

Diagnostik in der Stomatologie

Veränderungen der Mundschleimhaut richtig deuten

Ralph M. Trüeb, Zürich

Veränderungen der Mundschleimhaut können ein lokales Problem darstellen oder auf eine systemische Krankheit hindeuten. Dies gilt insbesondere für die Stomatitiden und aphthösen Ulzerationen. Andererseits muss bei bestimmten stomatologischen Effloreszenzen wie der Leukoplakie oder dem Lichen ruber mucosae an die Möglichkeit der malignen Transformation gedacht werden. Klinische Kontrollen und bioptische Untersuchungen verdächtiger Läsionen sind deshalb zwingend.

Unter einer Stomatitis versteht man eine Entzündung der Mundschleimhaut unter dem klinischen Erscheinungsbild der entzündlichen Rötung. Weitere Symptome sind Missempfindungen der Mundschleimhaut, wie Brennen oder Schmerz, Geschmacksstörungen, Mundgeruch und eventuell Appetitlosigkeit bis hin zur Essensverweigerung. Die Stomatitis ist keine eigenständige Krankheitsentität. Ursachen können Kontaktallergien auf Mundpflegeprodukte oder Prothesenmaterial, mangelhafte Zahn- und Mundpflege, Ernährungsmangelzustände, Nikotin- und Alkoholmissbrauch, bei Zahnprothesenträgern mangelhafte Prothesenpflege, mikrobielle Besiedelung, Allgemeinkrankheiten mit Schleimhautexsikkose (inkl. Diabetes mellitus und Sjögren-Syndrom), Chemotherapie und Nebenwirkungen von Medikamenten wie Diuretika, ACE-Hemmer, Gold oder Methotrexat sein.

Kontaktstomatitis

Die Kontaktstomatitis ist definiert als entzündliche Intoleranzreaktion der Mundschleimhaut auf der Basis einer zellvermittelten Allergie vom Spättyp (allergische Kontaktstomatitis) oder als Folge einer einmaligen Einwirkung obligat toxischer Kontakttoxinen (z. B. Säuren- oder Laugenverätzung) bzw. als Folge einer kumulativen Einwirkung von Kontakttoxinen in geringer, primär nicht schädigender Konzentration über einen längeren Zeitraum (toxische Kontaktstomatitis). Sind die Lippen betroffen, spricht man von einer Kontaktcheilitis.

Die Ursache ist vor allem in zahnärztlichen Werkstoffen (Akrylate, Metalllegierungen, Benzoylperoxid, Eugenol, Hydrochinon), Medikamenten und Inhaltsstoffen von Zahnpasten und

Mundwässern (Farbstoffe, Duftstoffe, Konservierungsstoffe, Antiseptika) zu suchen. Bei der Kontaktcheilitis ist an Inhaltsstoffe von Lippenstiften (Eosin, Lanolin, Duftstoffe) und topischen Arzneimitteln (z. B. das Virostatikum Tromantadin) zu denken.

Bei der Diagnostik steht die Anamnese im Vordergrund, aus der sich Hinweise für eine gezielte Epikutantestung ergeben.

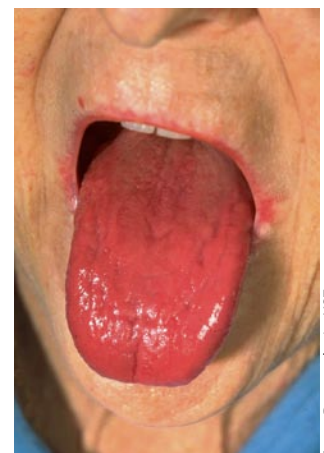
Stomatitis areata migrans (Lingua geographica)

Bei Patienten mit einer Stomatitis areata migrans zeigt die betroffene Schleimhaut (meist die Zunge [Lingua geographica]), unter charakteristischem, relativ raschem Lokalisationswechsel eine scharf begrenzte Exfoliation (Exfoliation areata linguae). Diese verursacht bei Genuss von sauren Speisen ein Brennen. Der Einzelherd stellt sich zentral unterschiedlich rot und mit leicht erhabenem, weisslichem oder gelblichem Randsaum dar (**Abb. 1**). Histologisch findet sich neben einer Verbreiterung randwärts eine Spongiose des Epithels mit Durchwanderung von neutrophilen Granulozyten und intraepithelialer Pustelbildung, ähnlich wie bei der Psoriasis.

Betroffen sind überwiegend Kinder, Jugendliche und jüngere Erwachsene. Es besteht eine Syntropie mit der Lingua plicata und mit Psoriasis.



◆ **Abb. 1:** Bei der Stomatitis areata migrans zeigt die Zunge oft eine scharf begrenzte Exfoliation.



◆ **Abb. 2:** Bei der atrophischen Stomatitis kann die Zunge feuerrot erscheinen.

Fotos: Dermatologie, USZ

Differenzialdiagnostisch sind Lichen ruber, Syphilis II (Plaques opalines, Plaques lisses), Möller-Hunter-Glossitis und eine Candida-Stomatitis auszuschließen. Es empfiehlt sich der mykologischer Ausschluss einer Candidose sowie eine Vitamin-B12-, Folsäure- und Serumferritinspiegel-Bestimmung.

Atrophische Stomatitis

Leitsymptom der atrophischen Stomatitis ist ein Mund- (Stomatodynie) oder Zungenbrennen (Glossopyrose). Bei der klinischen Untersuchung findet sich eine Schleimhautatrophie, insbesondere im Bereich der Zunge mit Reduktion der filliformen Zungenpapillen. Je nach Ätiopathogenese kann die Schleimhaut blass, feuer- oder düsterrot erscheinen (Abb. 2). Im Laufe der Zeit kann es zur pflastersteinartigen Umwandlung der Zungenoberfläche kommen. Die Atrophie der Schleimhaut kann zur Folge haben, dass bereits geringe Traumen zu Erosionen und aphthoiden Ulzerationen führen.

Ätiopathogenetisch stehen Ernährungsmangelzustände, insbesondere Mangel von Eisen (Plummer-Vinson-Syndrom), Vitamin B12 (Perniciosa- oder Möller-Hunter Glossitis), Nikotinsäure (Pellagra), Folsäure (z. B. unter Methotrexat) und Zink (z. B. unter ACE-Hemmer) im Vordergrund. Das Krankheitsbild tritt oft bei alten Menschen und Alkoholikern auf.

Differenzialdiagnostisch sind die akute atrophische Candidose im Rahmen einer Antibiotikatherapie und eine chronische atrophische Candidose an den Mundschleimhaut-Auflageflächen von Zahnprothesen (v. a. bei Diabetikern) auszuschließen. Es empfehlen sich deshalb ein mykologischer Abstrich sowie eine internistische Durchuntersuchung. Hypovitaminosen und andere Mangelkrankheiten kommen durch alimentären Mangel, Störungen der Darmflora oder Störungen der Resorption zustande.

Aphthenkrankheit

Aphthen sind rundlich-ovaläre Schleimhauterosionen oder -ulzerationen mit Randerythem und Bestandsdauer von einigen Tagen bis zu mehreren Wochen. Sie können im Rahmen verschiedener Krankheiten entstehen. Mit Abstand am häufigsten sind aber die rezidivierenden oder habituellen Aphthen, die wohl auch insgesamt die häufigste Krankheit der Mundschleimhaut sind. Man unterscheidet drei Typen:

Aphthen vom Mikulicz-Typ (Abb. 3) weisen einen Durchmesser von <10 mm auf. Gewöhnlich treten weniger als fünf Aphthen dieses Typs gleichzeitig auf. Sie bevorzugen die vordere Mundhöhle und haben eine Bestandsdauer von weniger als zehn Tagen. Sie heilen ohne Narbenbildung ab.

Aphthen vom Sutton-Typ (Abb. 4) weisen einen Durchmesser von >10 mm auf, bevorzugen die hintere Mundhöhle, und haben eine Bestandsdauer von mehreren Wochen bis drei Monate. Sie können Narben hinterlassen.

Herpetiforme Aphthen weisen einen Durchmesser von 1–3 mm auf, treten in Gruppen >100 auf und können konfluieren. Sie kommen in der ganzen Mundhöhle vor, am häufigsten seitlich der Zunge.



Fotos: Dermatologie, USZ

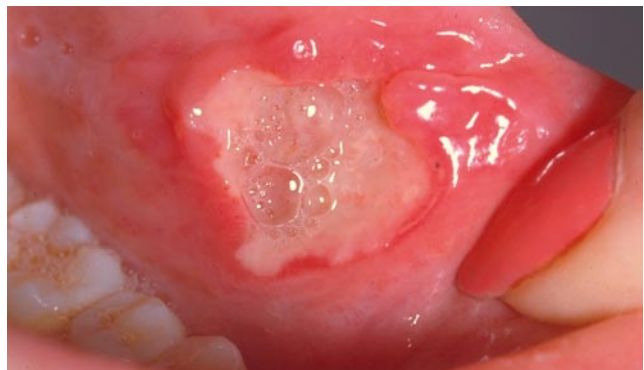
◆ **Abb. 3:** Aphthen vom Mikulicz-Typ haben einen Durchmesser von <10 mm und treten v. a. in der vorderen Mundhöhle auf.

Bei oralen aphthösen Ulzerationen müssen differenzialdiagnostisch ausgeschlossen werden:

- ◆ Infektionskrankheiten (Gingivostomatitis herpetica, Varizellen, Herpangina, Hand-Fuss-Mund-Krankheit, Zytomegalievirus, AIDS, Syphilis),
- ◆ Arzneimittelreaktionen (z. B. Gold, Methotrexat),
- ◆ Dermatologische Erkrankungen (Lichen ruber, Pemphigus vulgaris, bullöses Pemphigoid, vernarbendes Pemphigoid, Erythema exsudativum multiforme, Lupus erythematodes),
- ◆ Hämatologische Erkrankungen (zyklische Neutropenie, Agranulozytose, Leukämie),
- ◆ Gastrointestinale Erkrankungen (Coeliakie, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa),
- ◆ M. Adamantiades-Behçet (rezidivierende orale und genitale Ulzerationen, Augen- und Hautmanifestationen, positiver Pathergietest).

Abklärungen

Bei der Abklärung wird versucht, auslösende Faktoren wie bestimmte Nahrungs- oder Arzneimittel, Menstruation oder Stress zu identifizieren. Des Weiteren wird der Ernährungsstatus des Patienten (Eisen, Vitamin B12, Folsäure) bestimmt. Wichtig sind



◆ **Abb. 4:** Aphthen vom Sutton-Typ haben einen Durchmesser von >10 mm und treten v. a. in der hinteren Mundhöhle auf.



◆ Abb. 5: Typisch für die retikuläre Form des Lichen ruber mucosae ist eine nicht abstreifbare, matt- oder milchweisse Netzzeichnung.



◆ Abb. 6: Bei der atrophischen Form des Lichen ruber mucosae stossen sich die obersten Zahnfleischschichten ab.



Fotos: Dermatologie, USZ

◆ Abb. 7: Als Leukoplakie bezeichnet man einen weissen, nicht abwischbaren Schleimhautfleck.

auch die mikrobiologische Diagnostik (HSV, Syphilis, Candida), immunologische Diagnostik (anti-Gliadin-Antikörper, autoimmunbullöse Erkrankungen, ANA, RF, anti-SSA, ANCA, HIV) sowie die dermatologische, hämatologische und gastroenterologische Ausschlussdiagnostik unter besonderer Berücksichtigung von M. Adamantiades-Behçet, zyklischer Neutropenie, Morbus Crohn und Colitis ulcerosa.

Lichen ruber mucosae

Beim Lichen ruber (planus) handelt es sich um eine relativ häufige, nicht-infektiöse, entzündliche Haut- und Schleimhauterkrankung. Sie kann in jedem Lebensalter auftreten, am häufigsten ist sie jedoch im Erwachsenenalter. Männer und Frauen sind gleich oft betroffen. Schleimhautbefall findet sich in 25–70% der Fälle und ist von hohem diagnostischem Wert. Ein isolierter Schleimhautbefall kommt bei 30% vor. Lokalisation sind die Wangenschleimhaut (80%), die Zunge (50%), das Lippenrot (20%) sowie die Gingiva (10%). Die Schleimhautveränderungen weisen eine grosse Formenvielfalt auf und haben eine hohe Chronizitätsneigung.

Lichen ruber mucosae, retikuläre Form

Typisch für den Lichen ruber mucosae ist eine nicht abstreifbare, matt- oder milchweisse Netzzeichnung, entsprechend den von WICKHAM (1861–1919) erstmals beschriebenen «stries et punctuations grisâtres», zumeist an den Wangen nach den Mundwinkeln oder gegenüber den Molaren (Abb. 5).

Differenzialdiagnostisch ist an Morsicatio buccarum (Bissleiste, habituelles Wangenkauen), pseudomembranöse Candidose (leicht abschiebbar), Leukoplakie (irritativ, dysplastisch) zu denken.

Lichen ruber mucosae, atrophische Form

Bei der atrophischen Form des Lichen ruber mucosae (desquamative Gingivitis) handelt es sich um eine schmerzhaft entzündliche Rötung der Gingiva, bei der sich die obersten Zahnfleischschichten abstossen (Abb. 6). Wegen der schmerzhaften Reinigung der Mundhöhle ist diese Form des Lichen ruber oft von einer plaquebedingten, chronischen Gingivitis begleitet.

Die desquamative Gingivitis ist kein eigenständiges Krankheitsbild, sondern kann das Symptom eines Lichen ruber mucosae (atrophische Form) oder eines Schleimhautpemphigoids sein. Es kann sich auch um eine lokale Überempfindlichkeitsreaktion auf Mundwasser (Chlorhexidin), Zahnersatzmaterialien, Medikamente oder Natriumlaurylsulfat (in Zahnpasten) handeln.

Lichen ruber mucosae, leukoplakische Form

Leukoplakie ist rein klinisch definiert und beschreibt einen weissen Schleimhautfleck, der nicht abwischbar ist. Sie stellt die häufigste Verhornungsstörung der Mundschleimhaut dar und ist polyätiologisch bedingt. Mitunter kann sie eine Erscheinungsform des Lichen ruber mucosae sein und entweder kleinfleckig,



Foto: Dermatologie, USZ

◆ **Abb. 8:** Die erosiv-ulzeröse Form des Lichen ruber mucosae ist oft sehr schmerzhaft.

pflastersteinartig aggregiert oder flächig auftreten (**Abb. 7**).

Die Differenzialdiagnose ist breit und umfasst hereditäre Leukoplakien (z. B. weisser epithelialer Schleimhautnaevus), exogen-irritative Leukoplakien (z. B. mechanische Irritation durch schadhafte Zähne oder Zahnersatz), chemische Noxen (z. B. Tabak), Viruspapillom(-atosen), chronisch hyperplastische Candidose, chronisch entzündliche Leukoplakien anderer Ätiologie (z. B. Glossitis interstitialis luica) und Präkanzerosen (Leukoplakien mit histologisch Zeichen der Dysplasie).

Lichen ruber mucosae, erosiv-ulzeröse Form

Bei der erosiv-ulzerösen Form des Lichen ruber mucosae handelt es sich um oft stark schmerzhaftes, erosiv-ulzeröse Schleimhautveränderungen mit hoher Chronizitätsneigung (**Abb. 8**).

Differenzialdiagnostisch ist in erster Linie an die autoimmun-bullösen Dermatosen mit Mundschleimhautbeteiligung zu denken, vor allem Schleimhautpemphigoid und Pemphigus vulgaris, ferner Lupus erythematoses, Éctodermose pluriorificielle Fiessinger-Rendu-Fuchs (Erythema exsudativum multiforme der Schleimhäute) und Arzneimittelreaktionen (z. B. Methotrexat).

Abklärungen

Gewöhnlich sind eine Biopsie und ein mykologischer Abstrich im Hinblick auf eine sekundäre Candidose indiziert. Vor allem bei der desquamativen Gingivitis und bei der erosiv-ulzerösen Form des Lichen ruber mucosae sollte auch eine direkte Immunfluoreszenzuntersuchung zur differenzialdiagnostischen Abgrenzung des Schleimhautpemphigoids (lineäre Immunablagerungen entlang der Basalmembranzone) bzw. eines Pemphigus vulgaris (intraepitheliale interzelluläre Immunablagerungen) erfolgen.

Da bis zu 10% der leukoplakischen Schleimhautveränderungen als präkanzerös anzusehen sind und in bis zu 3% der Fäl-

le ein Carcinoma in situ vorliegt, bedürfen derartige Veränderungen stets einer differenzialdiagnostischen Abgrenzung durch eine gezielte bioptische Untersuchung. Da maligne Transformation auf dem Boden eines Lichen ruber mucosae vorkommt (besonders bei der erosiv-ulzerösen Form), sind regelmässige klinische Kontrollen und gezielte bioptische Untersuchungen verdächtiger Läsionen im Verlauf angezeigt.



Prof. Dr. med. Ralph M. Trüeb
Dermatologische Klinik
Universitätsspital Zürich
Gloriastrasse 31
8091 Zürich
ralph.trueeb@usz.ch

Literatur:

1. Bork K, et al.: Diseases of the Oral Mucosa and the Lips. W. B. Saunders Company, 1996.
2. Camisa C, Rindler JM (eds.): Disease of the Oral Mucous Membranes. Current Problems in Dermatology Vol. VIII, Number 2, March/April 1996: 41–96.
3. Cawson RA, et al.: Color Atlas of oral disease. Clinical and pathologic correlations. Second Edition. M Wolfe, 1993.
4. Jones HH, Mason DK (eds.): Oral Manifestations of Systemic Disease. Second Edition. Baillière Tindall, 1990.
5. Miles DA, Rogers RS III (eds.): Disorders Affecting the Oral Cavity. Dermatologic Clinics, Saunders, April 1996.

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

- ◆ In der Mundhöhle finden sich Krankheiten, die auf spezifisch dermatologische Erkrankungen oder solche von allgemeiner medizinischer Bedeutung hinweisen können.
- ◆ Zu den häufigen Erkrankungen der Mundhöhle gehören: Stomatitis, Aphthenkrankheit, Lichen ruber, Leukoplakien, Tumoren.
- ◆ Unter Stomatitis versteht man eine polyätiologische Entzündung der Mundschleimhaut.
- ◆ Aphthen sind rundlich-ovaläre Schleimhauterosionen oder -ulzerationen, die im Rahmen verschiedener Krankheiten entstehen können. Mit Abstand am häufigsten sind aber die rezidivierenden oder habituellen Aphthen.
- ◆ Der Lichen ruber mucosae zeichnet sich durch grosse Formenvielfalt und Chronizität aus. Da maligne Transformation vorkommt, besonders bei der erosiv-ulzerösen Form, sind regelmässige klinische Kontrollen und gezielte bioptische Untersuchungen verdächtiger Läsionen im Verlauf angezeigt.
- ◆ Die desquamative Gingivitis ist kein eigenständiges Krankheitsbild, sondern Symptom eines Lichen ruber mucosae, Schleimhautpemphigoids oder einer lokalen Überempfindlichkeitsreaktion.
- ◆ Leukoplakie ist ein weisser Schleimhautfleck, der nicht abwischbar ist. Derartige Veränderungen bedürfen stets einer bioptischen Untersuchung.