

# Epulitiden

Eine heterogene Gruppe lokaler tumoröser Gingivawucherungen werden als Epulis bezeichnet. Der Begriff Epulis kommt aus dem Griechischen und bedeutet „auf dem Zahnfleisch sitzend“. Diese Nomenklatur von Axhausen beschreibt lediglich die Topographie und gibt keinen Hinweis auf die Ätiologie, Dignität oder Histologie<sup>1</sup>. Auch der von Axhausen geprägte Grundsatz „ohne Zahn keine Epulis“ ist revidiert, da Epulitiden auch in zahnlosen Bereichen und an Implantaten auftreten können (Abb. 1). Schon 1960 wurde empfohlen, die Bezeichnung durch Begriffe zu ersetzen, die den histologischen Aufbau wiedergeben<sup>2</sup>. Trotzdem ist die Bezeichnung Epulis im deutschsprachigen Raum noch weit verbreitet.

Epulitiden entwickeln sich unterhalb des Gingivaepithels von den oberhalb des Alveolarkamm gelegenen Fasern des periodontalen Ligaments aus im Sulcus gingivae. Hier entstehen flache bis halbkugelförmige Schleimhautvorwölbungen, v. a. im Bereich der Interdentalpapillen. Unterschiedliche Reize scheinen die Entstehung zu verursachen. Klinisch oder bildgebend ist keine sichere Abgrenzung zu anderen Tumoren möglich. Eine histologische Absicherung ist daher obligat.

Typisch ist eine eindeutige topographische Beziehung zur Interdentalpapille, Schmerzfreiheit und ein meist langsames Wachstum. Mögliche Differentialdiagnosen sind eine Vielzahl von benignen und malignen Tumoren: Fibrome, Neurofibrome, Leiomyome, Hämangiome, Papillome, Plattenepithelkarzinome, Spindelzellkarzinome, Melanome, Sarkome, Lymphome, vaskuläre Läsionen oder Karzinommetastasen.

Einteilung nach WHO 1971 (modifiziert)<sup>3</sup>:

- Epulis granulomatosa/pyogenes Granulom (Sonderform: Epulis gravidarum)
- Epulis fibromatosa/fibröse Hyperplasie (Sonderform: Epulis fissurata)
- Epulis gigantocellularis/peripheres Riesenzellgranulom

Ein Sonderfall ist die **Epulis congenita** (Abb. 2). Dieser echte benigne Tumor bildet sich im Säuglingsalter ausschließlich im Bereich des Alveolarkamms, v. a. im Oberkiefer. Die Ätiologie ist unklar. Mädchen sind zehnmal häufiger betroffen als Jungen. Es kommt häufig zu spontanen Rückbildungen. Therapeutisch ist eine Exzision möglich, insbesondere, wenn es zu Trinkbehinderungen kommt.

## Pyogenes Granulom (Epulis granulomatosa)

Insbesondere an Interdentalpapillen treten schmerzlose, schnellwachsende, 2–3 cm große blau-rötliche, schwammige Vorwölbungen auf (Abb. 3). Sie sitzen der Gingiva breitbasig auf oder sind gestielt. Größen bis zu 6 cm und Verdrängung von Zähnen sind beschrieben. Die Oberfläche ist oft ulzeriert, mit Fibrin belegt und blutet bei Berührung.

Die Läsion tritt insbesondere bei Frauen, gehäuft in der dritten Lebensdekade, auf. Die Maxilla, v. a. im Frontzahnbereich, ist die häufigste Lokalisation. Die Ätiologie ist unklar, häufig entstehen sie aber nach Traumatisierung. Auch eine Parodontitis scheint die Entstehung zu begünstigen. Rezidive sind möglich.

Histologisch handelt es sich hier weder um ein Granulom, noch tritt Pus aus. Der Name soll wahrscheinlich die Ähnlichkeit zu Granulationsgewebe beschreiben. Die hohe Kapillardichte lässt das Gewebe rot-bläulich erscheinen.

Therapeutisch ist eine operative Entfernung des Gewebes mit Anteilen von Periost, Knochen und dem betroffenen parodontalen Bandapparat nötig. Hier kann es zu ästhetischen Beeinträchtigungen kommen.



Abb. 1 Epulis am Implantat in Regio 11.



Abb. 2 Epulis congenita bei einem sieben Monate alten Mädchen.



Abb. 3 Pyogenes Granulom.



Abb. 4 Ausgeprägte Epulis gravidarum.



Abb. 5 Fibröse Hyperplasie.



Abb. 6 Peripheres Riesenzellkarzinom bei einem zweijährigen Kind.

gungen kommen, daher ist eine sorgfältige Patientenaufklärung wichtig. Sollte ein Rezidiv auftreten, muss der benachbarte Zahn entfernt werden. Parallel ist eine Verbesserung der Mundhygiene und ggf. eine Parodontaltherapie sinnvoll.

Eine Sonderform ist der sog. „Schwangerschaftstumor“ **Epulis gravidarum** (Abb. 4). Hier kommt es bei etwa 1 % der Schwangerschaften, besonders in der zweiten Schwangerschaftshälfte und in Verbindung mit einer Parodontitis, zu Gingivawucherungen. Ätiologisch wird vermutet, dass die Schwangerschaftshormone Östrogen und Progesteron eine stimulierende Wirkung auf die Gefäßproliferation im traumatisierten Gewebe haben. In den meisten Fällen kommt es zu Spontanremissionen, daher sollte die Therapie erst nach Beendigung der Schwangerschaft erfolgen. Nur bei ungünstiger Lage und sehr großer Ausprägung kann auch während der Schwangerschaft eine chirurgische Total- oder Teillexision nötig sein.

### Fibröse Hyperplasie (Epulis fibromatosa)

Die fibröse Hyperplasie ist die häufigste lokalisierte hyperplastische Gingivawucherung. Klinisch sieht man derbe, blasse, meist breitbasig aufliegende Läsionen (Abb. 5). Auch hier sind Frauen häufiger betroffen, insbesondere der anteriore Frontzahnbereich. Es sind fast immer schmerzlose Läsionen, die langsam wachsen. Einige bezeichnen sie als „Spätstadium des pyogenen Granuloms“. Rezidive sind hier eher selten. Auch hier wird die operative Entfernung analog zur Therapie beim pyogenen Granulom empfohlen.

Histologisch finden sich hier kollagenfaserreiches Bindegewebe, selten Erosionen oder Ulzerationen, wenig Entzündungszellen und wenig Kapillaren. Kalzifikationen und Ossifikationen können vorkommen. Einige Autoren sprechen dann vom sog. „peripheren ossifizierenden Fibrom“<sup>4</sup>.

Eine Sonderform ist die **Epulis fissurata**. Es handelt sich hierbei um Prothesenrandfibrome. Sie entstehen durch die Dauertraumatisierung der Schleimhaut durch schlechtsitzende Prothesen. Die Fibrome treten insbesondere im vestibulären

Prothesenrandbereich auf und sind oft kullisenartig gestaffelt. Sie sollten operativ entfernt werden, immer in Kombination mit einer Anpassung des Zahnersatzes.

### Peripheres Riesenzellgranulom (Epulis gigantocellularis)

Periphere Riesenzellgranulome sind bevorzugt im Seitenzahnggebiet, fast ausnahmslos im Bereich der vestibulären Gingiva zu finden (Abb. 6). Auch hier sind Frauen häufiger betroffen. Die Läsionen können in jedem Lebensalter auftreten und sind meist unter 2 cm (selten bis zu 5 cm) groß. Sie sind blaurot, vereinzelt sind Braunfärbungen durch Hämosindereineinlagerungen möglich. Die Oberfläche ist weich, fleckig und blutet leicht. Arrosionen der Kompakta sind möglich, sodass eine radiologische Kontrolle sinnvoll ist. Spezifische ätiologische Faktoren sind unbekannt, aber auch hier scheinen Traumatisierungen eine Rolle zu spielen.

Differentialdiagnostisch muss an den seltenen Hyperparathyroidismus gedacht werden. Zum Ausschluss des sog. „brau-

nen Tumors“ sollten Calcium, Phosphat sowie Parathormon bestimmt werden.

Histologisch sind zahlreiche Riesenzellen sichtbar, die der Läsion ihren Namen verdankt. Auch hier liegt histologisch kein Granulom vor. Weiter gibt es zahlreiche Kapillaren und ein breites, lockeres Bindegewebe.

Die Therapie besteht auch hier in der Exzision von Periost, Knochen und parodontalen Bandapparat. Bei Knochenarrosionen sollte der Knochen ausgefräst werden. Bei Rezidiven muss der betroffene Zahn mitentfernt werden. Eine regelmäßige klinische und radiologische Nachkontrolle ist wichtig.

## Literatur

1. Axhausen G, Allgemeine Chirurgie in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. 3. Aufl. Hanser München 1947.
2. Jundt G, Epulitiden und ihre Differentialdiagnosen. MKG-Chirurg 2018;11: 12-20.
3. Wahi PN, Cohen B, Luthra UK, Torloni H. Histological Typing of Oral and Oropharyngeal Tumours. International Classification of Tumours. No. 7, WHO, Geneva; 1971.
4. Buchner A, Shnaiderman-Shapiro A, Vered M. Relative frequency of localized reactive hyperplastic lesions of the gingiva: a retrospective study of 1675 cases from Isreal. J Oral Pathol 2010; 39.8: 631-638.



**Dr. Linda Daume**

Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Universitätsklinikum Münster

E-Mail: lindadaume@hotmail.de

