

# INFEKCE ÚSTNÍ SLIZNICE

MUDr. Romana Ivančaková, CSc., doc. MUDr. Radovan Slezák, CSc.

Stomatologická klinika, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova v Praze  
Fakultní nemocnice Hradec Králové

Infekční nemoci ústní sliznice mají různý původ, průběh, prognózu. Setkáváme se s nimi ve všech věkových kategoriích, postihují jedince celkově zdravé i jedince disponované ke vzniku oportunních infekcí.

Akutní průběh virových stomatitid, zejména primární herpetické gingivostomatitidy, jež je nejčastější formou klinicky manifestní primární infekce vyvolané herpes simplex virem, je relativně často důvodem k neoprávněnému podávání antibiotik v dětském věku. Diagnóza „aftózní stomatitidy“, jež je v rámci oboru orální medicíny jen synonymem pro chorobu ústní sliznice nejasného původu označovanou častěji pojmem recidivující afty, není dnes již pro výše uvedené akutní stavy použitelná.

V tomto sdělení omezeného rozsahu nelze upozornit na všechna úskalí, jež diagnostika a terapie těchto chorob skýtá, včetně potřeby jejich exaktního a rychlého odlišení od mnohem závažnějších orálních projevů některých chorob hematologických (akutní leukémie, agranulocytóza), autoimunitních (pemphigus vulgaris, systémový lupus erythematosus), premaligních (orální leukoplakie, aktinická cheilitida) i nádorových (karcinomy ústní sliznice). Léčba většiny těchto chorob (s výjimkou herpes labialis), prováděná bez relevantní pracovní diagnózy, nemůže být úspěšná (2, 3, 7). Obvykle vede jen k oddálení správné diagnózy a zahájení adekvátní terapie. Daná problematika představuje typický mezioborový problém, jemuž v našich domácích podmínkách není dosud věnována z různých důvodů, zejména však v důsledku určitého podceňování závažnosti tohoto aktuálního tématu, dostatečná pozornost.

**Klíčová slova:** dutina ústní, ústní sliznice, infekce.

Med. Pro Praxi 2006; 6: 288–290

## Úvod

Infekční choroby jsou významnou součástí skupiny nemocí, jež mohou postihovat sliznici dutiny ústní. Mezi jejich specifické rysy patří určitá uniformita klinického obrazu, mezioborové postavení mezi zubním lékařstvím, dermatovenerologií, infektologií a otorinolaryngologií, v neposlední řadě i náhlý vznik a akutní průběh velké části těchto onemocnění s výraznými subjektivními potížemi, které nemocného nutí vyhledat pomoc zubního či praktického lékaře.

Infekční nemoci ústní sliznice můžeme rozdělit podle jejich původu na virové, bakteriální, mykotické, parazitární, které se v našich podmínkách nevyskytují, či jen zcela výjimečně (2, 8, 12).

## Virové infekce

Infekční choroby virového původu patří mezi vůbec nejčastější onemocnění ústní sliznice. Jejich klinická závažnost je různá, průběh většinou akutní, někdy recidivující, méně často chronický.

Mezi choroby ústní sliznice a rtů vyvolané lidskými herpesviry patří primární herpetická gingivostomatitida, herpetická stomatitida (intraorální recidiva herpes simplex), též herpes labialis, postižení ústní sliznice při eczema herpeticum, dále herpes zoster v oblasti 2. a 3. větve n. trigeminus (zoster facialis) a zoster oticus s postižením n. facialis a n. glossopharyngeus, infekční mononukleóza, chronická glositida vyvolaná virem Epstein-Barrové, cytomegalovirová choroba a Kaposiho sarkom HIV-pozitivních jedinců (1, 2, 4, 8, 9).

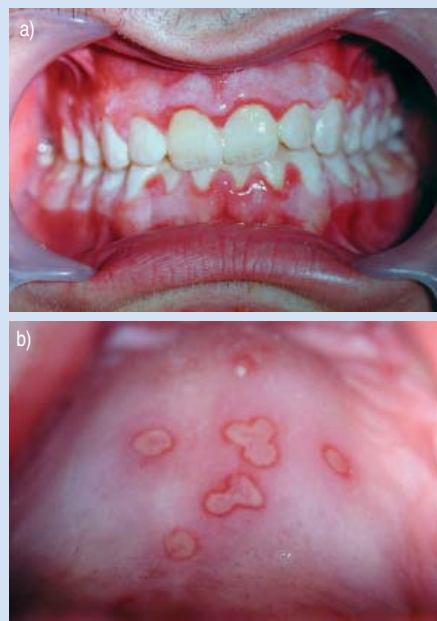
Část těchto onemocnění je zprvu charakterizována netypickým stadiem s celkovými příznaky včetně vysokých teplot, únavnosti, nechutenství, dále paresteziemi a intenzivní bolestivostí v místech pozdějšího výsevu

slizničních eflorescencí, zejména při primární herpetické gingivostomatitidě (obrázky 1a, b) a při herpangině.

Herpetické eflorescence mají podobu puchýřků různé velikosti, většinou však rychle praskají a zanechávají na ústní sliznici různě rozsáhlé, povrchní bolestivé eroze (obrázek 2). Téměř vždy nacházíme odezvu v regionálních lymfatických uzlinách.

Při infekční mononukleóze vzniká povlaková angína s odynofagií a enantémem měkkého patra (Holzelovo znamení), krční lymfadenopatií, provázená hepatosplenomegalií, vzácněji jsou obrny hlavových nervů.

**Obrázek 1. a) Typické postižení gingivy při primární herpetické gingivostomatitidě. b) Postižení sliznice tvrdého a měkkého patra při primární herpetické gingivostomatitidě**



Klinicky zcela odlišnou afekcí ústní sliznice vyvolanou virem Epstein-Barrové je chronická benigní glositida imitující orální kandidózu a slizniční hyperkeratózy – leukoplakie. Poprvé byla popsána jako tzv. hairy leukoplakie u HIV-pozitivních jedinců, vyskytuje se však i u jedinců s poruchou obranyschopnosti z jiných důvodů (obrázek 3).

Při cytomegalovirové chorobě, postihující pouze výrazněji imunoalterované jedince, mají slizniční změny netypickou podobu torpidních, silně bolestivých ulcerací palatinální sliznice.

Kaposiho sarkom HIV-pozitivních jedinců je nádorovým bujením indukovaným virem HHV-8. Jeho projevy v dutině ústní v podobě lividní makuly relativně rychle se měnící v exulcerující prominenci mohou být iniciální známkou tohoto nádorového onemocnění.

Léčba herpesvirových slizničních infekcí nemusí být jen symptomatická. Lokálně i celkově lze podávat velmi účinná virostatika, nejčastěji ze skupiny acyklic-

**Obrázek 2. Izolované postižení palatinální sliznice při herpetické stomatitidě**



**Obrázek 3. Chronická glositida vyvolaná virem Epstein-Barrové imitující orální kandidózu**



kých nukleosidů, a to v závislosti na tíži choroby, celkovém zdravotním stavu a původci infekce. Problémem zůstává profylaxe recidiv herpesvirových infekcí trvale disponovaných jedinců.

Mezi choroby ústní sliznice vyvolané enteroviry (Coxsackievirus, ECHOvirus) patří herpangína Zahorsky a hand-, foot-, and mouth disease. Jsou charakterizovány akutní virovou faryngostomatitidou (obrázek 4), někdy spojenou s kožním exantémem, ale i meningeálním drážděním, intersticiální pneumonií, protrahovaným průběhem. Léčba zůstává jen symptomatická (8).

**Obrázek 4. Izolované postižení sliznice měkkého patra včetně patrovy oblouků při herpangíně**



Choroby ústní sliznice a rtů vyvolané poxviry reprezentuje v dutině ústní jen vzácně se vyskytující molluscum contagiosum. Klinicky je nelze rozpoznat od mnohem častěji se vyskytujících iritačních pseudofibromů ústní sliznice. Léčba je chirurgická, spočívá v excizi prominence (2, 3, 7).

Chorobami ústní sliznice vyvolanými lidskými papilomaviry jsou – podobně jako na kůži – veruky, méně často condyloma acuminatum a fokální epiteliální hyperplázie (obrázek 5). Jejich odlišení od jiných drobných chronických afekcí ústní sliznice je mnohdy nemožné. Léčba spočívá v šetrné excizi (1, 2, 7).

**Obrázek 5. Fokální epiteliální hyperplázie (Hekova choroba)**

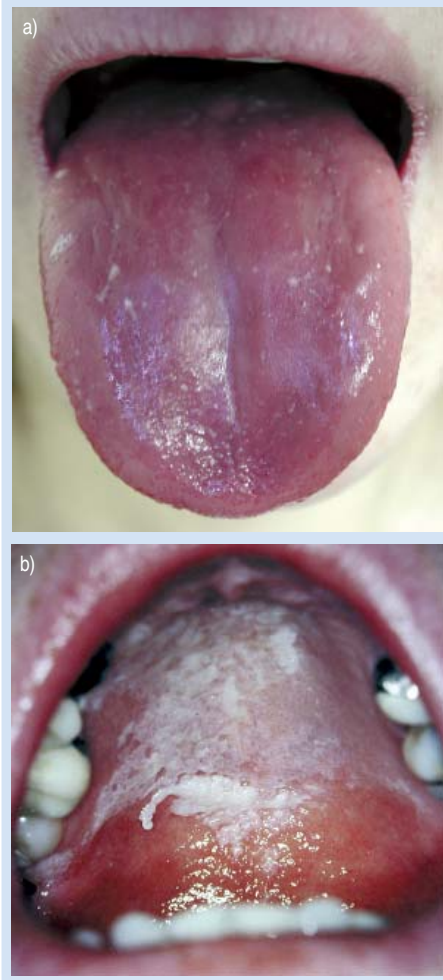


**Obrázek 6. Nekrotizující ulcerózní gingivitida**





Obrázek 7. a) Orální kandidóza – pseudomembranózní forma na patře. b) Orální kandidóza – erytematózní (bezpovlaková) forma na hřbetu jazyka



### Bakteriální infekce

Infekční choroby ústní sliznice bakteriálního původu souvisí s trvalou přítomností některých mikroorganismů, zejména fuzobaktérií a orálních spirochet zubního mikrobiálního povlaku v dutině ústní, o čemž svědčí začátek onemocnění v oblasti dásňového výběžku.

Nekrotizující ulcerózní gingivitis (vředovitý zánět dásní), parodontitis a gingivostomatitis jsou různými vývojovými stadii jediné nemoci (tzv. nekrotizující parodontální choroba). Vzniká z plného zdraví, bez prodromálních příznaků u mladých, zdravých jedinců (často jen zdánlivě) s nedokonalou ústní hygienou. Je charakterizována silně bolestivým, nekrotizujícím zánětem a rozpadem gingivy, později i pod ní ležící kosti dásňového výběžku a ústní sliznice (obrázek 6). Léčba je však jen lokální, založená na působení různých slizničních antiseptik (např. chlorhexidin) včetně peroxidu vodíku. Nekrotizující gingivitis není v současnosti častou chorobou, avšak její význam v celosvětovém měřítku nebyvale vzrostl v důsledku rozpoznání její relativně časté asociace s HIV infekcí, jejíž může být iniciální klinickou manifestací. V současnosti je proto průkaz nekrotizující gingivitidy důvodem k vyšetření HIV statutu (2, 6, 10).

Orální symptomatologie může provázet i specifické záněty – tuberkulózu a syfilidu. Jejich projevy v dutině

Obrázek 8. Lingua (villosa) nigra



ústní nejsou časté a typické, mohou však být příčinou diagnostických rozpaků a neadekvátních léčebných zákroků, byť jsou prakticky vždy provázeny mnohem typičtější extraorální a laboratorní symptomatologií těchto celkových chorob (5, 8).

### Mykotické infekce

Mykotická onemocnění ústní sliznice jsou zastoupena téměř výhradně orální kandidózou (kandidiázou), jejím původcem je nejčastěji *Candida albicans*, méně často tzv. non-albicans druhy. Vzácněji se můžeme setkat s orálními projevy zygomykózy a aspergilózy (11, 12).

Orální kandidóza je poměrně častou oportunní infekcí ústní sliznice, vznikající u dočasně či trvale disponovaných osob při lokálním či celkovém narušení jejich obranyschopnosti včetně dysmikrobie trávicího traktu po podávání širokospektrých antibiotik (2, 7, 8, 12). V klinické praxi rozeznáváme několik forem orální kandidózy s rozdílnou závažností, průběhem, klinickým obrazem i léčbou. Nejčastěji jde o formu pseudomembranózní s tvorbou typických bělavých povlaků na zarudlé sliznici (obrázek 7a), nebo o atypickou formu erytematózní – bezpovlakovou, která je charakterizována jen erytmem, palčivostí ústní sliznice a xerostomií (obrázek 7b). Odynofagie je vždy známkou kaudální propagace mykotické infekce.

### Literatura

1. Ammatuna P et al. Presence of Epstein-Barr virus, cytomegalovirus and human papillomavirus in normal oral mucosa of HIV-infected and renal transplant patient. *Oral Dis* 2001; 7: 34–40.
2. Cawson RA, Binnie WH, Barrett AW, Wright JM. *Oral disease*. 3<sup>rd</sup> Ed. Mosby Edinburgh London New York Philadelphia St Louis Sydney Toronto 2001.
3. Eisen D, Lynch DP. *The mouth. Diagnosis and treatment*. 1st Ed. Mosby St Louis Baltimore Boston Carlsbad Chicago, Minneapolis, New York Philadelphia Portland London Milan Sydney, Tokyo, Toronto.
4. León Ponce MF, Slezák R, Förstl M, Dršata J. Zoster oticus s netypickým klinickým obrazem. *Lék Zpr LF UK Hradec Králové* 2003; 48: 145–151.
5. Rivera H, Correa MF, Castillo-Castillo S, Nikitakis NG. Primary oral tuberculosis: a report of a case diagnosed by polymerase chain reaction. *Oral Dis* 2003; 9: 46–48.
6. Rivera-Hidalgo F, Stanford TW. Oral mucosal lesions caused by infective microorganisms I. Viruses and bacteria. *Periodontology* 2000 1999; 21: 106–124.
7. Slezák R, Držhal I. *Atlas chorob ústní sliznice*. 1. vyd. Nakladatelství Quintessenz Berlin Chicago Londýn Paříž Milán Barcelona Istanbul Sao Paulo Tokio, New-Delhi Moskva Praha Varšava 2004.
8. Slezák R, Držhal I, Horáček J, Kopecký O. Infekční choroby ústní sliznice. 1. vyd. Praha, Grada Publishing Inc: 1997.
9. Slezák R, Förstl M, León Ponce MF. Neobvyklá forma HSV primoinfekce. *Interní medicína pro praxi* 2003; 5: 317–319.
10. Slezák R, León Ponce MF. Současný pohled na ulcerózní gingivitu (nekrotizující chorobu parodontu). No. 1. *LKS* 2005; 15: 10–15.
11. Slezák R, Pohnětalová D, Kmoníček M, Nožička Z, Buchta V. Zygomykóza alveolárního výběžku dolní čelisti. No. 5. *LKS* 2002; 12: 12–15.
12. Stanford TW, Rivera-Hidalgo F. Oral mucosal lesions caused by infective microorganisms II. Fungi and parasites. *Periodontology* 2000 1999; 21: 125–144.

Léčba spočívá dle závažnosti choroby v podávání antiseptik a azolových antimykotik lokálně či celkově, úpravě ústní hygieny, ošetření chrupu a řádné hygieně infikovaných snímatelných zubních protéz. Zvlášť obtížná je terapie chronické orofaryngeální kandidózy onkologických pacientů. U části nemocných zůstává problémem dispozice k recidivám této kvasinkové infekce, která může být východiskem jejího dalšího šíření v disponovaném lidském organismu. Nevysvětlitelně recidivující či jinak netypicky probíhající orální kandidóza může být i prvním klinickým projevem HIV pozitivitu.

Tzv. Candida-associated lesions-glossitis rhombica mediana (Brocq-Pautrier) a lingua villosa nigra jsou méně obvyklými, izolovanými postiženími sliznice hřbetu jazyka, při jejichž vzniku má kvasinková infekce pravděpodobně rozhodující význam (8, 12). V prvním případě jde o vznik vyhlazeného políčka oválného či kosočtverečného tvaru ve střední třetině hřbetu jazyka, v jehož rozsahu chybí fyziologický povlak hřbetu jazyka. Sliznice je proto citlivá, palčivá až bolestivá. Druhá afekce je charakterizována náhlým vznikem hnědého až černého povlaku jazyka v důsledku hypertrofie filiformních papil (obrázek 8). Častěji vzniká po dlouhodobé neuvážené aplikaci antiseptik do dutiny ústní, po perorální léčbě antibiotiky a u kuřáků. Léčba obou chronických afekcí je často velmi svízelná.

Bolavé ústní koutky (angulární cheilitida) je pojem pro označení zánětlivého postižení ústních koutků, vyvolaného obvykle smíšenou mykoticko-bakteriální infekcí, rozvíjející se zde izolovaně na podkladě lokálních, méně často celkových predisponujících faktorů (2, 3, 7, 8, 12). Postižení je obvykle oboustranné. Při typickém průběhu v oblasti ústních koutků nacházíme výrazné zarudlá, bolestivá políčka s centrální ragádou, někdy snadno krvácející při pouhém otevření úst. Léčba angulární cheilitidy je lokální a spočívá v podávání kombinací antimykotik a antibiotik či antiseptik. Výrazně obtížnější je u jedinců s atopickým ekzémem.

**MUDr. Romana Ivančáková, CSc.**

Stomatologická klinika LF UK a FN Hradec Králové  
Sokolská, 500 05 Hradec Králové  
e.mail: ivancakovar@lfhk.cuni.cz