doi:10.5937/pramed1601077M

PRIKAZ SLUČAJA

STOMATITIS HERPETICA - ZNAČAJ RANE DIJAGNOSTIKE

CORRESPONDENT

Zoraida Milojković
Medicinski fakultet Priština,
Katedra za Stomatologiju,
Kosovska Mitrovica
zoraidam@ikomline.net

AUTORI

Milojković Zoraida, Martinović Brankica, Mladenović Raša
Medicinski fakultet Priština, Katedra za Stomatologiju, Kosovska Mitrovica

SAŽETAK

Stomatitis herpetica kao i mnoge druge infekcije orofacijalne regije u svakodnevnoj stomatološkoj praksi predstavljaju značajan procenat patologije. Ova oboljenja mogu biti veliki problem za terapeute u pogledu rane dijagnostike, a samim tim i u određivanju pravilne terapije. Oboljenje pripada grupi kapljičnih infekcija, izazvano Herpes simplex virusom, sa karakterističnim promenama na koži i sluzokoži kod dece i odraslih. Relativno mali procenat, 10-15% primarnih infekcija se manifestuje sa klinički izraženim simptomima. Na oralnoj sluzokoži se javlja trijas simptoma: generalizovani kataralni gingivitis, obložen jezik i erozije rasute po čitavom epitelu usne duplje.

Ključne reči: herpes simplex virus, dijagnoza, terapija

ENGLISH

STOMATITIS HERPETICA - THE IMPORTANCE OF EARLY DIAGNOSIS

Milojković Zoraida, Martinović Brankica, Mladenović Raša
Faculty of Medicine Priština, Department of Dentistry, Kosovska Mitrovica

SUMMARY

Herpetic stomatitis as well as many other infections of the orofacial region in everyday practice represent an important percentage of pathology. These diseases can be a major problem for therapists in terms of early diagnosis and, consequently, in determining the correct treatment. The disease belongs to a group of droplet infection, caused by the herpes simplex virus, with characteristic changes in the skin and mucous membrane in children and adults. A relatively small percentage, 10-15% of primary infections are manifested with clinically distinct symptoms. At the oral mucosa occurs triad of symptoms: generalized catarrhal gingivitis, coated tongue and erosions dispersed all over oral epithelium of the oral cavity.

Keywords: herpes simplex virus, diagnosis, therapy

UVOD

Stomatitis herpetica je virusno oboljenje izazvano herpes simplex virusom, praćeno klinički manifestnim promenama, koje se primarno javljaju na oralnoj sluzokoži (generalizovani kataralni gingivitis, obložen jezik i erozije na oralnom epitelu). Herpes simplex virus (HSV)-tip-1 izaziva promene u predelu glave i vrata, dok HSV-tip II daje promene na urogenitalnom traktu [1]. Primarna infekcija HSV-tip-1 u usnoj šupljini u 92% slučajeva manifestuje se kao herpetični gingivostomatitis, koji je češći u dece starije od 6 meseci života, a najčešći u uzrastu 2 do 5 godina [2]. Najveci broj obolelih je u drugoj godini, posle čega se frekvenca bolesti postepeno smanjuje. U nasim klimatskim uslovima, najviše obolelih je u septembru, zatim avgustu i oktobru. U zimskim mesecima broj obolelih je znatno manji, a u proleće se povećava. Prenosi se kapljičnim putem ili kontaktom [2,3].

HSV–tip I izaziva primarnu infekciju u ustima. Posle ove infekcije virus ostaje latentan u trigeminalnom ganglionu, ali se pod uticajem lokalnih i opštih faktora može ponovo aktivirati i izazvati infekciju koja je poznata kao povratni herpes – herpes simplex recidivans [4]. Herpetični stomatitis protiče kroz nekoliko stadijuma: inkubacioni, prodromalni (kataralni), razvojni (osipni–vezikulozni), smirivanje (epitelizacija) i ozdravljenja – rekovalescencija.

Inkubaciono period, najčešće traje 2 do 5 dana. U prodromalnom stadijumu koji traje 48 časova, mogu se javiti visoka temperatura, bledilo, uznemirenost, otezano gutanje, malaksalost i glavobolja. Razvojni stadijum, traje 7 do 10 dana, sa prisutnom inflamacijom gingive i oralne sluzokože, kao i pojavom vezikula i njihovim prskanjem, posle čega nastaje regresija promena i stadijum ozdravljenja (2).

Klinička slika

Klinička slika oralnih promena manifestuje se pojavom difuzne hiperemije oralne sluzokože i farinksa, koja je uz pojavu izraženog gingivitisa, prateći simptom kataralnog stadijuma ovog oboljenja. Zatim se pojavljuju vezikule na oralnoj sluzokoži, jeziku, usnama, bukalnoj i palatinalnoj mukozi. Vezikule spontano prskaju, stvarajući bolne erodovane površine. Gingiva krvari na dodir a nekada i spontano. Na vrhovima interdentalnih papila i slobodnoj gingivi, prskanjem vezikula nastaju lezije prekrivene fibrinskim eksudatom. Ove lezije mogu podsećati na ulceronekrozni gingivitis. Jezik je obložen usled visoke temperature, slabe oralne higijene i ishrane pretežno kašastom hranom kao i sekundarne infekcije gljivicama (Candida albicans). Razvoj gljivica je najcešće posledica upotrebe antibiotika, jer se zbog prodromalnog stadijuma ovo oboljenje često leči kao angina, rinopharingitis ili neko drugo oboljenje respiratornog trakta sa sličnom simptomatologijom. Promene u ustima praćene su izraženom salivacijom i jakim zadahom. Infekcija se može preneti na kožu brade, prste i oči. Bolest sa svim svojim kliničkim simptomima traje oko 12 dana, a nakon toga oralne lezije zarastaju bez ožiljaka.[5,6]. Kako je otpornost organizma smanjena zbog virusne infekcije, može doći do naknadne sekundarne infekcije kokoidnim bakterijama. Mnogi autori smatraju da pojava limfadenopatija predstavlja posledicu naknadne sekundarne infekcije. Međutim, neki istraživači su uspeli da izoluju virus iz uvećanih limfnih čvorova, što upućuje na limfadenopatiju virusne etiologije [6].

Dijagnostika i terapija

Detaljna anamneza, kao i obilje objektivnog i subjektivnog nalaza upućuje na postavljanje tačne dijagnoze. Hematogene promene, poremećaj u količini hemoglobina, broju eritrocita, sedimentaciji, broju leukocita i limfocita popunjuju i dokazuju dijagnozu. Pojava virocita u krvnoj slici predstavlja dokaz virusne infekcije [7]. Aktivan tretman ne daje dobre rezultate u lečenju herpetičnog gingivostomatitisa. Zbog specifične kliničke slike ovog oboljenja terapija može da bude opšta i lokalna, kao i simptomatska i kauzalna. Opšta terapija se sastoji u mirovanju, kašastoj ishrani, multivitaminskoj terapiji koja se preporučuje tokom febrilnog stadijuma. Značaj dobre rehidratacije je od izuzetnog značaja. Za smanjenje visoke telesne temperature i kao analgetik se preporučuju preparati na bazi Paracetamola u vidu suspenzije (20mg/kg TT na 4 časa per os). Lokalna terapija ima za cilj sprečavanje sekundarne infekcije. Preporučuje se ispiranje usta 0,12% rastvorom chlorhexidine gluconate 2 do 3 puta dnevno u dece koja mogu da isperu usta i ispljunu. Difflam (3M) (Chlorhexidine 0,12% benzydamine hydrochloride) je dao dobre rezultate u slučajevima teških oralnih ulceracija. U mlađe dece ispod 6 godina starosti, koja ne umeju da ispljunu, sa teškim ulceracijama, može da se koristi chlorhexidin sprej 2 puta dnevno. U težim slučajevima gde je uzimanje hrane izuzetno otežano, primenjuju se blagi lokalni anestetici (Xylocaine viscous 2%) pre ishrane. Moguća je i pojava gljjivične infekcije kada se ordiniraju mikostatici lokalno. Terapija može trajati 7-14 dana [8].

PRIKAZ SLUČAJA

Devojčica starosti tri godine, javlja se na našu kliniku (Preventivnu i dečju stomatologiju) sa izraženim promenama u usnoj duplji, kao i na usnama i oko njih. Bolest je počela nedelju dana ranije, kada je majka vodi pedijatru jer se osećala malaksalom kao i zbog bolova u grlu i visokog febrilnog stanja (telesna temperatura 39^{0}C). Otežano gutanje i uzimanje hrane kao i simptomi dehidratacije, dodatno su komplikovale postojece zdravstveno stanje pacijentkinje. Postavljena dijagnoza glasila je Rinopharingitis acuta, pri čemu je ordinirana antibiotska terapija kao i sredstva za snižavanje temperature. Urađena je biohemijska laboratorijska analiza i krvna slika. Na pregledu nije uočeno uvećanje regionalnih limfnih žlezda. Status localis: u ustima su prisutne erodovane površine nastale kao posledica prskanja i spajanja velikog broja vezikula. Gingiva je edematozna i hiperemična sa prisutnim fibrinskim eksudatom, krvari na najmanji dodir. Na zubima su prisutne naslage kao posledica nemogućnosti održavanja oralne higijene. Jezik je obložen, pozitivan je test vitropresijom, a sve kao posledice povišene telesne temperature. Promene se iz područja usne duplje šire na usne i predeo oko usana. Promene u usnoj duplji su bolne, prisutan je neprijatan zadah.

Laboratorijske analize pokazuju smanjenu vrednost hemoglobina, prisutne su leukopenia i limfocitoza, kao i pad monocita. Još jedan dokaz da se radi o virusnom oboljenju je prisustvo virocita. Vrednost virocita iznosila je 0,03.

***Tabela 1**. Vrednosti laboratoriiskih parametara*

Naziv parametra	Normalne vrednosti za uzrast 3 godine	Laboratoriiski nalaz
Hemoglobin g/l	120 - 135	100
Eritrociti 10/l	4 - 5	4,3
Leukociti m/l	9 - 10	8,1
Limfociti	0,43 – 0,50	0,60
Monociti	0,05	0,04

***Slika 1**. Promene na usnama*

***Slika 2**. Promene na jeziku*

***Slika 3**. Promene na gingivi*

DISKUSIJA

Dijagnoza herpeticnog stomatitisa se postavlja na osnovu kliničke slike, istorije bolesti i uzrasta pacijenta, koji su tako karakteristični da dijagnoza ne bi trebala da predstavlja problem. Dijagnoza se potvrđuje serološkim analizama na herpes simplex virus. Diferencijalna dijagnoza mora razlikovati herpetični gingivostomatitis od rekurentnog aftoznog stomatitisa, ulceronekroznog stomatitisa, herpangine, bolesti usta, ruku i stopala, epidemičnog parotitisa, HIV-infekcije i infektivne mononukleoze. Neke studije su dokazale povezanost i veliku sličnost primarne herpetične infekcije sa simptomima otežanog nicanja zuba, prisutne groznice nejasne etiologije, razdražljivosti, nesanice i teškoća pri uzimanju hrane [2,8]. King sa saradnicima je našao da je od 20 dece za koju su roditelji smatrali da imaju problem sa otežanim nicanjem zuba, kod njih 9 bila pozitivna HSV kultura [9].

Niže vrednosti hemoglobina, odnosno anemija, posledica je dejstva patogenog agensa, smanjenog unošenja gvožđa i njegove smanjene resorpcije [10]. Leukopenia koja je nađena se može tumačiti kao posledica supresornog dejstva toksičnog agensa u akutnoj fazi bolesti, koji je doveo do smanjenog stvaranja leukocita, jer su i odbrambene snage organizma bile poremećene Prisutna limfocitoza se objašnjava normalnim pratećim nalazom kod svih infektivnih oboljenja. Pad monocita je na osnovu podataka iz literature, posledica dejstva infekcije na sam hematopoezni sistem u akutnoj fazi bolesti. Bitan podatak dobijen laboratorijskom analizom, a ide u prilog tačnosti postavljene dijagnoze da se radi o virusnom oboljenju je prisustvo virocita [7,10,13].

Upotreba antibiotika se ne preporučuje kod dece obolele od herpetičnog gingivostomatitisa. Indikovana je samo kod dece sa medicinskim rizikom i kod anergične dece. U slučajevima kada je antibiotik već ordiniran, stomatolog ne prekida započetu terapiju zbog moguće pojave rezistencije. Antivirusna terapija preporučena je samo u teškim slučajevima herpetičnog gingivostomatitisa u imunokompromitovane dece. Terapija Aciklovirom je preporučena samo kod dece sa imunosupresijom u teškim slučajevima oboljenja. Ona ima efekta samo u prvih 72 časa od pojave infekcije, pre formiranja vezikula i to samo u smislu smanjenja vremenskog trajanja infekcije [2,13].

ZAKLJUČAK

Epidemiološka istraživanja pokazuju da u uzrastu od 10-14 godina, 70% dece opšte populacije ima u krvi antitela kao znak primarne infekcije, a kod nižih socio-ekonomskih grupa do puberteta stopa raste i iznosi čak 80-100% [13].

Obzirom da se kod 10% inficirane dece bolest klinički manifestuje, oralno-patološka kazuistika HSV-1 infekcije je relativno česta u dečjim stomatološkim ordinacijama, te je dečji stomatolog kliničar koji treba da nastoji da što brže i uspešnije dovede do sanacije bolesti [14]. Dijagnoza se može potvrditi pomoću laboratorijskih testova: Seroloških testova (anti-HSV, IgM I IgG) i testa imunofluorescencije, ali se kultura virusnih izolata i dalje smatra zlatnim standardom (15).

Uprkos preporukama Svetske zdravstvene organizacije, epidemiološka literatura o deci i adolescentima u ovoj oblasti je prilično limitirana. Osim toga, znakovi i simptomi oralnih oboljenja sluzokože u detinjstvu mogu biti promenjene sa starenjem i često se razlikuju od oralne patologije odraslih (16).

LITERATURA

1. Allegreti A., Culo F., Marušić M., Taradi M. Imunologija. Zagreb: Školska knjiga; 1989.
2. Beloica D. i saraadnici. Praktikum Dečja stomatologija. Beograd, 2006.
3. Beloica i saradnici Dečja stomatologija. Beograd, 2000.
4. Janković Lj. Oralna medicina. Zavod za udžbenike, Beograd, 2007.
5. Zakay-Rones Z, Enrlih J, Nochman N, Levy R. The gingival tissue as a reservoir for herpes simplex virus. Microbiologica 1986;3:367-71
6. Bimstein E. Et all.: Periodontal and Gingival Health and Diseases, Martin Dunitz, New York, 2001.
7. Stefanović S. Hematologija. Beograd-Zagreb: Medicinska knjiga; 1989.
8. Jayne E. Delaney, Marta Ann Keels. Soft Tissue and Periodontal Conditions; Pediatric Oral Health 0031-3955/00, October 1, 2000. Volume 47, Issue 5. Pages 1125-1147
9. King DL, Steinhauer W, Garcia-Godoy F, et al: Herpetic gingivostomatitis and teething difficulty in infants. Pediatr Dent 1482455,1992.
10. Ljiljana Kostadinović. Paraklinička ispitivanja kod dece obolele od Stomatitis Herpetica. Acta Medica Medianae 2003; 42(1):17-20
11. Blondeau J.M. ans Embil J.A.: Herpes simplex virus infection: what to look for, what to do. J Can Assoc 56(8):785-787, 1990.
12. Arduino PG.,Porter SR.Oral and perioral herpes simplex virus type 1 (HSV-1) infection: review of its management. Oral Dis 2006 May;12(3):254-70
13. Soldo I. Virusne bolesti. Zagreb: Jumena, 1990; 9-21
14. Lulic-Dukic O., Bratkovic-Balog V. Terapija Hepes simplex-a u djece. Acta Stomatolol. Croat. 1992; 26:267-270
15. MA Siegal. Diagnosis and menagement of recurrent-herpes simplex infections. J AM Dent Assoc.2002;133(9):1245-1249
16. M. Alessandra, B. Elena, F. Pieargela, A. Francesca, C. Giulio, C. Gugliemo. Oral mucosal lesions in children from 0 to 12 years old: Ten years experience. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod,2010;110:e 13-e18