

BOLESTI I PATOLOŠKA STANJA ORALNE SLUZNICE DJECE

DOLORES BIOČINA-LUKENDA*

Rano uočavanje i prepoznavanje patoloških promjena na sluznici usta u djece u svakodnevnoj kliničkoj praksi važno je budući se mnoge sustavne i infektivne bolesti mogu u početku očitovati isključivo na sluznici usta bez drugih općih simptoma. Poznavanjem dijagnostičkih kriterija pojedinih oralnih bolesti kao i uzroka istih omogućuje se adekvatan i pravovremeni terapijski pristup čime se nastoje izbjeći mogući rizici i njihove posljedice. Najčešće oralne bolesti dječje dobi su: promjene oralne sluznice koje se pojavljuju u novorođenačkoj i dojenačkoj dobi, upalne bolesti, bolesti jezika u dječjoj dobi, rekurentne ulceracije i ozljede oralne sluznice.

Deskriptori: SLUZNICA USNE ŠUPLJINE, ORALNE BOLESTI, DJEČJA DOB

Uvod

Patološke promjene sluznice usne šupljine kod djece nisu rijetkost. Uočavanje i prepoznavanje patoloških promjena na sluznici usta kao simptoma patoloških stanja odnosno bolesti kod djece važno je zbog rane dijagnostike i pravovremene primjene odgovarajuće lokalne odnosno sustavne terapije čime se utječe na prognozu oralne bolesti, prevenciju negativnih posljedica istih, te zbog moguće rane dijagnostike nekih sustavnih bolesti koje se moguće prvo očituju pojavom oralnih simptoma (1). Ne smije se zaboraviti da bolesti oralne sluznice i patološka stanja sluznice u dječjoj dobi imaju različitu etiologiju i to prije svega zbog specifičnosti imunološkog i hormonalnog sustava djece. S obzirom na navedene posebnosti dječjeg organizma oralne bolesti dječje dobi mogu sukladno definirati kao:

- promjene oralne sluznice koje se pojavljuju u novorođenačkoj i dojenačkoj dobi;
- upalne bolesti dječje dobi;
- upale jezika u dječjoj dobi;
- rekurentne ulceracije dječje dobi;
- ozljede oralne sluznice.

Promjene oralne sluznice koje se pojavljuju u novorođenačkoj i dojenačkoj dobi

Ciste gingive i nepca

Gingivne ciste novorođenačke i dojenačke dobi pojedinačne su ili multiple kupolaste prirasle lezije promjera 2-3 mm. Bijele su boje i pojavljuju se uglavnom na prednjem dijelu alveolarnog grebena gornje čeljusti. Uglavnom brzo spontano nestaju nakon rođenja, te se smatra da potječu iz ostataka dentalne lamine. U opisu navedenih cista koriste se eponimi Epsteinovi biseri i Bohnovi čvorići. Epsteinovi biseri opisuju se kao čvorići ispunjeni keratinom duž središnje linije nepca koji najvjerojatnije potječu iz epitela koji je upao u središnju liniju fuzije nepčanih nastavaka. Bohnovi čvorići keratinom su ispunjene ciste rasute po nepcu i najvjerojatnije potječu iz epitela

žlijezda slinovnica na nepcu. Najjače izražene na spojištu tvrdog i mekog nepca, te na alveolarnom grebenu gornje i donje čeljusti (2). Budući ove promjene na sluznici usta spontano iščezavaju uglavnom već u dojenačkoj dobi, ne zahtijevaju odgovarajući terapijski postupak (3).

Kongenitalni epulis

Kongenitalni epulis je patološka promjena u obliku čvorića koja se pojavljuje na gingivi i prisutna je već pri rođenju djeteta. To je hamartozna lezija koja je u svojoj biti tumor zrnatih stanica. Klinički izgledaju kao ružičaste ili crvenkaste fibromatozne lezije koje su solitarne i mekane. Histološki su ove lezije sastavljene od nakupina velikih eozinofilnih zrnatih stanica raspršenih između straome bogate kolagenom iznad koji se nalazi hiperplastični epitel. Terapija ovih lezija na gingivi je lokalna ekscizija (4).

Upalne bolesti oralne sluznice kod djece

Upalne bolesti oralne sluznice kod djece karakterizira eritematozna sluznica i povišena tjelesna temperatura. Oralni simptomi daju karakterističnu sliku i znatno pridonose diferencijalnoj i kona-

*Studij dentalne medicine
Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu

Adresa za dopisivanje:
Prof. dr. sc. Dolores Biočina-Lukenda
Studij dentalne medicine
Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu
21000 Split, Šoltanska 2
E-mail: dolores.biocina-lukenda@mefst.hr

čnoj dijagnozi određene upalne bolesti. Rano postavljena dijagnoza upale u ustima moguća je budući se patološke promjene karakteristične za određenu bolest pojavljuju već u ranoj fazi virusnih bolesti odnosno u njihovom prodromalnom stadiju. Najčešće bakterijske upale usne šupljine koje se vezuju uz dječju dob su šarlah, difterija, streptokokni stomatitis i otežano nicanje zuba.

Stomatitis scarlatina, šarlah. Uzročnik ove bolesti je β -hemolitički streptokok grupe A, odnosno njegov eritrogeni toksin. Od šarlaha obolijevaju djeca uglavnom između 2. i 8. godine života. Inkubacija bolesti je 3-5 dana, nakon čega nastupa akutna infekcija sa prodromalnim simptomima glavoboljom, mučninom i temperaturom. Stomatitis scarlatina je upala sluznice usta koja se javlja kod djece oboljele od šarlaha (5). Upalnim promjenama zahvaćena je prvenstveno faringealna i tonzilarna regija, te stražnji dijelovi usne šupljine. U početku se bolest očituje kao pseudomembranozni stomatitis stražnjih dijelova usta, popraćen petehijalnim krvarenjem, osobito na uvuli i mekom nepcu. Karakterističan nalaz je izražen eritem sluznice te sitnih ulceracija i nekroza uz žućkasti eksudat lezija. Jezik je edematozan suh, žarko crven s naglašenim fungiformnim papilama dajući sliku "malinastog jezika". Perioralno vidljiv je karakterističan Filatovljevi trokut. Regionalni limfni čvorovi su povećani. Liječenje se provodi antibioticima penicilinske skupine. Lokalno u terapiji se primjenjuju antiseptici te lokalni antiseptici u slučaju pojave ulceracija i nekroza (6).

Stomatitis pseudomembranacea streptococcica. Uzročnik je *Streptococcus pneumoniae*. U kliničkoj slici dominira difuzna upala oralne sluznice s formiranjem tankih pseudomembrana na cijeloj oralnoj sluznici. Može se javiti i kao oralni sindrom kod djece i s trijasom edem i eritem sluznice gingive uz osjetljivost alveolarnog nastavka, pojavom malih cističnih lezija gingive, te s edemom i eritemom obrazne sluznice. Prisutan je regionalni limfadenitis. Djeca se uglavnom tuže na subjektivni osjećaj žarenja, pečenja i suhoće usta. Diferencijalno dijagnostički u obzir dolazi kandidijalni stomatitis. Uz opću penicilin-

sku terapiju, lokalno se daju antiseptici i lokalni anestetici kako bi se spriječila bolnost oralne sluznice, te bar donekle omogućilo nesmetano uzimanje hrane i pića (5, 6).

Stomatitis diphterica je upala sluznice usta kod djece oboljele od difterije. Uzročnik ove upale je *Corinebacterium diphteriae*. Inkubacija bolesti je od 2-4 dana. U akutnoj fazi bolest se sa sluznice ždrijela širi na stražnji dio sluznice usta i zatim zahvaća cijelu usnu šupljinu. Zahvaćene su usne, sluznica obraza, mekog nepca, jezik, gingiva, uvula, tonzile i ždrijelo na kojima se pojavljuju opsežne erozije prekrivene pseudomembranama. Nekroze se produbljuju u ulceracije koje su od upaljene oralne sluznice oštro ograničene crvenim rubom. Terapija se provodi primjenom penicilinskih antibiotika. Lokalna terapija uključuje intenzivnu primjenu antiseptika i lokalnog anestetika (7).

Gingivostomatitis herpetic predstavlja manifestaciju primarne infekcije usne šupljine uzrokovane uzročnikom Herpes simplex virus (HSV). Virus se prenosi tijekom bliskog kontakta s osobom koja ima aktivnu primarnu ili rekurentnu infekciju. Primarnu infekciju s HSV mogu prenijeti i asimptomatični nositelji koji imaju dokazan HSV u sline. Većina HSV-infekcija uzrokovana je tipom HSV1. Ovaj tip virusa glavni je uzročnik primarnog infekta kod djece. Primarna infekcija djece u novorođenoj dobi sa HSV uglavnom je posljedica kontakta s majkom koja je asimptomatični nositelj bez vidljivih kliničkih lezija. Poslijeporođajne infekcije novorođenčadi mogu uzrokovati viremiju i širenje virusa u mozak, jetru, nadbubrežne žlijezde i pluća. Novorođena djeca seropozitivnih majki zaštićena su prvih 6 mjeseci života protutijelima koja su dobila transplacentarnim putem. Nakon šestog mjeseca života djeteta, učestalost primarne HSV1 infekcije raste i dostiže vrhunac između 2. i 3. godina života (8, 9).

Vrijeme inkubacije primarne infekcije HSV-om najčešće je od 5-7 dana, premda je moguć raspon i od 2 do 12 dana. Jedan do dva dana prije pojave lezija u ustima javljaju se generalizirani prodromalni simptomi kao povišena tempe-



Slika 1.
Gingivostomatitis herpetic
Figure 1
Gingivostomatitis herpetic

ratura, glavobolja, mučnine, povraćanje i malaksalost. Ovaj podatak je od pomoći u razlikovanju ove virusne infekcije od alergijskog stomatitisa ili multiformnog eritema kad kojih se oralne lezije i opći simptomi pojavljuju istodobno. Otprilike 1-2 dana nakon pojave prodromalnih simptoma, na sluznici usne šupljine pojavljuju se male vezikule okružene upalnom bazom. Vezikule brzo pucaju i uglavnom se ne vide, ostavljajući sitne erozije (Slika 1). Lezije se pojavljuju na svim dijelovima sluznice, a najčešće na mastikatornoj, sluznici gingive i tvrdog nepca, te na dorzalnoj strani jezika. Napredovanjem bolesti, navedene lezije konfluiraju stvarajući veće, nepravilne erozije. Karakteristična je i pojava generaliziranog akutnog marginalnog gingivitisa čija je pojava važan dijagnostički kriterij. Čitava gingiva je edematozna i upaljena s mnogobrojnim erozijama. Stražnji dio ždrijela je upaljen. Submandibularni i cervikalni vratni čvorovi su povećani i bolni. Primarna infekcija uzrokovana HSV-om prolazi spontano. Povišena temperatura se smanjuje nakon tri do četiri dana. Erozivne lezije počinju epitelizirati obično tjedan dana nakon njihove pojave. HSV može biti prisutan i do mjesec dana nakon početka bolesti (10).

U postavljanju dijagnoze primarnog herpetičnog gingivitisa osim poznavanje kliničke slike bolesti i njezinog tijeka svakako je i laboratorijska dijagnostika koja uključuje citološku pretragu, izolaciju HSV u kulturi tkiva, te određivanje titra protutijela (11).



Slika 2.
Herpangina

Figure 2
Herpangina

Primjena aciklovira pokazala se uspješnom u liječenju primarne infekcije HSV usne šupljine kod djece ukoliko se započne u prvih 72 sata od početka bolesti. Osim aciklovira dobri rezultati u liječenju ove bolesti postižu se primjenom valaciklovirom i famciklovirom. Blaži slučajevi mogu se liječiti i samo potpornom terapijom koja uključuje primjenu odgovarajućih antipiretika, primjenu dovoljne količine tekućine kako bi se spriječila dehidracija organizma. Djeci se lokalno obično daju razrijeđeni antiseptici, lokalni anestetici, epitelizansi, te lokalni antimikotici kako bi se prevenirala moguća upala *Candidom albicans* koja nije rijetkost kao komplikacija ove oralne bolesti (12).

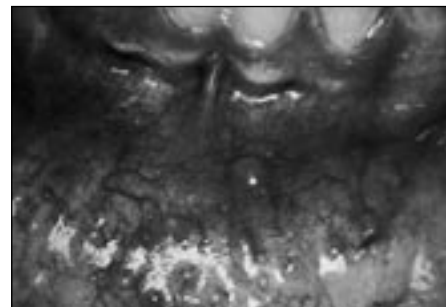
Herpangina je akutna infekcija ždrijela, nepca i stražnje regije oralne sluznice uzrokovana virusom Coxackie A4 iako se kao mogući uzročnici spominju i tipovi od A1-A10 i tipovi od A16-A22 (13). Budući da postoje mnogi antigeni oblici virusa Coxackie, herpangina se u istog bolesnika može pojaviti više puta. Premda najčešće obolijevaju djeca u dobi od 3 do 10 godina, bolest je česta i kod adolescenata. Herpangina se uglavnom pojavljuje u epidemijama i to najčešće od lipnja do listopada. Bolest započinje s općim simptomima, visokom temperaturom, malaksalošću, glavoboljom, suhoćom u grlu i disfagijom u području orofarinksa, tonzilama, nepčanim lukovima i mekom nepcu pojavljuju se točkaste makule koje prelaze u papule i vezikule. U roku 24 do 48 sati vezikule pucaju, te nastaju plitke erozije veličine 1 do 2 mm. Bolest je blaga i spontano prolazi u roku tjedana. Iako se citološkom pre-

tragom potvrđuje dijagnoza herpangine, na temelju kliničkih kriterija herpangina može se razlikovati od drugih virusnih infekcija, a to je epidemijska pojava bolesti kod koje se manje lezije pojavljuju u ždrijelu i stražnjim dijelovima sluznice usta bez pojave generaliziranog gingivitisa, a sama bolest ima blagi tijek (Slika 2). Liječenje je simptomatsko i potporno, a uključuje uzimanje dovoljne količine tekućine, te primjenu lokalnih anestetika u slučajevima otežanog gutanja (13, 14).

Bolest šaka, stopala i usta uzrokovana je virusom Coxackie A16. Bolest se klinički očituje blago povišenom temperaturom, pojavom vezikula i erozija u ustima, makulama na koži koje ne svrbe, te papulama i vezikulama na šakama i stopalima. Lezije u ustima su izraženije nego u herpangini, a javljaju se na tvrdom nepcu, jeziku i sluznici obraza. Liječenje je simptomatsko i potporno (15).

Morbilli (ospice). Prije nego što je cijepljenje postalo rašireno, ospice su bile vrlo česta bolest djece, tako da je 90% stanovništva bilo zaraženo do dobi od 20 godina. Danas su ospice rijetka bolest i javljaju se samo sporadično. Osjetljive osobe su dojenčad u vrijeme kad se smanjuje broj protutijela dobivenih od majke, kao i osobe koje nisu cijepljene. Ovo je bolest od koje uglavnom obolijevaju djeca između 5. i 10. godine života. Uzročnik je virus morbila. Inkubacija traje između 10 do 12 dana. Nakon prodromalnih simptoma visoke temperature, malaksalosti i glavobolje, karakteristična klinička slika u usnoj šupljini su pojava Koplikovih pjega na obraznoj sluznici, mekom nepcu i uvuli. Na eritematoznoj podlozi vidljive su bijele makule veličine 1 do 3 mm. Djeca se tuže na osjećaj peckanja u ustima. Dijagnoza se postavlja na temelju karakteristične kliničke slike, a dopunjuje dokazivanjem virusa u kulturi, te serološki koncentracijom protutijela IgM koji se pojavljuju već nakon 2 do 3 dana od pojave bolesti (16, 17).

Varicellae (vodene kozice) uzrokovane su *Varicella zoster* virusom (VZV). Inkubacija traje od 14 do 25 dana. Lezije na sluznici usta pojavljuju se prije kožnih simptoma. Bolest karakteriziraju nespecifični simptomi povišene temperature, glavobolje i povraćanja. Na oralnoj slu-



Slika 3.
Varicellae

Figure 3
Varicellae

znici je karakteristična pojava makula i vezikula koje pucaju ostavljajući erozije prekrivene fibrinskom naslagom na mekom nepcu, gingivi, obraznoj sluznici i usnicama (Slika 3). Karakterističan je nalaz crvenog glatkog jezika. Lezije brzo prolaze, postupno epiteliziraju za 7 do 10 dana. Terapija je simptomatska i suprativna. Daju se antipiretici, a lokalno na sluznici usta, razrijeđeni antiseptici, lokalni anestetici i otopine epitelizansa. U težim slučajevima daje se aciklovir (18).

Akutna pseudomembranozna kandidijaza (soor) je klinički prototip za infekciju usne šupljine izazvane gljivicom *Candida albicans*. Bolest se pojavljuje u dječjoj dobi, često kod dojenčadi. Razvoju bolesti pogoduje način hranjenja, naseļavanje ubikvitarnog saprofita kandidate prije ostalih mikroorganizama na oralnu sluznicu, te zbog imunološke nezrelosti u dojenačkoj dobi. Također i utjecaj lokalne primjene lijekova kao što su kortikosteroidi u terapiji bronhalne astme ili u terapiji pojedinih mukokutanih autoimunih bolesti, može biti uzrokom pojave ove gljivične infekcije na sluznici usta kod djece (19, 20). Pojava kandidijaze češća je i kod djece s mješovitom denticijom kao posljedica salivarnog biofilma koji pospješuje adherenciju kandidate na plohama krune zuba (21, 22).

Tipične lezije u dojenčadi izgledaju kao mekane, bijele mrlje na sluznici usne šupljine. Uglavnom su bezbolne i mogu se lako ukloniti. To su pseudomembrane čijim skidanjem nastaje površinsko pehijalno krvarenje na eritematoznoj podlozi (Slika 4). U početku je pojava bolesti prisutna samo na obraznoj sluznici, dok daljim napredovanjem zahvaća sve



Slika 4.
Akutna pseudomembranozna kandidijaza
(mlječac)

Figure 4
Candidiasis pseudomembranacea acuta
(soor)

dijelove oralne sluznice. Dijagnoza se postavlja na temelju kliničke slike, a potvrđuje nativnim razmazom i kulturom kandidate. Liječenje se provodi lokalnim antimikoticima kao što je nistatin, mikonazol, klotrimazol (23).

Upale jezika u dječjoj dobi

Epidemiološka istraživanja ukazuju na visoku učestalost bolesti jezika u odnosu na ostale bolesti usne šupljine, iako se prevalencija razlikuje između pojedinih opisanih studija. Navedena razlika prije svega se odnosi na dob i spol, ali i na populacije u kojima je istraživanje provedeno (24, 25). Upale jezika u dječjoj dobi su površinske i očituju se promjenom na dorzalnoj strani jezika kao: glossitis ekfoliativa areata migrans, glossitis exfoliativa areata non migrans i kao glossitis glabra.

Glossitis ekfoliativa areata migrans migrirajuća je upala jezika koja se pojavljuje u dječjoj dobi i to od dojenačke dobi do puberteta. Bolest je poznata i kao benigni migratorni glositis (BMG) (Slika 5). Smatra se najučestalijom bolesti jezika dječje dobi. S obzirom na dobnu skupinu u kojoj se javlja, neki autori navode da se BMG pojavljuje u djetinjstvu već u najranijoj dobi, dok drugi smatraju da se u većini slučajeva pojavljuje u pubertetu i to uglavnom kod djevojčica (26). Smatra se da razlika između različitih dobničkih skupina postoji s time da je učestalost veća u mlađoj dobnoj skupini, osobito kod djece u dobi od 0-4 godine (27). Većina studija potvrđuje da se BMG po prvi put javlja kod djece u dobi od 6-12 mjeseci.

Ovaj oblik upale jezika povezuje se s poremećajima gastrointestinalnog trakta, sideropeničnom anemijom, deficitom vitamina B12. Kod djece do treće godine života u pozadini benignog migratornog glositisa često je prolazni oblik imunodeficiencije, tranzitorna hipogamaglobulinemija. Klinički se ovaj oblik upale jezika očituje oštro ograničenim eritematoznim arealima izljuštene sluznice dorzuma jezika koje su okružene hiperkeratotičnim izduženim filiformnim papilama. Djeca se obično tuže na osjećaj peckanja jezika pri konzumiranju hrane. Sluznica dorzuma jezika postupno epitelizira, ali nakon nekog vremena lezije ponovno recidiviraju pojavljujući se na drugim dijelovima jezika koji do tad nisu bili zahvaćeni. Liječenje uključuje prije svega liječenje osnovnog uzroka (anemija, nutritivni poremećaji), dok se lokalno mogu dati razrijeđeni antiseptici, epitelizansi kao i antimikotici kako bi se prevenirala sekundarna infekcija *Candidom albicans*, a što nije rijetkost (28).

Glossitis ekfoliativa areata non migrans nemigrirajuća je upala jezika, koja se često susreće kod male djece. Klinički se očituje ograničenim eritematoznim arealima izljuštene sluznice dorzuma jezika koje su okružene hiperkeratotičnim izduženim filiformnim papilama. Ne recidiviraju već su konstantne, uvijek zahvaćajući isto mjesto dorzuma jezika. Uzrok ovog oblika glositisa uglavnom je mehanička iritacija stranim predmetima. Liječenje je isto kao i kod migrirajućeg glositisa (26, 29).

Glossitis glabra je površinska upala sluznice jezika, a nastaje kao posljedica nutritivnih deficijencija. Ako je ovaj oblik upale jezika stalno prisutan znak je anemije. Uglavnom se radi o sideropeničnoj anemiji koja se obično javlja uz neke sustavne infekcije u dječjoj dobi. Klinički se očituje potpunim gubitkom okusnih i filiformnih papila i pojačanom osjetljivošću jezika što se očituje simptomom pečenja i žarenja. Liječenje je prije svega vezano na uzrok, a lokalna terapija je ista kao i kod migrirajućeg glositisa (27, 29).



Slika 5.
Glositis ekfoliativa areata migrans

Figure 5
Glossitis exfoliativa areata migrans

Rekurentne ulceracije dječje dobi

Rekurentne aftozne ulceracije (RAU) su poremećaj koji karakteriziraju ulceracije i erozije ograničene na sluznicu usta bez drugih znakova bolesti. Bolest zahvaća oko 20% populacije, a kod trećine školske djece se u anamnezi navodi pojava rekurentnih aftoznih ulceracija (30). Prema rezultatima različitih studija prevalencija bolesti kreće se od 17-45% (31). Pojava lezija događa se u 17% slučajeva prije desete godine života (32). Klinička istraživanja potvrđuju da su rekurentne ulceracije bolest mlađe djece i adolescenata (33).

Prema najnovijim saznanjima o RAU se raspravlja kao o kliničkom sindromu koji nastaje djelovanjem nekoliko čimbenika kao što su genetska predispozicija, alergija, te bolesti krvi i imunološkog sustava (34, 35). Genetska predispozicija za nastanak RAU potvrđuje se činjenicom da djeca čiji roditelji boluju od navedene bolesti su u 90% slučajeva uzrok za nastanak ovih rekurentnih ulceracija. Djeca zdravih roditelja imaju 20% izgleda za razvoj ove bolesti. Također i specifični HLA-antigeni u populaciji govore u prilog genetskoj predispoziciji za nastanak RAU (36). Kao mogući uzrok za nastanak RAU navodi se sideropenična anemija, deficit folata i vitamina B12. Brojna istraživanja navode imunološki poremećaj kao važan etiološki čimbenik za razvoj bolesti. Novije spoznaje baziraju se na ulogu citotoksičnih limfocita T, ADCC, te poremećaje u broju i omjerima subpopulacija limfocita. Pojava afti može se povezati i sa nekim drugim sustavnim bolestima koje imaju prirodu



Slika 6.
Rekurentna aftozna ulceracija
Figure 6
Recurrent aphthous stomatitis

autoimune bolesti. Pojava RAU povezuje se s Chronovom bolesti, te sa celijakijom. Kod bolesnika, osobito onih kod kojih se rekurentne afte pojavljuju od najranijeg djetinjstva, bez utvrđenog specifičnog uzroka i koje su slabo reagirale na standardnu terapiju nađen je povećan titar antiendometrijskih protutijela. U tom slučaju eliminacijska dijeta pokazala se terapijski učinkovitom (37).

RAU se prema kliničkom tipu razvrstavaju u tri klinička oblika: male afte (aphtae minor) (Slika 6), velike afte (aphtae maior) i herpetiformne afte (aphtae herpetiformes). Male afte se pojavljuju u više od 80% slučajeva, manje su od 1 cm i cijele bez ožiljka. Velike afte su veće od 1 cm u promjeru. Cijele i do mjesec dana, a ostavljaju ožiljke sluznice. Herpetiformne afte su poseban klinički entitet nalik rekurentnom herpesu, ali za razliku od herpesa lezije ne konfluiraju. Za sada ne postoji odgovarajuće lokalno liječenje koje bi smanjilo učestalost pojave novih aftoznih lezija. Kod djece u lokalnoj terapiji koriste se razrijeđeni antiseptici, te lokalni anestetici kako bi se reducirala bol i osjećaj pečenja sluznice usta zahvaćene ovim patološkim lezijama. Lokalno se kao lijek izbora primjenjuju kortikosteroidi u obliku otopine, kreme ili u ora bazi. U težim slučajevima velikih afti koje dugo cijele, primjena perilezijske instilacije kortikosteroida daje dobre rezultate. U terapiji recidivirajućih afti svakako je važno i liječenje osnovne sistavne bolesti (anemija, druge autoimune bolesti, bolesti gastrointestinalnog sustava) (37).

Ozljede oralne sluznice

Ozljede oralne sluznice u dječjoj dobi česta su pojava, i s obzirom na učestalost pojavljivanja smatraju se drugom najčešćom patološkom lezijom na sluznici usta kod djece (31). Nastaju padom, ugrizom, unošenjem stranog predmeta u usta, te nepodesnim nesvjesnim navikama kao što su grickanje sluznice obraza. Pojava traumatskih lezija je češća kod djece mlađe dobi (1).

Traumatske ulceracije nastaju kao akutne mehaničke ozljede oralne sluznice bilo da nastaju ugrizom, zubnom četkicom pri pranju zubi ili unošenjem stranih predmeta u usta, a što nije rijetkost u dječjoj dobi. Ozljede sluznice često se vide i pri nošenju fiksnih ortodontskih aparata. Kao posljedica mehaničke ozljede navodi se oštećenje usnice, jezika i obrazne sluznice, nakon primjene lokalne ili provodne anestezije, budući zbog utrnutosti mogu nesvjesnim grizanjem nastati opsežnije akutne ulceracije (Slika 7). Klinički se ove ozljede očituju lacercijama koje obilno krvare, ukoliko su posljedica traume padom, te kao ulceracije nepravilna oblika koje su prekrivene bijelim pseudomembranama i koje zbog reaktivne upale dobivaju upalni rub. Akutne ozljede sluznice su praćene intenzivnom boli, a zbog moguće sekundarne bakterijske infekcije regionalni limfni čvorovi mogu biti povećani uz povišenu temperaturu. Traumatske ulceracije brzo epiteliziraju unutar par dana nakon uklanjanja uzroka nastanka ozljede. Lokalna terapija uključuje primjenu antiseptika, kortikosteroida i sredstava koja stimuliraju epitelizaciju (1).

Morsikacija sluznice usta i to najčešće obrazne sluznice, rubova jezika, vestibuluma usnica nastaju kao posljedica parafunkcije grizanja. Na taj način nastaju kronične ozljede specifičnog izgleda. Klinička slika ovisi o trajanju iritacije. Može se raditi o ljuštenju sluznice uz pojavu upale i plitkih erozija. Poslije se pojavljuju hiperkerotične zone odebljanog epitela koji se ljušti. Kao posljedica ove dugotrajne mehaničke iritacije je i pojava leukoplakije. Terapija uključuje eliminaciju uzroka mehaničkog oštećenja, lokalnu primjenu preparata retinoidne kiseline (38).



Slika 7.
Ugriz
Figure 7
Morsicatio

Riga-Fede ulceracija (RFU) izuzetno je rijetka, upalna promjena, na ventralnoj strani jezika novorođenčadi i dojenčadi. Posljedica je struganja ventralne strane jezika po neonatalnom zubu ili tek izniklom mliječnom inicizivu u donjoj čeljusti. Klinički se očituje ulceroznom lezijom u čijem dnu se mogu vidjeti otočići granulacijskog tkiva, a okružena je hiperkartotičnom zonom. Klinička manifestacija ove lezije kod djece može upućivati na neke poremećaje u razvoju odnosno na razvojne anomalije jezika, te na moguću primjenu hrane koja konzistencijom ne odgovara dobi djeteta (39).

Periorani dermatitis nastaje kao posljedica nesvjesne radnje vlaženja sluznice usana jezikom, što nije rijetkost u dječjoj dobi. Dolazi do maceracije i pucanja usnica. Nastaju eksfolijacija usnica, stvaraju se fisure. Zbog gubitaka intaktnosti epitela usnica mogu nastati sekundarne infekcije uzrokovane *Candidom albicans* i *Staphilococcus aureusom*. Terapija uključuje otklanjanje uzroka ove nepodesne navike što uključuje i primjenu odgovarajuće psihijatrijske terapije, te lokalnih odgovarajućih antimikrobnih lijekova. Kombinacija lokalnog antibiotika, kortikosteroida i antimikotika u ovom slučaju daje dobre rezultate (40).

Zaključak

Najučestalije patološke promjene sluznice usne šupljine u dječjoj dobi odraz su oralnih bolesti specifičnih za navedenu dob ili su pak jedan od prvih simptoma neke sistavne bolesti. U definiranju kriterija u dijagnosticiranju patološkog stanja odnosno patološke lezije na

sluznici usta djeteta svakako je potrebno voditi računa radi li se o djetetu dojenačke dobi, malom djetetu ili djetetu školske dobi. Razlog tome je što svaka od navedenih skupina ima određene specifičnosti vezane prije svega na utjecaj vanjskih uzročnika. Budući uniformiranih epidemioloških studija nema, učestalost pojavljivanja oralnih bolesti kod djece razlikuje se među ispitivanim populacijama. U ovom članku opisane su najčešće oralne bolesti u kliničkoj praksi. Ipak, potrebno je spomenuti da je kod djece moguća i pojava bolesti i patoloških stanja koje imaju visoku incidenciju u odrasloj dobi, a njihova klinička očitovanja moguća su prije svega kod one djece kod koje postoji pozitivna obiteljska anamneza za navedenu bolest. S povećanjem životnog vijeka i osuvremenjivanjem dijagnostičkih metoda i terapijskih postupaka, svakako se povećava i incidencija djece s nekom oralnom bolešću koja se susreću u svakodnevnoj kliničkoj praksi. Sve navedeno ističe važnost prepoznavanja i razlikovanja patoloških promjena sluznice usta koje se javljaju u sklopu pojedinih sustavnih bolesti kod djece od onih patoloških promjena benigne prirode i koje kao takve ne zahtijevaju primjenu invazivnih terapijskih postupaka.

LITERATURA

- Crespo MR, del Pozo PP, Garcia RR. Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005; 10: 376-87.
- Cambiaghi S, Gelmetti C. Bohn's nodules. *Int J Dermatol*. 2005; 44 (9): 753-4.
- Hayes PA. Hamartomas, eruption cyst, natal tooth and Epstein pearls in a newborn. *ASDC J Dent Child*. 2000; 67 (5): 365-8.
- Tandon P, Malik R, Tandon R. Congenital epulis of the newborn: a case report with review of literature. *Indian J Pathol Microbiol*. 2007; 50 (3): 593-4.
- Sharma S, Verma KK. Skin and soft tissue infection. *Indian J Pediatr*. 2001; 68 (3): 46-50.
- Hedrick J. Acute bacterial skin infections in pediatric medicine: current issues in presentation and treatment. *Paediatr Drugs*. 2003; 5 (1): 35-46.
- Nikolaeva IN, Astafeva NV, Barer GM, Parkhomenko IuG, Iushchuk ND, Petina GK, Vorob'ev AS. Diphtheria of the oral mucosa. *Stomatologiya (Mosk)*. 1995; 74 (1): 26-8.
- Tovaru S, Parlatescu I, Tovaru M, Cionca L. Primary herpetic gingivostomatitis in children and adults. *Quintessence Int*. 2009; 40 (2): 119-24.
- Stone KM, Brooks CA, Gunian ME, Alexander ER. National surveillance for neonatal herpes simplex infections. *Sex Transm Dis* 1989; 16: 152-6.
- Whitley RJ, Kimberlin DW, Roizman B. Herpes simplex viruses. *Clin Infect Dis*. 1998; 26: 541-53.
- Faden H. Management of primary herpetic gingivostomatitis in young children. *Pediatr Emerg Care*. Apr, 2006; 22 (4): 268-9.
- Whitley RJ. Therapy of herpes virus infections in children. *Adv Exp Med Biol*. 2008; 609: 216-32.
- Greenberg MS. Infekcije virusom Coxackie. U: Greenberg MS, Glick M. *Burketova Oralna Medicina. Dijagnoza i liječenje*, 10. izd. Zagreb, 2006; 54-55.
- Lee TC, Guo HR, Su HJ, Yang YC, Chang HL, Chen KT. Diseases caused by enterovirus 71 infection. *Pediatr Infect Dis J*. Oct, 2009; 28 (10): 904-10.
- Gillard P, de la Brassinne M. Hand, foot and mouth disease, a not so benign affection: clinical reminder and potential complications. *Rev Med Liege*. Oct, 2003; 58 (10): 635-7.
- Ludlow M, Allen I, Schneider-Schaulies J. Systemic spread of measles virus: overcoming the epithelial and endothelial barriers. *Thromb Haemost*. Dec, 2009; 102 (6): 1050-6.
- Rima BK, Duprex WP. Morbilliviruses and human disease. *J Pathol*. Jan, 2006; 208 (2): 199-214.
- Mustafa MB, Arduino PG, Porter SR. Varicella zoster virus: review of its management. *J Oral Pathol Med*. 2009; 38 (9): 673-88.
- Ellepola ANB, Samaranayake L. Inhalational and topical steroids, and oral candidosis: a minireview. *Oral Diseases*. 2001; 7: 211-6.
- Krol DM, Keels MA. Oral conditions. *Pediatr Rev*. Jan, 2007; 28 (1): 15-22.
- Flinck A, Paludan A, Matsson L, Holm AK, Axelsson I. Oral findings in a group of newborn Swedish children. *Int J Paediatr Dent*. 1994; 4: 67-73.
- Su CW, Gaskie S, Jamieson B, Triezenberg D. Clinical inquiries. What is the best treatment for oral thrush in healthy infants? *J Fam Pract*. Jul, 2008; 57 (7): 484-5.
- Howell A, Isaacs D, Halliday R, Australasian Study Group For Neonatal Infections. Oral nystatin prophylaxis and neonatal fungal infections. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2009; 94 (6): 429-33.
- Darwazeh AMG, Pillai K. Prevalence of tongue lesions in 1013 Jordanian dental outpatients. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1993; 21: 323-4.
- Banoczy J, Rigó O, Albrecht M. Prevalence study of tongue lesions in a Hungarian population. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1993; 21: 224-6.
- Bezerra S, Costa Isabel. Oral conditions in childrens from birth to 5 years: the findings of a children's dental program. *J Clin Pediatr Dent*. 2000; 25: 79-81.
- Bessa CFN, Santos PBJ, Aguilar MCF, Do Carmo MAV. Prevalence of oral mucosal alterations in children from 0 to 12 years old. *J Oral Pathol Med*. 2004; 33: 17-32.
- Furlanetto DL, Crighton A, Topping GV. Differences in methodologies of measuring the prevalence of oral mucosal lesions in children and adolescents. *Int J Paediatr Dent*. 2006; 16 (1): 31-9.
- Pinto A. Pediatric soft tissue lesions. *Dent Clin North Am*. 2005; 49 (1): 241-58.
- Flaitz CM, Baker KA. Planteamientos terapéuticos para lesiones orales sintomáticas comunes en los niños. *Dent Clin N Am*. 2001; 733-58.
- García-Pola MJ, García JM, González M. Estudio epidemiológico de la patología de la mucosa oral en la población infantil de 6 años de Oviedo (España). *Medicina Oral* 2002; 7: 184-91.
- Bessa CFN, Santos PBJ, Aguilar MCF, Do Carmo MAV. Prevalence of oral mucosal alterations in children from 0 to 12 years old. *J Oral Pathol Med*. 2004; 33: 17-32.
- Kleiman DV, Swango PA, Niessen LC. Epidemiologic studies of oral mucosal conditions-methodologic issues. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19: 129-40.
- Tasher D, Somekh E, Dalal I. PFAPA syndrome: new clinical aspects disclosed. *Arch Dis Child*. 2006; 91 (12): 981-4.
- Ciambra R, Milocco C, Facchini S, Leone V, Locatelli C, Pocco M. Periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, and lymphadenopathy: a pediatric caseload. *Pediatr Med Chir*. 2003; 25 (3): 181-4.
- Eversole RL. Immunopathogenesis of oral lichen planus and recurrent aphthous stomatitis. *Semin Cutan Med Surg* 1997; 16: 284-94.
- Greenberg MS. Bolesnik s rekurentnim ulceracijama usne šupljine. U: Greenberg MS, Glick M. *Burketova Oralna Medicina. Dijagnoza i liječenje*, 10. izd. Zagreb, 2006; 63-8.
- Woo SB, Lin D. Morsicatio mucosae oris - a chronic oral frictional keratosis, not a leukoplakia. *J Oral Maxillofac Surg*. Jan, 2009; 67 (1): 140-6.

39. Ceyhan AM, Yildirim M, Basak PY, Akkaya VB, Ayata A. Traumatic lingual ulcer in a child: Riga-Fede disease. Clin Exp Dermatol. 2009; 34 (2): 186-8.
40. Green B, Morrell DS. Persistent facial dermatitis: pediatric perioral dermatitis. Pediatr Ann. 2007; 36 (12): 796-8.

Summary

DISEASES AND PATHOLOGICAL CONDITIONS OF ORAL MUCOSA IN CHILDREN

D. Biočina-Lukenda

Early recognition of pathological changes on the oral mucosa in children, in every day clinical practice is essential, because many infectious diseases on the oral mucosa can be manifested with absence of general symptoms. Application of diagnostic criteria of certain oral diseases, and the samples of the same, makes the therapy adequate and on-time. Following these guidelines can diminish different risks and unwanted consequence. The most often oral diseases in childhood are changes of oral mucosa, tongue diseases, recurrent oral ulcerations and traumatic injuries.

Descriptors: ORAL MUCOSA, ORAL DISEASES, CHILDHOOD