

**To cite this article:**

Jakubanis Natalia, Krasuska-Sławińska Ewa: Zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej w przebiegu choroby Leśniowskiego-Crohna – opis przypadku. Lesions on the oral mucosa in the course of Crohn's disease – a case report. *Nowa Stomatol* 2023;28(4):113-118.

DOI: 10.25121/NS.2023.28.4.113

**To link to this article:**

<https://doi.org/10.25121/NS.2023.28.4.113>

\*NATALIA JAKUBANIS<sup>1</sup>, EWA KRASUSKA-SŁAWIŃSKA<sup>2</sup>

## Zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej jako pierwszy objaw choroby Leśniowskiego-Crohna – opis przypadku

Lesions on the oral mucosa as the first symptom of Crohn's disease – a case report

<sup>1</sup>Poradnia Stomatologiczna dla Dzieci, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

Kierownik Poradni: dr n. med. Ewa Krasuska-Sławińska

<sup>2</sup>Poradnia Chirurgii Stomatologicznej dla Dzieci i Dorosłych, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

Kierownik Poradni: dr n. med. Ewa Krasuska-Sławińska

### SŁOWA KLUCZOWE

choroba Leśniowskiego-Crohna, śluzówkowe objawy choroby Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego

### KEYWORDS

Crohn's disease, mucous membran manifestations of Crohn's disease, ulcerative colitis

### STRESZCZENIE

Najczęściej występującymi przewlekłymi chorobami zapalnymi jelit są wrzodziejące zapalenia jelita grubego i choroba Leśniowskiego-Crohna, które mogą dawać objawy na błonie śluzowej jamy ustnej. Do najczęściej występujących zmian zalicza się: afty nawracające, nadżerki, owrzodzenia, szczeliny śródnaślankowe, zapalenia kątów warg, obrzęk twarzy, zanikowe zapalenie błony śluzowej i grzybice jamy ustnej.

W artykule opisany został przypadek pacjentki, u której na błonie śluzowej jamy ustnej występowały drobnogrudekowe, rozsiane zmiany. Zmiany nie poddawały się leczeniu miejscowemu. U pacjentki została zdiagnozowana choroba Leśniowskiego-Crohna.

Zmiany występujące na błonie śluzowej jamy ustnej mogą być objawem przewlekłych chorób ogólnoustrojowych. Lekarze dentyści, którzy dla wielu pacjentów są lekarzami pierwszego kontaktu, mogą w trakcie badania jamy ustnej rozpoznać obecność zmian patologicznych charakterystycznych dla niektórych chorób jelit lub w razie wątpliwości skierować pacjenta na diagnostykę gastrologiczną.

### SUMMARY

The most common chronic inflammatory bowel diseases are ulcerative colitis and Crohn's disease, which may cause symptoms on the oral mucosa. The most common lesions include recurrent canker sores, erosions, ulcers, intraepithelial fissures, angular cheilitis, facial swelling, atrophic mucositis and oral mycosis.

The article describes the case of a patient who had small, nodular, disseminated lesions on the oral mucosa. The lesions did not respond to local treatment. The patient was diagnosed with Crohn's disease.

Changes occurring on the oral mucosa may be a symptom of chronic systemic diseases. Dentists, who are the primary care physicians for many patients, can, during oral examination, recognize the presence of pathological changes characteristic of certain intestinal diseases or, in case of doubt, refer the patient for gastrointestinal diagnostics.

## WSTĘP

Jednymi z najczęściej występujących przewlekłych chorób zapalnych jelit są wrzodziejące zapalenie jelita grubego i choroba Leśniowskiego-Crohna. Etiologia tych nieswoistych schorzeń jest nadal nieznaną. Uważa się, iż główną rolę w etiopatogenezie schorzeń odgrywają zaburzenia immunologiczne (1). Polegają one na nadmiernej reakcji typu komórkowego z udziałem limfocytów T pomocniczych (Th1), które uwalniają liczne mediatory zapalne, takie jak cytokiny (interleukina 12, 18, interferon  $\gamma$ ) oraz czynnik martwicy nowotworów TNF- $\alpha$ , przy równoczesnym spadku uwalniania IL-5 (1). Do innych przyczyn zalicza się zakażenia, m.in. *Mycobacterium paratuberculosis* i uwarunkowania genetyczne, które są uważane za najistotniejszy czynnik ryzyka wystąpienia choroby (2).

Choroba Leśniowskiego-Crohna (ang. *Crohn's disease* – CD) jest schorzeniem zapalnym dotyczącym każdego odcinka przewodu pokarmowego – od jamy ustnej aż do odbytu (3). Częstość występowania tej choroby jest większa w krajach rozwiniętych (3). Największa częstość zachorowania przypada na drugą i trzecią dekadę życia. Częstość występowania w populacji szacowana jest na 2-7 przypadków na 100 000 (2).

Do ogólnych, nieswoistych objawów choroby należą: osłabienie, bóle brzucha, zmniejszenie masy ciała, biegunki bez obecności krwi, przewlekłe stany podgorączkowe. Początkowo objawy są niespecyficzne, łagodne, a niektóre z nich mogą dominować w obrazie klinicznym (2).

Poza objawami z przewodu pokarmowego występują również objawy z innych narządów, w tym skóry oraz błony śluzowej, które stwierdza się u 14-44% pacjentów z CD (3). Objawy miejscowe zależą od lokalizacji, rozległości i stopnia zaawansowania zmian w przewodzie pokarmowym (2). Mogą one wyprzedzać wystąpienie dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego lub pojawiać się podczas trwania choroby.

Zmiany patologiczne na błonie śluzowej jamy ustnej mogą być sklasyfikowane jako swoiste, o budowie histologicznej analogicznej do zmian typowych dla dalszych części przewodu pokarmowego, i nieswoiste, które nie są specyficzne wyłącznie dla tej konkretnej choroby (4, 5). Objawy pozajelitowe są często pierwszą manifestacją chorób zapalnych jelit (2).

Do najczęściej występujących zmian zalicza się: afty nawracające, nadżerki, owrzodzenia, szczeliny śródna-błonkowe, zapalenia kątów warg, obrzęk twarzy, zanikowe zapalenie błony śluzowej i grzybice jamy ustnej, zarówno ostre, jak i przewlekłe (6).

## OPIS PRZYPADKU

Obecnie niespełna 13-letnia pacjentka zgłosiła się do Poradni Chirurgii Stomatologicznej dla Dzieci i Dorosłych IPCZD w sierpniu 2022 roku w celu konsultacji zmian na błonie śluzowej jamy ustnej, które utrzymywały się od kilku miesięcy.

W wywiadzie pacjentka ogólnie zdrowa, nie przyjmowała leków na stałe. Dziewczynka podawała okresowe dolegliwości bólowe ze strony jamy brzusznej, wzdęcia oraz przewlekłe

zmęczenie. Z wywiadu dziecko z ciąży II, porodu I, urodzona w 40. hbd z masą urodzeniową 3350 g, oceniona na 9 punktów Apgar. W listopadzie 2021 roku była hospitalizowana na Oddziale Chorób Zakaźnych w szpitalu w Lublinie z powodu dolegliwości bólowych ze strony jamy brzusznej oraz biegunek. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono wzrost aktywności aminotransferaz (ALT – 340 U/l, AST – 151 U/l, GGTP – 107 U/l). W styczniu 2022 roku u pacjentki rozpoznano anginę paciorkowcową, leczoną penicyliną fenoksymetylową z poprawą, następnie stwierdzono zapalenie dziąseł i błony śluzowej jamy ustnej, które było leczone doustnie flukonazolem. W lutym 2022 roku pacjentka przeżyła zakażenie wirusem EBV, co potwierdziły badania serologiczne w maju 2022 roku (EBV IgM ujemne, EBV IgG – 544,0 U/ml). W kontrolnych badaniach laboratoryjnych w czerwcu 2022 roku stwierdzono utrzymującą się podwyższoną aktywność aminotransferaz (ALT – 271 U/l, GGTP – 91 U/l). W wykonanych badaniach wykluczono celiakię, panel alergenów pokarmowych był ujemny, IgE prawidłowe, wynik badania w kierunku zakażenia *Bartonella henselae* ujemny. W wywiadzie pacjentka podawała okresowe pęknięcie czerwieni warg w linii środkowej i afty nawracające.

Podczas konsultacji stomatologicznej w badaniu wewnątrzustnym stwierdzono uzębienie pełne stałe, w zębach 16, 26, 36, 46 były obecne niewielkie wypełnienia kompozytowe klasy I. Na błonie śluzowej przedsonka jamy ustnej po stronie prawej, w okolicy zębów 41-47 widoczne były drobnogrudkowe, rozsiane zmiany, o układzie festonowatym, o wyglądzie pomarszczonej skórki pomarańczy, zabarwieniu bladobiałym (ryc. 1, 2). Pacjentka podawała okresowe dolegliwości bólowe ze strony zmian, zwłaszcza podczas spożywania ostrych i pikantnych pokarmów. Na błonie śluzowej wyrostka zębodołowego szczęki w okolicy zęba 21 widoczna była niewielka zmiana o charakterze nadżerki (ryc. 3). W leczeniu miejscowym stosowano nystatynę (100 000 j.m. 2 razy na dobę), olej kokosowy, żele znieczulające na ząbkowanie – bez widocznej poprawy.

U pacjentki wykonano zdjęcie pantomograficzne. W obrazie opisano wypełnienia cieniujące w zębach 16, 26, 36, 46 oraz próchnicę wtórną klasy II mezjalnie w zębie 46. Nie stwierdzono zmian patologicznych w obrębie kości szczęk i żuchwy ani utajonych źródeł infekcji zębopochodnej.

Zalecono stosowanie miejscowe środków odkażających i znieczulających 3-4 razy dziennie oraz kontrolę w Poradni Stomatologicznej po 14 dniach, a w razie braku poprawy – biopsję zmian.

Podczas wizyty kontrolnej we wrześniu 2022 roku nie stwierdzono poprawy obrazu klinicznego błony śluzowej jamy ustnej (ryc. 4). W przedsonku jamy ustnej w okolicy zębów 41-47 zmiany nasiliły się (ryc. 5). Pojawiły się nowe zmiany na błonie śluzowej przedsonka jamy ustnej w odcinku przednim szczęki oraz po stronie prawej żuchwy w okolicy zębów 44-47. Pobrano wymazy w kierunku bakterii tlenowych, beztlenowych i grzybów. W znieczuleniu miejscowym wykonano biopsję zmian z błony śluzowej



Ryc. 1. Zmiany na błonie śluzowej przedsionka jamy ustnej w okolicy zębów przednich żuchwy.



Ryc. 4. Zmiany na błonie śluzowej przedsionka jamy ustnej w okolicy zębów przednich żuchwy.



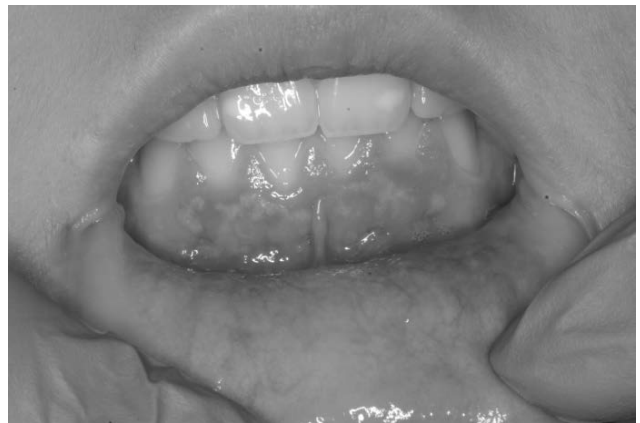
Ryc. 2. Zmiany na błonie śluzowej przedsionka jamy ustnej w okolicy zębów bocznych żuchwy.



Ryc. 5. Zmiany na błonie śluzowej przedsionka jamy ustnej w okolicy zębów przednich żuchwy.



Ryc. 3. Zmiany na błonie śluzowej przedsionka jamy ustnej w okolicy zębów przednich szczęki.



Ryc. 6. Nasilenie zmian na błonie śluzowej przedsionka jamy ustnej w okolicy zębów przednich żuchwy.

przedsionka jamy ustnej w okolicy zębów 45-46. Pobrano materiał oddano do badania histopatologicznego. Ranę zaopatrzono szwami resorbowalnymi. Umówiono wizytę kontrolną po 14 dniach.

Podczas kolejnej wizyty kontrolnej w październiku 2022 roku ponownie nie stwierdzono poprawy stanu miejscowego (ryc. 6, 7). Gojenie rany po pobraniu wycinka było prawidłowe. W badaniu histopatologicznym

materiał opisano jako wycinki tkanki łącznej włóknistej pokryte rozrośniętym nabłonkiem paraepidermoidalnym bez cech atypii. W podścielisku oraz w obrębie nabłonka ogniskowo widoczne były dość obfite polimorficzne nacieki zapalne o dużym nasileniu. Liczba granulocytów kwasochłonnych > 60/HPF. W badaniu mikrobiologicznym z dnia 1.10.2022 roku nie stwierdzono patologicznej flory bakterii tlenowych i beztlenowych, a także grzybów. Zalecono



**Ryc. 7.** Nasilenie zmian na błonie śluzowej przedsionka jamy ustnej w okolicy zębów przednich szczęki.



**Ryc. 9.** Nasilenie zmian na błonie śluzowej przedsionka jamy ustnej w okolicy zębów bocznych żuchwy.



**Ryc. 8.** Nasilenie zmian na błonie śluzowej przedsionka jamy ustnej w okolicy zębów bocznych szczęki.



**Ryc. 10.** Widoczna poprawa stanu miejscowego, zmiany uległy zmniejszeniu.

diagnostykę immunologiczną i gastroenterologiczną oraz wizytę kontrolną w Poradni Stomatologicznej za miesiąc.

W listopadzie 2022 roku pacjentka była hospitalizowana na Oddziale Pediatrii CZD w celu pogłębienia diagnostyki i została ponownie skonsultowana stomatologicznie.

W badaniu wewnątrzustnym widoczne były zmiany na błonie śluzowej wargi dolnej i górnej oraz obu policzków. W porównaniu z poprzednim badaniem zauważalna była progresja zmian, które nie były już pojedyncze, ale złane i obejmowały większy obszar (ryc. 8, 9). Zalecono płukankę do stosowania w jamie ustnej 2 razy dziennie o składzie: Nystatini 500 j., Neomycini salt 0,2, Bethamethasone 4 mg, Glicerini 40,0, ol mentholi (1 łyżka na szklankę wody). Pacjentka podczas hospitalizacji odbyła również konsultację reumatologiczną. W wywiadzie w kierunku chorób reumatologicznych pacjentka negowała objawy podmiotowe i przedmiotowe układowych chorób tkanki łącznej. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono morfologię krwi obwodowej bez odchyień od normy, niskie parametry zapalne (CRP < 0,1, OB – 8 mm/h), podwyższone próby wątrobowe (ALT – 35 U/l, AST – 35 U/l, GGTP – 36 U/l),



**Ryc. 11.** Widoczna poprawa stanu miejscowego, zmiany uległy zmniejszeniu.

nieznacznie podwyższony poziom immunoglobuliny G w surowicy (16,10 g/l), przeciwciała przeciwjądrowe (ANA) nieobecne, EBV DNA ujemne, HAV ujemne, obniżone stężenie witaminy D (17,4 ng/ml). Fizykalnie stwierdzono dyskretnie poszerzony zarys stawów skokowych, bez innych cech



zapalenia. Na podstawie badania nie było podstaw do rozpoznania choroby układowej tkanki łącznej. Podczas hospitalizacji pacjentkę skonsultowano również alergologicznie. W wywiadzie pacjentka negowała rozpoznane alergie oraz zmiany skórne o charakterze atopowego zapalenia skóry (AZS). Wcześniej wykonany panel alergiczny nie wykazał odchyień od normy. Zalecono rozszerzenie diagnostyki alergologicznej, przyjmowanie desloratadyny 5 mg raz dziennie, diagnostykę w kierunku infekcji pasożytniczej i choroby Leśniowskiego-Crohna.

Z uwagi na nieco podwyższone stężenie kalprotektyny w kale (326 ug/g przy normie < 50) zaplanowano uzupełnienie diagnostyki gastrologicznej i ewentualną gastroskopię. Wykonano wodorowy test oddechowy (WTO) po obciążeniu laktulozą i uzyskano wynik prawidłowy, wykluczono zespół rozrostu bakteryjnego jelita cienkiego (SIBO). Ze względu na dolegliwości bólowe ze strony jamy brzusznej włączono Esseliv Forte 300 mg 2 razy dziennie.

Podczas kolejnej kontroli stomatologicznej w grudniu 2022 roku według relacji mamy pacjentki stosowana mieszanka z betametazonem nie przyniosła poprawy. W badaniu wewnątrzustnym stwierdzono brak poprawy stanu miejscowego. Ponownie pobrano wymazy z jamy ustnej w kierunku bakterii tlenowych, beztlenowych i grzybów, które okazały się ujemne. Według wywiadu z mamą dziewczynki badania w kierunku infekcji pasożytniczych również były ujemne. W badaniach laboratoryjnych nadal utrzymywała się podwyższona aktywność aminotransferaz (ALT – 219 U/l, AST – 73 U/l, GGTP – 108 U/l).

W styczniu 2023 roku podczas kolejnej hospitalizacji w badaniach laboratoryjnych stwierdzono utrzymujący się wzrost aktywności aminotransferaz (ALT – 36 U/l, AST – 34 U/l, GGTP – 47 U/l) oraz podwyższone stężenie kalprotektyny w kale (484 ug/g). Wykonano badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej oraz elastografię wątroby, w których nie opisano nieprawidłowości. W gastrokopii opisano nadżerkę na błonie śluzowej części przedodźwiernikowej żołądka, w kolonoskopii obraz makroskopowy mogący odpowiadać chorobie Leśniowskiego-Crohna. Badanie kału w kierunku *Clostridium difficile* było ujemne. Wykonano biopsję grubościennej wątroby. W przebadanym materiale stwierdzono drobne naciek zapalny zawierający limfocyty i pojedyncze komórki plazmatyczne. Stwierdzono znaczny przybytek tkanki łącznej włóknistej w obrębie przestrzeni wrotnych. Nie stwierdzono stłuszczenia ani cholestazy. Obraz odpowiadał przewlekłemu zapaleniu wątroby do różnicowania z zespołem nakładania: choroba Crohna oraz autoimmunologiczne zapalenie wątroby (ang. *autoimmune hepatitis* – AIH)/pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych (ang. *primary sclerosing cholangitis* – PSC). Zdecydowano o włączeniu do leczenia azatiopryny (Imuran 1 x 50 mg), sterydów (Encorton 40 mg wraz ze schematem redukcji do dawki docelowej 15 mg), Devikap 2000 j./dzień, Emanera 1 x 40 mg, Ursosalk 2 x 250 mg, Kalipoz 1 x 391 mg K oraz włączeniu leczenia dietetycznego **ModuLife**.

W okresowo (co 10 dni) kontrolowanych aminotransferazach stwierdzono normalizację ich poziomu. Na podstawie objawów, wyników badań laboratoryjnych oraz histopatologicznych rozpoznano chorobę Leśniowskiego-Crohna oraz AIH/PSC.

W marcu 2023 roku pacjentka była hospitalizowana w trybie nagłym na Oddziale Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii z powodu ponownego wzrostu aktywności aminotransferaz (AST – 39, ALT – 78) oraz złego samopoczucia pacjentki, w celu ewentualnej modyfikacji leczenia. Pacjentka podawała okresowe bóle ze strony jamy brzusznej oraz pleców. Leczenie dietetyczne ModuLife było kontynuowane jedynie przez 4 tygodnie z powodu nietolerancji diety. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono obniżenie aktywności aminotransferaz i GGTP w porównaniu z badaniami poprzednimi. Zmniejszono dawkowanie Imuranu do 1 x 25 mg z powodu zbyt wysokiego stężenia leku, poza tym nie modyfikowano leczenia.

Podczas kolejnej planowej hospitalizacji w maju 2023 roku nie modyfikowano leczenia, w badaniach kontrolnych laboratoryjnych nie stwierdzono podwyższonej aktywności aminotransferaz. Zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej uległy zmniejszeniu (ryc. 10, 11).

## DYSKUSJA

Błona śluzowa jamy ustnej jest miejscem manifestowania się wielu zaburzeń ogólnoustrojowych, które niekiedy mogą stanowić pierwszy objaw choroby. Do chorób tych zaliczamy m.in.: choroby zapalne jelit, toczeń rumieniowaty, pęcherzycę zwykłą. Zmiany mogą być też stwierdzane na różnych etapach zaawansowania choroby układowej (7).

Wielu autorów zaobserwowało współistnienie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej u pacjentów, u których zdiagnozowano chorobę Leśniowskiego-Crohna (2). U opisywanej pacjentki zmiany w jamie ustnej utrzymywały się wraz z objawami ogólnymi z układu pokarmowego.

Do typowych zmian swoistych w jamie ustnej zalicza się: przerosty błony śluzowej przedsionka jamy ustnej i dziąseł z obecnością pseudopolipów, ziarniniakowe zapalenie warg, któremu może towarzyszyć pęknięcie czerwieni wargowej w linii pośrodkowej, oraz obrzęk błony śluzowej jamy ustnej z charakterystycznym obrazem „pobrukowania” (5, 7). Pacjentka w wywiadzie podawała okresowe pęknięcie czerwieni warg w linii pośrodkowej oraz nawracający obrzęk warg.

Zmiany nieswoiste, których występowanie jest uwarunkowane w dużym stopniu zaawansowaniem i dynamiką procesu chorobowego, obejmują: przewlekłe utrzymujące się owrzodzenia, aftę nawracającą, zapalenie kątowe warg, liszaj płaski i limfadenopatię (4, 5, 7). W wywiadzie nasza pacjentka podawała okresowe występowanie zmian o charakterze aft.

W obrazie histopatologicznym wycinków błony śluzowej przewodu pokarmowego w przebiegu choroby

Leśniowskiego-Crohna stwierdza się nagromadzenie limfocytów, przerost grudek chłonnych, obrzęk blaszki właściwej i warstwy podśluzowej. Mogą im towarzyszyć nieserowaciejące ziarniniaki zawierające komórki nabłonkowe i komórki olbrzymie, zlokalizowane szczególnie wzdłuż poszerzonych naczyń chłonnych (8-11).

W badaniu histopatologicznym pacjentki z dnia 1.10.2022 roku opisano fragmenty tkanki łącznej włóknistej pokryte rozrośniętym nabłonkiem paraepidermoidalnym bez cech atypii. W podścielisku oraz w obrębie nabłonka ogniskowo

widoczne były dość obfite polimorficzne nacieki zapalne o dużym nasileniu.

## WNIOSKI

Należy podkreślić, że lekarze dentyści, którzy dla wielu pacjentów są lekarzami pierwszego kontaktu, mogą w trakcie badania jamy ustnej rozpoznać obecność zmian patologicznych charakterystycznych dla niektórych chorób jelit lub w razie wątpliwości skierować pacjenta na diagnostykę gastrologiczną.

## KONFLIKT INTERESÓW

Brak konfliktu interesów

## ADRES DO KORESPONDENCJI:

\*Natalia Jakubanis  
Poradnia Stomatologiczna dla Dzieci  
Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia  
Dziecka”  
Al. Dzieci Polskich 20  
04-736 Warszawa Budynek D, Niski Parter  
tel.: +48 790-555-564  
n.jakubanis@wp.pl

## nadesłano:

6.11.2023

## zaakceptowano do druku:

27.11.2023

## PIŚMIENNICTWO

1. Gajendran M, Loganathan P, Catinella AP, Hashash JG: A comprehensive review and update on Crohn's disease. *Dis Mon* 2018; 64(2): 20-57.
2. Androsz-Kowalska O, Gieorgijewska A, Prokopowicz E et al.: Zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej w przebiegu nieswoistych zapaleń jelit. *Nowa Stomatol* 2008; 2: 70-74.
3. Rożalski M: Pozajelitowa skórna choroba Leśniowskiego-Crohna (przerzutowa choroba Leśniowskiego-Crohna). *Przegl Dermatol* 2014; 101: 418-422.
4. Laube R, Liu K, Schifter M et al.: Oral and upper gastrointestinal Crohn's disease. *J Gastroenterol Hepatol* 2018; 33(2): 355-364.
5. Muhvić-Urek M, Tomac-Stojmenović M, Mijandrušić-Sinčić B: Oral pathology in inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol* 2016; 22(25): 5655-5667.
6. de Vries SAG, Tan CXW, Bouma G et al.: Salivary function and oral health problems in Crohn's disease patients. *Inflamm Bowel Dis* 2018; 24(6): 1361-1367.
7. Ślebioda Z, Szponar E, Dorocka-Bobkowska B: Oral manifestations of Crohn's disease in relation to patient's hematinic status. *Postepy Hig Med Dosw* 2018; 72: 1123-1131.
8. Rydzewska G, Małecka-Panas E: Choroba Leśniowskiego-Crohna – 100 lat diagnostyki i terapii. *Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań* 2008: 9-231.
9. Veauthier B, Hornecker JR: Crohn's disease: diagnosis and management. *Am Fam Physician* 2018; 98(11): 661-669.
10. Petkowicz B, Berger M, Szeszko Ł et al.: Inflammatory bowel disease – diagnosis, etiology and symptoms including oral lesions. *Gastroenterol Pol* 2011; 18(1): 35-40.
11. Mach T, Szczeklik K, Garlicka M et al.: Opis przypadku. Owrzodzenie w obrębie jamy ustnej u chorego z aktywną chorobą Leśniowskiego-Crohna. *Przegl Gastroenterol* 2007; 2(4): 210-213.