

Parafunkcija griženja sluznice obraza

Vanja Vučićević-Boras
Ana Cekić-Arambašin
Karmela Švub

Zavod za oralnu medicinu
Stomatološki fakultet
Sveučilišta u Zagrebu

Sažetak

22-godišnji muškarac upućen je u naš zavod zbog bijelih hiperkeratotičnih multiplih lezija s erozijama na sluznici obraza objiju strana. Medicinska anamneza i klinički nalazi potvrdili su dijagnozu habitualnoga griženja koja je rezultat loše navike, a očitovala se tipičnom kliničkom slikom. U liječenju smo uporabili kombinirani preparat salicilne kiseline i kortikosteroida, te vitamin A kapi, a bolesniku smo savjetovale da prestane s nezgodnom navikom i da u stanjima izražene napetosti uzima tablete za umirenje. Naša terapija postigla je potpunu regresiju promjena u usnoj šupljini.

Ključne riječi: parafunkcija, griženje, obrazna sluznica.

Acta Stomat Croat
2000; 331-333

PRIKAZ SLUČAJA
Priljeno: 20. svibnja 2000.

Adresa za dopisivanje:

Dr. Vanja Vučićević-Boras
Zavod za oralnu medicinu
Stomatološki fakultet
Gundulićeva 5, 10000 Zagreb

Uvod

Griženje obraza je loša oralna navika koja se javlja u 3,4% slučajeva svih bijelih lezija i samo jednu trećinu ispitanika čine muškarci, navode Bouqot i Gorlin (1). U drugim studijama, na uzorku većem od 8000 ispitanika, Sewerin (2) navodi da se griženje obraza javlja u 0,5% ispitanika, a Axell (3) pak navodi čestocu 4,7%.

Etiologija griženja obraza smatra se psihogenom i u patološki proces uključen je velik raspon emocija (4). Kronična mehanička iritacija zubima rezultira hipertrofijom oralne sluznice s karakterističnim nalazom bijelih ljuskica. Traumatizirano je područje odebljano, ožiljkasto i bljeđe nego okolna sluznica. Habitualno griženje obično se odnosi na površinsku leziju koja je rezultat čestoga sisanja i žvakanja a ono abradira široku površinu obraza ili usana bez pojave ulceracija. Takve su lezije hrapave na opip i neoštro su ograničene, macerirane te izgledaju poput bijelih krpičastih zona koje su djelomice pričvršćene za površinski epitel (5,6). Ponekad se na sluznici

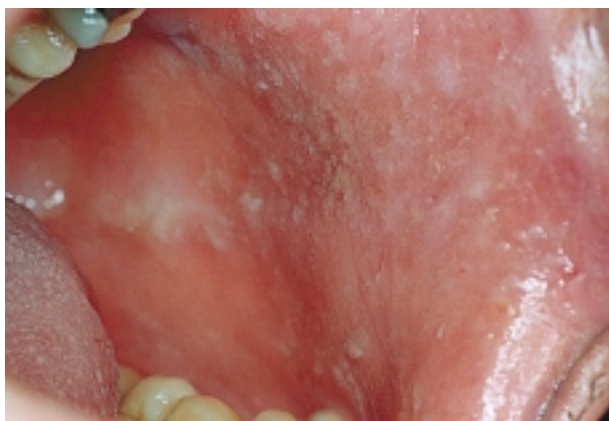
moгу vidjeti i hemoragije (7). Habitualno griženje obično se događa kao nesvjesna navika. Upozoriti pacijenta na lošu naviku obično je dovoljno da njome prestane, no u tvrdokornijim se slučajevima preporučuje uporaba udlage i lijekovi sa sedativnim djelovanjem (5-10 mg diazepama). Griženje se obraza javlja zajedno s nekontroliranim guranjem jezika ili griženjem i škripanjem u bolesnika s neuromuskularnim bolestima, kao što je diskinezija, te ta stanja ne treba previdjeti (8).

Prikaz slučaja

Muškarac u dobi od 22 godine došao je u naš zavod zbog lezija na bukalnoj sluznici. Anamnestičkim ispitivanjem saznajemo da pacijent u stanjima pojačane napetosti, npr. prije ispita, grize obraznu sluznicu. Bolesnik je potpuno svjestan svoje loše navike.

Inspekcijom nalazimo bjelkaste naslage u vidu eksofolijacije s hiperkeratotičnim ljuskama koje su

difuzno raspoređene na oba obraza, te u njihovoj podlozi erozije (Slika 1, 2). Naslage se mjestimice ljušte. Uzeli smo test na *Candida albicans*; pokazao se je negativnim.



Slika 1. Prikaz parafunkcije gríženja obrazne sluznice lijeve strane

Figure 1. Left buccal mucosa in a patient with morsicatio mucosae oris



Slika 2. Prikaz parafunkcije gríženja desne strane obrazne sluznice

Figure 2. Right buccal mucosa in a patient with morsicatio mucosae oris

U liječenju je primijenjena salicilna kiselina s kortikosteroidom u orabazi kojom je premazana sluznica obaju obraza. Za terapiju kod kuće pacijentu je propisana tri puta na dan mast za otapanje hiperkeratotičnih naslaga koja je kombinirani preparat kortikosteroida i salicilne kiseline. Pacijentu su propisane vitamin A kapi u dozi od 100.000 IJ za keratinizaciju tijekom tri tjedna. Savjetovano mu je

da prestane s lošom navikom te da u stanjima izražene napetosti uzima tablete za umirenje diazepam od 2 mg tri puta na dan po jednu tabletu. Nakon tri tjedna bolesnik je došao na kontrolu i patoloških promjena više nije bilo.

Diskusija

Pojava oralnih lezija nakon psihičke napetosti, koju navodi pacijent, slažu se s drugim autorima koji navode da su psihogeni čimbenici uzročnici gríženja obraza. U studiji na institucionaliziranoj djeci u Južnoj Africi prevalencija gríženja je 4,5% (8). Hjorting-Hansen i Holst (9) izvjestili su da je u četiri bolesnika, od njih 17, bila potrebna psihoterapija. No autori navode kako je u ostalih bila dovoljna preporuka da se prekine s lošom navikom i uporaba udlage.

Takav nalaz u usnoj šupljini može se diferencijalno-dijagnostički odnositi na kandidijazu, bijeli spužvasti nevus, lichen, kongenitalnu diskeratozu, Darierovu bolest, kongenitalnu pahionihiju, intraepitelijalnu diskeratozu, na opekotine i na stanja nakon lokalne aplikacije lijekova (6,10). Biopsiju nismo učinili jer su promjene nakon naše terapije nestale, a i inače nalaz biopsije nije specifičan i pokazuje hiperkeratozu u stanjima gríženja bukalne sluznice, što se slaže i s drugim autorima (1,2,3). Ipak, smatramo da bi se biopsiju trebalo učiniti kod nejasne etiologije bijelih hiperkeratotičnih promjena ili kada lezije ne reagiraju na terapiju. Bitno je ne previdjeti neka neurološka stanja, poput diskinezije, kojih je manifestacija gríženje i guranje jezika.

Liječenje se temelji na objašnjenju bolesniku da su promjene rezultat gríženja, jer bolesnik najčešće nije svjestan loše navike, i to je u većine pacijenata dovoljno. U težim slučajevima propisuju se lijekovi sa sedativnim djelovanjem, npr. diazepam u dozi od 5-10 mg (8).

Ako se gríženje javlja noću, pacijent treba tijekom noći nositi udlagu. Pacijente bi trebalo uputiti i na psihološko savjetovanje i eventualno liječenje relaksacijom, biofeedbackom ili autogenim treningom. U našem slučaju lezije su sanirane upozorenjem na lošu naviku, uporabom sedativa te keratolitčkih lijekova i vitamina A. Važno je napomenuti da lokalna oralna terapija ima smisla samo

ako bolesnik prestane s lošom navikom, odnosno eliminacijom psiholoških čimbenika koji su je uzrokovali.

Nesvjesno gríženje sluznice usta dovodi do hiperkeratotičnih ekfolijacija oralne sluznice koje u svojoj osnovi mogu imati erozije. Promjene su posljedica pacijentove psihičke napetosti. Potrebno ga je upozoriti na lošu naviku, ispraviti ju i liječiti pacijenta lijekovima sa sedativnim djelovanjem. Lokalna terapija pomaže uklanjanju hiperkeratotičnih naslaga i upale. Proces obnavljanja epitela pomaže vitamin A u sustavskoj terapiji.

Literatura

1. BOUQOT JE, GORLIN RJ. Leukoplakia, lichen planus and other oral keratoses in 23,616 white Africans over the age of 35 years. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1986; 61: 373-81.
2. SEWERIN I. A clinical and epidemiologic study of morsicatio buccarum et labiorum. *Scand J Dent Res* 1971; 79: 73-80.
3. AXELL T. A preliminary report on prevalence of oral mucosal lesions in a Swedish population. *Comm Dent Oral Epidemiol* 1975: 143-5.
4. WALKER RS, ROGERS WA. Modified maxillary occlusal split for prevention of cheek biting. a clinical report. *J Prosth Dent* 1992; 67: 581-2.
5. BORK K, HOEDE N, KORTING GW, BURG DORF WHC, YOUNG SK. Diseases of the oral mucosa and the lips. WB Saunders Co. Philadelphia 1993, pp 168-70, 224.
6. WHO. definition of leukoplakia and related lesions: An aid to studies on oral precancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1978; 46: 518-36.
7. DOBRENIC M. Oralne bolesti-dijagnostika i terapija. Zagreb: Jumena. 1987:83.
8. Burket's oral medicine-diagnosis and treatment. Lynch MA, Brightman VJ, Greenberg MS. Lippincot Co. Philadelphia 1994: 74-5.
9. HJORTING-HANSEN E, HOLST E. Morsicatio mucosae oris and suctio mucosae oris. *Scand J Dent Res* 1970; 78: 492-9.
10. NAJJAR TA. Harmful effects of aspirin compounds. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1977; 44: 64-9.
11. KISSANE JM. Anderson's pathology. St. Louis: Mosby Co 1990:1110.