

Zungenulzera

Ursachen, Differentialdiagnosen, Therapie

Die Zunge ist ein komplexes Organ, mit dessen Funktion eine hohe Lebensqualität verbunden wird. Zungenulzera sind meist schmerzhaft und ein häufiger Grund für eine Konsultation in der zahnärztlichen Praxis. Sie können unterschiedliche Ursachen haben und die Diagnosestellung ist meist herausfordernd. Dieser Artikel soll eine Übersicht zu möglichen Ursachen und Differentialdiagnosen sowie zur Therapie bieten.

Zur Übersicht werden die Ulzera hier in zwei Hauptgruppen unterteilt: reaktive und neoplastische Ulzera. Bei den reaktiven Ulzera wird zwischen akuten mit spontanem Beginn und kurzer Dauer und chronischen mit langsamem Beginn und unvorhersehbarem Verlauf unterschieden¹. Grundsätzlich kann man von einem chronischen Ulkus sprechen, wenn es länger als zwei Wochen besteht².



Abb. 1a und b Traumatish bedingtes Zungenulcus durch scharfe Zahnkante an 46 nach Füllungsverlust (a); zwei Wochen nach Erneuerung der Füllung zeigt sich eine reizlose Situation (b).

Reaktive Ulzera

Traumatish bedingte Ulzera

Exogene Traumata gehören zu den häufigsten Ursachen für Zungenulzera^{1,3}. Sie können durch mechanische, chemische oder thermische Einflüsse auf orale Weichgewebe entstehen². Der direkte Kontakt der Zunge zu den oralen Flächen und Höckern der Zähne begünstigt eine Verletzung ihrer Oberfläche durch scharfe Zahnkanten, Füllungs- und Prothesenränder (Abb. 1). Selbstverletzungen sind sel-

ten, schwierig zu diagnostizieren und oftmals schwer von einem Habit abgrenzbar⁴.

Die Therapie richtet sich nach der identifizierten Ursache der Ulzeration. Der Auslöser sollte entfernt, scharfe Kanten poliert und Habits abgewöhnt werden. Alternativ kann eine Tiefzieh-schiene zum Schutz der Zungenränder angefertigt werden⁵. Traumatish Ulzera sollten zwei Wochen nach Entfernung der Ursache verschwunden sein, andernfalls muss eine histologische Abklärung mittels Biopsie erfolgen⁴.



Abb. 2 Akute Gingivostomatitis herpetica der rechten Zungenseite⁷.



Abb. 3 Major-Aphthe der linken Zungenseite⁷.



Abb. 4 Erosiver Lichen planus mit Ulkus der linken Zungenseite. Um die Läsion sowie anterior davon ist die typische Wickham-Streifung zu erkennen.

Akute Gingivostomatitis herpetica

Die Erstinfektion mit dem Herpes-simplex-Virus ist bei Kindern und jungen Erwachsenen häufiger sowie milder ausgeprägt als bei älteren Patienten^{2,6}. Die schmerzhaften Ulzera zeigen sich meist gruppiert und sind vor allem an der keratinisierten Mundschleimhaut lokalisiert (Abb. 2)^{6,7}. Oft begleitet von submandibulärer Lymphadenitis, Schluckbeschwerden und Halitosis heilt die Gingivostomatitis herpetica nach ca. zehn Tagen narbenfrei aus⁸. Die Therapie beschränkt sich hauptsächlich auf die Milderung der Symptome durch Applikation von Lidocain-haltigen Salben. Nur in schweren Fällen werden Virostatika angewendet⁴.

Akute rezidivierende aphthöse Stomatitis (RAS)

An der Zunge ist die schmerzhafte RAS im Gegensatz zur nichtkeratinisierten Mukosa etwas seltener zu finden. Als prädisponierende Faktoren gelten Stress, Traumata und Infektionen⁹. Mangel an Eisen, Folsäure und des Vitamin-B-Komplexes (1, 2, 6, 12) können ebenfalls Ursache einer RAS sein¹⁰.

Minor-Aphthen gehören zur häufigsten Form. Sie entstehen multipel und haben in ihrer rundlichen Form einen Durchmesser von < 10 mm. Nach zehn bis 14 Tagen bilden sie sich in der Regel narbenfrei zurück. Major-Aphthen sind größer und die

typischerweise narbige Abheilung dauert in der Regel länger als sechs Wochen (Abb. 3)^{7,9}. Die Therapie ist hauptsächlich symptomatisch und erfolgt mit anästhesierenden Salben und topischen Kortikosteroiden. In schweren Fällen kann eine intraläsionale Injektion oder eine kurzfristige Gabe von systemischen Kortikosteroiden erfolgen¹¹. Morbus Behçet, Morbus Crohn, zyklische Neutropenie, Leukämie und HIV können ähnliche Bilder oraler Ulzerationen hervorrufen und müssen differenzialdiagnostisch abgeklärt werden⁹.

Oraler Lichen planus (OLP) und orale lichenoidale Reaktion (OLR)

Der OLP ist eine chronisch-entzündliche, mukokutane Erkrankung mit verschiedenen Erscheinungsformen und einer seltenen Tendenz zur malignen Entartung¹². Es sind verschiedene Formen beschrieben. Der Lichen planus erosivus bildet schmerzhafte ulzerative Läsionen (Abb. 4)¹³. Eine ähnliche Klinik weist die OLR auf. Diese ist jedoch reaktiv auf Medikamente oder zahnärztliche Füllungs-materialien zurückzuführen. Die Therapie beschränkt sich bei der OLR auf die Elimination des auslösenden Agens.

Wurden beim OLP alle irritativen Faktoren entfernt, sind topisch applizierte Kortikosteroide abhängig von den Beschwerden und dem Erscheinungsbild die Therapie der Wahl. Die systemische Therapie mit Kortikosteroiden sollte ex-

azerbierenden Zuständen vorbehalten sein¹⁴. Topische Calcineurininhibitoren wie Tacrolimus zeigten sich ebenfalls hoch effektiv, besonders bei Behandlung von erosiven Formen des OLP¹⁵.

Neoplastische Ulzera

Eosinophiles Ulkus

Beim eosinophilen Ulkus handelt es sich um einen benignen, selbstlimitierenden, reaktiven Prozess. Die Pathogenese ist höchstwahrscheinlich traumaassoziiert und betrifft am häufigsten die Zunge (Abb. 5)⁷. Die Läsionen beginnen als einzelne Noduli und ulzerieren im Zentrum, sobald sie sich flächenmässig vergrößern. Eosinophile Ulzera können schmerzhaft sein und sind gelegentlich multipel angelegt. Sie klingen meist innerhalb eines Monats spontan ab. Rezidive sind selten. Ein ursächliches Trauma sollte z. B. mittels Tiefziehschiene eliminiert werden. Aufgrund der Spontanheilung ist außer zur Symptomlinderung keine medikamentöse Therapie erforderlich. Zum Ausschluss von Malignität und bei fehlender Tendenz zur Verkleinerung sollte jedoch eine Biopsie erfolgen¹⁶.

Plattenepithelkarzinom (PEC)

Das PEC ist nach dem Mundboden am zweithäufigsten an der Zunge lokalisiert.



Abb. 5 Eosinophiles Ulkus der linken Zungenseite⁷.



Abb. 6 Plattenepithelkarzinom am linken Zungenrand und am Mundboden.

Der Primärtumor kann sich als endophytischer, exophytischer oder gemischter Ulcus präsentieren, ist meist induriert und schmerzarm (Abb. 6). Eine möglichst frühe Diagnose ist elementar für die Prognose. Suspekte Läsionen sollten deshalb histologisch abgeklärt werden. Bei hohem Verdacht auf Malignität sollte der Patient unverzüglich an eine Fachklinik überwiesen werden¹.

Fazit

Eine sorgfältig erhobene allgemeinmedizinische sowie spezielle Anamnese über Dauer, Art und Dolenz von Zungenulcera erfolgt zusätzlich zur systematischen Untersuchung der gesamten Mundschleimhaut. Mögliche allgemeinmedizinische Ursachen oder Zusammenhänge sollten in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt weiter abgeklärt werden. Auslösende traumatische Faktoren sind stets vor dem Beginn einer medikamentösen Therapie zu entfernen. Ein Beobachtungs- und Therapiezeitraum von zwei Wochen sollte nicht überschritten werden, bevor sistierende Zungenulcera weiter abgeklärt werden müssen.

Literatur

1. Bascones-Martínez A, Figuero-Ruiz E, Esparza-Gómez GC. Úlceras orales. *Med Clín* 2005;15:590-597.

2. Muñoz-Corcuera M, Esparza-Gómez G, González-Moles MA, Bascones-Martínez A. Oral ulcers: clinical aspects. A tool for dermatologists. Part I. Acute ulcers. *J Clin Exp Dent* 2009;34:289-294.
3. Lehman JS, Rogers RS. Acute oral ulcers. *Clin Dermatol* 2016;34:470-474.
4. Center SA. Differential diagnosis and management of oral ulcers. *Sem Cutan Med Surg* 2015;34:171-177.
5. Talacko AA, Gordon AK, Aldred MJ. The patient with recurrent oral ulceration. *Aust J Dent* 2010;55:14-22.
6. Bruce AJ. Acute oral ulcers. *Dermatol Clin* 2003;21:1-15.
7. Filippi A, Lindenmüller IH (Hrsg.). Die Zunge. Berlin - Chicago: Quintessenz, 2016.
8. Scully C. Orofacial herpes simplex virus infections: current concepts in the epidemiology, pathogenesis, and treatment, and disorders in which the virus may be implicated. *Oral Surg Oral Med Oral Path* 1989;68:701-710.
9. Boras VV, Savage NW. Recurrent aphthous ulcerative disease: presentation and management. *Aust J Dent* 2007;52:10-15.
10. Nolan A, McIntosh WB, Allam BF, Lamey PJ. Recurrent aphthous ulceration: vitamin B1, B2 and B6 status and response to replacement therapy. *J Oral Pathol Med* 1991;20:389-391.
11. Belenguer-Guallar I, Jiménez-Soriano Y, Claramunt-Lozano A. Treatment of recurrent aphthous stomatitis. A literature review. *J Clin Exp Dent* 2014;6:168-174.
12. Nogueira PA, Carneiro S, Ramos-e-Silva M. Oral lichen planus: an update on its pathogenesis. *Int J Dermatol* 2015;54:1005-1010.
13. Alrashdan MS, Cirillo N, McCullough M. Oral lichen planus: a literature review and update. *Arch Dermatol Res* 2016;308:539-551.
14. Höller S, Lindenmüller IH. Orale Lichen planus. *Der MKG-Chirurg* 2018;11: 4-11.

15. Shichinohe R, Shibaki A, Nishie W, Tateishi Y, Shimizu H. Successful treatment of severe recalcitrant erosive oral lichen planus with topical tacrolimus. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006;20: 66-68.
16. Pilolli GP, Lucchese A, Scivetti M, Maiorano E, Favia G. Traumatic ulcerative granuloma with stromal eosinophilia of the oral mucosa: histological and immunohistochemical analysis of three cases. *Minerva Stomatol* 2007;56: 73-79.



ZÄ Isabel Zimmermann



Dr. Irène Hitz Lindenmüller



Prof. Dr. Andreas Filippi

E-Mail: andreas.filippi@unibas.ch

Alle:
Klinik für Oralchirurgie
Universitäres Zentrum für Zahnmedizin
Basel, Universität Basel