

MICHAEL M. BORNSTEIN¹
 THOMAS VON ARX²
 DANIEL BAUMHOER³

¹ Klinik für Oral Health & Medicine, Universitäres Zentrum für Zahnmedizin Basel UZB, Universität Basel, Basel, Schweiz

² Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie, Zahnmedizinische Kliniken der Universität Bern, Bern, Schweiz

³ Knochentumor-Referenzzentrum und DÖSAK, Referenzregister am Institut für Medizinische Genetik und Pathologie, Universitätsspital Basel, Universität Basel, Schweiz

KORRESPONDENZ

Prof. Dr. med. dent.
 Michael M. Bornstein
 Klinik für Oral Health & Medicine
 Universitäres Zentrum für Zahnmedizin Basel UZB
 Universität Basel
 Mattenstrasse 40
 CH-4058 Basel
 Tel. +41 61 267 25 45
 E-Mail:
 michael.bornstein@unibas.ch

LAYOUT

Ressort für Multimedia,
 zmk bern

LITERATUR

BADHAM N J: Blood blisters and the oesophageal cast. *J Laryngol Otol* 81: 791–803 (1967)

GIULIANI M, FAVIA G F, LAJOLO C, MIANI C M: Angina bullosa haemorrhagica: presentation of eight new cases and a review of the literature. *Oral Dis* 8: 54–58 (2002)

ORDIONI U, HADJ SAID M, THIERY G, CAMPANA F, CATHERINE J-H, LAN R: Angina bullosa haemorrhagica: a systematic review and proposal for diagnostic criteria. *Int J Oral Maxillofac Surg* 48: 28–39 (2019)
 VON ARX T: Bullosa haemorrhagica oralis, Literaturübersicht und Fallbericht. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 108: 989–996 (1998)

Angina bullosa haemorrhagica – eine ungewöhnliche Blasenbildung in der Mundhöhle

SCHLÜSSELWÖRTER: Angina bullosa haemorrhagica, Bullosa haemorrhagica oralis, Blutblase, Ätiologie, Differenzialdiagnose



Abb. 1 und 2 Die 37-jährige Patientin war allgemeinmedizinisch unauffällig. Bei der Erstuntersuchung imponierten flächig-gerötete Schleimhautareale an den Zungenrändern beidseits (Abb. 1: Rechte Zungenseite; Abb. 2: Linke Zungenseite), die auf Druck ausstreichbar erschienen. Somit konnte eine vaskuläre Ursache vermutet werden.



Abb. 3 Knapp 1 Woche nach der Erstuntersuchung entwickelte sich am linken Zungenrand eine Blutblase, die etwa 1 cm lang und 0,5 cm breit war. Die Effloreszenz war leicht schmerzhaft, d.h., die Patientin sprach von einem Ziehen und Brennen.

Die Angina bullosa haemorrhagica (ABH; auch: Bullosa haemorrhagica oralis oder «benign hemorrhagic bullous stomatitis») wurde erstmals von Badham im Jahre 1967 als rezidivierende Blutblasenbildung an der oropharyngealen Mukosa infolge mechanisch-traumatischer Irritation definiert. Ein möglicher Zusammenhang mit einer Vorschädigung der Mukosa durch allgemeinmedizinische Befunde wie Hypertonie, Diabetes mellitus oder auch chronischer Einnahme von Kortikosteroiden über Inhalation konnte bisher nicht bestätigt werden.

Als relevante Differenzialdiagnosen werden bullöse Mukodermatosen wie Pemphigus oder Pemphigoid, der orale Lichen planus, die Epidermolysis bullosa und auch hämatologische Erkrankungen wie Leukämien oder Thrombozytopenie genannt.

Die ABH tritt eher im mittleren Alter auf, weniger bei Kindern und Jugendlichen. Die Blasen füllen sich rasch mit Blut, messen normalerweise 1–2 cm, können aber auch ausgedehnter sein, treten in der Regel einzeln auf und heilen nach dem Platzen narbenlos ab. Diagnostisch reichen oft Anamnese und die typische Klinik bzw. Verlauf, dennoch können bei schweren Verläufen Biopsien (inkl. einer DIF) oder auch Blutuntersuchungen (v.a. die Bestimmung der Thrombozytenzahl) sinnvoll sein.

Im vorliegenden Fall stellte sich eine 37-jährige Patientin in der oralmedizinischen Sprechstunde vor. Sie berichtete, dass sie seit 5 bis 6 Jahren wiederholt mit Blut gefüllte Blasen an der Zunge habe. Die Effloreszenzen seien im akuten Zustand auch leicht schmerzhaft, dies schon vor der eigentlichen Blasenbildung. Anlässlich der Erstuntersuchung imponierten lediglich gerötete Zonen an den Zungenrändern beidseits. Zum Ausschluss einer Amyloidose wurde mit der Patientin eine Biopsie besprochen. Es kam in der Folge dann zur Bildung einer Blutblase, die in Lokalanästhesie mit dem CO₂-Laser zur Untersuchung entfernt wurde.

Die Histopathologie bestätigte die Verdachtsdiagnose einer ABH. Momentan wird auf weitere diagnostische oder therapeutische Massnahmen verzichtet. Eine Verlaufskontrolle ist in 3–4 Monaten geplant.



Abb. 4 Die Blutblase wurde in Lokalanästhesie in toto mit dem CO₂-Laser exzidiert, um u. a. auch eine Amyloidose auszuschliessen.

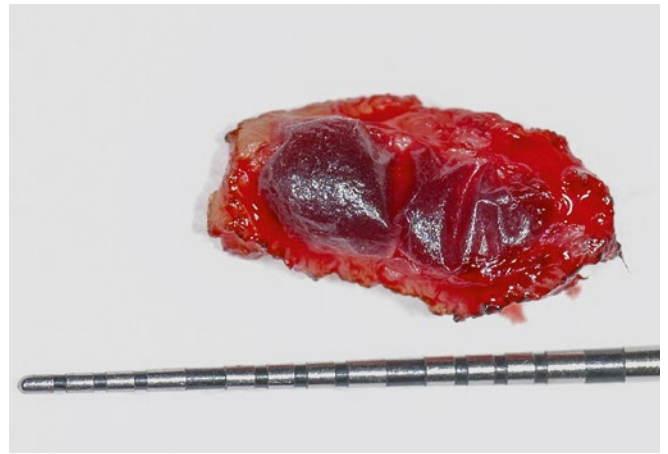


Abb. 5 Die hämorrhagische Bulla konnte ohne Ruptur in toto mit dem Laser entfernt und zur histopathologischen Untersuchung eingeschickt werden.

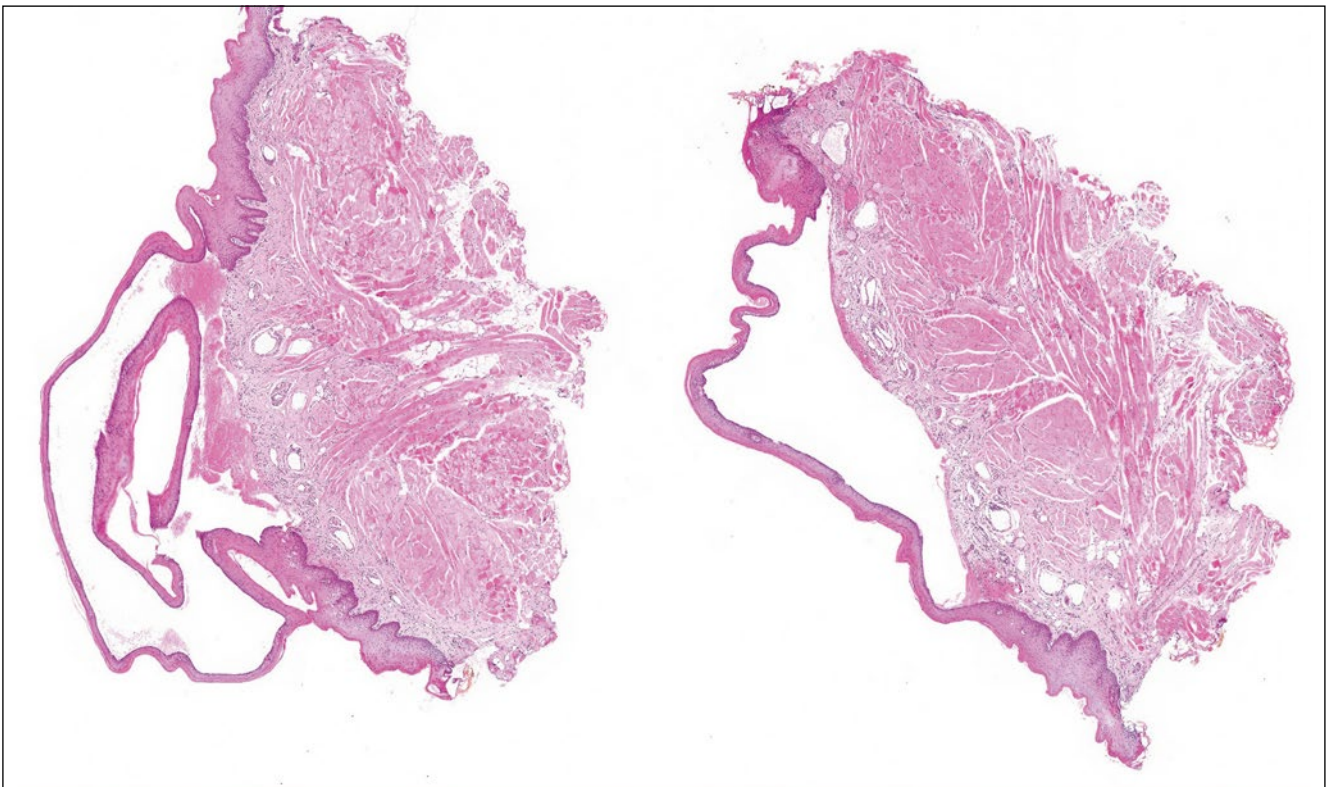


Abb. 6 Im histopathologischen Präparat der Biopsie aus dem linken Zungenrand erkennt man eine subepitheliale und blutgefüllte Blase. Entzündliche Infiltrate oder eine Epitheldysplasie liegen nicht vor.



Abb. 7 Die Wunde eine Woche nach dem Lasereingriff



Abb. 8 Die Wundheilung am linken Zungenrand verlief komplikationslos. Einen Monat nach dem Eingriff zeigte sich nur noch eine dezent narbige Zone im ehemaligen Wundgebiet.