

Poremećaji okusne osjetljivosti

Tea Maksan¹, Petra Miholić¹
dr. sc. Božana Lončar Brzak²

[1] studentice 5. godine

[2] Zavod za oralnu medicinu, Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Osjet okusa zajedno s mirisom pripada kemijskim osjetima koji nam omogućuju razlikovanje nepoželjne ili čak smrtonosne hrane od one koja je ukusna i primamljiva. Okus je uglavnom funkcija okusnih pupoljaka, ali je i u uskoj vezi s osjetom mirisa s kojim daje aromu hrani koju konzumiramo. Okusni pupoljci nakupine su modificiranih epitelnih stanica koje se nalaze na jeziku u sklopu jezičnih bradavica. Osim na jeziku, okusni pupoljci smješteni su i na nepcu, tonzilarnim lukovima i jednjaku (1, 2).

Razlikujemo tri vrste okusnih jezičnih bradavica, tj. papila: 1. ograđene papile na stražnjoj površini jezika, 2. gljivaste papile na prednjoj ravnoj površini jezika, 3. listaste papile u naborima uzduž lateralnih površina jezika (1). Četiri su osnovna osjeta okusa: slatko, slano, kiselo i gorko (1). Naknadno je otkriven i peti okus, znanstveno nazvan „umami“, koji bismo mogli prevesti kao „ukusan“ ili „mesni“ okus (3).

Iako se ranije smatralo da su za razlikovanje pojedinih okusa zadužene različite regije jezika, danas znamo da postoje vrlo male razlike u osjetljivosti pojedinih dijelova jezične sluznice na različite okuse (4). Osjet okusa iz prednje dvije trećine jezika prenose n. lingvalis i n. facialis, iz stražnjeg dijela jezika n. glossopharyngeus, a mali broj okusnih signala s baze jezika prenosi n. vagus (1).

Doktorima dentalne medicine pacijenti se najčešće prvima požale na promjene u osjetu okusa. Poremećaji okusa mogu se klasificirati u kvalitativne i kvantitativne. Kvalitativnim poremećajima, koji su češći, pripadaju disgeuzija (promjena u okusnoj osjetljivosti) i fantogeuzija (prisutnost određenog osjeta okusa u odsutnosti okusnog podražaja) (5). U kvantitativne poremećaje ubrajamo ageuziju, hipergeuziju i hipogeuziju. Ageuzija podrazumijeva

gubitak okusne osjetljivosti, dok hiper/hipogeuzija označava povećanje ili smanjenje okusne osjetljivosti (6).

Kao moguće uzroke poremećaja okusa treba spomenuti: infekcije gornjih dišnih puteva, lijekove, sustavne bolesti, neurološke poremećaje, manjak cinka, lokalne čimbenike, idiopatski poremećaj okusa i starenje.

Infekcije gornjih dišnih puteva, alergijski rinitis i kronični rinosinusitis, obično dovode do poremećaja mirisne osjetljivosti, a s obzirom na povezanost osjeta okusa i mirisa, često se kod takvih osoba zapravo ne radi o poremećaju osjeta okusa već osjeta mirisa. To su privremeni gubitci osjeta i prolaskom infekcije osjet se vraća (7).

Česta nuspojava brojnih lijekova privremena je ili trajna promjena okusne osjetljivosti. Spektar takvih lijekova širok je i obuhvaća antibiotike (ampicilin, makrolidi, metronidazol), lijekove za neurološke bolesti (antiparkinsonici, stimulatori središnjeg živčanog sustava, miorelaksansi), lijekove za srčane bolesti (antihipertenzivi, diuretici, antiaritmici), većinu psihotropnih lijekova (antipsihotici, anksiolitici, sedativi), antihistaminike, protuupalne lijekove, imunosupresive (8).

Pojedine sustavne bolesti i stanja mogu biti praćeni poremećajima okusa, kao npr. šećerna bolest, perniciozna anemija, Sjörgenov sindrom, Chronova bolest (9). GERB ili gastroezofagealni refluks može uzrokovati prolaznu ili trajnu fantogeuziju s osjetom gorkog (10).

Neurološki poremećaji kao što su Alzheimerova bolest, Parkinsonova bolest, multipla skleroza, Bellova paraliza ili tumori u području glave također se mogu očitovati promjenom ili gubitkom okusa (2). U sindromu pekućih usta poremećaj okusa gotovo je uvijek prisutan kao jedan od simptoma (9).

Mogući uzrok okusne disfunkcije u in-

ače zdravih osoba može biti i manjak cinka (11).

Do promjene osjeta okusa također mogu dovesti lokalni čimbenici, tj. promjene u samoj usnoj šupljini. Najčešće se radi o suhoći usta koja je popratna pojava nekih drugih bolesti ili stanja kao što su izloženost radio i kemoterapiji (9). Također, dugotrajna primjena vodica za ispiranje usta može rezultirati disgeuzijom (12). Lokalne traume kao što su opekline, laceracije i davanje lokalnog anestetika te razne oralne infekcije, uključujući gingivitis, parodontitis, kandidijazu, dovode do promjena okusne osjetljivosti (13), a ista može biti i posljedica prisustva stranog tijela u ustima kao što je mobilni protetski nadomjestak (9).

Starenjem, uslijed kroničnih i dugotrajnih tegoba, dolazi do slabljenja osjeta mirisa, a potom i osjeta okusa. Zanimljivo je da često starija osoba, zbog postepenog procesa, ne primjećuje gubitak osjeta mirisa (13).

Liječenje poremećaja okusa sastoji se od uklanjanja uzroka koji je do njega doveo, ako je to moguće. Ponekad tegobe spontano nestanu (14). Ako je uzrok poremećaju suhoća usta, pomoći će nadomjesna terapija umjetnom slinom koja će omogućiti funkciju okusnih pupoljaka (2). U nekim slučajevima (manjak cinka, dizgeuzija kod pacijenata na kemo i radioterapiji i kod inače zdravih pojedinaca) pokazala se djelotvornom nadomjesna terapija cinkom (11). Kao oblik liječenja spominje se i akupunktura, zasad s vrlo malo dokaza o djelotvornosti (15). Ako se poremećaj okusa povezuje s lijekom, prestankom njegovog uzimanja trebalo bi doći do poboljšanja (16, 17), no ponekad su uzrok životno važni lijekovi koje nije moguće prestati uzimati (8). Kada nije moguća uzročna terapija i ovisno o tegobi koju pacijent navodi - smanjenom osjetu

okusa ili promijenjenom okusu, preporuča se korištenje više začina (origano, đumbir, bosiljak, cimet), mariniranje mesa, jedenje više manjih obroka sobne temperature ili hladnih te jedenje aromatične hrane (18). U slučaju neugodnog okusa u ustima pomoći može i pranje zubi prije jela, sisanje bombona te pijenje dovoljno tekućine uz

obrok kako bi se olakšalo gutanje hrane (18).

Poremećaj okusne osjetljivosti utječe na odabir vrste i količine hrane, indeks tjelesne mase pojedinca i njihovo psihičko i fizičko zdravlje (2, 9). Osobe s ovim problemom navode teškoće prilikom uobičajenih aktivnosti kao što su kupnja namir-

nica, priprema i konzumiranje obroka te uživanje u društvenim događanjima (18). Kvaliteta života takvih pacijenata uvelike je narušena te ih ne treba zanemarivati već pokušati utvrditi uzrok tegoba i savjetovati ih kako si najbolje mogu pomoći. ①

LITERATURA

- Guyton CA, Hall JE. Medicinska fiziologija udžbenik. Dvanaesto izdanje. Zagreb: Medicinska naklada;2012. Pedeset i treće poglavlje, Kemijski osjeti - okus i miris; str 645-47.
- Bromley SM. Smell and Taste Disorders: A Primary Care Approach. *Am Fam Physician*. 2000; 61(2):427-36.
- O'Mahony M, Ishii R. A comparison of English and Japanese taste languages: taste descriptive methodology, codability and the umami taste. *Br J Psychol*. 1986;77(Pt 2):161-74.
- Lindemann B. Receptor seeks ligand: On the way to cloning the molecular receptors for sweet and bitter taste. *Nat Med*. 1999;5:381-2.
- Welge-Lüssen A. Re-establishment of olfactory and taste functions. *GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg*. 2005;4:Doc06.
- Welge-Lüssen A, Gudziol H. Etiology, diagnostic and therapeutic management of taste disorders. *Ther Umsch*. 2004;61:302-7.
- Malaty J, Malaty IA. Smell and taste disorders in primary care. *Am Fam Physician*. 2013;88:852-9.
- Doty RL, Shah M, Bromley SM. Drug-induced taste disorders. *Drug Saf*. 2008;31:199-215.
- Ship JA, Chavez EM. Special senses: Disorders of smell and taste. In: Silverman S, Eversole LR, Truelove ED, editors. *Essentials of Oral Medicine*. Hamilton: BC Decker Inc; 2002.
- Cowart BJ. Taste dysfunction: A practical guide for oral medicine. *Oral Dis*. 2011;17:2-6.
- Najafizade N, Hemati S, Gookizade A, Berjis N, Hashemi M, Vejdani S et al. Preventive effects of zinc sulfate on taste alterations in patients under irradiation for head and neck cancers: A randomized placebo-controlled trial. *J Res Med Sci*. 2013;18:123-6.
- McCoy LC, Wehler CJ, Rich SE, Garcia RI, Miller DR, Jones JA. Adverse events associated with chlorhexidine use: results from the Department of Veterans Affairs Dental Diabetes Study. *J Am Dent Assoc*. 2008;139(2):178-83.
- Ship JA. The influence of aging on oral health and consequences for taste and smell. *Physiol Behav*. 1999;66(2):209-15.
- Spielman AI. Chemosensory function and disfunction. *Crit Rev Oral Biol Med*. 1998;9:267-91.
- Nagraj SK, Naresh S, Srinivas K, Renjith George P, Shrestha A, Levenson D, Ferraiolo DM. Interventions for the management of taste disturbances. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;11: CD010470. doi: 10.1002/14651858.CD010470.pub2.
- Steinbach S, Hummel T, Böhner C, Berkthold S, Hundt W, Kriner M et al. Qualitative and quantitative assessment of taste and smell change in patients undergoing chemotherapy for breast cancer or gynecologic malignancies. *J Clin Oncol*. 2009;27(11):1899-1905.
- Seiden AM, Duncan HJ. The diagnosis of a conductive olfactory loss. *Laryngoscope*. 2001;111(1):9-14.
- Rehwaldt M, Wickham R, Purl S, Tariman J, Blendowski C, Shott S, Lappe M. Self care strategies to cope with taste changes after chemotherapy. *Oncol Nurs Forum*. 2009;36(2):E47-56.