



Związki między stomatodynią a występowaniem zaburzeń lękowych i depresyjnych: przegląd piśmiennictwa

*Relationship between stomatodynia (burning mouth syndrome – BMS)
and anxiety or depressive disorders: an overview*

ADAM MILLER¹, ILONA MILLER²,
BARBARA URBANIAK³, JOLANTA RABE-JABŁOŃSKA¹

- Z: 1. II Kliniki Psychiatrycznej Katedry Psychiatrii Akademii Medycznej w Łodzi
2. Samodzielnego Publicznego ZOZ IS w Łodzi
3. Zakładu Chorób Błony Śluzowej Jamy Ustnej i Przyzębia IS Akademii Medycznej w Łodzi

STRESZCZENIE. Stomatodynię (*burning mouth syndrome – BMS*) określa się jako uczucie pieczenia, palenia błony śluzowej jamy ustnej u pacjentów z niezmienioną błoną śluzową jamy ustnej w badaniu klinicznym. W piśmiennictwie czynniki etiologiczne zostały podzielone na trzy grupy: miejscowe, ogólnoustrojowe i psychogenne. Najczęściej współwystępują ze stomatodynią zaburzenia depresyjne, lękowe lub mieszane lękowo-depresyjne. Nie jest jasne, czy objawy BMS są postacią somatyczną lęku lub depresji, czy też zaburzenia psychiczne pojawiają się w wyniku przewlekłego doznawania uciążliwych objawów stomatodynii.

SUMMARY. Stomatodynia or the burning mouth syndrome (BMS) is defined as a burning sensation in oral mucosa in patients with no clinically recognizable changes in this area. Three groups of etiological factors are distinguished in the literature: local, systemic, and psychogenic. Depressive disorders, anxiety, or mixed depressive-anxiety syndromes are the most frequent BMS concomitants. It is not clear whether BMS symptoms are a somatic expression of anxiety or depression, or whether the latter result from experiencing the troublesome BMS symptoms chronically.

Słowa kluczowe: stomatodynia/ lęk / depresja

Key words: stomatodynia / BMS / anxiety / depression

Stomatodynia (zwana również *glossodynia*, *glossalgia*, *glossopyrosis*, *oral dysaesthesia*) w piśmiennictwie światowym znana jest jako BMS (*burning mouth syndrome*), czyli zespół palących ust [5, 17]. Chorobę tę definiuje się jako uczucie palenia, pieczenia błony śluzowej jamy ustnej u pacjentów z błoną śluzową wg badania klinicznego niezmienioną [1, 2, 6, 11, 15, 17].

Pierwsze doniesienie o glossodynii pochodzi z 1845 roku i podał je Buisson. Jako samodzielną jednostkę chorobową opisał ją Verneuil w 1879 roku używając określenia *ulcera-*

tion imaginaire de la langue [11]. W piśmiennictwie światowym w ostatnich latach ukazało się wiele prac poświęconych etiologii i leczeniu BMS. Autorzy prac podają, że na BMS cierpi ok. 2,6–5,1% pacjentów zgłaszających się do stomatologa [2, 21]. Ocenia się, że w USA ponad milion osób choruje na BMS [4].

Problem stomatodynii dotyczy w przeważającej części kobiet – ponad 80% przypadków, w wieku pomiędzy 50 a 70 rokiem życia [2, 6, 8, 17]. Nigdy nie stwierdzono BMS u dziecka, a najmłodszy opisany pacjent miał 28 lat [17].

Grushka podkreśla, że wszyscy pacjenci cierpiący na BMS opisują ból jako wrażenie pieczenia, palenia jamy ustnej, któremu towarzyszyć mogą inne dolegliwości [7]. Najczęściej ze stomatodynią współwystępuje uczucie suchości jamy ustnej (39–63%), zaburzenia smaku pod postacią nadwrażliwości na pokarmy słone, kwaśne, gorzkie lub utrzymującego się gorzkiego lub metalicznego posmaku (4,1–60%) oraz parestezje: drętwienie, mrowienie, klucie, uczucie obrzęku, pełności w jamie ustnej [7, 8, 11, 21]. Choroba może utrzymywać się od kilku miesięcy do kilkunastu lat.

Dolegliwości dotyczą przede wszystkim koniuszka języka lub 2/3 przednich powierzchni języka (42,1–78%), w dalszej kolejności: błony śluzowej podniebienia twardego (25–68%), warg (24–38%), błony śluzowej bezzębnego wyrostka zębodołowego i dziąseł (18–36%), błony śluzowej policzków, gardła, dna jamy ustnej [4, 7, 8, 15, 21]. Najczęściej jednak objawy występują jednocześnie w kilku miejscach i zawsze obustronnie [15, 17].

Lamey i Lewis podzielili BMS na trzy typy, w zależności od zmienności przebiegu i intensywności dolegliwości [17]:

-
- typ 1* – bez symptomów przy budzeniu, z nasilaniem się dolegliwości w miarę upływu dnia, z wieczorną ich maksymalizacją,
typ 2 – pieczenie obecne przy budzeniu, utrzymujące się przez cały dzień na stałym poziomie,
typ 3 – dolegliwości pojawiają się okresowo, zwykle o nietypowym umiejscowieniu.
-

W typie 1 i 2 objawy występują codziennie, bez remisji. Autorzy sugerują występowanie ścisłej korelacji między BMS typu drugiego a czynnikami psychogennymi.

PRZYCZYNY

Klinicyści zgodni są co do podziału czynników etiologicznych na trzy grupy: miejscowe, ogólnoustrojowe i psychogenne [3, 8, 15, 17, 21].

Czynniki miejscowe

1. Alergia kontaktowa na materiały stomatologiczne wykorzystywane do wykonywania protez (polimetakrylan metylu, nikiel), wypełnień (eugenol, amalgamat), kleju do protez (bisfenol A), past do zębów i płukanek (kwas nikotynowy) [4, 21].
2. Alergeny pokarmowe (2–23%) – środki konserwujące (kwas jarzębinowy, glikol propylenowy, aldehyd cynamonowy).
3. Urazy (5–49%) – źle dopasowane protezy, niewłaściwe użytkowanie protez, wadliwie wykonane wypełnienia [15].
4. Infekcje grzybicze *Candida albicans* (6–30%), sporadycznie inne – *Enterobacter fusospirochetal* [4, 15].
5. Parafunkcje (1,7–13,3%) – zgrzytanie zębami, ssanie języka, warg, przygryzanie języka, błędzenie językiem po ostrych brzegach zębów, wypełnień, protez.
6. Zaburzenia wydzielania i jakości śliny pod postacią zmniejszenia stężenia białek, potasu, fosfatów i ilości wydzielanej śliny (po farmakoterapii, radioterapii).
7. Neuropatie – zespół Costena – obniżenie wysokości zwarcia na skutek utraty zębów prowadzi do zmian w stawach skroniowo-żuchwowych. Głowy żuchwy ulegają przesunięciu ku tyłowi uciskając na nerw językowo-gardłowy, prowadząc do jego podrażnienia [12].

Czynniki ogólnoustrojowe

Wśród czynników ogólnoustrojowych mogących mieć znaczenie w powstaniu BMS u niektórych pacjentów wymienia się:

1. niedobory witamin z grupy B – B1, B2, B6, PP (38–40%),
2. niedobory czynników krwiotwórczych: witamina B12 (1,8–8%), żelazo (5–53%), kwas foliowy (0–28%) [14, 15, 21],
3. cukrzycę (5–10%) [3, 15, 21],
4. chorobę refluksową (3,3%) [15],
5. menopauzę.

Są kontrowersje co do wpływu poziomu estrogenów na występowanie dolegliwości charakterystycznych dla BMS. Faktem jest jednak, że BMS dotyczy głównie kobiet

w okresie pomenopauzalnym. Stanowią one 69–93% osób z tym rozpoznaniem. Okazało się jednak, że pieczenie jamy ustnej jest niezależne od poziomu hormonów [15, 21]. Ponadto ani suplementacja hormonalna miejscowa, ani ogólnoustrojowa, nie przyniosły efektów terapeutycznych [21].

Czynniki psychogenne

Czynniki psychogenne są również wymieniane przez wszystkich autorów jako przyczyna BMS, lecz nie jest jasne, czy stanowią one czynnik wyzwalający, czy też objawy BMS są somatyczną postacią lęku lub depresji, lub czy zaburzenia i objawy lękowe i depresyjne pojawiają się w wyniku doznawania uciążliwych objawów stomatodynii. Informacje dotyczące ich rozpowszechnienia mieszczą się w szerokim przedziale – od kilku do kilkudziesięciu procent wg różnych autorów [3, 13, 18, 21, 23]. Słabością tych badań jest to, że tylko w nielicznych z nich użyto obiektywnych, psychometrycznych metod do oceny stanu psychicznego pacjenta.

Lamb, używając kwestionariusza Cattella 16 PF, wykazał obecność zaburzeń lękowych lub depresyjnych u ponad połowy (54%) spośród 47 pacjentów z BMS [18].

Lamey, posługując się skalą HAD (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) stwierdził, że częściej z BMS są związane zaburzenia lękowe (u 62% badanych) niż depresyjne (u 32% badanych), przy czym 11% badanych wykazywało zarówno objawy i lęku i depresji [16]. Bogetto natomiast stwierdził, że na 102 pacjentów z BMS, u których wykluczono przyczyny miejscowe, aż u 62% zdiagnozowano jednocześnie zaburzenia psychiczne (wg kryteriów DSM-IV) [2]. U 32% badanych występowały zaburzenia depresyjne, u 20% stwierdzono epizod dużej depresji, u 7% dystymię, u 6% epizod małej depresji. U 25% badanych rozpoznano uogólnione zaburzenie lękowe, fobię specyficzną u 4%, napady paniki u 1%, hipochondrię u 3% pacjentów z BMS. W grupie kontrolnej 102 osób bez dolegliwości charakterystycznych dla BMS zaburzenia depresyjne stwier-

dzono u 12%, a lękowe u 16% badanych. Określano również występowanie stresujących wydarzeń życiowych w ciągu ostatnich 6 miesięcy poprzedzających pojawienie się pierwszych objawów BMS. Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy w częstości ich występowania w obu grupach (badawczej i kontrolnej). Stwierdzono jednak różnicę w zakresie występowania poważnych zdarzeń stresujących; występowały one u 17% pacjentów z BMS, a w grupie kontrolnej tylko u 8% badanych.

Rojo stwierdził zaburzenia psychiczne u 51% spośród 74 pacjentów z BMS, przy czym 31% badanych cierpiało na depresję, a 10,8% na zaburzenia lękowe, natomiast 8% pacjentów miało objawy zaburzenia mieszane, lękowo-depresyjnego [18]. Ustalono również, że tylko 3 pacjentów łączyło świadomie dolegliwości ze strony jamy ustnej ze stanem psychicznym.

Nadal nie ma jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, czy stwierdzane pojedyncze objawy psychopatologiczne i zaburzenia psychiczne są przyczyną, czy też rezultatem chronicznego bólu. Browning w przeprowadzonych przez siebie badaniach porównał grupę pacjentów z BMS z grupą pacjentów z bólem chronicznym znanej etiologii [3]. Zaburzenia psychiczne występowały częściej (statystycznie istotnie), bo u 44% badanych z BMS w porównaniu z 16% badanych z grupy kontrolnej. Autor starał się również ustalić związek w czasie pomiędzy wystąpieniem BMS a objawami zaburzeń psychicznych. U 20% badanych objawy te wystąpiły jednocześnie, u 20% wcześniej wystąpiło pieczenie (od 5 miesięcy do 2,5 roku). U 50% badanych objawy zaburzeń psychicznych poprzedzały symptomy BMS. 10% badanych nie było w stanie określić związku czasowego.

Zarówno Rojo, jak i Eli zbadali pacjentów przy użyciu kwestionariusza SCL-90 (*Symptom Check List*), pozwalającego opisać profil psychometryczny pacjentów [5, 19]. Nie wykazano różnic pomiędzy grupą kontrolną a pacjentami z BMS bez zaburzeń psychicznych, natomiast stwierdzono znaczne różnice

w podskalach depresji, lęku, podskali obsesyjno-kompulsyjnej, somatyzacji i wrogości, pomiędzy pacjentami z BMS i zaburzeniami psychicznymi a grupą kontrolną. Porównanie profilów pacjentów depresyjnych i lękowych wykazało różnicę w podskalach obsesji i somatyzacji. Większe nasilenie tych objawów odnotowano u pacjentów lękowych, natomiast większą somatyzację i wrogość u pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi.

Bergdahl oceniał osobowość oraz funkcjonowanie psychologiczne i jakość życia u pacjentów z BMS przy pomocy „Karolińskiej skali osobowości”, „Skali funkcjonowania psychicznego” i „Skali jakości życia” [1]. Pacjenci z BMS uzyskali znacząco niższe wyniki w podskali socjalizacji i zdecydowanie wyższe wyniki w podskali niepokoju somatycznego, napięcia mięśniowego i psychastenii. Mieli oni również znacząco większe problemy z podejmowaniem inicjatywy od pacjentów z grupy kontrolnej. Na podstawie wieloletnich obserwacji Bergdahl stwierdził, że wrażenie pieczenia w BMS jest objawem psychosomatycznym.

Grushka stwierdziła, że profil osobowości pacjentów z BMS jest podobny do profilu cierpiących na chroniczny ból, jednak pacjenci z BMS byli bardziej depresyjni, rozdrażnieni, niepewni, introwertywni, lękliwi [9]. Autorka uważa, że jest to rezultat przeżywania przewlekłego bólu, a im bardziej uciążliwe są dolegliwości, tym bardziej nasilone zmiany osobowości. Według niej, depresja jest reakcją na dolegliwości bólowe ze strony jamy ustnej. Autorka wysuwa hipotezę, że przyczyną dolegliwości bólowych w BMS jest mikrouszkodzenie nerwów obwodowych przewodzących impulsy bólowe z jamy ustnej na skutek urazu, niedotlenienia lub infekcji. W ten sposób dochodzi do powstania spontanicznych wyładowań bez stymulacji zakończeń bólowych. Uważa ona również, że podczas aktu żucia następuje stymulacja zakończeń czuciowych, co hamuje spontaniczne wyładowania na drodze przewodzenia bólu. Tym tłumaczy fakt, że u części pacjentów następuje zmniejszenie dolegliwości podczas

jedzenia. Grushka proponuje leczenie pacjentów z BMS klonazepamem, początkowo w dawce 0,25 mg, podawanej na noc, następnie zwiększenie jej o 0,25 mg tygodniowo, maksymalnie do 6 mg dziennie w trzech dawkach podzielonych, przez minimum 2 miesiące [21]. W przeprowadzonym przez nią badaniu pacjenci przyjmowali średnio od 0,25 do 2 mg klonazepamu dziennie. U 70% badanych z grupy 35 osób uzyskano poprawę, jednak pełna remisja wystąpiła tylko u jednej pacjentki. U 30% badanych przerywano podawanie leku ze względu na pojawienie się objawów niepożądanych: senności i zawrotów głowy.

Informacje w piśmiennictwie na temat zastosowanych metod i wyników leczenia u pacjentów z BMS zaburzeniami psychicznymi są nieliczne. Gorski stosował chlordiazepoksyd w dawce 5–10 mg u 78 pacjentów i uzyskał poprawę u 64%, a u 14% leczonych – całkowitą remisję [7]. U 26 pacjentów zastosował leczenie amitryptyliną (w niskich i średnich dawkach) i u 20% z nich uzyskał istotną poprawę. Lamey i Lamb uzyskali zadowalające rezultaty u 20% pacjentów lecząc ich niskimi i średnimi dawkami dotiepiny [15]. Van Houdenhove stosował z pozytywnym efektem sertralinę w średnich dawkach [22]. Godefroy uzyskał poprawę u 70% pacjentów leczonych klomipraminą (do 150 mg/dobę) [6]. Opisywano również skuteczne leczenie tranlycyprominą łącznie z diazepamem [8]. Tamiala-Sakonen i Forssell zastosowali trazodon u 37 osób z BMS i zaburzeniami depresyjnymi, lecz nie stwierdzili istotnej różnicy w ustąpieniu objawów BMS, w porównaniu z grupą otrzymującą placebo [20].

Godefroy jest zdania, że skrzyżowanie między bólem a depresją zachodzi na poziomie przewodnictwa międzysynaptycznego i jest związane z koncentracją serotoniny w przestrzeni międzysynaptycznej [6]. W depresji zwykle zmniejsza się stężenie serotoniny, co z kolei ułatwia pasaż impulsu bólowego, w związku z brakiem hamowania wydzielania substancji P i zmniejszeniem analgezyjnego działania enkefalin i endorfin.

PODSUMOWANIE

BMS wydaje się zaburzeniem o niewyjaśnionej do końca, najprawdopodobniej wieloczynnikowej etiologii i wyjątkowej potrzebie leczenia interdyscyplinarnego. Wyniki przeprowadzonych dotychczas badań nie pozwalają na jednoznaczne określenie związków między BMS a zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi. Być może związki te mają różnorodny charakter, jednak stwierdzana przez większość badaczy wysoka częstość występowania zaburzeń lękowych, depresyjnych i zespołów mieszanych – lękowo-depresyjnych wśród pacjentów ze stomatodynią, a także zachęcające efekty leczenia, przede wszystkim lekami przeciwdepresyjnymi, wskazują na konieczność przeprowadzenia rzetelnych badań tych zaburzeń przez psychiatrów.

PIŚMIENNICTWO

- Bergdahl J, Perris H, Anneroth G. Personality characteristics of patients with resistant burning mouth syndrome. *Acta Odontol Scan* 1995; 53: 7–10.
- Bogetto F, Maina G, Ferro G, i in. Psychiatric Comorbidity in Patients With Burning Mouth Syndrome. *Psychosomatic Medicine* 1998; 60: 378–85.
- Browning S, Hislop S, Scully C, i in. The association between burning mouth syndrome and psychosocial disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987; 64: 171–4.
- Cibirka RM, Nelson S, Lefebvre C. Burning mouth syndrome: A review of etiologies. *J Prosthet Dent* 1997; 78: 93–7.
- Eli I, Kleinhauz M, Baht R, i in. Antecedentes of Burning Mouth Syndrome (Glossodynia). Recent Life Events vs. Psychopathological Aspects. *J Dent Res* 1994; 73: 567–72.
- Godefroy M. Glossodynie et depression. *Revue d'odonto-stomatologie* 1982; 11: 411–3.
- Gorsky M, Silverman S, Chinn H. Clinical characteristics and management outcome in the burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991; 72: 192–5.
- Grinspan D, Blanco G, Allevato M, i in. Burning mouth syndrome. *Intern J Dermat* 1995; 34: 483–7.
- Grushka M, Sessle B, Miller R. Pain and personality profiles in burning mouth syndrome. *Pain* 1987; 28: 155–67.
- Grushka M, Epstein J, Mott A. An open-label, dose escalation pilot study of the effect of clonazepam in burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod* 1998; 86: 557–61.
- Jędrzejewska T. Leczenie stomatodynii z uwzględnieniem własnych obserwacji klinicznych. *Czasopismo Stomatologiczne* 1965; 14: 639–49.
- Knychalska-Karwan Z. Język fizjologia i patologia, Wyd 1. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2000: 83.
- Lamb AB, Lamey PJ, Reeve P. Burning mouth syndrome: psychological aspects. *Br Dent J* 1988; 165: 256–60.
- Lamey PJ, Hammond A, McIntosh WB, i in. Vitamin status of patients with burning mouth syndrome and the response to replacement therapy. *Br Dent J* 1986; 160: 81–3.
- Lamey PJ, Lamb AB. Prospective study of etiological factors in burning mouth syndrome. *Br Med J* 1988; 296: 1243–6.
- Lamey PJ, Lamb AB. The usefulness of the HAD scale in assessing anxiety and depression in patients with burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989; 67: 390–2.
- Lamey PJ, Lewis MAO. Oral Medicine In Practice: burning mouth syndrome. *Br Dent J* 1989; 167: 197–200.
- Rojo L, Silvestre FJ, Bagan JV, i in. Psychiatric morbidity in burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993; 75: 308–11.
- Rojo L, Silvestre FJ, Bagan JV, i in. Prevalence of psychopathology in burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994; 78: 312–6.
- Tammiala-Salonen T, Forssell H. Trazodone in burning mouth pain: a placebo-controlled double-blind study. *J Orofac Pain* 1999; 13: 83–8.
- Tourne LP, Friction JR. Burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 74: 158–67.
- Van Houdenhove B, Joostens P. Burning mouth syndrome. Successful treatment with combined psychotherapy and psychopharmacotherapy. *Gen Hosp Psychiatry* 1995; 17: 385–8.
- Zegarelli DJ. Burning mouth: An analysis of 57 patients. *Oral Surg* 1984; 58: 34–8.