

Stomatologické symptomy u pacientů s dysfunkcí gastrointestinálního traktu

Stomatolog Julia Morozova, Ph.D., MUDr. Zdeňka Zapletalová, Ph.D., MUDr. Eva Mišová

Klinika zubního lékařství LF UP a FN, Olomouc

Gastrointestinální trakt těsně souvisí s dutinou ústní, proto se poruchy jeho funkce mohou projevovat mj. stomatologickými symptomy. Dysfunkce GIT jsou často doprovázeny epizodami refluxu či zvracení, během nichž se kyselý obsah žaludku dostává do kontaktu s dutinou ústní. Časté epizody refluxu nebo chronické zvracení mohou vést ke vzniku patologických změn v dutině ústní. Patří k nim především erozivní poškození tvrdých zubních tkání, pálení nebo kyselá pachuť v ústech a také nevábný dech čili halitóza, které se mohou objevit dříve než typické symptomy onemocnění. V našem příspěvku popíšeme nejčastější stomatologické symptomy vyskytující se při gastroezofageální refluxní nemoci a poruchách příjmu potravy (anorexia mentalis a bulimia nervosa).

Klíčová slova: gastroezofageální reflux, chronické zvracení, poruchy příjmu potravy, dentální eroze, halitóza.

Stomatological symptoms of patients with dysfunction of gastrointestinal tract

The gastrointestinal tract is closely related to the oral cavity, therefore its disorders may manifest among other oral symptoms. Gastrointestinal dysfunctions are often accompanied by episodes of reflux or vomiting during which the acidic stomach content comes into contact with the oral cavity. Frequent or chronic reflux episodes or vomiting can lead to pathological changes in the oral cavity. These include mainly erosive defects of hard dental tissues, burning or sour taste in the mouth and malodour, which may occur before the typical symptoms of the disease. In our paper we describe the most common oral manifestations of gastroesophageal reflux disease and eating disorders (anorexia mentalis and bulimia nervosa).

Key words: gastroesophageal reflux, chronic vomiting, eating disorders, dental erosions, malodour.

Interní Med. 2014; 16(6): 244–246

Úvod

Je všeobecně známo, že některá systémová onemocnění mohou mít projevy v dutině ústní. V některých případech se orální příznaky objevují dříve než typické symptomy onemocnění. Zubní lékař tak může být prvním členem lékařského týmu, který může usuzovat na přítomnost celkové choroby. K takovým stavům patří např. dysfunkce gastrointestinálního traktu, jako je gastroezofageální reflux, regurgitace a také stavy doprovázené častým zvracením (např. poruchy příjmu potravy).

Gastroezofageální refluxní nemoc (gastro-oesophageal reflux disease – GORD)

Gastroezofageální refluxní nemoc je onemocnění způsobené patologickým refluxem (1). Za gastroezofageální reflux je považován proces, při kterém se žaludeční obsah pohybuje přes dolní ezofageální sfinkter zpět do jícnu. Daný stav se definuje jako epizody, během nichž pH v jícnu klesá z normálních hodnot pohybujících se mezi 5 a 7 k hodnotě 4 alespoň po dobu 30 s. (2). U zdravých jedinců může příjem velkého množství potravin nebo alkoholu (zvláště ve večerních hodinách) vyvolat krátké epizody tzv. fyziologického refluxu, který je obvykle označován jako porucha trávení. Další

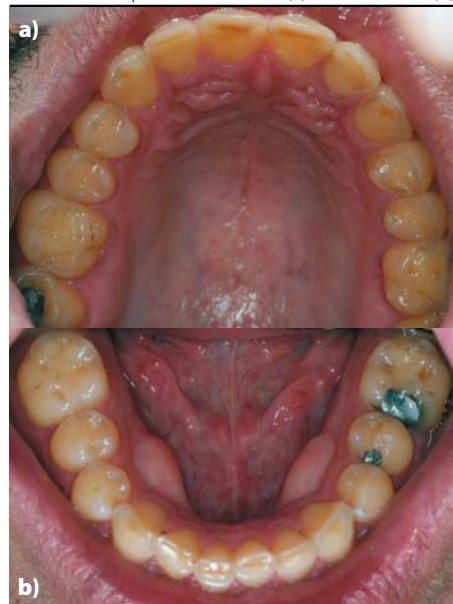
faktory, jako jsou dietní návyky (konzumace ostré, okořeněné nebo mastné potraviny, čokolády, máty pepřné, rajčat, kávy aj.) nebo některé zvláštnosti životního stylu (konzumace alkoholu, namáhavé cvičení, obezita, určitá poloha těla – ohýbání, ležení) mohou rovněž vyvolat reflux žaludeční šťávy (3). Žaludeční kyseliny s hodnotou pH méně než 1 se tak mohou dostat do kontaktu se zuby, především s jejich orálními ploškami (4). Opakované epizody refluxu mohou způsobit vznik tzv. erozivního poškození zubů, které je častým extraezofageálním symptomem GORD (tabulka 1). Přitom nejčastější lokalizací erozivního poškození projevujícího se především ztrátou skloviny jsou palatinální plochy horních frontálních zubů a premolárů, jež přicházejí do kontaktu s kyselým obsahem žaludku jako první.

Obecně **dentální eroze** (z lat. *erodere, erosi, erosum – okusovat, korodovat*) lze popsat jako nevratný postupný úbytek tvrdých zubních struktur vznikající v důsledku působení kyselin externího nebo interního původu anebo chelátotvorných látek na povrch zubů zbavených zubního plaku a bez účasti orální bakteriální flory (3). Za kyseliny externího původu jsou považovány kyseliny obsažené v potravinách a nápojích (čerstvé ovoce, zelenina, ovocné džusy, sycené nápoje obsahující CO₂ a kyselinu fosforečnou aj.), v některých léčích

(kyselina chlorovodíková, kyselina askorbová, kyselina acetylsalicylová, preparáty železa, některé preparáty proti astmatu, kašli aj.) (5), v některých prostředcích orální hygieny (ústní vody s nízkou hodnotou pH a bez obsahu fluoridu) a také v pracovním prostředí (hutnické a chemické výroby, voda plaveckých bazénů, profesní degustace vín) (3). Interním zdrojem kyselin škodlivých pro zubní sklovinu je kyselý obsah žaludku dostávající se do kontaktu se zuby při refluxu, regurgitaci či zvracení, k nimž dochází při psychosomatických poruchách (neurotické zvracení, anorexia mentalis, bulimia nervosa) či ze somatických příčin (hyperemesis gravidarum, chronický alkoholismus či léčba závislosti na alkoholu Antabusem (disulfiram), gastrointestinální poruchy, jako je dysfunkce žaludku, chronická konstipace, hiatus hernia, duodenální a peptická vřezva, gastroezofageální refluxní nemoc, chemoterapie, terapie cytostatiky aj.) (3, 6). V procesu rozvoje erozivních defektů se rovněž uplatňují tzv. modifikující faktory, jimiž jsou biologické faktory (množství slin, jejich složení a saturace minerálními komponenty, tvorba dentální pelikuly na povrchu zubů, složení tvrdých zubních tkání, postavení zubů v zubním oblouku, fyziologické pohyby měkkých tkání dutiny ústní) a behaviorální faktory (zvláštnosti životního stylu, dietní návyky, pitný režim, alkoholismus a návyky v oblasti orální hygieny) (3, 4).

Klinicky se eroze v počínajících stádiích projevují změkčením zubní skloviny, která je hladká a ztrácí lesk (7). Změkčení skloviny je podmíněno uvolněním minerálních komponentů z krystalické mřížky tvrdých zubních tkání při atakách kyselin. Postupně při synergickém působení erozivních a abrazivních činitelů, např. abrazivního efektu potravy, zubních past a zubního kartáčku, dochází ke ztenčení skloviny a prosvítání dentinu, v důsledku čehož zuby mají žlutavý odstín (3). V pokročilých stádiích zubní sklovina zcela chybí a je obnažený dentin a zuby tak mohou být citlivé na působení různých především chladových podnětů (tzv. dentinová hypersenzitivita). Je zjevná ztráta morfologie (zaoblení incizních hran a hrbolků zubů, rýhy, jamky a prohloubeniny na povrchu zubů) a snížení zubní korunky, které může vést ke snížení

Obrázek 1. Erozivní poškození skloviny orálních a okluzálních ploch zubů horní (a) a dolní čelisti (b)



Obrázek 2. Pokročilé erozivní defekty palatinálních ploch horních (a) a linguálních ploch dolních (b) frontálních zubů a premolárů u pacientky s GORD



výšky skusu a vzniku vážných poruch celého stomatognathního systému (obrázky 1, 2).

Protože hloubka a rozsah dentálních erozí na palatinálních plochách zubů horní čelisti přímo závisí na době kontaktu tvrdých zubních tkání se žaludečními kyselinami, gastroenterolog může prostřednictvím orientačního pohledu na sklovinu frontálních zubů získat představu o frekvenci a době trvání refluxních epizod. Doporučována je spolupráce se zubním lékařem, jenž dokáže přesně zhodnotit ztrátu tvrdých zubních tkání pomocí speciálních indexů (7), např. BEWE (Basic Erosive Wear Examination) indexu. Pro diagnostiku erozí dle daného systému se chrup rozdělí na šest sextantů (17–14, 13–23, 24–27, 37–34, 33–43, 44–47). Každému zubu je podle výsledků klinického vyšetření přiřazena hodnota 0–3 v závislosti na míře poškození skloviny, zaznamená se nejvyšší dosažená hodnota sextantu a hodnota sumární. Podle té se pak volí léčebná strategie. Dentální eroze na palatinálních plochách horních frontálních zubů jsou často prvním symptomem GORD, aniž by byly přítomny typické projevy (pálení žáhy, říhání, nauzea apod.) (8). Navíc refluxní nemoc může probíhat i bez pálení žáhy nebo poruch trávení. Tento stav se označuje jako „tichý“ reflux, jeho prevalence v posledních letech stoupá (9). Zubní lékař se tak stává prvním odborníkem, který může předpokládat přítomnost dané patologie u pacienta a odeslat jej k odbornému vyšetření (10).

Halitóza čili zápach z úst je dalším častým stomatologickým symptomem doprovázejícím gastroezofageální refluxní nemoc. Je typickým příznakem GORD vyskytujícím se obzvláště ráno před snídaní (11). Pacienti s refluxní nemocí si mohou rovněž stěžovat na pálení nebo **kyselou pachutí v ústech** (11).

Změny sliznice dutiny ústní u pacientů s GORD jsou většinou minimální, ale v některých případech se může vyskytovat erytém a atrofie orální sliznice jako následek expozice kyselinám (8).

Poruchy příjmu potravy

Za poruchy příjmu potravy jsou považovány **anorexia mentalis** a **bulimia nervosa** a také tzv. **záchvatová přejídání**. Dané patologické stavy postihují především ženy mladého věku. Výskyt poruch příjmu potravy je u žen 10x častější než u mužů (12). Anorexia mentalis je sociálně kulturním onemocněním postihujícím ženy rozvinutých společností ve věku 12–30 let. Daným termínem je označován stav, při kterém se vyskytuje úmyslné snižování váhy, jež může vést až k úplnému odmítání potravy (13).

V etiologii anorexie se uplatňuje několik faktorů (genetické, typ temperamentu jedince, sociální a kulturní faktory aj.). Onemocnění má chronický charakter s periodami exacerbace a klidu. Většina anorektiků nepřiznává, že má nemoc, a odmítá léčbu, což může vést k vážným zdravotním komplikacím až k úmrtí (14).

Anorexia mentalis musí být odlišena od bulimie nervosa. Nejtypičtějším symptomem onemocnění je nekontrolovatelný příjem velkého množství potravy s následným násilným vyvoláním zvracení. Hmotnost těla při tom zůstává na normální úrovni. U některých jedinců může dokonce dojít k jejímu snížení. V tomto případě se anorexie stává částí onemocnění. V některých případech při vyšetření nehtů pacientů mohou být nalezeny abnormality související s častým použitím prstů pro vyvolání zvracení (8).

Oba tyto stavy doprovází časté zvracení podmiňující opakovaný kontakt zubů (především palatinálních ploch horních frontálních zubů) s kyselým obsahem žaludku, což vede k postupnému vzniku mnohočetných erozivních defektů zubů (8). V některých případech lze vidět zvětšení příušní slinné žlázy a patologické změny ústní sliznice (afity) vzniklé v důsledku působení kyselin žaludku nebo z důvodu omezení příjmu potravy (karence železa) (8).

Preventivní doporučení pro pacienty s GORD a poruchami příjmu potravy

Vzhledem k tomu, že se tvrdé zubní tkáně naleptané žaludečními kyselinami stávají měkčí a náchylnější k působení abrazivních faktorů (především čištění zubů kartáčkem), pacientům trpícím GORD, anorexií nebo bulimií se doporučuje nečistit si zuby bezprostředně po epizodě refluxu či zvracení (5). Zubní kartáček, většinou neškodný pro zdravé zuby, se v tomto případě chová velmi agresivně vůči tvrdým zubním tkáním. K čištění zubů by pacienti měli používat zubní kartáček s nejměkčími vlákny, pastu s fluoridy pro zvýšení odolnosti tvrdých zubních tkání a šetrnou techniku čištění (3, 4). Je zakázáno použití bělicích past s vysokým obsahem abrazivních látek. Bezprostředně po refluxu nebo zvracení by si pacienti měli vypláchnout ústa vodou, mlékem nebo ústní vodou s obsahem různých účinných látek. Dojde tak k naředění kyselin v dutině ústní a jejich odstranění z povrchu zubů a měkkých tkání (3). Po zvracení se také doporučuje vyčistit si jazyk škrabkou pro odstranění kyselých zbytků žaludečního obsahu. Tato jednoduchá opatření pomohou předéjit prohloubení ero-

živních defektů tvrdých zubních tkání a jejich komplikacím.

Závěr

Gastroezofageální refluxní nemoc je častým a potenciálně vážným stavem, jehož prevalence v současné době stoupá. Zatímco diagnostika tohoto onemocnění probíhajícího s typickými symptomy většinou nečiní potíže, jsou případy, při kterých se klasické ezofageální projevy nevyskytují (tichý reflux). V tomto případě mohou být rozhodující orální symptomy a zejména zubní lékař se tak může stát prvním, kdo vysloví podezření na přítomnost daného onemocnění. Pacient tak může být včas odeslán k příslušnému specialistovi pro zahájení léčby a zabránění vzniku vážných komplikací. Stejně tak gastroenterolog nebo psychiatr by měl být vědom možné přítomnosti poškození tvrdých zubních tkání u pacientů s GORD nebo poruchami příjmu potravy a odeslat je na stomatologické vyšetření. Kvalitní a všestranná

terapie pacientů trpících těmito onemocněními je možná pouze při mezioborové spolupráci gastroenterologa (eventuálně psychiatra) a zubního lékaře.

Literatura

1. Kroupa R. Refluxní nemoc jícnu. Med. Pro Praxi 2008; 5(1): 10–14.
2. Dent J, El-Serag HB, Wallander MA, Johansson S. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. Gut 2005; 54(5): 710–717.
3. Lussi A, Addy M, Angmar-Mansson B, et al. Dental erosion from diagnosis to therapy. Basel: Karger, 2006. s. 9, 78, 79, 80–89, 101, 119–125.
4. Gandara K, Truelove EL. Diagnosis and management of dental erosion. J Contemp Dent Pract 1999; 1(1): 16–23.
5. Liberali SAC. Oral impact of gastro-oesophageal reflux disease: a case report. Aust Dent J 2008; 53(2): 176–179.
6. Stojšin I, Brkanić T. Dental erosions – extraesophageal manifestation of gastroesophageal reflux. Dostupný z WWW: <http://cdn.intechopen.com/pdfs-wm/32240.pdf>
7. Daley TD, Armstrong JE. Oral manifestations of gastrointestinal diseases. Can J Gastroenterol 2007; 21(4): 241–244.
8. Siegel MA, Jacobson JJ, Braun RJ. Diseases of the gastrointestinal tract. In: Greenberg MS, Glick M. Burket's oral medicine: diagnosis and treatment. 10th ed. Hamilton (ON): BC Decker 2003, s. 389–406.

9. Ching-Liang, L. Silent gastroesophageal reflux disease. J Neurogastroenterol Motil 2012; 18(3): 236–238.
10. Bartlett DW, Evans DF, Anggiansah A, Smith BGN. A study of the association between gastro-oesophageal reflux and palatal dental erosion. Br Dent J 1996; 181(4): 125–131.
11. Moshkowitz M, Horowitz N, Leshno M, Halpern Z. Halitosis and gastroesophageal reflux disease: a possible association. Oral Diseases 2007; 13(6): 581–585.
12. Klein DA, Walsh BT. Eating disorders: clinical features and pathophysiology. Physiol Behav 2004; 81(2): 359–374.
13. Touyz LZG, Anouf A, Borjian A, Ferrari C. Dental erosion and GORD – gastro oesophageal reflux disorder. Int Dent SA 2010; 12(4): 18–26.
14. Jensen OE, Featherstone JDB, Stege P. Chemical and physical oral findings in a case of anorexia nervosa and bulimia. J Oral Pathol Med 1987; 16(8): 399–402.

Článek přijat redakcí: 18. 9. 2014

Článek přijat k publikaci: 5. 11. 2014

Stomatolog Julia Morozova, Ph.D.

Klinika zubního lékařství LF UP a FN,
Palackého 12, 772 00 Olomouc
yulia.morozova@upol.cz

