

## Sindrom pekućih usta – goruća enigma u stomatologiji

Monika Burja, Magdalena Hajpek<sup>1</sup>  
Prof. dr. sc. Ivan Alajbeg<sup>2</sup>

[1] studentice četvrte godine, Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu  
[2] Zavod za oralnu medicinu, Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Sindrom pekućih usta idiopatska je tegoba karakterizirana osjećajem pekućih i bolnih senzacija u pacijenata s klinički normalnom oralnom sluznicom te isključenim lokalnim oralnim ili sistemnim uzrocima. Predstavlja pravi dijagnostički izazov za doktore dentalne i opće medicine s obzirom na to da su simptomi najčešće nespecifični (1). Cilj ovog članka je upoznati čitatelja s općim činjenicama ovog sindroma te načinom pristupa bolesniku.

### Definicija i epidemiologija

Sindrom pekućih usta tipično je karakteriziran kontinuiranim, spontanim i nerijetko intenzivnim pekućim senzacijama u području usne šupljine, a oboljeli ga opisuju kao da su se opekli na vruću juhu (1). Područje usne šupljine koje je zahvaćeno tim simptomima nema klinički vidljive znakove patoloških procesa i stanja (2). Prevalencija iznosi do 1% u općoj populaciji. *Žene obolijevaju 7 puta češće od muškaraca, a do sada nema prijavljenih slučajeva oboljele djece.* Prosječno trajanje sindroma je 2-3 godine, a samo rijetko je prijavljeno trajanje iznosilo čak 18 godina. *Žene koje su pogođene u najvećem se broju slučajeva u postmenopausalnom razdoblju. Kako bismo pekuće senzacije identificirali kao SPU, jedan od dijagnostičkih kriterija koji mora biti zadovoljen jest taj da osjećaj peckanja, kada se pojavi, mora trajati barem 2 sata. Najčešće progredira tijekom dana, a gotovo nikada se ne javlja ujutro, ne budi bolesnika noću i nije uzrok nesаницe (1).*

### Etiopatogeneza

Nastanak sindroma pekućih usta misterij je kojemu se već desetljećima pokušava doskočiti. Kao mogući okidači istraživani su mnogobrojni komorbiditeti od kojih boluju pacijenti koji su oboljeli i od SPU-a. Predlagani su sistemski i lokalni čimbenici (3). Otežavajuća okolnost u identificiranju uzroka jest i mogućnost da su simptomi sumirani odgovor organizma na veći broj bolesti. Također, mnogo je i onih potpuno zdravih pacijenata koji su oboljeli od SPU-a. To je sve dovelo da pokušaja različitih podjela unutar SPU-a. Međutim, takve su podjele slabo podržane dokazima te omogućuju povremeno dijagnosticiranje nekakvog drugog entiteta kao sindroma pekućih usta. To udaljuje od nas mogućnost pravilnog pristupa pacijentu i pružanja pomoći na adekvatan način (4). Neuropatske smetnje mogući su uzrok koji plijeni pozornost tek odnedavno. Više studija upućuju na povezanost gubitka okusne osjetljivosti i drugih osjetnih ispada i razvoja SPU-a, kako kod žena u postmenopauzi, tako i kod drugih pacijenata. Predloženi dio mehanizma nastanka SPU-a jest poremećaj nigrostrijatalnog dopaminergičnog sustava koji regulira nocicepciju trigeminalnog sustava, a pri tom dolazi zbog izostanka senzoričke inhibicije. Taj izostanak inhibicije se veže n. trigeminus, dotad inhibiran utjecajem okusnih puteva. Ovaj prijedlog nastanka SPU-a podržan je i rezultatima istraživanja učinka unilateralne anestezije chordae tympani (5).

### Kliničke osobitosti

Uz sindrom pekućih usta veže se više različitih manifestacija, među kojima je istaknut osjećaj pečenja na sluznici usne šupljine, najčešće lokaliziran bilateralno na prednjoj trećini jezika, usnicama, nepcu i ždrijelu, što ne isključuje ovu pojavu i na ostatku oralne sluznice. Uz to, često je prisutan poremećaj osjeta okusa (disgeuzija), navode se i gorčina u ustima, osjećaj suhoće, pojavljujući se spontano i svakodnevno, rastućim intenzitetom kako se dan primiče kraju, premda ne remete noćni san. Pacijenti nalaze olakšanje simptoma u uzimanju hrane i pića, što nije uobičajeno kod lokalnih upala i tkivnog oštećenja, što čini taj podatak značajnim u dijagnostici poremećaja koji je doveo pacijenta u ordinaciju. Po VAS-u (vizualna analogna skala boli) u rasponu 0-10 intenzitet simptoma se opisuje brojem 5. Velik udio bolesnik također pati od kancerofobije, što upućuje i na psihološku komponentu ovakvog stanja (5).

### SPU i katastrofiziranje

Djelatnici Zavoda za oralnu medicinu Sveučilišta u Zagrebu proveli su istraživanje o povezanosti katastrofiziranja i sindroma pekućih usta. Katastrofiziranje se definira kao pretjerano negativna percepcija osjećaja boli. Sastoji se od tri podjedinice – promišljanja (npr. *Neprestano mislim na bol i želim da prestane*), preuveličavanja (npr. *Pitam se bi li mi se moglo dogoditi nešto ozbiljno*) i bespomoćnosti (npr. *Užasno mi je i mislim da nikada više neće biti bolje*). Kancerofobija se pojavljuje od 45 – 75% oboljelih od

ovog sindroma. Anonimni upitnik koji se sastojao od 3 dijela [opći parametri i vizualna analogna ljestvica (VAS) za procjenu intenziteta pečenja (od 0 do 100 mm), hrvatsku inačicu OHIP-ove ljestvice (OHIP 14) te hrvatsku verziju ljestvice Pain Catastrophizing] ispunilo je 30 pacijenata s već ranije dijagnosticiranim sindromom pekućih usta. Katastrofiziranje je bilo klinički značajno izraženo kod 30 posto bolesnika. Ukupno katastrofiziranje i sve tri podjednice (promišljanje, preuveličavanje, bespomoćnost) korelirale su s intenzitetom pečenja. Pokazalo se da pacijenti sa snažnijim negativnim, odnosno, katastrofizirajućim mislima imaju ujedno i slabiju kvalitetu života. Spol nije imao utjecaja na to stanje. Zaključuju kako problem katastrofiziranja nije zanemariv te da bi se dodatnom psihološkom intervencijom moglo pomoći oboljelima u smanjenju negativnih misaonih čimbenika koji pridonose pogoršanju simptoma (2).

#### Liječenje – je li moguća farmakoterapija idiopatske bolesti?

Liječenje SPU-a višestruko je otežano, počevši s intaktnom oralnom sluznicom koja sama po sebi ne upućuje na postojanje ikakvog problema, zatim mnogim paralelnim komorbiditetima u oboljelih, a opet nedefiniranim egzaktnim uzrocima simptoma. Lako je razumljivo da zbog takvih problema danas još ne postoji jedinstveni lijek, premda postoje pokušaji farmakološke terapije, no oni su vrlo često neučinkoviti. Ipak, stomatolog/specijalist oralne medicine/doktor opće prakse može razgovorom pomoći pacijentu da se suoči sa svojim stanjem i da s time što bolje živi, dok


ne dođe do remisije simptoma. Bitno je izložiti pacijentu ono što znamo o problemu koji ga muči te, s obzirom na vrlo često prisutnu kancerofobiju, važno je napomenuti pacijentu kako simptomi nisu povezani s malignošću i to ponavljati više puta, ako je potrebno. Ako se na početku postavlja dijagnoza koja se pokazala netočnom ili je liječnik procijenio da obavljeni testovi ne daju pravu informaciju o stanju sluznice, to bi moglo djelovati dodatno psihološki opterećujuće i demotivirajuće na pacijenta. Tu je svoju primjenu našla i kognitivno-bihevioralna terapija. Možemo predložiti i upotrebu žvakaćih guma, kako bi se privremeno olakšalo podnošenje pekućih senzacija (5). Također je moguće pokušati provesti liječenje sa suportivnim farmakološkim pripravcima (npr. alfa lipoična kiselina, kapsaicin, klonazepam, triciklički antidepresivi), no dostupna istraživanja pokazala su oskudan ili nikakav učinak navedenih pripravaka, što stavlja u pitanje potrebu izlaganja oboljelih od sindroma pekućih usta mogućim nuspojavama ovih lijekova (3).

#### Kognitivno-bihevioralna terapija

Bergdahl i sur. koristili su kognitivno bihevioralnu (KBT) terapiju kao dio liječenja pacijenata pogođenih ovim sindromom. 30 pacijenata s dijagnosticiranim sindromom nakon određenih stomatoloških i općemedicinskih tretmana podijeljeni su u dvije grupe. Među članovima jedne grupe bila je provedena kognitivna terapija, dok su članovi druge grupe bili kontrolna, „placebo“ skupina. Nakon testiranja, intenziteti simptoma sindroma pekućih usta, prema skali vizualno analogne percepcije boli, značajno su smanjeni odmah po završet-

ku terapije te se ta redukcija nastavila sljedećih šest mjeseci. Nasuprot tome, kontrolna skupina nije pokazala nikakve redukcije u intenzitetu simptoma (6).

#### Zaključak

Iz svega navedenoga možemo zaključiti da puno znamo o tome što taj sindrom nije, a malo što zapravo jest. Pojava pekućih senzacija uz patološki čistu i zdravu sluznicu te uz nedostatak systemske podloge zadaje glavobolje čak i najboljim dijagnostičarima, pogotovo onima iz područja stomatologije koji se većinom oslanjaju na vidljivu patologiju. Nepostojanje odgovarajuće medikamentozne terapije samo po sebi je dovoljno frustrirajuće za pacijenta, a ta informacija može zajedno u kombinaciji s nedovoljno strpljivim liječnikom izazvati veliko nepovjerenje pacijenta prema liječniku. No, u jedno možemo biti sasvim sigurni – mastikatorni i gustatorni akt dovode do olakšanja simptoma, a to se nikako ne događa ukoliko u pozadini prisustvuje lokalna ili systemska bolest. U tom bi slučaju žvakanje ili gutanje dovelo do pogoršanja simptoma. Svakako će se sada zapitati može li se ovom pacijentu uopće pomoći? Odgovor je potvrdan, a ključ svega je dobar razgovor s pacijentom kako bi se steklo povjerenje u liječnika. Odmah po dijagnosticiranom sindromu pekućih usta važno je iskreno reći kako se niti jedan medikamentozni postupak nije pokazao korisnim, a to će onda navesti pacijenta da odustane od takvog načina liječenja. Ovaj članak zaključujemo polaganjem nade da će u budućnosti biti uspješno otkriven veo tajne ovog nadasve enigmatskog sindroma. 

#### LITERATURA

1. Maltzman-Tseikhin A, Moricca P, Niv D. Burning Mouth Syndrome: Will Better Understanding Yield Better Management?. *Pain Practice*. 2007;7(2):151-162.
2. Andabak Rogulj A, Richter I, Brailo V, Krstevski I, Vučićević Boras V. Katastrofiziranje u bolesnika sa sindromom pekućih

usta. *Acta stomatol Croat*. 2014;48(2):109-115.

3. Scala A, Checchi L, Montevecchi M, Marini I, Giamberardino MA. Update on burning mouth syndrome: overview and patient management. *Crit Rev Oral Biol Med*. 2003;14(4):275-291.
4. Sardella A, Lodi G, Demarosi F, Uglietti D, Carrassi A. Causative or precipitating

aspects of burning mouth syndrome: a case-control study. *J Oral Pathol Med*. 2006;35(8):466-71

5. Alajbeg I: Sindrom pekućih usta. *Medix*
6. Bergdahl J, Anneroth G, Perris H. Cognitive therapy in the treatment of patients with resistant burning mouth syndrome: a controlled study. *J Oral Pathol Med*. 1995;24(5):213-215.