

Suba Zsuzsanna

# A szájüreg és környékének pathológiája

modonok  
 ↓  
 totalis    parciais    hypodontia

mesiodens

A szájüreg a tápcsatorna kezdeti szakasza. Itt történik a táplálék megrágása és a nyál enzimikus aktivitása révén itt kezdi meg az emésztést. Nagy jelentősége van továbbá a beszédhangok képzésében, és ezáltal az ember szociális kapcsolatainak alakulásában. Az egészséges száj és fogazat kozmetikai szempontból is rendkívül fontos.

Az orális régió pathológiája nagyon szerteágazó. Megbetegedhetnek ezen a tájékon olyan egyedülálló struktúrák, amelyek a szervezetben máshol nem találhatók meg (pl. fogképző apparátus, fogak, fogágy, nyálmirigyek). A további képletek a test más területein is fellelhetők, legfeljebb a speciális funkcióknak megfelelően módosultak. Az egész szervezetet érintő szisztémás betegségek jellegzetes tüneteket okozhatnak a szájüregben is. Nem ritka, hogy egyes kórképek első szimptomái az orális nyálkahártyán mutatkoznak. Idesorolhatók bizonyos vérképző rendszeri, immunológiai és bőrgyógyászati rendellenességek stb.

A szájüreg pathológiája jelentős szerepet játszik az orvosi gyakorlatban. Az orális régió megtekintése az általános betegvizsgálat szerves része.

mesiodens: törésű fog,  
 w.p. alatti, nem feletti  
 fog a maxillában

## Fejlődési rendellenességek a szájüregben

A szájüreg képleteinek fejlődését genetikailag meghatározott öröklődő faktorok és káros környezeti hatások egyaránt megzavarhatják. Ennek eredményeként változatos súlyosságú anomáliák lépnek fel az enyhe esztétikai hátránytól a jelentős kozmetikai és funkcionális problémát okozó deformitásig.

impactio

**A fogak fejlődési zavarai.** Közülük a számbeli rendellenességek a leggyakoribbak. Előfordulhat foghiány (anodontia) és szám feletti fogazat (hyperodontia). Rendkívül ritka a fogazat teljes hiánya (anodontia totalis), amely rendszerint súlyos, összetett fejlődési zavar részjelensége. Jóval gyakoribb a részleges foghiány (anodontia partialis; hypodontia), amikor egyes fogak vagy fogcsoportok hiányoznak. Maradó fogak esetében ez leggyakrabban a hölcsességfogakat érinti. Szerzett foghiány alakulhat ki gyermekkori terápiás röntgenbesugárzás miatt. A fejlődő fogcsírák rendkívül érzékenyen reagálnak a sugárártalmakra. A hyperodontia szám feletti fogak megjelenésével jár. Leggyakrabban a maxillában, a középvonalban találkozunk csőkevényes, kúp alakú szám feletti foggal (mesiodens). A szám feletti fogak szűk fogív esetében jelentős fogtorlódást okoznak, olykor megakadályozzák a szomszédos fogak előtörését (impactio).

**A fogak előtörésének rendellenességei.** Megnyilvánulhatnak korai és késleltetett fogzás formájában (dentitio praecox et tarda). A maradó fogak korai áttörése ritka, rendszerint hormonális zavarhoz (hyperthyreosis) csatlakozik. A fogzás késlekedése szisztémás betegségek tüneteként (rachitis, hypothyreosis) észlelhető. Egyes fogak késői előtörése rendszerint lokális faktorokkal, gyulladásos, traumás ártalmakkal magyarázható. Amikor a fog helyhiány miatt nem képes előtörni, impactióról beszélünk. Ez a rendellenesség a  bölcsességfogak esetében a leggyakoribb.

A fogak alakjának, méretének és keményállományának anomáliái jóval ritkábbak és rendszerint genetikailag meghatározott fejlődési zavarok.

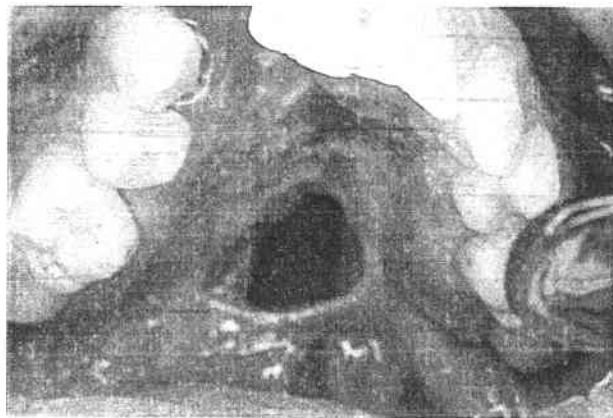
A kezeletlen fogazati rendellenességek gyakran további elváltozásokhoz, szövődményekhez vezetnek. Az erősen torlódott fogak között fokozott lepedéklerakódás észlelhető, ami elősegíti a cariesképződést. A fogak helyzeti anomáliái a fogágy túltérhelését vonják maguk után, ami fogágybetegséget, illetve az adott fog kihullását okozza. Az állcsontban visszamaradt, impactált fogak miatt gyakran lépnek fel állcsontcysták, illetve daganatok.

6-8. cikk

**Az orális lágyszövetek és az állcsontok fejlődési zavarai.** Közülük a hasadékos kórképek a legnagyobb jelentőségűek. Ezek egyaránt lehetnek öröklöttek és szerettek. Az öröklés feltehetőleg multifactorialis, vagyis több hibás gén kölcsönhatásának eredménye. Bizonyos környezeti ártalmak (oxigénhiány, ionizáló sugárzás, fertőzések, gyógyszerek) az intrauterin élet 6-8. hetében zavarhatják meg az ajak- és az állcsontnyúlványok szabályos egyesülését. Ezek a rendellenességek igen gyakoriak, az újszülöttek 1-2%-át érintik.

→ Az ajakhasadék (cheiloschisis) a felső ajkon, a filtrumtól laterálisan figyelhető meg. Súlyos esetben egészen az orralapig terjed. A kétoldali ajakhasadék következtében az ajak közbülső része golyószerűen összegömbölyödik, és nyúlajakhoz válik hasonlóvá (labium leporinum)

A szájpadlás hasadéka (palatoschisis faux lupinum, farkastorok) gyakran ajakhasadékhoz csatlakozik, ritkábban önálló kórkép (14.1 ábra). A hasadék lehet részleges és teljes; egyoldali és kétoldali. Az ajak, a fogme-



14.1 ábra: Szájpadhasadék

cheilognatopalatoschisis

dernyúlvány és a szájpadlás komplex hasadéka kát cheilognatopalatoschisisnek nevezzük. A súlyos hasadékos rendellenességek eredményeként közlekedik a száj- és orrüreg, és nem érintkezik a lágyszövet a garatfallal. Emiatt a szopás, a nyelés és a beszédfejlődés komoly zavarai jelentkeznek. A táplálék az orrüregbe kerül, és fertőzőes szövődmények alakulnak ki a melléküregekben és a középfülben. A szövődményeket korai, többlépcsős sebész beavatkozással lehet megelőzni.

## A fogak és a fogágy speciális bakteriális eredetű betegségei

### comes dentium Fogszuvasodás

A fogszuvasodás (caries dentium) a fog keményállományának bakteriális eredetű megbetegedése, amely demineralisatiohoz, majd üregképződéshez vezet. Kialakulásában a foglepedék (dentalis plaque) és a szájüreg mik-

calium leporinum

robái játszanak jelentős szerepet. A szénhidrátok anaerob glycolysise eredményeként a fogak felszínén savas közeg alakul ki, ami elősegíti a szervetlen állomány kioldódását. A fogállomány visszamaradó szerves vázát a proteolyticus baktériumok bontják le, ezáltal létrejön a carieses üreg.

A kezeletlen caries szövődményei rendkívül sokrétűek. A fertőzés a szuvas fog dentincasatornáin keresztül beterjed a pulpa üregébe és gyulladásos reakciót pulpitist vált ki. A pulpitis következményeként a fogbél elhal gangraena pulpa. A fog eredetű fertőzés kezeletlen esetben az elhalt fog gyökércsatornáján át a periapicalis térbe vándorol, és ott változatos szövődményeket okoz. Kialakulhat akut, gennyes, körülírt elváltozás abscessus periapicalis vagy krónikus, letokolt sarjszövetképződés granuloma periapicale. A gyökércsúcs granulomaiból ered az odontogen állcsonttömlők egy speciális, gyulladásos eredetű formája, a radicularis cysta. Az apex körül kialakuló, tünetszegény, letokolt lobos folyamatok gócnak tekintendők. Az innen folyamatosan kiáramló bakteriális termékek (toxinnak) a szervezet távoli területein hyperergiás jellegű, ún. secundær betegségeket okozhatnak.

A szervezet gyenge ellenálló képessége vagy a baktériumok szokatlanul erős virulenciája folytán a periapicalis térből a fertőzés továbbterjedhet az állcsontokban vagy a környező lágyszövetekben. Elsősorban a mandibulában találkozhatunk csontvelőgyulladással osteomyelitis. A gennygyülem kijuthat a csont felszínére, ahol csontthártya-gyulladást periostitis idéz elő. A fogakkal szomszédos lágyszövetekben az odontogen fertőzés körülírt beolvadást, tályogot abscessus képezhet. A fluctuáló lágyszövetduzzanat elhelyezkedése rendszerint utal arra, hogy az infekció mélyik fogból ered.

További szövődmény phlegmone, amely a tályoggal ellentétben nem körülírt, hanem diffúz, gennyes gyulladás. Rohamosan terjed a szövetrések és az anatómiai képletek lefutásán. A phlegmone igen súlyos, sokszor életveszélyes formája a Ludwig-féle angina. A fertőzés rendszerint a második vagy harmadik alsó molaris fogból ered. Ha a gennyedés a nyak irányába progrediál, glottisoedema és ezáltal fulladásos halál veszélye fenyeget. Fog-

húzás vagy fog eredetű fertőzés következményeként koponyaüregi szövődmények is előfordulnak. Életveszélyes állapot a sinus cavernosus thrombosisa illetve thrombophlebitise.

## Fogágybetegségek

A fogágybetegségek gingivitis, parodontitis világszerte elterjedtek. A fogszuvasodás mellett a fogatlanság legfontosabb oki tényezőjének tekinthetők. Míg a caries magát a fogállományt támadja meg és a fog elhalását okozza, a fogágybetegség a fogat támasztó struktúrákat pusztítja el. Ez a fogak lazulásához és kihullásához vezet. A fogágy gyulladásos betegségét a foglepedék lerakódása okozza. Egészséges egyénben az orális baktériumflóra és a szervezet védekező mechanizmusai között egyensúlyi helyzet áll fenn. Ez az egyensúly megbomlik, ha a baktériumok jelentősen felszaporodnak (fokozott plaque-képződés) vagy a védekezőképesség gyengül (immundefectus, granulocytopenia).

Amikor a gyulladás csak az ínyre korlátozódik, gingivitisnek nevezzük. A parodontium mélyre terjedő lobos folyamatának neve parodontitis.

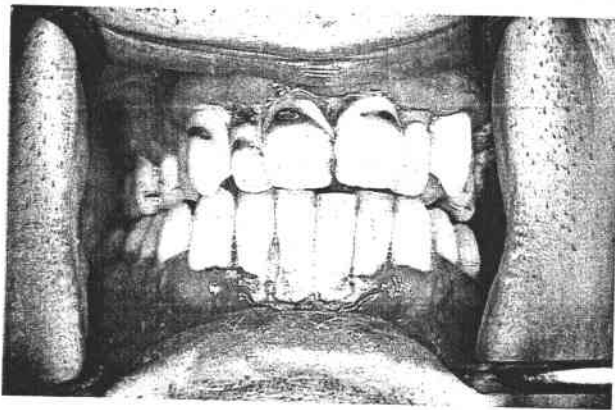
Ínygyulladás (gingivitis). Kialakulhat lokális és szisztémás tényezők hatására. Helyi faktornak számít minden olyan állapot, amely fokozott lepedéklerakódáshoz vezet (hiányos szájtáplálás, elégtelen rágás, fogtorlódás stb.). Általános hajlamosító tényező lehet az elégtelen táplálkozás, a hormonális egyensúlyzavar (pubertas, graviditas, diabetes mellitus) és az immunrendszer bármiféle defectusa (AIDS, leucosis stb.). Egyes gyógyszerek (hidantoin-származékok, nifedipin, ciklosporin) szövetburjánzással járó hyperplasiás gingivitist okoznak.

A gyulladásos íny színe bíborvörös, állománya duzzadt, felpuhult, szivacsos tapintatú. Rendkívül vérzékeny, és a dentogingivalis sulcusból gennyes izzadmány ürül. Mikroscóposan az ínyszél állományában vizenyő, kapilláristágulat és lobsejtes izzadmány látható.

LUDWIG ANGINA (PHLEGMONE)

**Fogágygyulladás (parodontitis)** Lassan progresszív lobos folyamat, amelynek kapcsán nemcsak a gingiva, hanem a fog tartószerkezete (gyökérhártya, alveolaris csont) is megbetegszik. A gyulladás/csontpusztulást okoz, ennek eredményeként a fogak meglazulnak és kihullanak. A parodontitis elsősorban a középkorúak betegsége. Legfontosabb tünetei az ínygyulladás, a tasakképződés, a csontpusztulás, a fogmobilitás és a fogvándorlás (migratio). A duzzadt, lobos íny a fognyaktól elemelhető, látható a lecsupaszodott foggyökerek, amelyek felszínét fogkő és lepedék borítja (14.2 ábra). A mélybe proliferáló gingivahám parodontalis tasakokat képez, amelyekben baktériumok, genny és  bomló szerves ételmaradványok halmozódnak fel. Előrehaladott esetben foghiányok is láthatók. Szövet-tanilag lymphocytás-plasmasejtes infiltráció és a gyökérhártyarostok korai pusztulása figyelhető meg. Osteoclast típusú, többszámú sejtek jelennek meg, amelyek a limbus alveolaris mentén, a csontresorptíós öblökben kezdi meg csontlebontó tevékenységüket.

gyökérhártya, alveolaris csont



14.2 ábra: Parodontitis  
Lepedék és fogkőlerakódás

Az előrehaladott fogágybetegség fertőző gócnak tekintendő. A parodontalis tasakok igen változatos baktériumflórát tartalmaznak. Fogászati beavatkozások (fogkő-eltávolítás, ínymasszázs, foghúzás) kapcsán jelentős bacteriemia alakulhat ki, ami veszélyeztetett egyéneknél (vitium, szívfejlődési rendellenesség esetén) szubakut bakteriális endocarditist okozhat.

## A szájüreg és környékének fertőző betegségei

Számos kórokozó idézhet elő a szájüregben pathológiás elváltozásokat. Előfordul, hogy az oralis laesio az egész szervezet betegsége részjelensége (pl. scarlatina, morbilli, varicella). Más esetekben lokalizált szájbetegség jön létre jelentős általános tünetek nélkül (pl. herpes labialis, oralis candidiasis).

### Vírusfertőzések

Az oralis régió vírusfertőzései közül a herpes-vírusok a legjelentősebbek. Népes családot képeznek. Hat típusuk van, amelyek emberre pathogének és csaknem valamennyien a fejnyak régióban okoznak megbetegedést. Az Epstein-Barr-vírus játszik szerepet a mononucleosis infectiosa, a Burkitt-lymphoma, a nasopharyngealis carcinoma és a nyelv hajas leukoplakiájának kialakulásában. A cytomegalovírus jellegzetes sialoadentitist okoz. Elnevezése abból adódik, hogy a fertőzött hámsejtek rendkívül nagyra felpuffadnak (cytomegalia). A varicellavírus okozta primaer fertőzés ragályos gyermekbetegséget, báránvhimlőt idéz elő. A vírus reaktiválódása következtében secundaer infekció jön létre, amit herpes zoosternek nevezünk. Az érző idegducokban rejtőzködő vírus dermatomákra korlátozódó, rendkívül fájdalmas, hólyagos bőrelváltozást okoz. Az n. trigeminus érintettsége esetén hólyagok (vesiculák, bullák) jelennek meg a szájüreg, a garat és a gége nyálkahártyáján is. Az I. típusú herpes simplex vírus (HSV-I) hólyagos szájnyálkahártya-betegséget okoz, a II. típus (HSV-II) főleg a genitális infekciókért felelős. Az emberi HSV-I-fertőzés rendkívül gyakori. A primaer fertőzés rendszerint tünetmentes, latens formában zajlik le. Nagyon ritka a láz és heveny szájüregi tünetekkel járó kórkép (gingivostomatitis acuta herpet-



14.3 ábra: Gingivostomatitis acuta herpetica

ica) (14.3 ábra). A secundaer fertőzés a vírus reaktiválódása miatt alakul ki. Erőteljes ingerek, trauma, illetve az immunrendszer gyengülése lehet a kiváltó ok. Ezáltal lép fel a recurrens herpeszes infekció, amely főleg az ajakpíron okoz csoportosan elhelyezkedő fájdalmas hólyagcsákat (herpes labialis). A hólyagalapról nyert citológiai kenetben felfufadt ballonsejtek, többmagvú óriássejtek és intranuclearis zárványtestek ismerhetők fel.

Gazdag szájüregi leletüket produkál a HIV (human immunodeficientia vírus) által előidézett szerezett immunhiányos szindróma (AIDS). Az egyik legjellemzőbb tünet a hajás (hairy) leukoplakia. A nyelvszélen, az egyik vagy mindkét oldalon egyenetlen felszínű, szemölcsös-papillomatosus fehér foltok jelennek meg. A laesiót az Epstein-Barr-vírus és a human papillomavírus együttes hatása idézi elő. További vírus eredetű leletként herpeszes hólyagcsák, valamint cytomegaliás nyálmirigygyulladás társulhat az immundefectushoz. Az ínyszél mentén bakteriális fertőzések alakulnak ki. Ennek eredményeként fekélyes, necroticus gingivitis és súlyos fogágydestrúcióval járó parodontitis lép fel. Gyakori a szájnyálkahártya candidiasis ami rendszerint lágy, szürkésfehér lepedék képződésével és a szájzugok fájdalmas berepedezésével jár.

Az AIDS-hez csatlakozó daganatok közül kórjelző értékű a Kaposi-sarcoma. Rendszerint a szájpadráson észlelhető barnás, livid-vörös foltok formájában. A későbbiekben a

laesiók kiemelkednek, és felszínük kifekélyesedik. Gyakoriak továbbá az extranodalis non-Hodgkin-lymphomák, amelyek a szájüregben tumoros duzzanatot és a nyálkahártya ulcerációját okozzák.

## Bakteriális fertőzések

Az orális régió bakteriális fertőzései rendkívül sokrétűek. A szájüregi leletek többnyire hasonlóak a más testtájékon kialakuló betegséghez, ezért ezek tárgyalása a Fertőző betegségek c. fejezetben található.

Idült, granulomaképzéssel járó kórkép az actinomycosis, amely leggyakrabban az arc és a nyak tájékán jelentkezik (actinomycosis cervicofaciális). A kórokozó, az Actinomyces israelii a szájüreg szaprofita lakója. Rendszerint kitenyészthető a carieses fogak üregéből és a tonsilla recessusaiból. A betegséget általában foghúzás vagy a nyálkahártya traumás sérülése előzi meg. A szájüregben elsősorban a mandibula molaris régiójában alakul ki egy deszkakemény lágyrészduzzanat, amely submandibularis irányba terjed. A laesio tályogosan beolvad, és a gennyes váladék sipolynyláson keresztül tör ki a bőr vagy a nyálkahártya felszínére. A kiürülő váladékban felismerhetők a kórokozó mákszemnyi, kénsárga telepei, az ún. actinomycestőkék.

(Syphilis (lues)) Krónikus lefolyású, elsősorban nemi érintkezéssel terjedő fertőző betegség. Megkülönböztethető a felnőttkori, szerzett forma (lues acquisita) és az intrauterin fertőzést követő veleszületett forma (lues congenitalis). Mindkét esetben igen jellegzetes szájüregi leletek találhatók.

**Felnőttkori lues.** Klinikai lefolyása kezelés nélkül három stádiumra osztható. A hatékony antibiotikus kezelés következtében ma már alig találkozunk késői syphilitis laesiókkal. A fertőzés behatolási kapujában alakul ki a primaer affectio. Ez fájdalmatlan, tömött alapú, élesen körülhatárolt fekély. Orogenitalis érintkezés következtében olykor az ajkon, a nyelven, a szájpadráson vagy a tonsillákon jelentkeznek. A regionális nyirokcsomók fájdalommentesen megduzzadnak (bubo indolens). A secundaer syphilis testszerte bőr- és nyálka-

HERPES  
 LAE  
 HIV  
 EBV + HPV  
 CANDIDIASIS

ACTINOMYCOSIS  
 LUES  
 1  
 LUES  
 DURUM  
 (P)MER  
 SÁVLER  
 2

Kaposi Sarcoma!

hártyatünetekkel jár. A szájnyálkahártyán vörös foltok, majd opaleszkáló, nyákos felszínű, szürkésfehér plaque-ok (plaque mucueuse) keletkeznek. További jellegzetes elváltozás a condyloma latum, amely széles alapon ülő, szemölcsösen kiemelkedő, nedvező laesio a mucosán. A késői, tertiar syphilitis jellegzetes morfológiai lelete a specifikus granuloma (gumma). A gummák a szájüregben elsősorban a szájpadon jelennek meg, és a szájpadcsont destructiójával az orrüregbe terjednek. Az orrcsont pusztulása folytán jön létre a syphilitis nyeregorr. További típusos lelet a nyelv nyálkahártyájának atrophíája, amihez az izomzat kiterjedt hegesedése csatlakozik (glossitis syphilitica sclerotisans). Ez utóbbi daganatmegelőző állapotnak tekinthető, talaján laphámrák alakulhat ki.

**Lues connatalis.** Ma már a terhes asszonyok szerológiai szűrésének köszönhetően igen ritka. Újszülöttkorban a szerzett forma secundar fázisára (emlékeztető) bőr- és nyálkahártyatünetek mutatkoznak. Később a granulomák csontpusztító hatása következtében syphilitis nyeregorr és magas, szűk, ún. gotikus szájpadlás alakul ki. Jellegzetes a felső metszők és a molarisok formai anomáliája. A metszők hordó alakúak, élük homorú vagy csipkézett. Az őrlőfogak felszíne szederszerűen egyenetlen. Az ajkakon és a commissurák tájékán sugár irányban lefutó, pörkkel borított berepedések (rhagado) alakulnak ki, amelyek heggel gyógyulnak (Parrot-féle hegek).

## Gombás fertőzések

A szájüreg leggyakoribb gombás fertőzése a candidiasis (moniliasis, soor, szájpenész). A kórokozó a Candida albicans, amely többnyire a szájüreg, a gyomor-bél rendszer és a hüvely normális mikroflórájához tartozik. Mivel kevésbé pathogen, jelenléte nem elegendő a betegség kialakulásához. Helyi és általános tényezők járulhatnak hozzá, hogy a mikroba a szövetekbe penetráljon. A lokális faktorok közül a rossz szájhigiéne, a mechanikai irritatio, a műfogsorviselés és a csökkent nyáleválasztás a legfontosabb. Szisztémás hajlamosító tényezők tekinthető az antibiotikum- és

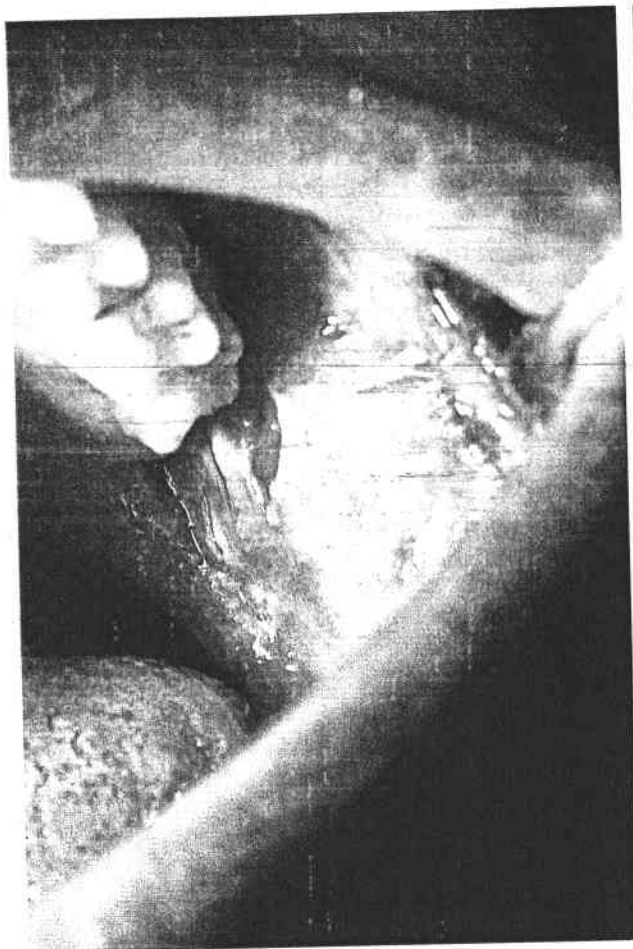
kortikoszteroid-kezelés és a malignus tumorkok citosztatikus és irradiációs terapiája. Szóba jönnek még a különféle hormonális rendellenességek, felszívódási zavarok és az immunrendszer bármilyen eredetű defectusa. A fertőzés rendszerint felszínes, a bőrre és a nyálkahártyákra korlátozódik.

Az orális candidiasisnak számos különböző formája ismeretes. A leggyakoribb az akut, pseudomembranosus típus, amely koraszülöttek és legyengült idős emberek betegsége. Felnőttkorban főleg immundefectusokhoz társul. A szájnyálkahártyán szürkésfehér, kenőcsös, kiemelkedő plaque-ok jelennek meg, amelyek alapjukról ledörzsölhetők. Az akut atrophias candidiasis leggyakrabban széles spektrumú antibiotikum-kezeléshez csatlakozik. Jellemző a fájdalmas, égővörös, depapillált nyelvhat. A krónikus atrophias candidiasis a protézisviselők betegsége. A műfogsor alaplemezeinek megfelelően sötétvörös nyálkahártya látható apró erosiókkal tarkítva. A krónikus hyperplastikus candidiasis vashiányos állapot, illetve folsavhiány esetében mutatkozik. Tömött, fehér plaque-ok keletkeznek a mucosán, amelyek talaján hámátípiá és laphámrák is kialakulhat.

## Daganatmegelőző állapotok a szájüregben

A szájüreg praemalignus laesioi sokfélék lehetnek. Felismerésük nagy jelentőségű, mert ezek az elváltozások sokkal jobb eséllyel gyógyíthatók, mint a malignus daganatok.

A leukoplakia az orális régió leggyakoribb és legfontosabb daganatmegelőző állapota. A malignus transzformáció esélye 5-6%-ra tehető. Kialakulásában a dohányzás, az alkoholizmus, a krónikus mechanikai irritatio és a Candida albicans-fertőzés játszik szerepet. Klinikailag szürkésfehér, kiemelkedő plaque-ok mutatkoznak – főleg a bucca nyálkahártyáján –, amelyeket ledörzsölni, lehántani nem lehet (14.4 ábra). Hangsúlyozni érdemes,



14.4 ábra: Leukoplakia buccae

hogy a leukoplakia makroszkópos képe és szöveti lelete között nincs szoros összefüggés. A fehér laesio mikroszkópos diagnózisa lehet teljesen benignus hyperkeratosis, hám-dysplasia, in situ carcinoma vagy invasív rák.

A lichen ruber planus orális leleteként a bucca nyálkahártyáján figyelhetők meg faagszerű, illetve hálózatos, vonalas rajzolatú, hyperkeratoticus, fehér elváltozások. A leukoplakiával összevetve jóval ritkább kórkép, és a malignus elfajulás esélye is kisebb, kb. 1%-os.

A lupus erythematosus discoides autoimmun betegség, amely a szájrégben, főleg a buccán okoz nyálkahártya-laesiókat. Fehér, kiemelkedő plaque-ok mutatkoznak, amelyek

centruma fekélyes. A felszínes hám atrophiás, az ulcusok centrális heggedéssel gyógyulnak. Az elváltozás talaján 0,5-2%-ban alakulhat ki a laphámrák.

A vashiányos állapotokhoz (sideropenia) rendszerint a nyelv atrophiás glossitise társul. A nyelv hát fájdalmas, vörös és sima. Az elhúzódó anaemia hypoxiával jár, ami a száynyálkahártya hámjának érési és differenciálódási zavarait idézi elő. Plummer - Wilson

A cheilitis chronica actinica (cheilitis solaris) az alsó ajkon jelentkezik fokozott napfény-expositio hatására. Az ajak sápadt, ezüstszerű színű, a hám sorvad. Tarkíthatják fájdalmas berepedések és hámfosztott területek. Mikroszkóposan az atrophiás hám-ban göcökben a hyperplasia és a hyperkeratosis jelei láthatók változatos mértékű sejti-atrophiával.

## A szájrég daganatai

### Jóindulatú daganatok és daganatszerű elváltozások

A szájrégben és környékén igen gyakoriak a jóindulatú daganatok, amelyek esztétikai problémát vagy funkcionális panaszokat okoznak. Ebben a fejezetben csak a leggyakoribb tumorok ismertetésére szorítkozunk.

A papilloma körülírt, szemölcsös felszínű, gyakran nyeles képlet, amely elsősorban a nyelven, az ajkon és a nyálkahártyán fordul elő. Kialakulásában feltehetőleg egy DNS-vírus, az ún. human papillomavírus (HPV) játszik szerepet. Malignus elfajulása igen ritka.

A keratoacanthoma ismeretlen eredetű hám-burjánzás, amely főleg a napsütötte bőrfelszíneken és az ajkon alakul ki. Rendszerint szabályos félgömb alakú képlet, közepén kráter-szerű bemélyedéssel. Ijesztően gyors növekedésű, átmérője eléri az 1-1,5 cm-t. Hajlamos a spontán regresszióra. A klinikai kép olykor - megtévesztően - malignus tumorra utal.

→ A fibroma jóindulatú kötőszöveti daganat, amely a szájüregben igen gyakori. Leginkább a könnyen sérülő területeken, a buccanyálkahártyán, a nyelv oldalsó szélén és az alsó ajkon fordul elő. Kialakulásában feltehetőleg szerepet játszik a mechanikai irritatio. Kerekded, széles alapon ülő, tömött tapintatú elváltozás.

→ A haemangiómák a fej és a nyak területén rendkívül gyakoriak. A szájüregben az ajak és a nyelv a legtipusosabb lokalizáció. Sötétvörös vagy kékesvörös színű, lehet lapos vagy a felszínből kiemelkedő, egyenetlen. A klinikai kép és a biológiai viselkedés alapján megkülönböztethetők érfelődési rendellenességek és valódi érdaganatok. Oralis laesio esetében fennáll a sérülés veszélye, ami súlyos vérzéshez vezet.

→ A daganatszerű elváltozások a szájüregben nem ritkák. A valódi tumorokhoz hasonlóan, szövetszaporulattal járnak. Többségüket mechanikai irritatio indukálja, amire a szövetek fibrosus sarjszövet vagy granuloma képzésével reagálnak.

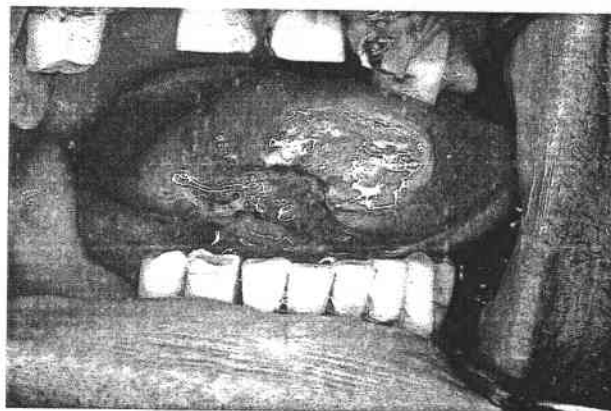
→ Az óriássejtes epulis (perifériás óriássejtes granuloma) a gingiva tumorszerű elváltozása, amely trauma vagy krónikus fertőzés hatására jön létre. Széles alapon ülő, sötétvörös növedék, amely borsónyi, mogyorónyi nagyságot érhet el. Szövettanilag órsó alakú mesenchymalis sejtek láthatók, amelyek között elszórtan többszörös, osteoclast típusú óriássejtek találhatók.

→ A pyogen granuloma reaktív szövetburjánzás. Elnevezése megtévesztő, mert nem gennyes folyamat, hanem krónikus gyulladós sarjszövet. Főleg az ínyszélen vagy más traumáknak kitett területeken figyelhető meg (nyelv, buccanyálkahártya). Bíborvörös színű, borsónyi-cseresznyéni nagyságot érhet el. Mikroszkóposan laza rostos alapállományban kapillárisburjánzás és lobsejtes infiltratio látható. A pseudotumorok gyakoriak a protézisviselők körében. A rosszul illeszkedő, laza fogpótlás a szájpadlás nyálkahártyájának szemölcsös burjánzását idézi elő (papillomatosis palati). A megsüllyedt régi fogpótlások vestibularis szélé mentén tömött tapintatú, ép nyálkahártyával borított növedék (granuloma fissuratum) alakul ki.

## Rosszindulatú daganatok

A szájüregben a malignus daganatok prognóza igen rossz, ami legalábbis részben azzal magyarázható, hogy a régió vér- és nyrokérel-látása bőséges. Ez megteremti a lehetőséget a korai terjedésre.

Carcinoma nyelv, nyálkahártya  
**Laphámák.** Az orális régió összes malignus tumorának mintegy 75%-át teszi ki, vagyis rendkívül gyakori. Magyarországon a férfiak körében az összes rákos megbetegedés 4-5%-a szájüregi carcinoma. A hajlamosító tényezők közül a dohányzás és az alkoholfogyasztás a legfontosabb. Elősegíti a daganatképződést az elhanyagolt szájhygiéne és a szájnyálkahártya krónikus mechanikai irritációja. A tumor leggyakoribb localisatiója a nyelv és a szájfenék (14.5 ábra). Morphologiai képét tekintve lehet befelé infiltráló endophyticus típus, amely felhánt szélű, kraterszerű fekélyt eredményez. A kifelé burjánzó exophyticus típus szarusodó, fehér felszínű vagy hússzínű növedék. A szájüreg laphámákja szövettanilag különböző érettségű lehet. A differenciált forma esetében a fedőhámhoz hasonló sejtfészkek burjánzanak. Erőteljes, kóros szarusodás látható szarugyöngyök képződésével. A mérsékelt differenciált forma kevésbé szarusodik, kifejezett a sejtek polymorphismusa, és jóval több a sejtosztódás. A differenciálatlan laphámák igen éretlen sejtekből épül fel; szarusodás nem látható. A szájüreg rákja a legmodernebb, kombinált kezelési eljárások alkalmazása mellett is az esetek 45-50%



14.5 ábra: Carcinoma linguae



ában halálos kimenetelű. A kórjósolat függ a daganat terjedésének stádiumától, a lokalizációtól és a szövettani differenciáltságtól. Kedvező túlélési eredmények kizárólag a korai felismeréstől várhatók.

A garat, a nyelvgyök és a tonsillatájék jellegzetes rosszindulatú daganata a lymphoepithelioma és az átmeneti sejtes carcinoma. A primaer tumor rendszerint apró, és panaszok híján rejtve marad a nyaki nyirokcsomóáttétek megjelenéséig. A késői diagnózis rontja a gyógyítás esélyeit. Szövettanilag a lymphoepitheliomára polygonalis laphámsejtek és lymphocytákkal sűrűn beszűrt stroma jellemző. A transitionalis sejtes carcinoma nagy, éretlen hámsejtekből épül fel, amelyekben szarusodás jelei nem láthatók.

Az orális régióban a malignus mesenchymalis tumorok (sarcomák) jóval ritkábbak. Általában fiatal felnőtt korban, sőt gyermekkorban fordulnak elő. Kórjósolatuk kedvezőtlen, a betegek halálozási aránya magas. A nyiroksejtek lymphoproliferatív tumorai, a malignus lymphomák a szájüreg rosszindulatú daganatainak 5%-át teszik ki. Túlnyomó többségük tokkal nem határolt nyirokszövetből ered (extranodalis lymphoma). Származhatnak a Waldeyer-féle lymphoid struktúrákból és a többi nyálkahártyához kapcsolódó nyirokszövetből. Az orális nem-Hodgkin-lymphomák megjelenhetnek egyedülálló, solitaer laesióként, de lehetnek az egész testre kiterjedő generalizált folyamat részjelenségei. Nem ritkaság, hogy az első tumor a szájüregben mutatkozik, és a későbbiekben alakul ki a szisztémás betegség. Főként a nyelvgyökből, a palatumból és a tonsilla tájékaról indulhat ki. A korai szakaszban lágy tapintatú, tünetszegény duzzanat keletkezik, amelynek felszíne a folyamat előrehaladásával kifehéresedik. Az orális extranodalis lymphomák szöveti képe rendszerint differenciálatlan, nagysejtes, dif-fúz típusú, ami igen rossz prognózisra utal.

A szájüregben és környékén előfordulnak attéti daganatok is. A lágy részek közül főleg a rendkívül jó vérellátású gingivában alakulnak ki. Az állcsontok közül a mandibulában gyakoribbak. Jellegzetes lokalizáció a molaris régió és az angulus tájéka. Gyorsan növekedő lágyrészduzzanat, fogfájás, foglazulás lehet az első tünet. A metastasis rendszerint a primaer tumor előrehaladott stádiumára utal.

## Az állcsontok pathológiája

Az állcsontokat érintik az egész csontrendszert megbetegítő kóros folyamatok, amelyek sérülések, fertőzések, anyagcsere-zavarok, endocrin problémák és genetikai rendelleneségek okoznak. Kétségtelen, hogy a generalizált csontbetegségek is módosult formában léphetnek fel az állcsontokban, mivel a fogak jelenléte és a rágófunkció okozta szokatlan erőhatások befolyásolják mind a klinikai tüneteket, mind a pathologiai leleteket. Nem ritka, hogy a szisztémás csontelváltozásra a lazuló fogak vagy a fogászati röntgenlelet hívja fel először a figyelmet. Vannak ugyanakkor speciális állcsontbetegségek is, amelyek más régióban nem fordulnak elő.

Cherubismus. Autoszomális, domináns örök-lésmenetet követő betegség, amely kisgyermekkorban az állcsontok felpuffadásával jár. A vázrendszer más csontjai érintetlenek. A deformált arc jellegzetesen pufókává válik, a középkori festmények angyalaihoz (cherubok) lesz hasonló. Mikroszkóposan a kóros csontban kötőszövet burjánzik, amelyben fibroblastok, többmagvú óriássejtek és kapillárisok figyelhetők meg.

Centrális óriássejtes granuloma. Az állcsontok ismeretlen eredetű betegsége. Nem tisztázott a kapcsolata a hosszú csöves csontok óriássejtes daganatával. Kétségtelen azonban, hogy jóval benignusabb elváltozás. Nem igényel radikális műtétet. Malignus elfajulása ismeretlen. Rendszerint a mandibula praemolaris régiójában jelentkezik, fájdalomtalan duzzanatot és az arc deformálódását előidézve. Mikroszkóposan a dús fibrovascularis stromában többmagvú óriássejtek csoportjai láthatók. A szöveti kép egyezik a hyperparathyreosis csontlaesióival. A centrális óriássejtes granuloma diagnózisával egyidejűleg érdemes a szérum kalcium- és foszforszintjét ellenőrizni: nem rejtőzik-e parathormon-túltermelés a háttérben.

Az állcsontokban rendkívül gyakori a cystaképződés. Attól függően, hogy a tömlő hám-

GENERAL-  
KÖR-  
SPE-  
KÖR-  
KÖR-  
KÖR-

GENERAL-  
KÖR-  
SPE-  
KÖR-  
KÖR-

SPEC  
KÖR-  
KÖR-  
KÖR-

A.D.  
KÖR-  
KÖR-  
KÖR-

SPE-  
KÖR-  
KÖR-  
KÖR-

KÖR-  
KÖR-  
KÖR-

Ca  
P

KÖR-  
KÖR-  
KÖR-

ja az odontogen epithelből vagy más hámsejtekből származik, odontogen és nem odontogen állcsontcystákat különböztetünk meg.

→ **Odontogen cysták.** A fogképző apparátusból erednek a fogfejlődés során fellépő zavarok következtében. A leggyakoribb közülük a már említett radicularis cysta, amely fog eredetű fertőzés szövődményeként jön létre az elhalt fog gyökércsúcsán.

→ **Nem odontogen állcsontcysták (fissuralis cysták).** A fogaktól függetlenül keletkeznek az embrionális nyúlványok fúziós vonalában. Ennek megfelelően a maxilla közepvonalaiban, illetve a felső kismetsző és a szemfog között fordulnak elő leggyakrabban. Az állcsonttömlők rendszerint tünetsegényen, lassan növekednek. Előrehaladott esetben az arcot is deformálják. Szövődményként az üreg fertőződése, a meggyengült állcsont pathológiás törése, valamint a hámbélés malignus elfajulása jelentkezhet.

→ Az állcsontok a vázrendszer szerves alkotórészei, így a csontdaganatok mindegyike előfordulhat ebben a régióban. Ezeket az állcsontok nem odontogen tumorainak nevezzük. Kizárólag a maxillából és a mandibulából erednek az odontogen daganatok, amelyek a fogak fejlődése során bármely szövettípusból kiindulhatnak, így rendkívül változatosak. A jóindulatú állcsonttumorsok az arc aszimmetriáját, a fogak lazulását, vándorlását és az occlusio zavarait okozhatják. Kisgyermekkorban a fogzás késlekedése vagy a már előtört fogak rendellenes helyzete lehet az első tünet. A malignus tumorok a fent említetteken kívül fájdalmat, érzészavart, bénulást, olykor szemészeti, gégeészeti problémát idéznek elő.

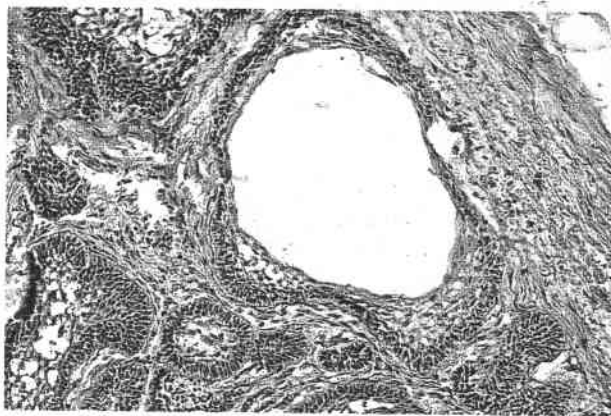
→ Az odontogen daganatok többsége jóindulatú. A mikroszkópos kép utánozhatja a zománcszerv hámelemeit (epithelialis tumorok), az odontogen mesenchyma keményállományát (mesenchymalis tumorok) vagy keverten mindkettőt (vegyes odontogen tumorok).

**Ameloblastoma.** A leggyakoribb odontogen tumor. A zománcszerv epitheljéből ered. Rendszerint a mandibulában jelentkezik a molarisok tájékán. Tokja nincs, így lokálisan invasívan terjed. Rosszindulatú változata is

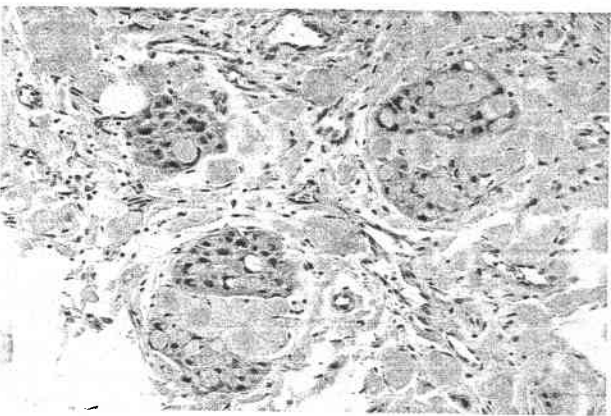
ismeretes. Mikroszkóposan a dentalis folliculust utánzó változat a legjellemzőbb. Laza, rostos stromában hámsejtfészkek burjánzanak, és ezek periferiáján hosszúkas, ameloblast jellegű sejtek sorjáznak (14.6 ábra).

**Kalcifikáló epithelialis odontogen tumor (Pindborg-tumor).** Ritka elváltozás. A mandibula hátsó régiójában és a ramusban fordul elő az ameloblastomához hasonlóan. A daganat sokszögletű hámsejtekből épül fel, amelyek nagyobb mezőket és kisebb fészkeket alkotnak (14.7 ábra). A közi állományban jellegzetes az amiloidlerakódás és a meszesedés.

**Adenomatoid odontogen tumor (adenameloblastoma)** Elsősorban a gyermekek és a



14.6 ábra: Ameloblastoma folliculare



14.7 ábra: Pindborg-tumor

fiatal felnőttek betegsége. Mindkét állcsontban, főleg a frontalis régióban mutatkozhat. Szövettanilag köbös hámsejtek láthatók, amelyek néhol mirigyjáratszerű lumeneket képeznek. Ebből adódik a megtévesztő adenome-loblastoma elnevezés.

A mesenchymalis odontogen tumorok közül az odontogen myxoma és fibroma lágy szövetekből épül fel. A cementképző fibroma és a cementoblastoma állományában főleg cement jellegű keménycső képzése figyelhető meg. A vegyes odontogen tumorok legjellegzetesebb példája az ameloblastos fibroma és az ameloblastos fibroodontoma. Ezek ritka gyermekkori daganatok, amelyekben hám- és kötőszöveti elemek burjánzása látható. Típusos esetben a mandibula molaris régiójában jelentkeznek. Szövettanilag az ameloblastos fibromában primitív myxoid alapállomány és a foglécéhez hasonló hámgerendák találhatóak. Az ameloblastos fibroodontomában a fentiekhez még dentinképzésre utaló keményszövetek is csatlakoznak. Az odontoma olyan vegyes tumor, amelyben a hám- és a kötőszöveti elemek egyaránt érették. Ezáltal az ameloblastok zománcállományt, az odontoblastok dentint képeznek. Egyes szerzők szerint nem is valódi daganat, hanem fejlődési zavar talaján kialakuló hamartoma.

## A nyálmirigyek pathológiája

A nyálmirigybetegségek rendkívül változatosak. Rendszerint az állomány megduzzadásával járnak, aminek háttérében fertőzések, iatrogen ártalmak, anyagcserezavarok, immunopathológiai kórképek és daganatok egyaránt szóba jöhetnek.

**Sialoadenitis.** A nyálmirigygyulladás rendszerint bakteriális eredetű. Kialakulásához a kórokozón kívül egyéb hajlamossító tényezők is szükségesek. Ilyen faktor a nyáltermelés csökkenése, ami bekövetkezhet a szervezet kiszáradása (exsiccatio) miatt, vagy bizonyos gyógyszerek nem kívánatos mellékhatásaként

(nyugtatók, altatók, retinoidok). Elősegíti a fertőzést a nyálpangás is, amelynek előidézője leggyakrabban a nyálkövesség. Sialoadenitis esetén a beteg nyálmirigy duzzadt, a kivezetőcső szájadékából gennyves váladék ürül. Mikroszkóposan intersticiális vizenyő és granulocytás izzadmány látható az állományban. A gyulladás krónikussá válásával sorvad a mirigyparenchyma, a lebenyekben fibrosis és kerék sejt beszűrődés jelenik meg.

**Szisztémás sarcoidosis.** A krónikus granulomás betegségek közül ebben láthatunk nyálmirigylaesiókat. Jellegzetes lelet a parotis göbös megnagyobbodása, amely egy- vagy kétoldali lehet. A folyamat ritkábban további nyálmirigyekre is ráterjed. Apró, tömött csomók jelenhetnek meg a szájnyálkahártya alatt is. Szövettanilag el nem sajtosodó, tuberculoid granulomák figyelhetők meg.

**Nyálkövesség.** Elsősorban a nagy nyálmirigyek betegsége. Kialakulását elősegíti a csökkent nyálelválasztás, a nyálpangás és a parenchyma gyulladása. Leggyakrabban a submandibularis mirigyet érinti, mivel ez viscosus nyálat termel, és kivezetőcsöve viszonylag hosszú. A ductus köves elzáródása folytán lobos reactio, majd az állomány atrophíája alakul ki.

**Sjögren-szindróma.** Autoimmun betegség, amelynek cardinalis tünetei a szájszárazság (xerostomia), a kötő- és szaruhártya-gyulladás (keratoconjunctivitis sicca) és a rheumatoid arthritis. Ritka kórkép, középkorú nőkben fordul elő. Progresszív, fájdalomtalan, bilaterális parotisduzzanat jellemzi. Szövettanilag a nyálmirigyekben ún. benignus lymphoepithelialis laesio mutatkozik. A pusztuló parenchyma helyét lymphocytás infiltratio foglalja el. A metaplasziás ductushám és a myoepithelialis sejtek burjánzása folytán jelennek meg az epimyoeepithelialis szigetek.

Számos anyagcserezavar idézhet elő gyulladásmentes nyálmirigyduzzanatot. Itt említhető a krónikus alkoholizmus, a diabetes mellitus és a hyperlipoproteinaemia.

**Nyálmirigydaganatok.** Leggyakrabban a parotisban fordulnak elő; ezek túlnyomó többsége jóindulatú. A submandibularis mirigy ritkábban érintett, viszont tumorainak mint-

parotis  
jóindulatú

nyálmirigy  
duzzadt  
gennyves váladék  
ürül  
intersticiális vizenyő  
granulocytás izzadmány  
állományban  
gyulladás krónikussá  
válsával sorvad a  
mirigyparenchyma  
lebenyekben fibrosis  
és kerék sejt  
beszűrődés jelenik meg

toe??

nyálmirigylaesiókat  
jellegzetes lelet a parotis  
göbös megnagyobbodása  
amely egy- vagy kétoldali  
lehet  
a folyamat ritkábban további  
nyálmirigyekre is ráterjed  
apró, tömött csomók  
jelenhetnek meg a szájnyálkahártya  
alatt is  
szövettanilag el nem sajtosodó,  
tuberculoid granulomák  
figyelhetők meg

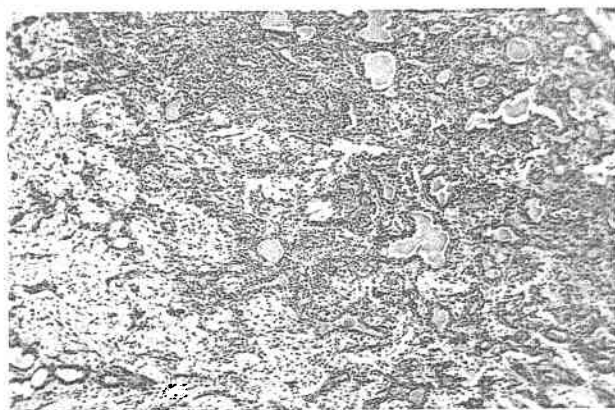
Autoimmun  
cardinalis tünetei  
szájszárazság  
keratoconjunctivitis sicca  
rheumatoid arthritis  
középkorú nőkben  
progresszív, fájdalomtalan,  
bilaterális parotisduzzanat  
szövettanilag a nyálmirigyekben  
ún. benignus lymphoepithelialis  
laesio mutatkozik



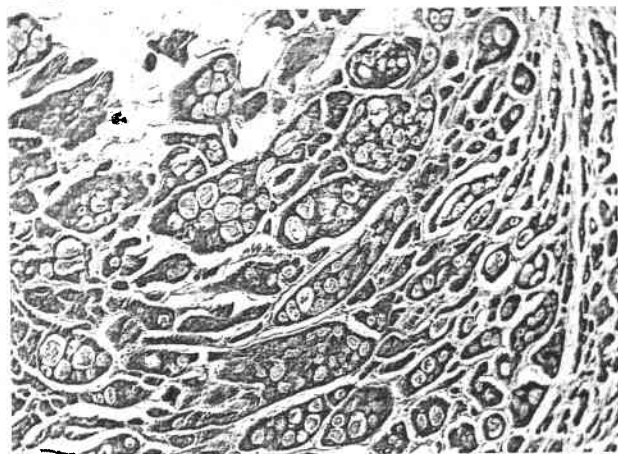
egy fele malignus. A glandula sublingualis neoplasmái nagyon ritkák, és rendszerint rosszindulatúak. A daganatok általában hám eredetűek, a mesenchymalis tumorok jóval ritkábbak.

A pleomorph adenoma (vegyes tumor) a leggyakoribb hámdaganat. Többnyire a parotis alsó pólusának megfelelően, a fül alatt észlelhető. A mikroszkópos kép - nevének megfelelően - rendkívül változatos, különféle epithelialis és mesenchymalis komponenseket tartalmaz (14.8 ábra). Előfordulnak köbös, ductushámra emlékeztető, valamint myoepithel jellegű sejtek. Ritkábban laphám-szigetekkel is találkozunk. A mesenchymalis elemek között myxomatosus és porcos állomány látható. A tumor tokja változó vastagságú, olykor folytonossága is megszakad. Sebészi eltávolítása után lokális recidívára hajlamos. A kiújuló daganatban malignus transzformáció is előfordul.

A monomorph adenomák egyféle sejtípusból épülnek fel, és daganatos kötőszöveti komponensük nincs. Közülük a Warthin-tumor (cystadenoma lymphomatosum) a leggyakoribb, amely kizárólag a parotisban jelentkezik. Metszéslapján savós folyadékkal kitöltött cysták, illetve rések tátonganak. Mikroszkóposan nyirokszövet jellegű stromája van, amelyben élénk eosinophil hámsejtekkel bélelt tömlők találhatóak. A monomorph adenomák ritkább formái a basalsejtes és a canalicularis adenomák. A legritkább nyálmirigy-tumorok közé tartoznak az oncocytomák és a myoepitheliomák.



14.8 ábra: Adenoma pleomorphoides (vegyes tumor)



14.9 ábra: Carcinoma adenoides cysticum <u>CYLINDROMA</u>

A nyálmirigyek leggyakoribb malignus daganata a carcinoma adenoides cysticum. Többnyire a kis nyálmirigyekből indul ki, főként a palatum területéről. Növekedése viszonylag lassú, de a prognózis nagyon rossz. Szövettanilag kis, köbös hámsejtek burjánzása látható. Jellegzetes kép a csipkeszerű (cribriformis) szerkezet, amelyben számos halvány, sejtmentes ún. cylinder átmetszetét látjuk (14.9. ábra). Innen ered a korábbi, cylindroma elnevezés.

A mucoepidermoid carcinoma a nyálmirigyek ductusainak hámjából származik. Klinikailag ráknak tekinthető, ennek ellenére a lokálisan invasiv, kevéssé malignus formáktól a rapidan növekedő, gyorsan terjedő daganatig minden átmenet előfordul. Szövettanilag a laphám- és a mirigyhámelemek változatos arányú keveredése figyelhető meg. A benignusabb formákban dominál a nyáksecretáló mirigyhám, a fokozottan malignus tumorban a laphám és az átmeneti jellegű sejtek gyakoribbak.

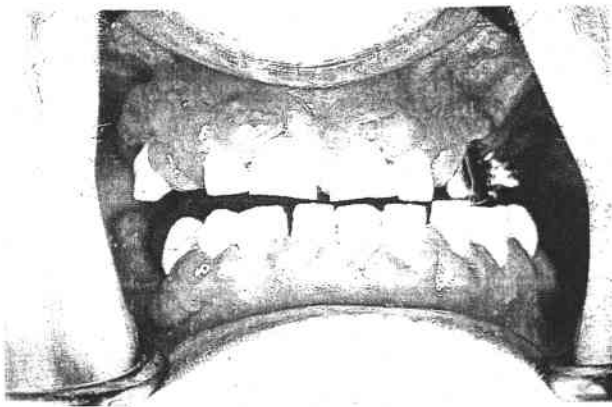
parotis - benignus  
submand. - 10-15  
subling. - malignus

# A szisztémás betegségek szájüregi leletei

A vérképzés zavarai gyakran járnak orális leletekkel. Előfordul, hogy a kórkép első tünete a szájüregben jelentkeznek.

**Anaemiák.** Jellegzetes szimptomájuk a glossitis. Vészes vérszegénység (Addison-Biermer-anaemia) esetében a nyelv nyálkahártyája gyulladt, égővörös. A nyelvháton a papillák atrophiasak, a sima felszint erosiók tarkítják (Hunter-glossitis). A vashiányos anaemia fő tünete az atrophias glossitis, a szájzugok fájdalmas berepedése és a nyelési nehézség (dysphagia). Ezt a tünetegyüttest Plummer-Vinson-szindrómának nevezzük.

**Leukopenia.** A fehérvérsejtek számának csökkenése. Súlyos elváltozásokat okoz a szájüregben, mert a szövetek nem képesek védekezni a traumákkal, illetve a fertőzésekkel szemben. Agranulocytosis esetén bűzös, szürkészöld membránnal fedett, mély fekélyek jelennek meg a gingiván, a palatumon és a tonsillatájékon (angina agranulocytotica). Ritka kórkép a cyclicus neutropenia. Ilyenkor periodikusan eltűnnek a vérből a neutrophil granulocyták, ami ismétlődő gingivitist, illetve parodontitist okoz. A fogágy fokozatos



14.10 ábra: infiltratio leukaemica gingivae

pusztulása a fogak korai elvesztését vonja maga után. Leukaemiák kapcsán igen gyakoriak a szájnyálkahártya-elváltozások. Nem általános érvényű szabály, de jellemző, hogy az akut leucosisok esetében főleg a csontvelő-elégtelenség tünete dominálnak (sápadtság, vérzések, ulceronecroticus laesiók). Krónikus leukaemiákban a gingiva duzzanata, tumorsejtes infiltrációja jellegzetes (14.10 ábra)

**Haemorrhagiás diathesisek.** Vérzékenységgel járó kórképek, amelyek különféle típusú és morfológiájú spontán vérzéseket idéznek elő az orális mucosán (petechia, ecchymosis, purpura, haematoma). Gyakori a nagymértékű, nehezen csillapítható ínyvérzés.

**Endocrin kórképek.** Némelyikük jellegzetes tüneteket okoz a szájüregben. Az acromegalia az orális régióban a lágyszövetek duzzanatával jár. Vaskossá válnak az ajkak, tömeges és barázdált lesz a nyelv; a gingiva is hyperplasiás. A mandibula condylusának túlnövekedése miatt az áll nagy és előreugró (prognathia mandibularis). Hyperparathyreoidismus esetén az állcsontok deformálódása és a fogak elvándorlása (migratio) figyelhető meg. Addison-kórban általában a buccalis mucosa, a gingiva, a nyelv és ritkábban az ajkak bronzbarna elszíneződése látható. A diabetes mellitus ínygyulladásra és fogágybetegségre hajlamosít. A jelentősebb fiziológiai hormonális változások (pubertas, menses, graviditas, climax) a szájhygiéne egyidejű elhanyagolása mellett az ínygyulladásos reakcióit idézik elő.

**Hiánybetegségek.** A D-vitamin-felvétel elégtelensége (rachitis) fejlődési zavarokat okozhat. Deformáltak az állcsontok, késlekedik a fogak előtörése, a dentin struktúrája szabálytalan, a zománc hypoplasiás. Ma már a profilaktikus D-vitamin-kezelésnek köszönhetően nagyon ritka. A B-vitamin-komplex hiánya a nyálkahártya atrophias gyulladását, főként glossitist okoz. A szájzugokban fájdalmas maceratio és hasadékok (rhagadok) keletkeznek (cheilitis angularis). A felnőttkori C-vitamin-hiány (skorbut) ma már csak enyhébb formájában mutatkozik. Az íny és a fogágy vérzékenységgel járó gyulladása figyelhető meg. K-vitamin-hiány esetében spontán iny-

vérzések és a nyálkahártyán petechiák, purpurák, haematomák láthatók.

**Immunológiai rendellenességek.** Ide sorolható a szájnyálkahártya gyakori betegsége, a stomatitis aphthosa. Solitaer vagy multiplex fekélyek jelennek meg az orális mucosán, amelyek recidívára hajlamosak. Ismeretlen eredetű betegség a térképnyelv (lingua geographica). Feltehetőleg atopiás jelenség, mivel az intrinsic asthmához és a rhinitishez gyakran társul. A nyelv felszínén szabálytalan alakú élénkvrös foltok mutatkoznak fehér szegéllyel. Jóindulatú, rendszerint spon-tán gyógyuló betegség. Valószínűleg immunopathologiai folyamatok állnak az erythema multiforme hátterében. Akut lefolyású dermatitis, amelyhez igen gyakran hyperaemiás papulák, vesiculák és vérzékeny fekélyek csatlakoznak a szájnyálkahártyán. A sziszté-

más lupus erythematodes (SLE) kiterjedt bőrtünetekkel és súlyos belső szervi laesiókkal járó autoimmun betegség. Nagyon gyakoriak az orális tünetek. Erythemás, kife-kélyesedő papulák ismerhetők fel, amelyek centrális hegesedéssel gyógyulnak. Rendkívül súlyos autoimmun betegség a pemphigus vulgaris, amely a bőrön és a nyálkahártyá-kon intraepithelialis vesiculák és bullák kép-ződésével jár. Az orális hólyagok hamar fel-szakadnak, helyükön vörhenyes, vérzékeny, nagyon fájdalmas erosio keletkezik. A szisz-témás sclerosis kapcsán megkeményedik a nyelv és a lágyszájpad, nehezített a szájnyí-tás, az étkezés és a beszéd. A szájnyílás rés-szerűen beszűkül. Dermatomyositis esetén a rágóizomzat és a garattájék tömötté, merevvé válik, és a nyálkahártyán diffúzan erythe-más, oedemás területek, olykor fekélyek ala-kulnak ki.

stomatitis aphthosa  
lingua geographica  
erythema multiforme  
SLE  
pemphigus vulgaris  
szisztémás sclerosis  
dermatomyositis

dermatomyositis