

A poliszisztémás autoimmun betegségek orofacialis vonatkozásai

Nagy Gábor
Zeher Margit
Madlén Melinda
Márton Ildikó
Czirják László

OROFACIAL MANIFESTATIONS OF POLYSYSTEMIC AUTOIMMUNE DISEASES

Polysystemic autoimmune diseases often have various orofacial and stomatognathic manifestations. Inflammation of the temporomandibular joint only rarely and slightly reduces the range of mouth opening (rheumatoid arthritis), which is much more restricted in systemic sclerosis due to fibrosis of perioral soft tissues. Weakness of masticatory and pharyngeal muscles in polymyositis/dermatomyositis results in dysphagia and dystonia. Ulcerations, petechiae, teleangiectasia, and lichenoid lesions are the characteristic symptoms of oral mucosal involvement, but drugs used in systemic treatment can also cause very similar side effects. Salivary gland hypofunction (Sjögren's syndrome) is common, and in addition to the subjective complaints leads to objective pathologic conditions such as oral mycotic infections, purulent sialadenitis, and high caries incidence. The side effects of steroid administration should be taken into account during dental procedures. Regular dental follow-up and treatment is a basic part of the complex care of these patients in order to diagnose and cure oral abnormalities and salivary gland hypofunction in time. Impairment of hand functions (rheumatoid arthritis, scleroderma) reduces the oral hygienic activity and, therefore, special devices, local antiseptics and local fluoride preparations are necessary.

Correspondence:
Gábor Nagy, MD
Medical University School of Debrecen
Dept. of Dentistry
4012 Debrecen, Nagyerdei krt. 98.,
Hungary

autoimmune diseases, orofacial
manifestations, salivary gland
hypofunction

A poliszisztémás autoimmun kórképek klinikai megjelenési formái gyakran érintik a maxillofacialis régiót és a rágóapparátust is. A temporomandibularis ízület gyulladása csak ritkán és kis mértékben korlátozza a szájnyitást (rheumatoid arthritis), amely sokkal nagyobb mértékben csökkent scleroderma esetén a perioralis lágyrészek fibrosisa miatt. A rágóizmok, garatizmok gyengesége polymyositis-dermatomyositis esetén dysphagiában és dystoniában nyilvánulhat meg. A szájnyálkahártyán ulcerációk, petechiák, teleangiectasiák, lichenoid reakciók jelenhetnek meg, sokszor azonban az alapbetegség kezelésére alkalmazott gyógyszerek is hasonló mellékhatásokat okozhatnak. Gyakori a nyálmirigy csökkent működése (a Sjögren-szindróma tünete), ami a szubjektív panaszok mellett objektív elváltozásokat is okoz. A kezelésben alkalmazott szteroidok mellékhatásait a fogászati ellátás során figyelembe kell vennünk. A betegek komplex gondozásának szerves része a rendszeres fogorvosi ellenőrzés és ellátás, az esetlegesen fellépő nyálmirigy-diszfunkció korai felismerése és kezelése. A kéz funkcióinak korlátozódása (rheumatoid arthritis, progresszív szisztémás sclerosis) az egyéni szájhigiénés tevékenységet megnehezíti, ilyenkor speciális segédeszközökre, helyi antibakteriális, illetve fluorkészítmények adagolására van szükség.

Levelezési cím:
dr. Nagy Gábor
Debreceni Orvostudományi Egyetem
Sztomatológiai Klinika
4012 Debrecen, Nagyerdei krt. 98.
Pf. 13.

autoimmun betegségek,
orofacialis manifesztációk,
nyálmirigy hipofunkciója

A
terápiájú
feladatát
olyan or
agnoszt
kell ven
tük a g
számára
kező el
terápiáj
kezelés
kezelés
Noha
oktatás
orvosok
kell öko
kivántu

Rheum.
Elterjed
érinti,
betegsé
poroma
de a szá
lógiai e
ellapos
tunk. I
ban ki
részbe
mandib

A k
megnel
számár
zését.
házi or
eszköz
stb.),
lyi flu
leggya
Sjögren
(1-8).
gyógy
delkez
ók, íz
meg (i
zása je
tása s
sebgyi

Sjögren
A Sjög
formá
szindr

A poliszisztémás autoimmun megbetegedések, mint nevükből is kitűnik, több szervrendszert érintenek, diagnózisuk és terápiájuk döntően a belgyógyász-immunológus feladatát képezi. Ezeknek a kórképeknek számos olyan orofaciális vonatkozása van, amelyeket diagnosztikájukban és kezelésükben is figyelembe kell vennie a gondozást végző orvosnak. Ismertetjük a gondozásban részt vevő sztomatológus számára is döntő, részben az orofaciálisan jelentkező elváltozások differenciáldiagnosztikája és terápiája, részben az alkalmazott belgyógyászati kezelés mellékhatásainak felismerése és a fogászati kezelés megfelelő módosítása szempontjából.

Noha ezek a speciális szempontok az egyetemi oktatás során háttérbe szorulnak, mind a családorvosoknak, mind a fogorvosoknak ismerniük kell őket. Közleményünkkel ezt a határterületet kívántuk megvilágítani (1. táblázat).

Rheumatoid arthritis

Elterjedt kórkép, amely a lakosság 0,5–1%-át érinti, nőkben gyakoribb, mint férfiakban. A betegség lefolyása krónikus és visszatérő. A temporomandibularis ízület általában fájdalommentes, de a szájnnyitás enyhén korlátozott lehet. A radiológiai elváltozások gyakoriak, eróziókat, a fejecsek ellaposodását, marginális proliferációkat láthatunk. Ezek, bár a köztudatban levőnél gyakrabban kimutathatók, enyhék. A betegek nagyobb részében nem találunk jelentős eltérést a temporomandibularis ízület működésében.

A kéz ízületeinek deformitásai sokszor igen megnehezítik vagy lehetetlenné teszik a beteg számára az egyéni szájhigiéne szokásos elvégzését. Erre külön figyelmet kell fordítani a háziorvosnak, szükség esetén speciális segédeszközökre (elektromos fogkefe, szájuhany stb.), illetve antibakteriális szájöblítőkre, helyi fluorkészítményekre is szükség lehet. A leggyakoribb orális szövődmény a szekunder Sjögren-szindróma szájtüneteinek kialakulása (1–8). Az alapbetegség kezelésében használt gyógyszerek is számos orális mellékhatással rendelkeznek, amelyek ulceratiók, lichenoid reakciók, ízérezésszavarok formájában nyilvánulhatnak meg (2. táblázat). A kortikoszteroidok alkalmazása jelenthet problémát e betegek fogászati ellátása során (fertőzések iránti fogékonyság, lassú sebgyógyulás).

Sjögren-szindróma

A Sjögren-szindrómának primer és szekunder formáját különböztetjük meg. *Primer Sjögren-szindrómáról* beszélünk, ha az exokrin mirigyek

1. táblázat. A poliszisztémás autoimmun betegségekben jelentkező orofaciális manifesztációk

Kórkép	Orofaciális manifesztáció
1. Rheumatoid arthritis	Temporomandibularis ízület: – csökkent szájnnyitás – ízületi fájdalom, nyomásérzékenység – radiológiai jelek Sjögren-szindróma gyógyszermellékhatás xerostomia (nyálmirigy-hipofunkció) nyálmirigyduzzanat nyálkahártya-elváltozások – discoid laesio – erózió Sjögren-szindróma gyógyszermellékhatás bőrtünetek (pillangóalakú erythema az arcon)
2. Sjögren-szindróma	mimika korlátozottsága szájnnyitás korlátozottsága teleangiectasia (arcbőr, szájnnyálkahártya) fokozott pigmentáció nyelvmozgások korlátozottsága radiológiai jelek – parodontális rés kiszélesedése, – csontreszorpció calcinosis Sjögren-szindróma gyógyszermellékhatás izomzat
3. Szisztémás lupus erythematosus	– dysphagia – dystonia – rágási nehézség szájnnyálkahártya – ulceratio – lichenoid reakció – erythema – teleangiectasia calcinosis Sjögren-szindróma gyógyszermellékhatás
4. Progresszív szisztémás sclerosis	
5. Polymyositis, dermatomyositis	

csökkent működése miatt a könny és nyál mennyisége csökkent (keratoconjunctivitis sicca, objektív xerostomia). Ha ezekhez a tünetekhez valamilyen egyéb poliszisztémás autoimmun betegség (például szisztémás lupus erythematosus, rheumatoid arthritis, kevert kötőszöveti betegség, sclero-

dr. Nagy Gábor
dr. Madlén Melinda
dr. Márton Ildikó
Sztomatológiai Klinika
dr. Zehner Margit
dr. Czirják László
III. sz. Belgyógyászati Klinika
Debreceni Orvostudományi Egyetem, Debrecen
Érkezett: 1995. február 6.
Elfogadva: 1995. június 7.

2. táblázat. Az autoimmun betegségek kezelésében használt gyógyszerek orális mellékhatásai

Gyógyszer	Orofacialis mellékhatás
Kortikoszteroidok	candidosis osteoporosis lassú sebgyógyulás
Nem szteroid gyulladás- csökkentők	lichenoid reakció fekélyképződés
Aranytartalmú készítmények	lichenoid reakció
D-penicillamin	fekélyképződés ízérzés zavara
Antimaláriás szerek	lichenoid reakció
Cyclosporin	gingivahyperplasia

3. táblázat. A nyálmirigy-hipofunkció kóros következményei

I. <i>Funkcionális eltérések, szubjektív panaszok</i>
– nehézség – beszéd
– nyelés
– rágás
– dysgeusia
– foetor ex ore
II. <i>Lágy szövetek patológiás elváltozásai</i>
– gingivitis, parodontitis
– mucositis (candidosis!)
– fekélyképződés
– nyálmirigyek purulens gyulladása
– cheilitis
III. <i>Fogazat</i>
fokozott carieshajlam

1. ábra. Súlyos nyálmirigy-hipofunkcióban szenvedő beteg nyelve (Sziisztémás lupus erythematosus)



derma, dermatopolymyositis) társul, *szekunder Sjögren-szindrómáról* beszélünk (9, 10). A kórkép előfordulása relatíve gyakori, főleg nőkön jelenik meg a menopausához közeli korban. A könny- és nyálmirigyeken kívül egyéb külső elválasztású mirigyek csökkent működése is előfordulhat.

A nyálmirigy csökkenése okozta szubjektív panaszok gyakran nem párhuzamosak az objektíve mérhető nyálmennyiséggel, ezért feltétlenül javasolt a szialometria elvégzése. A szájüreg képleteinek kóros elváltozását gondos klinikai vizsgálattal kell felderíteni.

Az orofaciális tünetek között a csökkent nyálmirigy miatti diszkomfortérzés, súlyosabb esetben beszédbeli, táplálkozási nehézségek jelentkeznek (3. táblázat). A nyálkahártya sérülékeny, a nyelv depapillált, a műfogsorok viselése nehézkes (1. ábra). Gyakori a gombás szájgyulladás, a cheilitis angularis. Zavart lehet az ízek felismerése, súlyos esetekben fokozódik a cariesek száma, amely jellegzetesen a fogak nyaki harmadára és metszőélükre lokalizálódik. A nagy nyálmirigyek, főleg a parotis duzzanata, a betegek 1/3-ában előfordulhat. A tartós nyálmirigyduzzanat malignus lymphomára utalhat. A csökkent nyálszekréció ascendáló bakteriális sialadenitisre hajlamosít, főleg idősebb, dehidrált betegekben (2, 11, 12).

A diagnózis felállításában jó segítséget nyújt az ajakból nyert kis nyálmirigyek szövettani vizsgálata, amely jól korrelál a parotisok elváltozásával (2, 3. ábra). Az orális elváltozásoknak nincs specifikus kezelése. Nagyon fontos a rendszeres fogászati gondozás, a fokozott szájhigiéné, amit célszerű helyi fluorkészítmények alkalmazásával kiegészíteni (4. táblázat). Amennyiben a mirigyepithelsejtek ingerekre még reagálnak, különböző mukolitikus gyógyszerek (például karbocisztein, acetilcisztein), pilocarpin, illetve cukormentes rágógumi alkalmazása a mirigyműködés serkentésére megkísérélhető (13–15). A szubjektív panaszokat különböző műnyálkaszítmények alkalmazásával enyhíthetjük (12, 16).

Sziisztémás lupus erythematosus

A lupus erythematosus attól függően, hogy elsősorban mely szerveket érint, igen változatos klinikai képet okozhat. A jól ismert, pillangószerű erythema, amely a két orcán és az orrháton látható, viszonylag ritka, és nem specifikus lupus erythematosusra. A kiütések igen változatosak lehetnek.

A szájnyálkahártya klasszikus, úgynevezett discoid laesiójának képe a centrálisan elhelyezkedő atrófiás, vörös folt, amelyet apró fehér papulákból álló gyűrű vesz körül, s ezt határolja a középpontból kiinduló fehér csíkok és teleangiectasiák gyű-

rűje (17, planus s szor csat nyálkahártya fordulási zott anti okozható kahártya kes. A he din tarta flórájána sokszor más szte lupus er matológiai ják:

1. Vér köv vérz volí
2. Bak is é ves: val) kus
3. Az tásá fellá szul ken keri sán: Szeku kezelése szati gor

Progress (sclerode A progr mun kőr rek fibro A peri lis szájn szájniti re. Az szemrés: nak kor zést látl merevvé nyálkah láthatun Szton orális fe gyökérh írták a m

, szekunder
). A kórkép
kön jelenik
A könny- és
lasztású mi-
lhat.

szubjektív
az objektíve
étlenül java-
reg képletei-
i vizsgálattal

kkent nyál-
yosabb eset-
ek jelentke-
érülékeny, a
ise nehézkes
dás, a cheili-
felismerése,
esek száma,
armadára és
yálmirigyek,
ek 1/3-ában
zanat malig-
nyálszekré-
e hajlamosít,
11, 12).

get nyújt az
ani vizsgálá-
ozásával (2.,
cs specifikus
es fogászati
mit célszerű
val kiegészí-
gyepithelsej-
ző mukolíti-
n, acetilcisz-
es rágógumi
ésére megki-
zokat külön-
sával enyhít-

1, hogy első-
ozatos klini-
villangószerű
áton látható,
upus erythe-
ak lehetnek.
nevezett dis-
elhelyezkedő
r papulákból
a középpont-
ectasiák gyű-

rúje (17). Ezek gyakran emlékeztetnek a lichen planus szájnálkahártya-tüneteire, azoktól sokszor csak szövettani vizsgálattal különíthetők el. A nyálkahártyán fekélyeket láthatunk, típusos előfordulási helyük a palatum. A terápiában alkalmazott antimaláriás szerek néha lichenoid reakciókat okozhatnak a nyálkahártyán (17-19). A szájnálkahártya erózióinak kezelése sokszor igen nehézkes. A helyi antiszeptikus készítmények (klórhexidin tartalmú szájöblítők, gélek) a száj baktériumflórájának csökkentésével a gyógyulást elősegítik, sokszor azonban helyi, súlyos esetekben szisztémás szteroidkezelésre van szükség. A szisztémás lupus erythematosusban szenvedő betegek sztomatológiai ellátását az alábbi tényezők komplikálják:

1. **Vérzékenység.** A gyakori thrombocytopenia következtében számolni kell a műtét utáni vérzés lehetőségével, erre az esetleges fogeltávolításoknál fel kell készülnünk (20).
2. **Bakteriális endocarditis.** Ha az endocardium is érintett, fokozott az infekatív endocarditis veszélye, ezért vérzéssel (tehát bakteriaemiával) járó fogászati beavatkozás előtt antibiotikus profilaxis szükséges (21).
3. **Az alapfolyamat exacerbatiója gyógyszerek hatására.** Bizonyos gyógyszerek az alapfolyamat fellángolását okozhatják (például penicillin, szulfonamidok), a tetracyclinek a fényérzékenységet fokozhatják. Ezeket mindenképpen kerüljük, és valamennyi gyógyszer alkalmazásánál nagy körültekintésre van szükség (17).

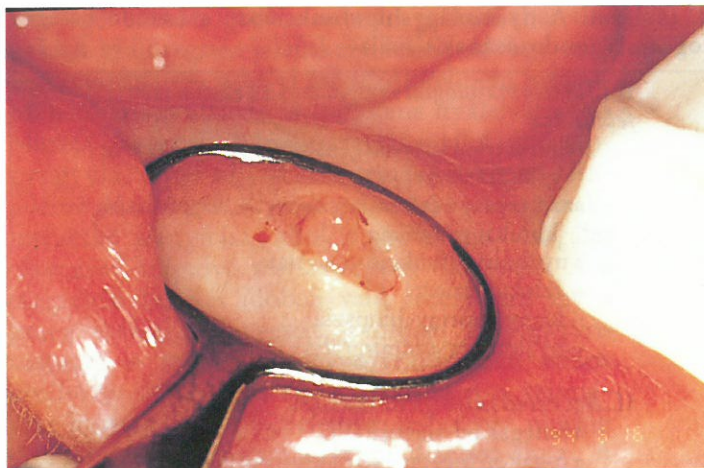
Szekunder Sjögren-szindrómában a xerostomia kezelése, s a fokozott figyelemmel végzett fogászati gondozás a döntő.

Progresszív szisztémás sclerosis (scleroderma)

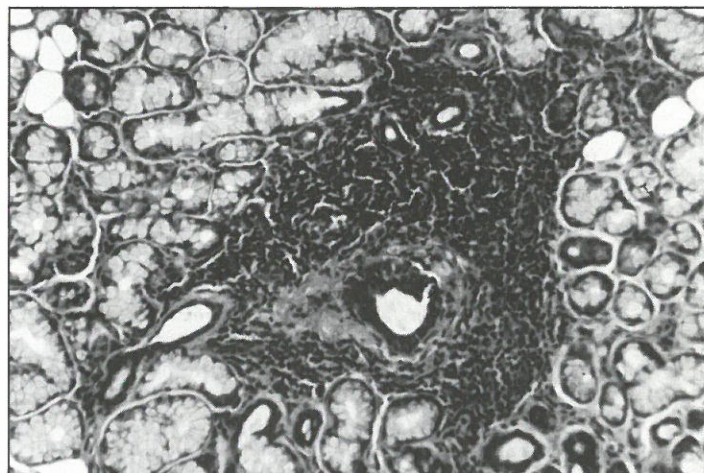
A progresszív szisztémás sclerosis olyan autoimmun kórkép, amelyet a bőr és egyéb szervrendszer fibrosisa és érkárosodása jellemez.

A perioralis lágyrészek fibrosisa miatt a maximális szájnyitás (maximális oralis apertura) csökken, a szájnyitás korlátozottá válik, microstomia jön létre. Az arckifejezés jellegzetesen megváltozik, a szemrések szűkülnek, a mimikai izmok mozgásainak korlátozottsága miatt maszkoszerű arckifejezést láthatunk („Dante-arc”) (4. ábra). A nyelv merevvé válik, mozgásai korlátozódnak, a szájnálkahártyán, az arc bőréhez hasonlóan gyakran láthatunk teleangiectasiákat (22, 23).

Sztomatológiai vizsgálat során készített intraoralis felvételeken az esetek mintegy 10%-ában a gyökérhártyarés kiszélesedését ismerhetjük fel, leírták a mandibula angulusának reszorpcióját is, ami

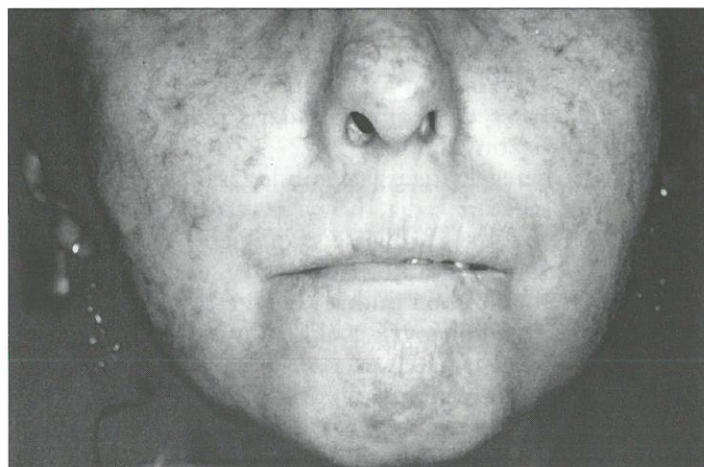


2. ábra. Kis nyálmirigy az alsó ajakból való műtéti eltávolítás közben



3. ábra. Kis nyálmirigy szövettani képe: periductalis lymphocytás infiltratio és fibrosis (Sjögren-szindróma). 250x nagyítás, haematoxylin-eosin festés

4. ábra. Sclerodermában szenvedő beteg jellegzetes arcvonásai



4. táblázat. A nyálmirigy-hipofunkcióban szenvedő betegek fogászati gondozásának sémája

I. Első sztomatológiai vizsgálat és a kezelési terv felállítása

- teljes intraoralis röntgenstatus, ortopantomográfiás felvétel
- szájüreg lágy és kemény szövetei, fogpótlások klinikai vizsgálata
- a nyálmirigyfunkció vizsgálata
- szialometria
- kisnyálmirigy-biopszia
- nyálmirigy-szcintigráfia

II. Bevezető szájhigiénés kezelés

- a betegek felvilágosítása
- a fogakon megtapadó bakteriális plakk/fogkő eltávolítása (depurálás, polírozás)
- szükség esetén az esetleges fertőzések kezelése
- tüneti szerek (például műnyál) kiadása

III. Ismételt szájhigiénés kezelés

- a beteg ismételt felvilágosítása, szájhigiénés tanácsadás
- fluoridkészítmények helyi alkalmazása
- ismételt depurálás

IV. Fogászati kezelés

- az esetleges fertőzések kezelése
- konzerváló fogászati ellátás (szükség esetén)
- protetikai ellátás (szükség esetén)

V. Gondozási szak

- a kezelés hatásosságának értékelése, módosítása (szükség esetén)
- fogászati ellátás (szükség esetén)
- a betegség életre szóló voltának hangsúlyozása

ortopantomográfiás felvételen mutatható ki. A betegek egy részében Sjögren-szindróma alakulhat ki, vizsgálataink szerint azonban a betegek csökkent nyálelválasztásáért elsősorban a nyálmirigyekben kialakult fibrosis a felelős, amit a betegek közel egyharmadában mutattunk ki. A valódi Sjögren-szindróma előfordulása lényegesen ritkább. A temporomandibularis ízület megbetegedése viszonylag ritka (22, 24–27).

A betegek fogászati gondozásának alapvető jelentőségét az adja, hogy a szájnityás fokozódó korlátozottsága miatt a szájhigiéné és a szükséges fogászati beavatkozások elvégzése technikailag egyre nehezebbé válik. A helyzetet tovább súlyosbítja a nyálmirigyek csökkent működése. Az ujjak merevsége is hátráltatja a szájhigiénés tevékenységeket. A kivethető fogpótlások eltávolítása is nehézkes a beteg számára, ezért a fogsorhigiéné is háttérbe szorul, a gombás szájfertőzések veszélye

nő. Ezen betegek rendszeres fogászati gondozása elengedhetetlen, amit – különösen xerostomia esetén – lokális fluorkezeléssel kell kiegészítenünk (22, 24, 28). A kezelésben alkalmazott d-penicillamin szájfekélyeket és ízérzékszavarokat okozhat.

Polymyositis és dermatomyositis

A polymyositis és a dermatomyositis a vázizmok gyulladásos beszűrődésével járó megbetegedések.

A dermatomyositis legjellegzetesebb orofaciális manifesztációja a garat- és rágóizmok gyengesége, ami nyelési nehézséget (dysphagia), nazális hangot (dystonia) és rágási problémát okozhat. A szájnialkahártya elváltozásai nem jellegzetesek: fekélyek, lichenre emlékeztető elváltozások, erythemás foltok, teleangiectasiák előfordulását írták le. A calcinosis a száj lágy szöveteit is érintheti. A betegek egy részében Sjögren-szindróma társulhat. Fogászati ellátásukat befolyásoló tényező a szteroid készítmények szedése, illetve a szekunder Sjögren-szindróma esetén fellépő xerostomia.

A megbetegedések egy részéhez malignus betegség társul, ezért indokolt a betegek sztomatológiai szűrővizsgálata malignoma irányában is (1, 29).

Kevert kötőszöveti betegség

Kevert kötőszöveti betegségben (*mixed connective tissue disease*), a szisztémás lupus erythematosus, a progresszív szisztémás sclerosis, a polymyositis és a dermatomyositis jellegzetes tünetei változatosan kombinálódnak egymással. Említésre méltó orofaciális vonatkozás a nervus trigeminus neuropathiája, hasonlóan a sclerodermához és a lupus erythematosushoz, és az előző kórképeknél már részletezett szájtünetek kialakulása (30, 31).

Polyarteritis nodosa

A polyarteritis nodosa főleg a közepes méretű arteriolák megbetegedése, amelyet a perivascularis kereksejtes beszűrődés jellemez. A szájnialkahártyán jelentkező submucosus csomók, erythemás foltok, ulceratiók, petechiák jellemzők. A diagnózis a szövettani vizsgálat alapján állítható fel, a kezelés alapját az immunszuppresszív szerek jelentik, amelyek sztomatológiai mellékhatásaival kell számolnunk (32, 33).

Wegener-granulomatosis

A Wegener-granulomatosis olyan ismeretlen eredetű ritka kórkép, amelyet a légutak granulomatózus elváltozásai, a kiserek generalizált nekrotizáló vasculitise és a vesék gyorsan előrehaladó glomerulonephritise jellemez. A betegség kezelés nélküli veseelégtelenséghez vezetve halálos kimenetelű. A

betegek r
ket, az el
ladtával
nagyon ri
a diagnó:
kezelésh
ban előf
lyei, hyp
rigyduzz
laris izükl

A hyp
zetes fels
szövettar
ner-gran
kor a cito

Összefog
A polisz
több o
lyek ism

IROD.

1. Scully C
Bristol: V
2. Gidófalv
vonatko:
3. Kent JN,
arthropa
4. Tegelbe
between
involver
Scand 1:
5. Larheim
mandibu
revealec
Pathol 1
6. Crum R,
toms in
1970; 8
7. Risheim
patients
175.
8. Arblaste
impaired
9. Zehner A
Szekane
hez tár:
31:219.
10. Zehner A
containi
Sjögren:
265.
11. Karács
malignu
12. Edgar V
mouth:
13. Zelles
elemzés:
331.
14. Szabó
78:65–
15. Zehner
alkalma
1990; 3
16. Ölveti
(metho



ti gondozása
ostomia ese-
egésztienünk
t d-penicilla-
t okozhat.

s a vázizmok
betegedések.
b orofaciális
gyengesége,
azális hangot
hat. A száj-
eteselek: feké-
k, erythemás
írták le. A
érintheti. A
ma társulhat.
vező a szte-
a szekunder
ostomia.
lignus beteg-
tomatológiai
is (1, 29).

ixed connec-
is erythema-
osis, a poly-
zetes tünetei
ással. Emlé-
nervus trige-
clerodermá-
és az előző
etek kialaku-

epes méretű
erivascularis
ájnyálkahár-
s, erythemás
k. A diagnó-
ítható fel, a
szerek jelen-
atásaival kell

neretlen ere-
ranulomató-
nekrotizáló
dó glomeru-
zelés nélkül
menetelű. A

beteg mintegy 6%-ában találhatunk szájtüneteket, az előfordulás gyakorisága a kórkép előrehaladtával növekszik. A szájtünetek izoláltak csak nagyon ritkán fordulnak elő, azonban felismerésük a diagnózis korai felállításához és a mihamarabbi kezeléshez nagy segítséget nyújthat. A leggyakrabban előforduló tünetek a szájnálkahártya fekélyei, hyperplasticus gingivitis, ritkábban nyálmirigyduzzanat, sinusitis, illetve a temporomandibularis ízület fájdalma is jelentkezhet.

A hyperplasticus gingivitis megjelenése (jellegzetes felszíne földieperre emlékeztet) az elváltozás szövettani vizsgálata révén lehetővé teszi a Wegener-granulomatosis igen korai megállapítását, amikor a citotoxikus kezelés még sikerrel kecsegtet.

Összefoglalás

A poliszisztémás autoimmun betegségek legjelentősebb orofaciális manifesztációit vázoltuk, amelyek ismerete mind a családorvosok számára, mind

a beteget ellátó fogorvos számára nélkülözhetetlenek. A szájúregben jelentkező fekélyek vagy szövetszaporulatok, a helyi tényezőkkel nem magyarázható ínygyulladás, a csökkent nyáleválasztás okozta panaszok, a foghúzás utáni elhúzódó sebgyógyulás mind súlyos szisztémás kórképek részjelenségei lehetnek. Ilyenkor alapvető a beteg szakintézetbe irányítása, ahol a szövettani vizsgálat elvégzése lehetővé teszi a gyors diagnózis és a megfelelő kezelés időben való elkezdését, így a beteg esélyei lényegesen javulnak. A fogorvos számára is lényeges, hogy a szájúregben észlelt elváltozások differenciáldiagnózisában a szisztémás kórképeket is figyelembe vegye, ily módon döntően hozzájárulhat a korai diagnózishoz. A már gondozás alatt álló, autoimmun betegségben szenvedő betegekben az orofaciális elváltozásokat tudatosan kell keresnünk, hogy idejében felismerjük és kezelésbe vegyük őket, így a sztomatológus részvétele a gyógyító teamben elengedhetetlen.

IRODALOM

1. Scully C, Cawson RA. Medical problems in Dentistry. 2nd ed. Bristol: Wright, 1987:301-315.
2. Gidófalvy E, Bender T. Mozgásszervi betegségek sztomatológiai vonatkozásai. *Fogorv Szle*. 1992; 85:387-391.
3. Kent JN, Carlton DM, Zide MF. Rheumatoid disease and related arthropathies. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1986; 61:423-439.
4. Tegelberg A, Kopp S, Huddenus K, Forssman L. Relationship between disorder in the stomatognathic system and general joint involvement in individuals with rheumatoid arthritis. *Acta Odontol Scand* 1987; 45:391-398.
5. Larheim TA, Smith H-J, Aspestrand F. Rheumatic disease of temporomandibular joint with development of anterior disk displacement as revealed by magnetic resonance imaging. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991; 71:246-249.
6. Crum RJ, Loiselle RJ. Incidence of temporomandibular joint symptoms in male patients with rheumatoid arthritis. *J Am Dent Assoc* 1970; 81:129-133.
7. Risheim H, Kjaerheim V, Arneberg P. Improvement of oral hygiene in patients with rheumatoid arthritis. *Scand J Dent Res* 1992; 100:172-175.
8. Arblaster DG, Rothwell PS, White GE. A toothbrush for patients with impaired manual dexterity. *Br Dent J* 1985; 159:219-220.
9. Zeher M, Bodolay E, Cziráj L, Dankó K, Sonkoly I, Surányi P, Szekanecz Z, Szegedi Gy. A poliszisztémás autoimmun betegségekhez társuló Sjögren-szindrómáról. *Magyar Reumatológia* 1990; 31:219-229.
10. Zeher M, Ádány R, Nagy G, Gómez R, Szegedi Gy. Macrophage containing factor XIII subunit a in salivary glands of patients with Sjögren's syndrome. *J Invest Allergol Clin Immunol* 1991; 1:261-265.
11. Karácsonyi M, Petri S, Halász J, Szabó Gy. A Sjögren szindróma és a malignus lymphoma kapcsolata. *Orv Hetil* 1987; 128:189-193.
12. Edgar WM, O'Mullane DM eds. Saliva and Dental Health. Plymouth: Latimer Trend and Co Ltd, 1990:16.
13. Zelles T, Blazsek J, Kelemen É. A pilocarpin hatékonyságának elemzése a xerostomia kezelésében. *Fogorv Szle* 1990; 83:319-331.
14. Szabó Gy. Xerostomia kezelése Pilocarpinnal. *Fogorv Szle* 1985; 78:65-69.
15. Zeher M, Nagy G, Szegedi Gy. Sputoprompt (N-acetylcystein) alkalmazása primer Sjögren-szindrómában. *Magyar Reumatológia* 1990; 31:35-42.
16. Ölveti É, Nagy G, Keszthelyi G. Hydroxy-propyl-methyl-cellulose (methocel) és carboxy-methyl-cellulose (CMC) alapú műnyálak

reológiai sajátosságainak összehasonlító vizsgálata. *Fogorv Szle* 1992; 85:57-62.

17. Schiodt M. Oral manifestations of lupus erythematosus. *Int J Oral Surg* 1984; 13:101-147.
18. Terner K, Jávör T. Gyógyszermellékhatások a szájúregben. *Fogorv Szle* 1982; 75:329-337.
19. Jonsson R, Heyden G, Westberg NG, Nyberg G. Oral Mucosal Lesions in Systemic Lupus Erythematosus- A Clinical, Histopathological and Immunopathological Study. *J Reumatol* 1984; 11:38-42.
20. Schwartz S, Esseltine DW. Postextraction hemorrhage in a young male patient with systemic lypus erythematosus. *Oral Surg* 1984; 57:254-257.
21. Zysset MK, Montgomery MT, Redding SW, Dell'Italia LJ. Systemic lupus erythematosus: A consideration for antimicrobial prophylaxis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987; 64:30-34.
22. Wood RE, Lee P. Analysis of the oral manifestations of systemic sclerosis (scleroderma). *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1988; 65:172-178.
23. Sonkodi I. (szerk). *Orális Medicina*. Budapest: Semmelweis, 1993:97.
24. Nagy G, Kovács J, Zeher M, Cziráj L. Analysis of the oral manifestations of systemic sclerosis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994; 77:141-146.
25. Cziráj L, Szeifert Gy, Simkó L, Szegedi Gy. Nyálmirigy biopszia progresszív szisztémás szklerózisban. *Bőrgyógy Venereol Szle* 1987; 63:251-256.
26. Alexandridis C, White SC. Periodontal ligament changes in patients with progressive systemic sclerosis. *Oral Surg* 1984; 58:113-118.
27. Hopper FE, Giles AD. Orofacial changes in systemic sclerosis - Report of a case of resorption of mandibular angles and zygomatic arches. *Br J Oral Surg* 1982; 20:129-134.
28. Naylor WP. Oral management of the scleroderma patient. *J Am Dent Assoc* 1982; 105:814-817.
29. Dankó K, Zilahi Zs, Szegedi Gy. A polymyositis, dermatomyositis klinikai és immunológiai sajátosságai. *LAM* 1992; 2:814-821.
30. Bodolay E, Szabolcsi M, Szegedi Gy. A kevert kötőszöveti betegség helye az autoimmun betegségek között és jellemző klinikai tünetei. *Orvosképzés* 1985; 60:36-44.
31. Varga E, Field EA, Tyldesley WR. Orofacial manifestations of mixed connective tissue disease. *Br Dent J* 1990; 168:330-331..
32. Cowpe JG, Hislop WS. Oral presentation of polyarteritis nodosa. *Oral Surg* 1983; 56:597-601.
33. Tóth Cs, Koncz M, Szalóky P, Haraszti A. Polyarteritis nodosa 7 esete. *Orv Hetil* 1990; 131:2135-2328.