

DENTISTA FOKUS

MUNDSCHLEIMHAUT- VERÄNDERUNGEN

Wir Zahnärzte und unser Praxisteam sind die einzigen, die den Patienten regelmäßig mindestens einmal pro Jahr in den Mund sehen. Mundschleimhautveränderungen sollten uns daher auffallen. Im stressigen Praxisalltag stehen jedoch meist die Zähne unserer Patienten im Vordergrund. Haut und Mundschleimhaut geraten dabei nicht selten in Vergessenheit. Diese Ausgabe beginnt deshalb mit dem systematischen Screening der Mundschleimhaut und thematisiert außerdem Mundschleimhautrekrankungen unterschiedlichster Ätiologie, Dentalallergien, den Zusammenhang von Ernährung und Schleimhäuten bis hin zur möglichen Wirkung parodontaler Keime im Hirn.

Eine spannende Lektüre wünscht Ihnen



Dr. Kristin Ladetzki
Chefredakteurin

Krebsfrüherkennung in der zahnärztlichen Praxis Das opportunistische Screening

In der Mundhöhle werden maligne Tumoren im Gegensatz zu gutartigen Schleimhautveränderungen vergleichsweise selten diagnostiziert. Da sich bösartige Neoplasien in der Regel schmerzfrei entwickeln, bleibt der Patient nicht selten zunächst ahnungslos und die Diagnose wird dann leider (zu) spät gestellt. Ziel ist es daher, mit dem sogenannten „opportunistischen Screening“ in der oralen Medizin prämalige und maligne Veränderungen frühzeitig zu erkennen und bei Bedarf entsprechende Maßnahmen (rechtzeitig) einzuleiten. Der Zahnarzt sowie das Assistenzpersonal sollten sich als Experten für die orale Gesundheit ihrer Verantwortung bezüglich Krebsfrüherkennung bewusst sein und entsprechend agieren. So senkt z. B. die Frühdiagnose und

Therapie eines Plattenepithelkarzinoms die Morbidität und Mortalität für den Patienten deutlich.

Vorgehen

Das opportunistische oralmedizinische Screening (OOS) sollte Bestandteil jeder zahnärztlichen Untersuchung sein und bei Neupatienten sowie im Rahmen des Recalls erfolgen¹. Dabei werden die Haut besonders im Gesichtsbereich und die orale Schleimhaut primär visuell von außen nach innen systematisch untersucht. Die visuelle Untersuchung ist nach wie vor die wichtigste klinische Untersuchungsmethode in der Oralmedizin und nur in speziellen Fällen werden zusätzliche diagnostische Techniken

hinzugezogen². Die Untersuchung sollte routinemäßig (bei jeder Gelegenheit = opportunistisch) und mit einer Systematik durchgeführt werden, um alle Schleimhautbereiche effizient kontrollieren zu können³. Zuerst werden das Gesicht und die periorale Region untersucht (außen). Die Inspektion der Lippen erfolgt bei geöffneten und geschlossenen Lippen und es wird speziell auf Form, Farbveränderungen, Oberflächenbeschaffenheit und Anordnung geachtet (Abb. 1). Zusätzlich können Haut- und Schleimhautregionen sowie anfallende Befunde auch palpirt werden. Für die intraorale oralmedizinische Grunduntersuchung braucht es idealerweise zwei Mundspiegel, eine zahnärztliche Sonde, eine Parodontalsonde, eine zahnärztliche Pinzette und Longuetten (Abb. 2).

Systematik

Um bei der Untersuchung der Mundhöhlenschleimhaut systematisch vorgehen zu können, empfiehlt sich folgende Untersuchungssequenz: Wangenschleimhaut, Vestibulum im Ober- und Unterkiefer beidseits, zahntragende Kieferabschnitte inklusive Gingiva und schließlich der Zungenrücken. Zur Untersuchung der Zungenränder und -unterseite eignen sich Longuetten mit denen die Zunge herausgezogen und fixiert sowie im trockenen Zustand beurteilt werden kann (Abb. 3). Gleichzeitig kann der Mundboden inspiziert werden. Der harte und weiche Gaumen werden idealerweise beim Patienten mit leicht flektierter Kopfposition beurteilt. Zum Schluss folgt die Untersuchung des Oropharynx inklusive Tonsilla palatina bzw. Tonsillenloge beidseits mit Arcus palatoglossus und pharyngeus, Uvula und Pharynxhinterwand (Abb. 4).

Risikopatienten

Die Mehrheit der Karzinome im Mund- und Rachenraum sind mit einem bestimmten Lebensstil bzw. Risikofaktoren wie Tabak- oder Alkoholkonsum assoziiert⁴⁻⁷. Mitunter tritt ein Plattenepithelkarzinom auch bei jüngeren Patienten ohne erkennbare Risikofaktoren auf^{5,6}. Bei einigen Patienten liegt eine Infektion mit dem Humanen Papillomavirus vor^{7,8}, wobei besonders bei einer Infektion mit dem Typ 16 ein Zusammenhang mit Karzinomen im Kopf- und Halsbereich, im Speziellen mit Oropharynxkarzinomen beschrieben wurde⁹. Des Weiteren sind Patienten mit einer Autoimmunerkrankung oder einer systemischen Immunsuppression gefährdet¹⁰. Das Alter alleine ist kein Risikofaktor für ein Karzinom im Mund- und Rachenraum, jedoch das Alter in Kombination mit anderen Risikofaktoren (Synergismus)¹¹. Daher gehört zum OOS die genaue Erfassung und Aktualisierung



Abb. 1 Zunächst werden beim OOS jeweils das Gesicht und die periorale Region untersucht. Bei den Lippen werden speziell die Form, Farbveränderungen, Oberflächenbeschaffenheit und Anordnung (Symmetrie) beurteilt.



Abb. 3 Die Untersuchung der Zungenränder und -unterseite erfolgt mittels Longuetten: Die herausgezogene Zunge wird fixiert und kann so im trockenen Zustand besser beurteilt werden.



Abb. 2 Untersuchungsset für das OOS mit zwei Mundspiegeln, einer zahnärztlichen Sonde, einer Parodontalsonde sowie zahnärztlicher Pinzette und Longuetten. Zudem liegen Wangenhalter bereit, um einen oralmedizinisch relevanten Befund fotografisch festhalten zu können.



Abb. 4 Die Untersuchung des Oropharynx inklusive Tonsilla palatina bzw. Tonsillenloge beidseits mit Arcus palatoglossus und pharyngeus, Uvula und Pharynxhinterwand erfolgt zum Abschluss des OOS.

der Anamnese im Besonderen bezüglich klassischer Risikofaktoren wie Tabak- und Alkoholkonsum oder immunsuppressiver Medikamente^{4-6,10}. Zudem sind ein bereits diagnostiziertes Karzinom sowie eine positive Familienanamnese bekannte Karzinomrisikofaktoren⁴.

Praxisteam

Der Zahnarzt bzw. die Zahnärztin sollte das OOS bei allen Neupatienten und im Recall im Rahmen der zahnärztlichen Untersuchung durchführen, also wann immer sich die Gelegenheit dazu bie-

tet^{1,12}. Die Dentalhygienikerin/Prophylaxeassistentin sieht den Patienten meist noch häufiger und regelmäßiger als der Zahnarzt – mindestens einmal pro Jahr – und kann so auch einen wesentlichen Beitrag zur oralmedizinischen Gesundheit und Krebsfrüherkennung beitragen¹. Keine anderen medizinischen Fachpersonen als die Spezialisten für orale Gesundheit im zahnmedizinischen Praxisteam schauen dem Patienten häufiger in den Mund¹³.

Tumore können harmlose Schleimhautveränderungen imitieren. Weiß-rote Veränderungen mit Induration und zentraler Nekrose respektive Ulzeration sind im Besonderen zu beachten, weil die-



Abb. 5a und b Wangeninnenseiten beidseits mit ektopen Talgdrüsen (Status Fordyce). Kenntnisse über Normvarianten sind Voraussetzung zur Erkennung und korrekten Diagnose pathologischer Veränderungen.



Abb. 6 Plattenepithelkarzinom am linken Zungenrand. Es zeigt sich eine größere, inhomogene und indurierte Schleimhautveränderung mit erosiv-ulzerativen und plaqueartigen, erythro-leukoplakischen (rot-weißen) Zonen.

ses klinische Erscheinungsbild für eine maligne Veränderung oft typisch ist¹⁴. Kenntnisse über das Aussehen gesunder Schleimhäute und anatomischer Strukturen sowie Normvarianten sind Voraussetzung zur Erkennung und Diagnose pathologischer Veränderungen (Abb. 5).

Eine gute Zusammenarbeit im Praxisteam ist unabdingbar, damit suspekthe oralmedizinische Befunde im Team angesprochen und diskutiert werden⁴. Zunächst spielt es keine Rolle, um welche Schleimhautveränderung es sich handelt. Das Entscheidende ist, dass der jeweilige Untersucher aufmerksam ist und unklare sowie suspekthe Schleimhautveränderungen als solche erkennt und nicht ignoriert. Danach sollte entschieden

werden, ob der Befund beobachtet, eine Biopsie oder auch eine Therapie in der Praxis durchgeführt werden oder eine Überweisung zum Spezialisten erfolgt.

Fazit

Prä-maligne und maligne orale Veränderungen verursachen in der Regel keine Schmerzen und sind im Frühstadium oftmals schwierig von gesundem Gewebe zu unterscheiden (Abb. 6)¹⁵. Daher nimmt der Patient eine maligne Schleimhautveränderung meist wenig ernst und bleibt nicht selten lange ahnungslos. In einem späten Stadium der Erkrankung ist die Diagnose für den Patienten ein

einschneidendes Lebensereignis und die Überlebensrate betroffener Patienten ist oft deutlich reduziert¹.

Es liegt daher in der Verantwortung des Zahnarztes und seines Praxisteam, anlässlich des Erstbefundes oder im Rahmen des Recalls das OOS durchzuführen^{1,4}. Durch eine exakte und stets aktualisierte Anamnese können Risikopatienten (Tabak- und Alkoholkonsum, Immunsuppression) bei Bedarf auch engmaschiger betreut werden.

Ziele des OOS sind die Prävention und Frühdiagnose von prä-malignen Schleimhautveränderungen und maligner Tumoren, um die Morbidität und Mortalität infolge einer zu spät erfolgten Diagnosestellung und Therapie zu senken¹.

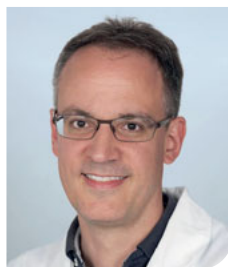
Literatur

1. Farah CS, Simanovic B, Dost F. Oral cancer in Australia 1982–2008: a growing need for opportunistic screening and prevention. *Aust Dent J* 2014;59:349–359.
2. Warnakulasuriya S, Fennell N, Diz P, Seoane J, Rapidis A. An appraisal of oral cancer and pre-cancer screening programmes in Europe: a systematic review. *J Oral Pathol Med* 2015;44:559–570.
3. Lim K, Moles DR, Downer MC, Speight PM. Opportunistic screening for oral cancer and precancer in general dental practice: results of a demonstration study. *Br Dent J* 2003;194:497–502.
4. Mariño R, Haresaku S, McGrath R et al. Oral cancer screening practices of oral health professionals in Australia. *BMC Oral Health* 2017;17:151.
5. Hashibe M, Brennan P, Benhamou S et al. Alcohol drinking in never users of tobacco, cigarette smoking in never drinkers, and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *J Natl Cancer Inst* 2007;99:777–789.
6. Hashibe M, Preenan P, Chuang SC et al. Interaction between tobacco and alcohol use and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the International Head and Neck cancer Epidemiology Consortium. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2009;18:541–550.
7. Russo D, Merolla F, Varricchio S et al. Epigenetics of oral and oropharyngeal cancers. *Biomed Rep* 2018;9:275–283.
8. Deschler DG, Richmon JD, Khariwala SS, Ferris RL, Wang MB. The “new” head and neck cancer patient—young, nonsmoker, nondrinker, and HPV positive: evaluation. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2014;151:375–380.
9. Young D, Xiao CC, Murphy B, Moore M, Fakhry C, Day TA. Increase in head and neck cancer in younger patients due to human papillomavirus (HPV). *Oral Oncol* 2015;51:727–730.
10. Kadakia S, Ducic Y, Marra D, Chan D, Saman M, Sawhney R, Mourad M. Cutaneous squamous cell carcinoma of the scalp in the immunocompromised patient: review of 53 cases. *Oral Maxillofac Surg* 2016;20:171–175.
11. Llewellyn CD, Johnson NW, Warnakulasuriya KAAS. Risk factors for oral squamous cell carcinoma of the oral cavity in young people – a comprehensive literature review. *Oral Oncol* 2001;37:401–418.
12. Ford PJ, Farah CS. Early detection and diagnosis of oral cancer: strategies for improvement. *J Cancer Policy* 2013;1:e2–7.
13. Bornstein MM, Lüönd-Valeskeviute I, Altermatt HJ, Stauffer E, Buser D. In einer Stomatologiesprechstunde diagnostizierte Mundschleimhautveränderungen. Eine Untersuchung klinisch-histopathologischer Befunde aus dem Jahre 2003. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 2006;116:468–475.
14. Warnakulasuriya S. Clinical features and presentation of oral potentially malignant disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2018;125:582–590.
15. Scott SE, Grunfeld EA, Auyeung V, McGurk M. Barriers and triggers to seeking help for potentially malignant oral symptoms: implications for interventions. *J Public Health Dent* 2009;69:34–40.



Dr. Martina Schriber

Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie
Zahnmedizinische Kliniken der Universität Bern, Schweiz
E-Mail: martina.schriber@zmk.unibe.ch



Prof. Dr. Michael Bornstein

Applied Oral Sciences & Community Dental Care, Faculty of Dentistry, University of Hong Kong
E-Mail: bornst@hku.hk