27
Błona śluzowa dziąseł	17
Błona śluzowa języka	16
Błona śluzowa dna jamy ustnej	2

Aż 29 osób podawało w wywiadzie różne dolegliwości w jamie ustnej, w tym 19 skarżyło się na uczucie zmniejszonej ilości śliny, a u sześciu występowały zaburzenia smaku. Na obecność bólu i dyskomfortu w postaci „pieczenia/palenia” w jamie ustnej wskazywało również 20 osób. Z kolei prawie wszyscy pacjenci (29 osób) miało problemy z przyjmowaniem pokarmów, które podrażniały zmiany chorobowe błony śluzowej jamy ustnej. Na trudności z zabiegami higienizacyjnymi wskazywało 18 osób. Ponadto 10 pacjentów podawało w wywiadzie trudności z użytkowaniem protez zębowych ruchomych, a 2 pacjentów z mówieniem. Z kolei 3 osoby wskazywały na pewne ograniczenia w aktywności zawodowej z powodu istniejącej patologii. Średnia wartość skali VAS wynosiła 4,73cm i mieściła się w granicach opisywanego wg tej skali „ból umiarkowanego”. Natomiast zakres bólu, który odczuwali pacjenci w badanej grupie wynosił od 10mm do 80mm, więc opisywał „ból łagodny do znacznego”.

Tabela III. Odczucia subiektywne związane z obecnością zmian OLP

Odczucia pacjentów	Kobiety n=24	Mężczyźni n=6	Wszyscy badani n=30
Ogólnie - dolegliwości w jamie ustnej	24	5	29
Mniejsza ilość śliny	15	4	19
Zaburzenia smaku	4	2	6
Pieczenie i/lub palenie i/lub ból błony śluzowej jamy ustnej	23	7	30
Problem z przyjmowaniem pokarmów	24	5	29
Problem z zabiegami higienizacyjnymi	15	3	18
Problem z użytkowaniem protez zębowych ruchomych	8	2	10

DYSKUSJA

Według podstawowej definicji słowo „dobrostan” to subiektywnie postrzegane przez daną osobę poczucie szczęścia, pomyślności, zadowolenie ze stanu życia. Może odnosić się do wielu jego dziedzin, lecz na pewno wiąże się ze stanem zdrowia.

Ustna postać liszaja płaskiego to patologia powodująca u większości pacjentów obecność stałego bólu i/lub dyskomfortu w jamie ustnej, który wpływa na ich życie codzienne. Ze względu na przewlekły przebieg choroby i brak możliwości całkowitego wyleczenia, pacjenci mają w dużym stopniu obniżony komfort życia oraz trudności w codziennym funkcjonowaniu.

W badanej grupie u 30 osób zmiany OLP miało 4 razy więcej kobiet niż mężczyzn, co potwierdza częstsze powiązanie tej patologii z płcią żeńską.

W przeprowadzonych badaniach ponad 90% pacjentów chorujących na ustną postać liszaja płaskiego podawało wiele różnych dolegliwości w jamie ustnej związanych z obecnością zmian. Należały do nich odczuwanie suchości błony śluzowej jamy ustnej, bólu, pieczenia i/lub „palenia”, oraz zaburzeń smaku. Wskazywano również na trudności z wykonywaniem zabiegów higienicznych, użytkowaniem uzupełnień protetycznych ruchomych oraz przyjmowaniem pokarmów – w szczególności kwaśnych, słonych, ostrych, pikantnych, gorących, gazowanych lub bardzo twardych. Taki stan powoduje zawsze duży problem nie tylko natury bólowej ale i emocjonalnej. Chorzy są zmuszeni do zmiany nawyków żywieniowych i pokarmów, ograniczają spożywanie tych, które powodują występowanie bólu i dyskomfortu. Takie działania z jednej strony są nieuniknione i korzystne nie tylko dlatego, że chronią pacjenta przed samym drażnieniem zmian liszaja, ale również nie doprowadzają do powstawania kolejnych wykwitów- rozszerzania się zmian lub ich nasilania się (objaw Köbnera). Jednak w dużym stopniu taka dieta ogranicza pacjenta i jest czasami „niewygodna”. Oprócz wspomnianej tu „niewygody” ograniczenia w diecie mogą prowadzić również do zaburzeń w odżywianiu. W ostatnio prowadzonych badaniach stwierdzono istotnie niższą całkowitą pojemność antyoksydacyjną (total antioxidant capacity - TAC) w ślinie pacjentów z erozyjną postacią liszaja w jamie ustnej w porównaniu do osób zdrowych. Również poziomy witamin A i E, o właściwościach antyoksydacyjnych, były istotnie obniżone w grupie osób chorych [8]. W odniesieniu do tych badań należy wspomnieć o roli i wpływie witamin A i E na stan zdrowia błony śluzowej jamy ustnej. Obie mają właściwości neutralizujące produkty metaboliczne i redukujące aktywność czynników rakotwórczych, przez co działają ochronnie w stosunku do zmian przed nowotworowych i nowotworowych. Pomimo wielu lat badań nie ma jednoznacznej opinii dotyczącej przed nowotworowego charakteru zmian liszaja płaskiego. Dane dotyczące transformacji nowotworowej są rozbieżne w opiniach wielu autorów i wynoszą od 0,4% do nawet 5,6%. Zwraca się uwagę na istotny fakt, że transformacji nowotworowej najczęściej ulegają zmiany w postaci zanikowej liszaja oraz w postaci płytkowej występującej na powierzchni grzbietowej języka. Opisywano różny czas od rozpoznania zmian do rozwoju raka jamy ustnej – od około 20 miesięcy do nawet 10 lat [9]. W naszych badaniach średni czas trwania patologii wynosił 33 miesiące, a obserwowane zmiany nie uległy transformacji. Wśród czynników etiologicznych liszaja płaskiego wymienia się również czynnik nerwowy - stany stresowe i/lub lękowe. Zaostrzenia choroby mogą wiązać się z silnymi przeżyciami i sytuacjami nerwowymi /psychicznymi. Stany lękowe towarzyszące już istniejącej chorobie z jej wszystkimi niedogodnościami i problemami, które stwarza, dodatkowo zwiększają poziom stresu. Do tego może dołączyć się obawa o rozwinięcie się nowotworu, więc czynnik nerwowy może być bardzo trudny do wyeliminowania. Kortyzol jest zwany „hormonem stresu”, a oznaczanie jego poziomu jest używane jako wskaźnik w wielu badaniach nad poziomem stresu. W badaniach klinicznych stwierdzono pozytywne powiązanie między poziomem lęku/niepokoju a poziomem kortyzolu w ślinie osób z OLP. Dało to podstawę zasugerowanego wniosku, że stany lękowe jako

odgrywające istotną rolę w patogenezie OLP powinny być również rozpatrywane w jego leczeniu w postaci współpracy z psychologiem lub psychiatrą [10]. Długo trwający ból oraz duży dyskomfort życia związany z chorobą wzmacniają stan stresu/napięcia nerwowego u chorych.

W naszych badaniach średnia wartość bólu oceniana wg skali VAS odpowiadała „bólowi umiarkowanemu”. Wiązało się to prawdopodobnie z tym, że część pacjentów była już wcześniej leczona i eliminowała w życiu codziennym wszystkie czynniki drażniące miejscowo. Natomiast w grupie badanej były również osoby wskazujące na obecność bólu znacznego, najczęściej na początku leczenia (pierwsza wizyta).

Współtowarzyszące zmianom w jamie ustnej wykwitły na skórze występowały u ośmiu osób a zmiany paznokciowe u ponad 43%.

Nie stwierdzono powiązania występowania zmian ustnej postaci liszaja z nałogiem palenia papierosów oraz ze spożywaniem alkoholu [7]. W naszych badaniach tylko 2 kobiety podawały w wywiadzie palenie papierosów. Nikt nie podawał picia alkoholu w większych ilościach, lub regularnie przed pojawieniem się wykwitów liszaja. Jednakże osoby chorujące zazwyczaj same rezygnują z obu „używek” ze względu na ich drażniący charakter.

Stwierdzane na podstawie wywiadu choroby ogólne podawane przez badanych nie wiązały się z OLP. Najwięcej (12 osób) było leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego i 7 z powodu różnych problemów gastrycznych. Ponadto cztery osoby podawały choroby serca, również 4 były leczone z powodu nadczynności tarczycy i 3 z powodu osteoporozy. U 6 pacjentów stwierdzono więcej niż jedną towarzyszącą chorobę ogólną. Żaden pacjent nie leczył się z powodu chorób wątroby, chociaż wskazuje się na ich powiązanie z występowaniem zmian liszaja płaskiego, które to powiązanie pozostaje jednak niejasne.

WNIOSKI

1. Ustna postać liszaja płaskiego jest chorobą występującą w różnych formach, różnych lokalizacjach w jamie ustnej i w różnym nasileniu, częściej u kobiet.
2. Jako choroba o charakterze przewlekłym jest związana z obecnością bólu/ dyskomfortu w jamie ustnej, które ograniczają jej prawidłową higienę oraz przyjmowanie pełnej i zróżnicowanej diety (ilościowo i jakościowo).
3. Równoległe z zmianami w jamie ustnej mogą występować wykwitły liszaja na skórze i innych błonach śluzowych.
4. Pacjenci z ustną postacią liszaja płaskiego powinni pozostawać pod stałą kontrolą lekarza specjalisty – periodontologa, celem nie tylko kontroli, ale również leczenia łagodzącego objawy choroby, poprawiającego stan higieny jamy ustnej, kontrolującego rozwój lub wycofywanie się zmian. W niektórych przypadkach wskazana jest współpraca z dermatologiem lub psychologiem. Może to poprawić komfort życia pacjenta i zmniejszać narażenie na powstawanie nowych wykwitów liszaja, a także pojawienie się transformacji nowotworowej.

PIŚMIENNICTWO

1. [Gorouhi F.](#), [Davari P. N.](#): Cutaneous and Mucosal Lichen Planus: A Comprehensive Review of Clinical Subtypes, Risk Factors, Diagnosis, and Prognosis. *Scientific World Journal*. 2014, 1-22.
2. Du Vivier A.: *Atlas dermatologii klinicznej*. Elsevier Urban&Partner. 2005, wyd.1.
3. Kozak I. et al.: Ocena obrazu histologicznego i analiza immunohistochemiczna składu nacieku w chorobie przeszczep przeciwko gospodarzowi i w liszaju płaskim. *Dent. Med. Probl.* 2010, 47, 314.
4. Mollaoglu N.: Oral lichen planus: a review. *Br. J. Oral. Maxillofac. Surg.* 2000, 38, 370.
5. [Kamath V.V.](#), [Setlur K.](#), [Yerlagudda K.](#): Oral lichenoid lesions - a review and update. *Indian J. Dermatol.* 2015, 60, 102.
6. Radwan-Oczko M.: Topical application of drugs used in treatment of oral lichen planus lesions. *Adv. Clin. Exp. Med.* 2013, 22, 893.
7. Hawker A. et al.: Measures of Adult Pain. *Arthritis Care & Research*, 2011, 63, 240.
8. [Abdolsamadi H.](#) et al.: Levels of salivary antioxidant vitamins and lipid peroxidation in patients with oral lichen planus and healthy individuals. *Chonnam Med. J.* 2014, 50, 58.
9. [Fitzpatrick S. G.](#) et al.: The malignant transformation of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: a systematic review. *J. Am. Dent. Assoc.* 2014, 145, 45.
10. [Nadendla K. L.](#) et al.: Association of Salivary Cortisol and Anxiety Levels in Lichen Planus Patients. *J. Clin. Diagn. Res.* 2014, 8, ZC01.

STRESZCZENIE

Liszaj płaski jest przewlekłą chorobą zapalną skóry i błon śluzowych z obecnością reakcji typu komórkowego i aktywnością limfocytów T, wciąż o niejasnej etiologii. Ustna postać liszaja płaskiego może występować jako forma siateczkowa, płytkowa, zanikowa, erozyjna lub pęcherzowa we wszystkich lokalizacjach w jamie ustnej. Towarzyszy jej zazwyczaj miejscowo ból, dyskomfort. Powoduje problemy z przyjmowaniem pokarmów, wykonywaniem zabiegów higienicznych, użytkowaniem uzupełnień protetycznych ruchomych, mówieniem a więc funkcjonowaniem w życiu codziennym, co wpływa na ocenę „dobrostanu” osób chorych. W badaniach przeprowadzonych w grupie 30 pacjentów Specjalistycznej Poradni Chorób Przyzębia i Błony Śluzowej Jamy Ustnej we Wrocławiu z ustną postacią liszaja płaskiego zmiany chorobowe diagnozowano na błonie śluzowej warg, policzków, dziąseł, języka i dna jamy ustnej. Średnia wieku wynosiła 60,3 lat. Zmiany chorobowe dotyczyły 24 kobiet i 6 mężczyzn. Średni czas trwania choroby wynosił 33 miesiące. Aż 29 osób podawało różne dolegliwości w jamie ustnej a średnia wartość bólu ocenianego na podstawie

skali VAS wynosiła 4,73cm. Współtowarzyszące zmiany skórne występowały u 8, paznokciowe u 13 a błony śluzowej w innej lokalizacji u 3 osób. Z chorób ogólnych najczęściej pacjenci podawali w wywiadzie nadciśnienie i problemy gastryczne. Pacjenci z ustną postacią liszaja płaskiego mają w sposób znaczący obniżony komfort funkcjonowania a co za tym idzie komfort życia (dobrostan). Powinni być pod stałą regularną kontrolą periodontologa, celem oceny zmian, ich leczenia, niestety tylko objawowego ale zmniejszającego nasilenie zmian oraz dolegliwości miejscowe związane z chorobą.

ABSTRACT

Lichen planus is a chronic mucocutaneous inflammatory disease of unknown etiology with the presence of cell - mediated response and the activity of T lymphocytes. The oral manifestation of lichen planus can be present as reticular, plaque, erosive or bullous form and can be localized in all oral mucosa. The most common complains are pain, discomfort, difficulty in eating, keeping oral hygiene routine, wearing dentures and speaking. The disease influences functioning in everyday life, which affects the assessment of the "welfare" of people with this disease. Clinical examination at the Periodontology Department of Wrocław Medical University underwent 30 patients with oral lichen planus. The lesions were on the lips and buccal mucosa, on the attached gingiva, tongue or floor of the mouth presence. The mean age of the patients was 60,3. In the group 24 were women and 6 were men. The mean duration of symptoms was 33 months. 29 patients suffered from local ailments and the mean score of pain measuring by the VAS scale was 4,73cm. Associated skin and nails involvement of lichen planus was found adequately in 8 and 13 cases and the involvement of other mucosal sites in 3 cases. The most common general diseases were hypertension and gastritis. Patients with oral lichen planus have significantly reduced life comfort and thus the quality of life (welfare). They should be regularly seen by the periodontist, to assess local status of their disease and to receive locally treatment, which can reduce the severity of the lesions and local ailments.

Artykuł zawiera 26336 znaków ze spacjami