

Stomatologie-Quiz

Leitsymptom: weisse Schleimhautveränderungen im Vestibulum

Patientengeschichte 1

Ein 37-jähriger Patient wurde von seinem Privatzaharnt zur Abklärung einer weissen Schleimhautveränderung im anterioren Vestibulum an die Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie der Universität Bern zugewiesen. Der Patient ist zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung beschwerdefrei, hat eine unauffällige allgemeinmedizinische Anamnese und konsumiert regelmässig tabakhaltigen Snus (5–7 Beutel pro Tag, seit ca. 12 Jahren). Der Snus-Beutel wurde jeweils zwischen den Oberkieferfrontzähnen und der Oberlippe platziert.

Klinischer Befund

Extraoral war das Gesicht inspektorisch mit symmetrischen Gesichtszügen unauffällig, ebenso die Sensomotorik (N. V1–3 / N. VII). Die Mundöffnung war nicht eingeschränkt, die Kiefergelenke und die Kaumuskulatur zeigten keine pathologischen Befunde. Es waren keine palpablen Lymphknoten feststellbar. Intraoral zeigte sich im Oberkiefer im anterioren Vestibulum von Regio 13–23 eine nicht abwischbare, markant weisse, plaqueartige, ca. 30 x 20 mm grosse Schleimhautveränderung (Abb. 1). Der übrige Befund war stomatologisch unauffällig.

Patientengeschichte 2

Der 36-jährige Patient wurde von seinem Privatzaharnt zur Abklärung einer weissen Schleimhautveränderung im posterioren Planum buccale links an die Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie der Universität Bern zugewiesen. Der Patient ist zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung beschwerdefrei, hat eine medikamentös (Candesartan) behandelte Hypertonie und konsumiert

regelmässig tabakhaltigen Snus (20 Beutel pro Tag, seit ca. 10 Jahren). Der Patient appliziert den Snus-Beutel jeweils ins posteriore Vestibulum links.

Klinischer Befund

Extraoral war das Gesicht inspektorisch mit symmetrischen Gesichtszügen unauffällig, die Sensomotorik (N. V1–3 / N. VII) ebenfalls. Die Mundöffnung war uneingeschränkt, die Kiefergelenke und die Kaumuskulatur zeigten keine pathologischen Befunde. Es waren keine palpablen Lymphknoten feststellbar. Intraoral zeigte sich im Planum buccale links eine nicht abwischbare, markant weisse plaqueartige, ca. 15 x 20 mm grosse Schleimhautveränderung mit zwei zentral erosiven Arealen (Abb. 2a).

Fragen zum Befund

- 1) Welches sind die Verdachts- und Differenzialdiagnosen?
- 2) Was sind die Auswirkungen von Snus auf die orale Schleimhaut?
- 3) Welches weitere Vorgehen ist zu empfehlen?



Abb. 1



Fabrice A. Dulla
Dr. med. dent.
Bern

Valérie G. A. Suter
PD Dr. med. dent.
Bern



Abb. 2a



Abb. 2b



Abb. 2c



Abb. 3



Abb. 4



Abb. 5

Lösungen

1) Weisse Veränderungen der Mundschleimhaut können vielfältige Ursachen haben, darunter chronische mechanische Reizungen (Friktionskeratose), Wangenbeissen (Morsicatio buccarum), Leuködem, Rauchergaumen oder oraler Lichen planus. Können diese Ursachen klinisch oder durch histopathologische Untersuchungen (z. B. Biopsie) ausgeschlossen werden, stellt sich die Diagnose einer oralen Leukoplakie als Ausschlussdiagnose. Orale Leukoplakien werden nach ihrem klinischen Erscheinungsbild in homogene (Abb. 3) und

inhomogene Formen (Abb. 4) unterteilt und treten bei Rauchenden etwa sechsmal häufiger als bei Nichtrauchenden auf. Auch der Gebrauch von rauchfreien Tabakprodukten wie Snus begünstigt die Entstehung von Leukoplakien. Snus-assoziierte Leukoplakien sind typischerweise an den Stellen der Mundschleimhaut lokalisiert, an denen der Snus-Beutel platziert wird (Abb. 1, 2a, 2c, 5). Wiederholter Snus-Konsum über längere Zeit führt in der Regel zur Entwicklung leukoplakischer Veränderungen. Darüber hinaus besteht eine klare Dosis-Wirkungsbeziehung zwischen der konsumierten Menge und dem Auftreten von Leukoplakien.

2) Die orale Leukoplakie stellt eine potenziell maligne Veränderung dar, deren Risiko, im Laufe der Zeit in ein Karzinom zu entarten, als erhöht einzustufen ist. In der Literatur werden allgemein durchschnittliche Entartungsraten von 7,2 % beschrieben. Bei Snus-assoziierten Leukoplakien ist aufgrund der limitierten Datenlage aktuell keine klare Aussage zum Zusammenhang zwischen Snus-Konsum und Entartungsrisiko der Schleimhautveränderung zu einem Karzinom möglich. In der Literatur werden Karzinome deutlich seltener in Zusammenhang mit Snus als mit Zigarettenrauchen beschrieben. Bei Snus-Konsum werden auch Gingivarezessionen beobachtet (Abb. 5). Dabei wird bis zu einem neunfach erhöhten Risiko bei Patient*innen mit Snus-Konsum im Vergleich zu Nichtkonsument*innen beschrieben. Weiter werden häufig Verfärbungen (Tabakablagerung) an den Zähnen sowie eine Rötung der marginalen Gingiva beobachtet (Abb. 5). Eine Korrelation zwischen Snus-Konsum und der Entstehung von Gingivitis, Parodontitis oder Karies konnte nicht eindeutig nachgewiesen werden.

3) Wird klinisch eine Snus-assoziierte Leukoplakie diagnostiziert, sollten die Patient*innen über mögliche Risiken wie Gingivarezessionen und Zahnverfärbungen informiert werden. Biopsien werden lediglich in Ausnahmefällen zur weiteren Diagnostik durchgeführt. Ein wichtiger Bestandteil nebst der zahnärztlichen Untersuchung in der Praxis ist das Erfragen der Snus-Konsumgewohnheiten sowie die Motivation der Patient*innen zur Beendigung des Konsums. Das im Snus enthaltene Salz rauht die Schleimhaut auf und das suchterregende Nikotin gelangt direkt in die Blutbahn und zum zentralen Nervensystem. Besonders alarmierend ist der zunehmende Snus-Konsum bei Jugendlichen, da die noch laufende Gehirnentwicklung das Risiko einer raschen Nikotinabhängigkeit nochmals erhöht. Der Nikotingehalt im Blut ist dabei vergleichbar mit rauchenden Personen. Deshalb ist es wichtig, insbesondere bei Jugendlichen, den Konsum frühzeitig wieder zu stoppen. In

den meisten Fällen führt ein Snus-Stopp innerhalb weniger Wochen zum Verschwinden der Leukoplakie (Abb. 2a, 2b). Bei fortlaufendem Konsum sollen Snus-assoziierte Leukoplakien im Rahmen des zahnärztlichen und/oder Dentalhygiene-Recalls weiter überwacht werden. Persistieren die Veränderungen auch nach einem Snus-Stopp oder zeigen sie klinisch inhomogene Eigenschaften, sollte eine Beurteilung in einer spezialisierten stomatologischen Fachklinik erfolgen.

Beim ersten Patientenfall handelte es sich um eine Snus-assoziierte Leukoplakie im anterioren Vestibulum (Abb. 1). Der Patient wurde über den Befund aufgeklärt und es wurden die Snus-Gewohnheiten und mögliche orale Auswirkungen gemeinsam besprochen. Die weiteren Verlaufskontrollen finden im Rahmen des zahnärztlichen/Dentalhygiene-Recalls statt.

Beim zweiten Patientenfall erfolgte zur weiteren Diagnostik eine Inzisionsbiopsie im Bereich der erosiven Stellen im posterioren Planum buccale links. Die histopathologische Untersuchung zeigte keine Dysplasie. Die Snus-Gewohnheiten wurden mit dem Patienten gemeinsam besprochen, und ein Snus-Stopp wurde empfohlen. Der Patient wechselte nach der Erstabklärung an der Klinik die Applikationsstelle des Snus-Beutels vom linken ins rechte posteriore Vestibulum. Folglich verschwand die Snus-assoziierte Leukoplakie links (Abb. 2b), während sich rechts eine neu entstandene weisse, plaqueartige Schleimhautveränderung präsentierte (Abb. 2c). Die weiteren Verlaufskontrollen finden im Rahmen des zahnärztlichen/Dentalhygiene-Recalls statt.

Korrespondenzadresse:
PD Dr. med. dent.
Valérie G. A. Suter
Klinik für Oralchirurgie
und Stomatologie
Zahnmedizinische Kliniken
der Universität Bern
Freiburgstrasse 7,
3010 Bern
valerie.suter@unibe.ch