

## Częstość występowania zespołu pieczenia jamy ustnej u pacjentów Poradni Chorób Przyzębia i Błony Śluzowej Jamy Ustnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego na podstawie 9-letniej obserwacji

### The frequency of the Burning Mouth Syndrome in patients of Department of Periodontology and Oral Mucosa Diseases Medical University of Gdańsk based on 9 years of observation

Katedra i Zakład Periodontologii i Chorób Błony Śluzowej Jamy Ustnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

#### Streszczenie

**Wprowadzenie.** Zespół pieczenia jamy ustnej (ang. *Burning Mouth Syndrome* – BMS) jest zespołem objawów polegających na długotrwałym uczuciu pieczenia oraz palenia błony śluzowej jamy ustnej przy braku uchwytnych klinicznych zmian w jej obrębie. Pieczenie dotyczy najczęściej języka, warg, policzków, podniebienia i dziąseł. Objawom pieczenia towarzyszyć mogą także zaburzenia czucia (parastezje, drętwienia), zaburzenia odczuwania smaku oraz subiektywne uczucie suchości jamy ustnej. Pierwotnej formie BMS nie towarzyszą żadne zmiany kliniczne na błonie śluzowej, nie stwierdza się też infekcji grzybiczej ani bakteryjnej. Rozpoznanie stawia się po wykluczeniu innych schorzeń. Przy współwystępowaniu czynników ogólnych (m.in. zaburzeń niedoborowych, hematologicznych, cukrzycy) oraz miejscowych (m.in. prądów galwanicznych) rozpoznaje się postać wtórną BMS-u.

**Cel.** Celem pracy była analiza częstości występowania zespołu pieczenia jamy ustnej w odniesieniu do płci i wieku oraz próba odpowiedzi na pytanie, czy istnieje tendencja wzrostowa częstości występowania tej patologii.

**Materiał i metody.** Badania miały charakter retrospektywny. Analizie poddano 4669 kart historii choroby pacjentów (3029 kobiet, 1640 mężczyzn, średnia wieku 48,6 lat), którzy na przestrzeni 9 lat (od 2003 do 2011 roku) zgłosili się w celu konsultacji i leczenia chorób i nieprawidłowości w obrębie błony śluzowej jamy ustnej do Poradni Chorób Przyzębia i Błony Śluzowej Jamy Ustnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

**Wyniki.** Zespół pieczenia jamy ustnej BMS łącznie zdiagnozowano w 436 przypadkach, stanowiących ok.10% wszystkich zaburzeń. Różnice w liczbie i odsetku przypadków BMS na przestrzeni obserwowanego okresu były znaczne. Najmniej przypadków stwierdzono w 2004 roku. Wówczas też odsetkowy wskaźnik dla BMS był najniższy i wynosił 6,3%. Najliczniej zespół pieczenia jamy ustnej diagnozowano w 2011 roku (69 przypadków), co także stanowiło najwyższy odsetek BMS spośród wszystkich obserwowanych lat (14,5%).

**Wnioski.** Stwierdzono znaczny wzrost częstości występowania zespołu pieczenia jamy ustnej szczególnie u kobiet. Lekarze stomatolodzy powinni zwrócić uwagę przy szczegółowym badaniu pacjenta na możliwości wystąpienia tego zespołu i konieczność interdyscyplinarnego leczenia

**Słowa kluczowe:** zespół pieczenia jamy ustnej, BMS, choroby błony śluzowej jamy ustnej.

#### Abstract

**Introduction.** Burning mouth syndrome (BMS) is a condition consisting in long burning sensation of the oral mucosa. The pain may be localized in the tongue, lips, cheeks, palate and gums. These symptoms may also be accompanied by sensation disorders (paraesthesia, numbness), abnormal sense of taste, and the subjective feeling of dry mouth. Original form of BMS is not accompanied by any clinical changes in the mucous membrane, and does not indicate a bacterial or fungal infection. Diagnosis is made after exclusion of other diseases. With the coexistence of general (e.g. hematologic deficiency disorders, diabetes) and local (including galvanic currents) factors are recognized form of secondary BMS.

**Aim.** The aim of this study was to analyze the incidence of burning mouth syndrome in relation to gender and age, and attempt to answer the question whether there is a trend of increasing incidence of this pathology.

**Material and methods.** The study was retrospective. The analysis involved 4669 patients diagnosed with the oral mucosa abnormalities were isolated (3029 women, 1640 men, mean age 48.6), which over a period of 9 years (from 2003 to 2011) volunteered for consultation and treatment to the university specialistic clinic.

**Results.** Burning mouth syndrome BMS diagnosed in 436 cases, representing about 10% of all disorders. Differences in the number and percentage of cases BMS over the period observed were significant. The least of cases were found in 2004. At that time the interest rate for the BMS was the lowest and amounted to 6.3%. The most numerous burning mouth syndrome was diagnosed in 2011 (69 cases), which also accounted for the highest percentage among all observed BMS years (14.5%).

**Conclusions.** There was a significant increase in the incidence of burning mouth syndrome especially in women. Dentists should examine patients in a detailed manner ensuring detection of conditions promoting the development of the burning mouth syndrome.

**Keywords:** burning mouth syndrome, BMS, oral mucosa diseases.

## Wstęp

Zespół pieczenia jamy ustnej (ang. *Burning Mouth Syndrome – BMS*) jest zespołem objawów polegających na długotrwałym uczuciu pieczenia oraz palenia błony śluzowej jamy ustnej przy braku uchwytnych klinicznych zmian w jej obrębie. Pieczenie dotyczy najczęściej języka (przede wszystkim koniuszka i 2/3 przedniej części, rzadziej powierzchni bocznych i powierzchni dolnej). Może dotyczyć również warg, podniebienia, policzków i dziąseł. Sporadycznie pieczenie zlokalizowane jest w gardle i dnie jamy ustnej. Objawom pieczenia towarzyszyć mogą także zaburzenia czucia (parastezje, drętwienia), zaburzenia odczuwania smaku oraz subiektywne uczucie suchości jamy ustnej [1–7].

Etiologia zespołu jest wieloczynnikowa. Wyróżnia się dwie postaci choroby: pierwotną (samoistną), której nie towarzyszą żadne zmiany kliniczne na błonie śluzowej, nie stwierdza się też infekcji grzybiczej ani bakteryjnej oraz postać wtórną (objawową), w której rozpatruje się przyczyny miejscowe i ogólnoustrojowe. Wśród przyczyn miejscowych wyróżnia się m.in. zakażenia grzybicze, prądy galwaniczne, zły stan higieny jamy ustnej, niewłaściwe uzupełnienia protetyczne, obecność parafunkcji. W odniesieniu do czynników ogólnoustrojowych należy wziąć pod uwagę m.in. cukrzycę, zaburzenia hematologiczne, niedobór witamin z grupy B (wit. B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub>), niedobór kwasu foliowego, żelaza, zaburzenia hormonalne (menopauza), choroby przewodu pokarmowego, zaburzenia wydzielania śliny, alergię pokarmową, niektóre leki (m. in. cytostatyki, inhibitory ACE), a także zaburzenia psychiczne (w tym zaburzenia depresyjne i lękowe), jak również zaburzenia neurologiczne związane z nieprawidłowym odbieraniem i analizowaniem bodźców czuciowych na różnych poziomach układu nerwowego oraz z osłabieniem zakończeń dopaminergicznych [5–10].

Wyodrębniono trzy główne typy objawów klinicznych BMS. W typie I pacjenci nie odczuwają pieczenia po przebudzeniu, ale rozpoczyna się ono i narasta w ciągu dnia i występuje codziennie, w typie II pacjenci odczuwają pieczenie po przebudzeniu, które utrzymuje się w ciągu dnia i występuje codziennie bez przerwy, natomiast w typie III pieczenie pojawia się co kilka dni w miejscach nietypowych, takich jak dno jamy ustnej lub gardło [5, 6, 8, 11].

Frekwencja BMS w populacji w zależności od badań wynosi od 0,7% do 14,8%. Zdecydowanie częściej chorują kobiety niż mężczyźni. Średnia wieku chorych wynosi ok. 60 lat, Jak wskazują badania zespół ten rzadko towarzyszy osobom poniżej 20. roku życia [1, 4–6]. Diagnostyka wymaga przede wszystkim wykluczenia czynników miejscowych, niedoborów witaminowych, kwasu foliowego i żelaza oraz diagnostyki w kierunku chorób

ogólnych. Niejednokrotnie konieczne jest wdrożenie zaawansowanej techniki diagnostycznej m.in. wykonanie badania MRI głowy w celu wykluczenia uszkodzenia pnia mózgu [12]. Obecnie coraz częściej zwraca się uwagę na podłoże neurologiczne i psychogenne ww. zespołu w aspekcie możliwości leczenia lekami przeciwdepresyjnymi, lekami przeciwdrgawkowymi oraz kwasem alfa – liponowym, dzięki którym uzyskiwano istotne zmniejszenie dolegliwości bólowych [12–18].

## Cel pracy

Celem pracy była analiza częstości występowania zespołu pieczenia jamy ustnej w odniesieniu do płci i wieku oraz próba odpowiedzi na pytanie, czy istnieje tendencja wzrostowa częstości występowania tej patologii.

## Materiał i metody

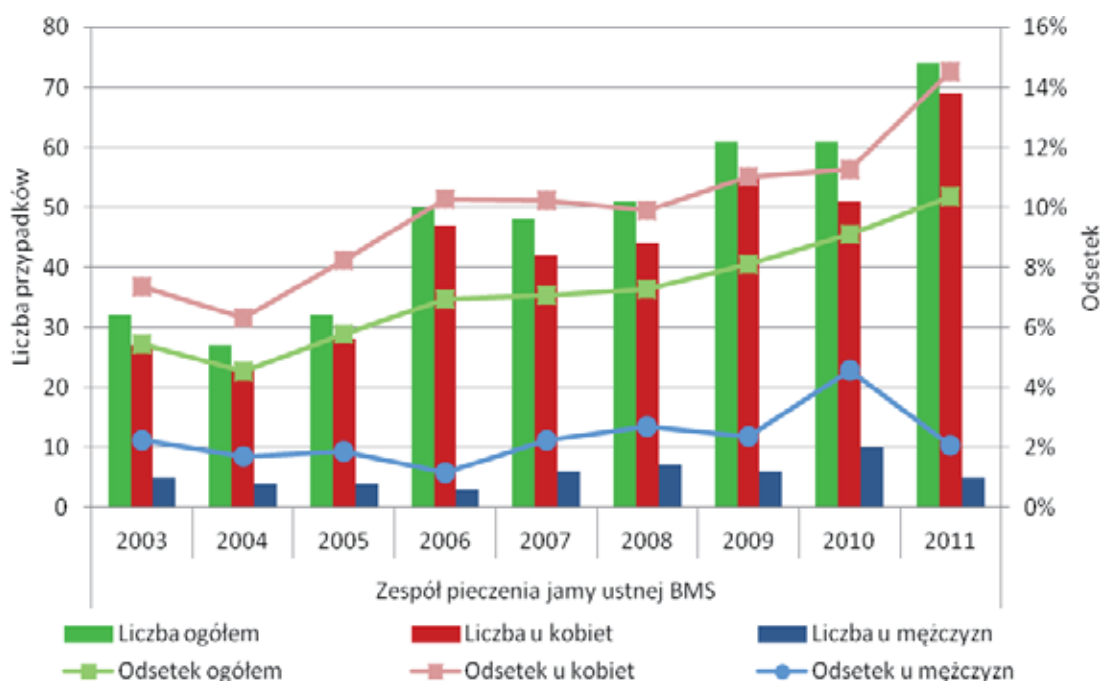
Badania miały charakter retrospektywny. Analizie poddano 4669 kart historii choroby pacjentów (3029 kobiet, 1640 mężczyzn, średnia wieku 48,6 lat), którzy na przestrzeni 9 lat (od 2003 do 2011 roku) zgłosili się w celu konsultacji i leczenia chorób i nieprawidłowości w obrębie błony śluzowej jamy ustnej do Poradni Chorób Przyzębia i Błony Śluzowej Jamy Ustnej Uniwersyteckiego Centrum Stomatologicznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Wyniki badań zostały poddane analizie statystycznej w oparciu o program komputerowy Microsoft Office Excel i Statistica 10, wykorzystując test nieparametryczny Chi-kwadrat z poprawką Yatesa, przyjmując dwa poziomy istotności  $p = 0,05$  i  $p = 0,001$ .

## Wyniki

Zespół pieczenia jamy ustnej BMS łącznie zdiagnozowano w 436 przypadkach (386 kobiet i 50 mężczyzn) w większości po 61. roku życia, stanowiących ok. 10% wszystkich stwierdzanych chorób i nieprawidłowości w obrębie błony śluzowej jamy ustnej. Różnice w liczbie i odsetku przypadków BMS na przestrzeni obserwowanego okresu były znaczne. Najmniej przypadków zespołu pieczenia jamy ustnej stwierdzono w 2004 roku, co stanowiło 6,3% wszystkich stwierdzonych chorób i nieprawidłowości w tym okresie. Najczęściej zespół pieczenia jamy ustnej diagnozowano w 2011 roku (69 przypadków), co także stanowiło najwyższy odsetek BMS spośród wszystkich obserwowanych lat (14,5%).

**Rycina 1.** przedstawia zmienność występowania przypadków zespołu pieczenia jamy ustnej w okresie od 2003 do 2011 roku. W tym czasie zaobserwowano gwałtowny wzrost występowania przypadków tego zespołu szczególnie u kobiet, nieznaczny wzrost chorych z BMS mężczyzn oraz wzrost liczby przypadków BMS ogółem.

Średnia liczba przypadków BMS w pierwszym trzyletnim okresie obserwacji wynosiła 30 (w tym



**Rycina 1.** Zmienność występowania zespołu pieczenia jamy ustnej BMS na przestrzeni 9 lat

**Figure 1.** Changes in the incidence of burning mouth syndrome over a period of 9 years

średnio 26 u kobiet i średnio 4 przypadki u mężczyzn). W kolejnych trzech latach średnia liczba przypadków zespołu pieczenia jamy ustnej wynosiła w skali roku 50 (44 u kobiet i 5 u mężczyzn). Ostatnie trzy lata przyniosły także bezwzględny wzrost liczby przypadków BMS do średniego poziomu 65 przypadków (w tym średnio rocznie u kobiet 58, a u mężczyzn 7).

Średni odsetek BMS ogółem w latach 2003–2005 wynosił 5,2% (7,3% u kobiet i 1,9% u mężczyzn), w latach 2006–2008 wynosił 7,1% (10,1% u kobiet i 2,0% u mężczyzn), natomiast w latach 2009–2011 wynosił 9,2% (12,3% u kobiet i 3,0% u mężczyzn). Analiza statystyczna wykazała istotne różnice w częstości występowania tego zespołu na korzyść kobiet we wszystkich latach badania ( $p = 0,001$ ).

## Dyskusja

W badaniach własnych BMS jako przewlekłe, dokuczliwe pieczenie i palenie błony śluzowej jamy ustnej bez klinicznych zmian w obrębie jej struktury diagnozowano w ciągu 9 lat 436 razy. Stanowił zatem 10,1% wszystkich postawionych rozpoznań w odniesieniu do schorzeń i nieprawidłowości w obrębie błony śluzowej jamy ustnej. Średnia wieku pacjentów, u których stwierdzono zespół pieczenia jamy ustnej wynosiła 60,6 lat. Niezwykle ważnym wydaje się być fakt, że zdecydowana większość (386) przypadków (ponad 88%) występowała w grupie kobiet. Występowanie zespołu pieczenia jamy ustnej obserwowane było także przez innych autorów. Konopka i wsp. [19] w swoich badaniach diagnozowali BMS ponad 6 razy częściej u kobiet, a schorzenie to zajmowało dru-

gie co do częstości występowania miejsce (łącznie 21,7%) wśród innych rozpoznań dotyczących błony śluzowej. Badania Radwan-Oczko i wsp. [20] wykazały, że objawy suchości, pieczenia i bólu w obrębie błony śluzowej jamy ustnej diagnozowane były jako najczęstsze patologie błony śluzowej jamy ustnej, występując w 81% u kobiet, a odsetek zmian w grupie badanych powyżej 50. roku życia wynosił 54%. Badania szwedzkiego zespołu [1] wykazały częstotliwość występowania BMS-u na poziomie 3,7% populacji, przy czym w populacji kobiet odsetek ten wynosił 5,5%, a u mężczyzn był ponad trzykrotnie niższy i wynosił 1,6%. Badacze ci wykazali także zdecydowany wzrost liczby pacjentów z BMS powyżej 50. roku życia. Inne badania wykazały częstotliwość występowania zespołu pieczenia jamy ustnej na poziomie 0,7 do 15% [21–24] przy jednoczesnym 7- do 10-krotnie częstszym występowaniu tej patologii wśród kobiet [4, 24, 25]. Zespół ten występował przeważnie u pacjentów w najstarszej grupie wiekowej, natomiast blisko 77% wszystkich rozpoznań BMS-u dokonano u pacjentów powyżej 50 roku życia. Zatem istnieje zgodność badań własnych z badaniami Konopki i wsp. [26], Radwan-Oczko i wsp. [20], Cavalcanti i wsp. [4] oraz Aperecida i wsp. [24], którzy diagnozowali u osób powyżej 50. roku życia od 53% do 88% rozpoznań tego zespołu. W badaniach własnych zaobserwowano także tendencję wzrostową częstości występowania BMS w ostatnich latach, ze wzrostem z 7,3% w 3 pierwszych latach badania do poziomu 10,1% w 3 ostatnich latach badania.

Zespół ten ze względu na bardzo złożoną etiologię jest trudny do leczenia i wymaga zaan-

gażowania zarówno lekarzy różnych specjalności (m.in. stomatologów, hematologów, endokrynologów, neurologów, psychiatrów), jaki i samego pacjenta. Jak wykazały badania własne częstość występowania tego zespołu w ostatnich latach znacznie wzrosła, szczególnie w odniesieniu do kobiet, czego powinni mieć świadomość lekarze stomatolodzy, badając nie tylko wnikliwie błonę śluzową jamy ustnej, ale również zbierając wywiad dotyczący subiektywnych dolegliwości pacjenta. Tylko właściwe rozpoznanie umożliwia wdrożenie wczesnego leczenia i uzyskanie satysfakcjonującej remisji schorzenia.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że lekarze stomatolodzy powinni zwrócić uwagę przy szczegółowym badaniu pacjenta na możliwości wystąpienia zespołu pieczenia jamy ustnej i konieczność interdyscyplinarnego leczenia.

#### Piśmiennictwo

- [1] Bergdahl M, Bergdahl J. Burning mouth syndrome: Prevalence and associated factors. *J Oral Pathol Med.* 1999;28:350–354.
- [2] Mendak M, Konopka T, Bogucki A, Dobrzyńska E, Mendak A. Uwarunkowania psychologiczne i kliniczne zespołu pieczenia jamy ustnej. *Dent Med Probl.* 2005;42(4): 595–603.
- [3] Mendak M, Konopka T, Bogucki A. Wpływ wybranych uwarunkowań miejscowych na powstawanie zespołu pieczenie jamy ustnej. *Dent Med Probl.* 2010;47:322–327.
- [4] Cavalcanti DR, Birman EG, Migliari DA, da Silveira FR. Burning mouth syndrome: Clinical profile of brazilian patients and oral carriage of candida species. *Braz Dent J.* 2007;18:341–345.
- [5] Górka R. Diagnostyka i leczenie chorób błony śluzowej i jamy ustnej. Warszawa, Med Tour Press International, 2011.
- [6] Scully C. Choroby jamy ustnej. Diagnostyka i leczenie. Wyd i polskie pod red. R. Górskiej. Wrocław., Wyd Med Urban&Partner, 2006.
- [7] Miller I, Kurnatowska A. Obserwacje kliniczne stomatodysplazji. *Stom Wsp.* 2003;10(5):21–24.
- [8] Ślebioda Z, Szponar E. Burning mouth syndrome – a common dental problems in perimenopausal women. *Prz Menopauz.* 2014;13(3):198–202.
- [9] Miller A, Miller I, Kurnatowska A, Rabe-Jabłńska J. Ocena zmiany nasilenia objawów zespołu piekących ust (Burning mouth syndrome BMS) po leczeniu citolopromem u pacjentów ze współistniejącymi zaburzeniami lękowymi lub depresyjnymi i bez zaburzeń psychicznych. *Post Psychiatr Neurol.* 2004;13(3):201–214.
- [10] Miller I, Kurnatowska A, Miller A, Rabe-Jabłńska J. Zespół piekących ust – cechy kliniczne i współwystępowanie zaburzeń psychicznych. *Czas Stom.* 2004;57(12): 722–730.
- [11] Lamey PJ, Lewis MAO. Oral medicine in practice burning mouth syndrome. *Br J Dent.* 1989;167:197–200.
- [12] Forsell H, Jaaskelinen S, Tenovuuo O, Hinkka S. Sensory dysfunction in burning mouth syndrome. *Pain.* 2002;91: 41–47.
- [13] Konopka T. Leczenie wybranych zespołów bólowych jamy ustnej i twarzy. *Pol Przegl Neur.* 2001;7:31–38.
- [14] Mendak M. Współczesne poglądy na leczenie zespołu pieczenia jamy ustnej – przegląd piśmiennictwa. *Dent Med Probl.* 2008;45(4):458–465.
- [15] Budrewicz S, Koziorowska-Gawron E, Koszewicz M. Etiopatogeneza, diagnostyka i leczenie zespołu pieczenia jamy ustnej w ujęciu neurologicznym. *Dent Med Probl.* 2006;43(1):109–113.
- [16] Mendak M, Koszewicz M, Budrewicz S, Konopka T, Koziorowska-Gawron E, Dobrzycka E, Góral M. Uwarunkowania etiologiczne zespołu pieczenia jamy ustnej – badania wstępne. *Dent Med Probl.* 2007;44(4):470–479.
- [17] Mendak M, Konopka T. Wybrane testy psychologiczne u pacjentów z zespołem pieczenia jamy ustnej lub choroby Parkinsona. *Czas Stomatol.* 2010;63(10):610–620.
- [18] Miller A, Miller I, Kurnatowska A, Rabe-Jabłńska J. Zaburzenia psychiczne u osób z zespołem piekących ust: badania własne. *Post Psych Neurol.* 2003;12:425–433.
- [19] Konopka T. Występowanie chorób błony śluzowej jamy ustnej w materiale Katedry i Zakładu Periodontologii Akademii Medycznej we Wrocławiu. *Wroc Stomat.* 2000:29–41.
- [20] Radwan-Oczko M, Kozłowski Z, Kazanowska M. Pathological changes of the oral mucosa in patients attending outpatient clinic of periodontology and oral pathology – the analysis of years 2006–2009. *J Stomat.* 2011;64: 186–199.
- [21] Savage NW, Boras VV, Barker K. Burning mouth syndrome: Clinical presentation, diagnosis and treatment. *Australias J Dermatol.* 2006;47:77–81.
- [22] Lipton JA, Ship JA, Larach-Robinson D. Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the united states. *J Am Dent Assoc.* 1993;124:115–121.
- [23] Tammiala-Salonen T, Hiidenkari T, Parvonen T. Burning mouth in a finnish adult population. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1993;21:67–71.
- [24] Aparecida Nakazone P, Boas Nogueira AV, Pereira de Alencar Júnior FG, Sgavioli Massucato EM. Burning mouth syndrome: A discussion about possible etiological factors and treatment modalities. 2009;8:62–66.
- [25] Tourne LP, Friction JR. Burning mouth syndrome. Critical review and proposed clinical management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1992;74:158–167.
- [26] Konopka T, Mendak M. Występowanie chorób błony śluzowej jamy ustnej u pacjentów poradni specjalistycznej we Wrocławiu w latach 1992–2003. *Dent Med Probl.* 2004;41:717–425.

#### Adres do korespondencji:

Katedra i Zakład Periodontologii i Chorób Błony Śluzowej Jamy Ustnej  
Gdański Uniwersytet Medyczny  
ul. Orzeszkowej 18  
80-204 Gdańsk, Poland  
tel./fax: +48 583492178  
e-mail: lech.marciszyn@gumed.edu.pl