

616.317-002.7

CHEILITIS GRANULOMATOSA

MUDr. P. PLACHÝ, CSc., doc. MUDr. I. SATKO, CSc., MUDr. V. FILO

II. stomatologická klinika FN v Bratislave

(prednosta: doc. MUDr. Ivan Satko, CSc.)

Kožná klinika FN v Bratislave

(prednosta: prof. MUDr. Jozef Buchvald, DrSc.)

Úvod

Edém pery je jedným z klinických symptómov syndromu Melkersson—Rosenthalovho, ktorý zahŕňa známe trias príznakov: recidivujúce edémy pier, parézu n. facialis a rozbrázdnený jazyk (lingua plicata). Veľmi často sa vyskytujú oligosymptomatické formy, teda chýbanie niektorého príznaku. Konštantným príznakom je opuch hornej alebo dolnej pery, histologicky diagnostikovaný ako cheilitis granulomatosa. Paréza n. facialis a lingua plicata asi v dvoch tretinách prípadov chýbajú. Granulomatóznou cheilitídou ako samostatnú jednotku popísal už v r. 1945 Miescher, takže v literatúre je často nazývaná ako Miescherova cheilitída (1, 2).

Priebeh ochorenia

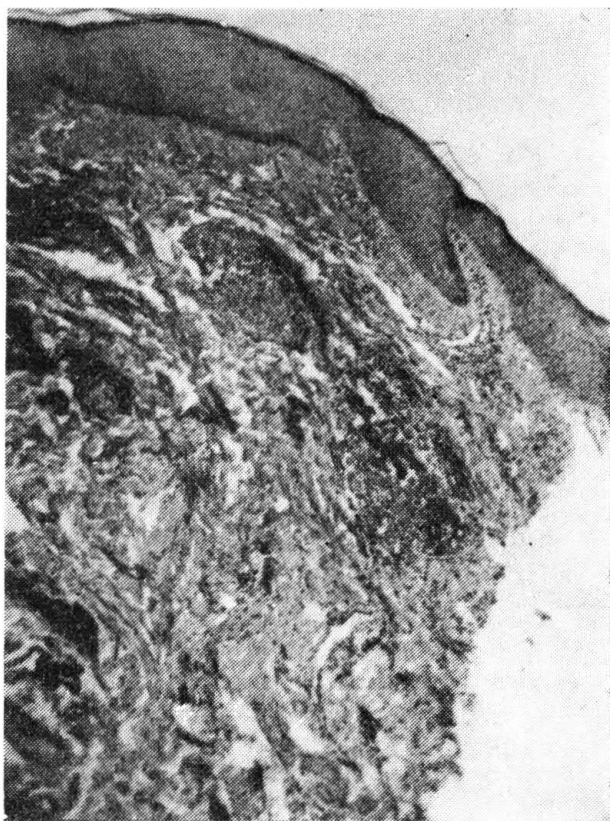
Klinicky sa cheilitis granulomatosa prejavuje náhlým opuchom pery bez prodromov, ktorý väčšinou v iniciálnom štádiu postihuje len časť pery. Sliznica pery je napnutá, začervenená až s nádychom do fialova, pacient má pocit napätia, bolesť väčšinou nepociťuje. Aj napriek napätiu, ktoré pacient udáva, je palpačne pera mäkká. Opuch trvá niekoľko dní. Asi v 60 % prípadov bez stopy vymizne, v ostatných prípá-

doch zostáva edematózne reziduum časti pery. V tomto štádiu uniká väčšinou pozornosti. Až pri recidíve opuchu pacient vyhľadá lekára. Pri každej atake je opuch väčší a tiež reziduum je výraznejšie.

Diagnózu cheilitis granulomatosa možno určiť len histologicky, preto predbežná diagnóza býva makrocheilia alebo recidivujúce edémy pery. Histologicky nachádzame difúzny edém intersticiálneho spojivového tkaniva s malými granulómami. Popri edémoch a granómoch nachádzame zmeny lúmenu drobných krvných a lymfatických ciev, so zhrubnutím cievnej steny a s endolymfangoitídou. Perivaskulárne býva nešpecifický lymfocytárny infiltrát. Granulómy sú uložené až v hlbších partiách edematózneho interstícia (obr. 1, 2).

Tvorí ich epiteloidné bunky a často nachádzame aj mnohojaderné bunky Langhansove. Keďže granulomatózny zápal je v okolí lymfatických ciev, to vysvetľuje vznik edematózneho presiaknutia tkaniva.

Aj keď najčastejším symptomom Melkersson—Rosenthalovho syndromu je edém pery, boli popísané i edémy lokalizované na bukálnej sliznici a na jazyku. Ak edém dosiahne väčších rozmerov, môže spôsobovať pacientovi veľké útrapy. Okrem parézy n. facialis, ktorá je častým symptomom, môžu byť postihnuté aj



Obr. 1

iné mozgové nervy a CNS. Niektoré poruchy ukazujú na lézie podobné sclerosis multiplex. Dôkladné neurologické vyšetrenie je preto vždy veľmi dôležité. V spojitosti s Melkersson—Rosenthalovým syndromom boli popísané i viscerálne symptomy a psychické alterácie (1). Z toho vyplýva, že cheilitis granulomatosa a syndrom Melkersson—Rosenthalov má široký záber a pri stanovení diagnózy je potrebná súčinnosť mnohých medicínskych disciplín. Etiológia granulomatóznej cheilitídy nie je známa. Ani samostatnej jednotky ani syndromu Melkersson—Rosenthalovho syndromu.

Sú rôzne teórie etiológie (1, 2, 3). Mnohí autori pokladajú granulomatóznú cheilitídu za prejav alergie rôzneho pôvodu, niektorí poukazujú na reumatickú genézu, alebo na prejav tuberkulózy. K predpokladu tuberkulóznemu ich vedie hlavne nález granulómov podobných tuberkulóznym. Tbc sa však vo väčšine prípadov nepotvrdila. Histologický obraz niekedy pripomína sarkoidózu. Mnohí autori považujú za etiologické agens vírusy a tiež toxoplazmózu. Najpravdepodobnejší však bude syndrom polyetiologický. Na II. stomatologickej klinike v Bratislave sme v spolupráci s kožnou klinikou diagnostikovali 2 prípady granulomatóznej cheilitídy.

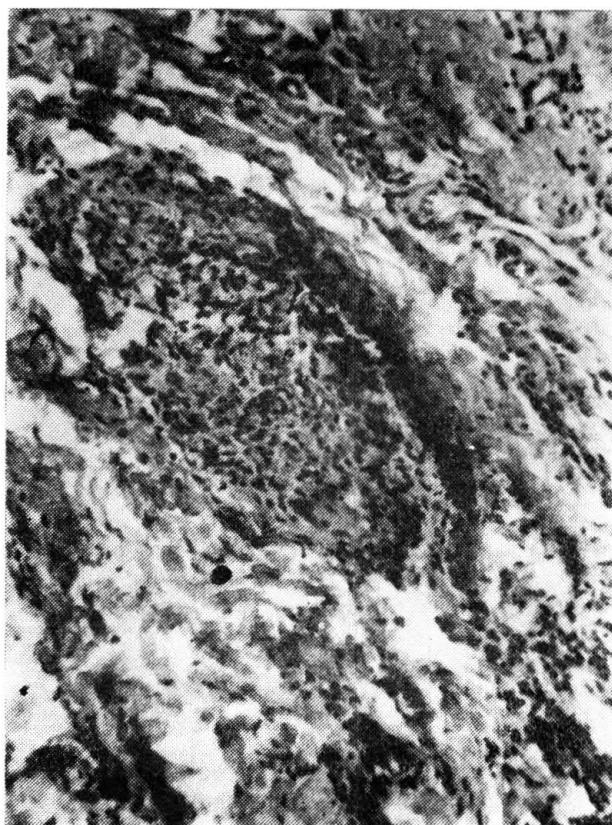
Pacientky (25 r., 43 r.) udávali viacročné opuchanie pery, ktoré po 2—3 týždňoch ustúpilo. Pretrvávalo len malé zhrubnutie pery.

Opuch pery sa objavil niekedy po vystavení tváre väčšiemu chladu (pobyt v mraze), niekedy po slnení, väčšej fyzickej námahe a tiež pri celkových chorobách (virózach a angínach). Opuch bol nebolestivý, pacientky pociťovali len napätie. Pretože v poslednom čase opuch neustupoval navštívili pacientky obvodného lekára, ktorý ich doporučil na II. stomatologickú kliniku v Bratislave (obr. 3, 4).

Spolu s kožnou klinikou FN sme po histologickom vyšetrení diagnostikovali granulomatóznú cheilitídu (obr. 1, 2). Celkové interné a neurologické vyšetrenie bolo v norme.

Terapia

Keďže etiológia je neznáma, liečba môže byť len symptomatická. V iniciálnom štádiu je vhodné aplikovať antialergickú a polyvitamínóznú terapiu a odstrániť bakteriálne fokusy. Keď makrochelia neustúpi, je indikovaná aplikácia kortikoidov celkove. Ak edém pretrváva napriek tejto liečbe, aplikácia kortikoidov do miesta edému. Konečná terapia je chirurgická. Excízia submukózy v rozsahu zväčšenia pery (1). Naším dvom pacientkám sme po histologickom diagnostikovaní cheilitis granulomatosa ordinovali kenalog in orabase, ktorý si pacientky nanášali na edematóznú peru z vestibulárnej strany vždy na noc po dobu 1 mesiaca. Edém však neustúpil, preto sme pristúpili k aplikácii suspenzie kenalogu intrafokálne.



Obr. 2



Obr. 3



Obr. 4



Obr. 5

Kenalog (10%) sme vpichovali podľa rozsahu edému na 2 až 4 miestach pery do hĺbky asi 0,5 cm po 0,3 ml s odstupom 2 týždňov trikrát. Edém po aplikáciach výrazne ustúpil (obr. 5). Aplikácia kenalogu suspenzie je značne bolestivá, preto doporučujeme peru najprv zvodovou anestézou mesokainom znecitliviť, alebo spolu s kenalogom aplikovať mesokain. Pacientky dispenzarizujeme a kenalog aplikujeme opakovane po 6 mesiacoch. Liečbu kenalogom referovali viacerí autori (1, 2).

Záver

Vzhľadom na polyetiológiu granulomatóznej cheilitídy je nutné pri jej diagnostikovaní dokonalé celkové vyšetrenie, ktoré robíme vždy v spolupráci s dermatovenerologom. Edém pery môže aj po rokoch znovu zrecidivovať a granulomatózny zápal môže vzniknúť i na bukálnej sliznici, jazyku a gingíve, preto je nutná dlhodobá dispenzarizácia pacientov. Pri kontrolách treba vyšetriť aj inerváciu n. facialis, pretože sa môže pridružiť postupne i paréza n. facialis.

Cheilitis granulomatosa, i keď nie je väčšinou život ohrozujúca, je závažné ochorenie, ktoré sa dá ovplyvňovať len symptomaticky.

Súhrn

Autori popisujú 2 prípady cheilitis granulomatosa, ktorá býva jedným z príznakov Melkersson-Rosenthalovho syndromu. Osvedčila sa im lokálna liečba kenalogom intrafokálne. Zdôrazňujú možnosť recidívy, preto je nutná dlhodobá dispenzarizácia pacientov.

Literatúra

1. HRACHOVÁ, L. - ŠTÁVA, Z.: Novější poznatky o Melkersson-Rosenthalově syndromu. Čs. Dermatol., 48, 1973, č. 4, s. 263-272.
2. HRDINOVÁ, V. - DŘÍZHAL, I. - STEINER, I. - FRANK, M. - NOŽIČKA, Z.: Oligosymptomatická forma syndromu Melkersson-Rosenthalova u dítěte. Prakt. zub. Lék., 33, 1985, č. 5, s. 140-145.
3. PODLEŠÁK, O. - BYDŽOVSKÝ, V. - DUNDA, J.: Příspěvek k Melkersson-Rosenthalovu syndromu. Čs. Stomatol., 84, 1984, č. 1, s. 53-59.
4. ŠTÁVA, Z.: Nemoci kůže a ústní sliznice. Praha, Avicenum 1977.

Klíčové slová: Cheilitis granulomatosa; Recidívy; Kortikoidy; Dispenzarizácia.