

Clinical Topic

**Orale Manifestationen bei
Morbus Crohn**
Zwei Patientenfälle aus der Klinik

Accepted: Leave empty
DOI: 10.61872/sdj-2024-06-02
2024, Vol. 134
CC BY-ND 4.0

Nathalie Knechtle^{1*}, Andrea Della Chiesa¹, Thomas Gander¹

¹Klinik für Mund-, Kiefer-, Gesichts- und Oralchirurgie, Luzerner Kantonsspital, Luzern, Schweiz

*Correspondence: Dr.med.dent. Nathalie Knechtle, Klinik für Mund-, Kiefer-, Gesichts- und Oralchirurgie, Luzerner Kantonsspital, Spitalstrasse, CH-6000 Luzern 16. Telephone number: ++41 205 15 50, email: nathalie.knechtle@luks.ch

Keywords

Morbus Crohn, orale Manifestation, granulomatöse Entzündung, topische Steroide

Zusammenfassung

Patienten, welche an chronisch entzündlichen Darmerkrankungen leiden, weisen häufig eine orale Manifestation auf. Da in der Schweiz eine von 500 Personen an Morbus Crohn erkrankt, wird der niedergelassene Zahnarzt in seiner Laufbahn höchst wahrscheinlich mit betroffenen Personen in Kontakt kommen. Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, anhand zweier klinischer Fallbeispiele die möglichen oralen Erscheinungsformen aufzuzeigen und Empfehlungen zur Vor- und Nachsorge in der Zahnarztpraxis abzugeben.

Abstract

Oral manifestations in Crohn's disease. Two patient cases from the clinic

Crohn's disease (CD) is an inflammatory disease of the gastrointestinal system. It is suspected to be caused by a combination of genetic and environmental factors and changes in the patient's intestinal microbiome. As opposed to colitis ulcerosa, which usually only affects the large intestine, CD may affect various parts of the gastrointestinal tract. Many patients show oral lesions related to CD, which sometimes can precede the first gastrointestinal symptoms. Specific oral lesions include granulomatous cheilitis, cobblestone-like mucosal tags and linear ulcerations. Non-specific lesions occur in the form of angular cheilitis and opportunistic candidiasis, aphthous ulcerations, reduced salivation, dental caries and many more. We present two cases of patients suffering from Crohn's disease with different oral manifestations and discuss the dentist's role in early detection of specific oral lesions and the importance of the follow-up care of affected patients.

Einleitung

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen zeichnen sich durch oftmals schubweise wiederkehrende entzündliche Veränderungen des Verdauungstraktes aus und sind nicht heilbar. Diese Erkrankungen führen meist zu Beschwerden wie blutigem Durchfall, Schleim im Stuhl und heftigen Bauchschmerzen, der individuelle Krankheitsverlauf ist nicht vorhersagbar (Veauthier & Hornecker, 2018). Die häufigsten chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sind Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. Im Unterschied zur Colitis ulcerosa, welche den Dickdarm befällt, können bei Morbus Crohn alle Abschnitte des Gastrointestinaltraktes betroffen sein. Meist betrifft die Erkrankung Abschnitte des terminalen Ileums und des Colons. 0,5 bis 37% der Patienten weisen eine orale Mitbeteiligung auf, wobei jugendliche Patienten eine höhere Prävalenz für orale Manifestationen aufweisen als erwachsene Patienten (Tan et al., 2016). In der Schweiz liegt die Prävalenz des M. Crohn oder der Colitis ulcerosa bei 0,4% (Schoepfer & Safroneeva, 2019), mit zunehmender Häufigkeit.

Als Ursache für den Morbus Crohn wird ein Zusammenspiel von genetischer Prädisposition, Umweltfaktoren und einem veränderten Mikrobiom des Darmes diskutiert, welches zu einer übermässigen Reaktion des Immunsystems auf körpereigene Keime oder Zellen, die sich normalerweise im Darm befinden, führt (TORRES ET AL., 2017). Die Prävalenz nimmt insbesondere in industrialisierten Staaten deutlich zu. Zudem erkranken mehr Menschen in urbanen als in ländlichen Gegenden (COSNES ET AL., 2011). Als erste Krankheitszeichen treten meist Bauchschmerzen im Unterbauch, chronischer, teils blutiger Durchfall und Gewichtsverlust auf. Bei Kindern ist häufig eine Wachstums- und Entwicklungsverzögerung zu beobachten. Je nach Lokalisation der erkrankten Darmabschnitte können die Symptome jedoch stark variieren. Extraintestinale Symptome treten in etwa der Hälfte der Fälle auf und betreffen die Haut, die Gelenke und die Augen. Aufgrund der grossen Variabilität der Symptome und des schleichenden Verlaufs zögert sich eine Diagnosestellung oftmals über viele Monate hinaus, da zunächst unspezifische symptomatische Behandlungen durchgeführt werden. Somit gehen der definitiven Diagnose oft zahlreiche Arztbesuche, Untersuchungen und Spitalaufenthalte voraus (ALBERT ET AL., 2008).

Die Diagnosesicherung erfolgt interdisziplinär unter Zusammenschau klinischer, labordiagnostischer, radiologischer sowie endoskopischer und histologischer Befunde. Anamnestisch werden die Symptome und deren Verlauf, Risikofaktoren wie Rauchen sowie regelmässige Antibiotika- und NSAR-Einnahme und die Familienanamnese erfasst. Wegweisend ist anschliessend die Bestimmung des fäkalen Calprotectin, welches als Marker für eine Entzündung der Darmschleimhaut dient und sowohl bei Infektionen als auch chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und Neoplasien erhöht ist (RODA ET AL., 2020). Zusätzlich wird bei Krankheitsverdacht eine endoskopische Untersuchung des kompletten Magen-Darm-Traktes mit Biopsieentnahmen entzündlich veränderter Areale durchgeführt. Histologisch zeigt sich die charakteristische granulomatöse Entzündung der betroffenen Darmabschnitte. Infektiöse Ursachen können so ausgeschlossen werden. Zur Komplettierung der Diagnostik erfolgen radiologische Abklärungen mittels Sonografie, Computertomographie oder Magnetresonanztomographie. Dabei können entzündlich veränderte Darmabschnitte lokalisiert werden, welche endoskopisch nicht einsehbar sind. (PREISS ET AL., 2014).

Zentral in der Behandlung des Morbus Crohn ist die antiinflammatorische Therapie mit Eindämmung der Progression. In akut-entzündlichen Schüben kommen Kortikosteroide zum Einsatz. Da diese Medikamentengruppe bei längerer Anwendung schwerwiegende,

irreversible Nebenwirkungen auslösen können, soll die Therapiedauer möglichst kurz gehalten werden. Zu den möglichen Nebenwirkungen zählen Bluthochdruck, Gewichtszunahme, Osteoporose, erhöhtes Risiko für Thrombosen und das Glaukom. Nach Abklingen der akuten Phase werden Patienten in Remission mittels Immunmodulatoren, wie beispielsweise Azathioprin oder Methotrexat, oder Biologika, darunter anti-TNF-alpha-Antikörper wie Infliximab, behandelt (FELD ET AL., 2019). Die medikamentöse Therapie ist komplex und bedarf einer fachspezifischen Betreuung und regelmässige individuelle Anpassungen (PREISS ET AL., 2014). Komplikationen wie Stenosen, Fisteln, Abszesse oder Perforationen der betroffenen Darmabschnitte werden in der Regel operativ versorgt. Dabei erfolgt je nach Art der Komplikation eine Lumenerweiterung, Fistel- oder Perforationsverschlüsse oder gar die Resektion der beteiligten Darmsegmente.

Orale Manifestationen des Morbus Crohn

Orale Manifestationen des Morbus Crohn können in spezifische und unspezifische Läsionen unterteilt werden. Spezifische Läsionen gelten als direkt durch die Krankheit bedingte Veränderungen der Schleimhäute, sind jedoch nicht pathognomonisch für den Morbus Crohn. Die unspezifischen Läsionen entstehen als Folge der Grunderkrankung, beispielsweise durch einen Nährstoffmangel infolge der intestinalen Malabsorption oder als Nebenwirkung der medikamentösen Behandlung (TAN ET AL., 2016). Die Mundschleimhautveränderungen betreffen mehrheitlich die bukkale Mukosa, die Gingiva und Lippen, der Gaumen und die Zunge sind nur selten betroffen. Die Anzahl und Ausprägung oraler Symptome variieren von Patienten zu Patienten und können teilweise den gastrointestinalen Symptomen vorausgehen (SAHIN ET AL., 2017). Insbesondere bei jungen Patienten sind orale Läsionen häufiger anzutreffen, was eine diagnostische Relevanz haben kann (MUHVIĆ-UREK ET AL., 2016).

<u>Spezifische Läsionen</u>	<u>Unspezifische Läsionen</u>
– Cheilitis granulomatosa	– Aphthöse Ulzerationen
– Pflastersteinartige granulomatöse Veränderung der bukkalen Mukosa	– Gingivitis/Parodontitis
– Lineare Ulzerationen des Vestibulums	– Dentale Karies
– Mukogingivitis	– Cheilitis angularis
– Pyostomatitis vegetans	– Opportunistische Candidainfekte
	– Glossitis
	– Gingivahyperplasie
	– Lichen planus
	– Halitosis
	– Dysphagie
	– Veränderte Geschmackswahrnehmung
	– Hyposalivation

Die hier vorgestellten Patientenbeispiele zeigen zwei unterschiedliche orale Manifestationen und Krankheitsstadien des Morbus Crohn

Kasuistik 1:

17-jähriger Patient bei Erstvorstellung 2020. Erstdiagnose Morbus Crohn 2020

Anamnese

Zuweisung durch den Hausarzt. Bei der Erstvorstellung berichtete der Patient über eine seit mehreren Wochen bestehende, rezidivierende Schwellung der Oberlippe, kürzlich auch der Unterlippe. Zunächst wurde ein Zusammenhang mit der vor Kurzem durchgeführten Weisheitszahnextraktion vermutet. Keine allgemeinmedizinischen Vorerkrankungen bekannt, bisher keine gastrointestinalen Symptome. Auf spezifische Nachfrage wird berichtet, dass bei Defäkation gelegentlich perianale Schmerzen und Blutungen auftreten. In der Familienanamnese findet sich eine Tante, welche an M. Crohn leidet.

Befund

Extraoral: Persistierende palpationsindolente Schwellung im Bereich der Oberlippe, vermindert auch der Unterlippe. Keine Erosionen oder Ulzerationen ersichtlich. Keine suspekten Lymphknoten zervikal, submental, submandibulär, axillär oder inguinal tastbar. Gesichtssensibilität und -motorik grobkursorisch seitensymmetrisch intakt. (Abb. 1)

Intraoral: Bis auf eine kleine Aphte vestibulär im 3. Quadranten unauffällig. Gaumenschleimhaut, Rachenhinterwand und Zungengrund unauffällig. Aus allen Speicheldrüsenausführgängen lässt sich seröser Speichel ausmassieren.

Therapie

Beim klinischen Verdacht eines Melkersson-Rosenthal-Syndroms und zum Ausschluss eines Sjögren-Syndroms erfolgte eine Biopsieentnahme der Oberlippe, welche eine chronische, granulomatöse Entzündung bestätigte (Abb. 2). Daraufhin wurde der Patient an die Kollegen der Gastroenterologie zur Mitbetreuung zugewiesen. Eine stark erhöhte Calprotectinkonzentration im Stuhl und eine Ösophago-Gastroduodenoskopie sowie Ileo-Koloskopie mit zahlreichen Probeentnahmen konnten die Diagnose des Morbus Crohn abschliessend bestätigen (Abb. 3).

Daraufhin erfolgte zunächst eine Therapie mit systemischen Steroiden, initial mit Prednisolon 50mg/d und anschliessend eine Behandlung mit monoklonalen Antikörpern (Ustekinumab i.v. 390 mg alle 8 Wochen). Unter zusätzlicher Gabe von 20mg Spiricort pro Tag zeigte sich die Cheilitis granulomatosa stark rückläufig. Über ein Jahr nach der Erstdiagnose präsentiert sich der Patient ohne gastrointestinale Symptome mit lediglich dezenten Anzeichen der vorbestehenden Cheilitis granulomatosa (Abb. 4). Klinisch bestätigt sich eine palpationsindolente weiche Restschwellung der Oberlippe, zudem zeigt sich eine gering ausgeprägte symptomfreie, pflastersteinartige Schwellung der vestibulären Mukosa (Abb. 5). Die persistierende Cheilitis granulomatosa wurde mittels wiederholter lokaler Cortisoninjektion (Kenacort 40 mg/ml intraläsional) therapiert, dies mit gutem Erfolg (Abb. 6) (BORNSTEIN ET AL., 2023).

Kasuistik 2:

50-jährige Patientin bei Erstvorstellung 2018. Erstdiagnose Morbus Crohn 1978

Anamnese

Die Patientin berichtet über seit vielen Jahren bestehende, intermittierend auftretende Schmerzen im Bereich der Wangeninnenseiten beidseits. Beim Konsum von scharfen oder sauren Nahrungsmitteln spüre sie ein verstärktes Brennen. Zusätzlich leide sie zunehmend an Mundtrockenheit, welche sie vermehrt bei der Nahrungsaufnahme und der Geschmacksempfindung einschränke. Aktuell raucht sie 5 Zigaretten pro Tag, jahrelang habe sie über ein Paket pro Tag geraucht. Die Erstdiagnose des Morbus Crohn erhielt die Patientin 1978, seither befindet sie sich in regelmässiger gastroenterologischer Behandlung. Während den akuten Schüben verstärke sich auch die orale Symptomatik. Die hochdosierte Steroidtherapie habe auch einen positiven Effekt auf die Mundschleimhauteffloreszenzen. Im Zuge ihrer Grunderkrankung muss die Patientin täglich 3'000-4'000 Kalorien zu sich nehmen, welche sie auf zahlreiche Zwischenmahlzeiten verteilt. Zur Kariesprävention begibt sie sich viermal jährlich in dentalhygienische Behandlung und verwendet Duraphat-Zahnpaste, welche die Mundtrockenheit aggraviere. Trotz der intensiven Mundhygienemassnahmen sind insbesondere in den vergangenen Jahren vermehrt kariöse Läsionen aufgetreten.

Befund

Extraoral: Cheilitis angularis beidseits, keine suspekten Lymphknoten tastbar. Gesichtssensibilität und -motorik grobkursorisch seitensymmetrisch intakt.

Intraoral: Im anterioren Planum bukkale beidseits bis zum Mundwinkel zeigt sich eine wulstige Verdickung der Mundschleimhaut. Diese präsentiert sich teilweise mit weisslicher, nicht abwischbarer Veränderung. Zentral bestehen teilweise erosive und ulzerierende Areale. Im distalen Planum bukkale bis zum Trigonum retromolare bestehen weissliche, nicht abwischbare Schleimhautveränderungen, dort jedoch plan und ohne erosive Anteile.

Therapie

Eine Biopsieentnahme der Wangenschleimhaut zeigte eine chronische Entzündung plattenepithelialer Schleimhaut mit Nachweis einzelner kugeliger Pilzsporen (Abb. 7). Nach einer topischen antifungalen Therapie (Ampho-Moronal Lutschtabletten 10 mg, 4x/d über 14 Tage) zeigen sich die Beschwerden rückläufig. Die im Anschluss eingeleitete topische Steroidtherapie (Kenacort A Orabase 0,1%) führte zur Beschwerderegredienz. Bei den anschliessenden halbjährlichen Verlaufskontrollen präsentierte sich ein fluktuierendes Bild der Schleimhautläsionen mit zunehmender Furchung und Ulzeration insbesondere der rechtsseitigen Wangeninnenseite (Abb. 8a, Abb. 8b, Abb. 8c, Abb. 8d, Abb. 8e).

Aufgrund der subjektiv zunehmenden Mundtrockenheit erfolgte am 06.07.2021 eine Sialometrie. Folgende Befunde konnten erhoben werden:

Unstimuliert: 0.2 ml/min (Hyposalivation), pH-Wert 6.6 bei sehr schwacher Pufferkapazität (4 Punkte).

Stimuliert: 1.2 ml/min (Normalsalivation) bei pH-Wert 7.6 und ebenfalls sehr schwacher Pufferkapazität (5 Punkte).

Die zunehmende Mundtrockenheit und die durch die schwache Pufferkapazität des Speichels begünstigte Kariesaktivität sind für die Patientin sehr belastend und wirken sich negativ auf die Lebensqualität aus. Im Verlauf wurde die Anfertigung einer Fluoridierungsschiene diskutiert, dies zusätzlich zur vierteljährlich stattfindenden professionellen dentalhygienischen Behandlung. Die Hyposalivation und die regelmässig angewendeten Steroide begünstigen Besiedlungen mit Candida, regelmässige klinische Verlaufskontrollen sind daher unerlässlich. Das intermittierend auftretende Mundbrennen therapiert die Patientin selbständig mit der Einnahme kortikosteroidhaltiger Brausetabletten (Betnesol Brausetabletten 0.5 mg) als Mundspülung. Dabei erfolgt 3-mal täglich das Auflösen einer Tablette in 1 dl Wasser. Mit der entstandenen Lösung soll während 2-3 Minuten gespült und das Gemisch anschliessend ausgespuckt werden. Die Dauer der Behandlung richtet sich nach der erzielten Wirkung und kann 7-21 Tage betragen. Bei der geschilderten Verwendung von Betnesol handelt es sich um einen off-label-use.

Fazit

Die Prävalenz des Morbus Crohn liegt in der Schweiz aktuell bei etwa 0.2. In den letzten Jahren hat die Anzahl der Neuerkrankungen deutlich zugenommen, insbesondere in städtischen Gebieten. Daher ist es höchst wahrscheinlich, dass der allgemein tätige Zahnarzt im Praxisalltag mit erkrankten Patienten in Kontakt kommt. Aufgrund der oftmals vorkommenden oralen Beteiligung mit diversen Manifestationsformen und -ausprägungen kommt dem Zahnarzt sowohl in der Vorsorge als auch in der Nachsorge eine wichtige Rolle zu.

Vorsorge

Die Erstdiagnose des Morbus Crohn wird meist im Alter von 20 – 30 Jahren gestellt. Orofaziale Manifestationen können noch vor den gastrointestinalen Symptomen auftreten. Daher sollte bei Verdachtsfällen, insbesondere bei spezifischen Läsionen wie der granulomatösen Schwellung der Lippe oder der pflastersteinartigen Wangenschleimhautveränderung, frühzeitig die Zusammenarbeit mit Spezialisten gesucht und eine Überweisung an den Hausarzt und Gastroenterologen zur Mitbeurteilung erfolgen.

Die sorgfältige Anamneseerhebung kann auch in der Zahnarztpraxis Hinweise für das Vorliegen einer gastrointestinalen Erkrankung liefern. Eine gründliche Beurteilung der Mundschleimhaut ist Bestandteil der zahnärztlichen Befundaufnahme, im Zweifelsfall kann auch die Entnahme einer Biopsie indiziert sein. Eine orale Biopsieentnahme liefert oftmals kein konklusives Ergebnis, sodass diese zur Diagnosesicherung eines Morbus Crohn nicht primär verlangt wird.

Nicht jede Lippenschwellung muss ein Hinweis für das Vorliegen eines Morbus Crohn sein. Differentialdiagnostisch sollte bei einer schmerzlosen, atraumatischen Lippenschwellung an ein Quincke-Ödem, eine epitheliale Neoplasie oder ein Lymphom gedacht werden.

Nachsorge

Orofaziale Granulomatosen können durch intraläsionale, topische oder systemische Steroidgabe therapiert werden. Dafür ist die Betreuung durch einen Facharzt notwendig. Insbesondere die unspezifischen oralen Manifestationen bedürfen einer regelmässigen zahnmedizinischen Betreuung. Schleimhautläsionen können oftmals erfolgreich mit topischen Steroiden behandelt werden (Haftpaste, Mundspüllösung) und reagieren auf systemische Steroidtherapien im Rahmen der Grunderkrankung meist positiv. Regelmässige Nachkontrollen mit Fotodokumentation sind unerlässlich zur Aufzeichnung des Krankheitsverlaufs und ermöglichen eine frühzeitige Intervention bei Beschwerdezunahme. In Fällen mangelnden Ansprechens auf eine topische Steroidtherapie soll die Überweisung an einen Fachkollegen zur weiterführenden Behandlung erwogen werden.

Bezüglich des erhöhten Kariesrisikos und der vermehrten Anfälligkeit für Parodontopathien und opportunistische Infektionen profitieren die Patienten von einem intensiven Prophylaxeprogramm. Neben einem regelmässigen Dentalhygienerecall kann bei erhöhter Kariesaktivität die Anwendung von Duraphat-Zahnpaste oder Fluoridierungsschienen sinnvoll sein. Zudem ist der täglichen Mundhygiene ein hoher Stellenwert beizumessen und eine adäquate Reinigungstechnik und -routine sollte gemeinsam mit den Patienten etabliert und regelmässig kontrolliert werden. Bei Hypersensibilität gegenüber konventionellen Mundpflegeprodukten soll den Patienten beispielsweise SLS-freie Zahnpaste und alkoholfreie Mundspülungen empfohlen werden.

Aufgrund von autoimmun-entzündlichen Veränderungen der kleinen Speicheldrüsen leiden Betroffene oft an Xerostomie und den damit assoziierten Beschwerden wie Mundgeruch, Soorstomatitis und Dysphagie. Befeuchtende Massnahmen können hier eine positive Wirkung erzielen. Dazu zählen einerseits speichelflussstimulierende Massnahmen wie das regelmässige Kauen von zuckerfreiem Kaugummi, das Lutschen saurer Drops und die regelmässige Flüssigkeitszufuhr. Andererseits können künstlich befeuchtende Massnahmen instruiert werden, beispielsweise die Verwendung von Speiseölen zum Verteilen in der Mundhöhle oder die Anwendung von feuchtigkeitsspendenden Produkten (erhältlich z.B. der Marken Aldiamed, Biotène oder Emofresh). Der Verdacht einer oralen Candidose sollte mittels Abstrich- oder Biopsieentnahme gesichert werden.

Da betroffene Patienten oftmals eine immunsupprimierende Therapie erhalten, ist bei oralchirurgischen Eingriffen besondere Vorsicht geboten und die Absprache mit den behandelnden Ärzten notwendig. Sollten zusätzliche Vorkehrungen zur Behandlung nötig sein, sollte die Überweisung an eine spezialisierte Klinik erwogen werden.

Da der Morbus Crohn in der Krankheitsliste von Artikel 18 KLV nicht als schwere Allgemeinerkrankung aufgelistet ist, sind die Kosten für zahnärztliche Behandlungen durch den Krankenversicherer oftmals nicht gedeckt. Somit ist auch in finanzieller Hinsicht eine sorgfältige Prüfung der geplanten zahnmedizinischen Behandlungen, eine vorausschauende Prophylaxe und das aktive Einbinden der betroffenen Patienten von hoher Wichtigkeit.

Referenzen

- Albert J G, Kotsch J, Köstler W, Behl S, Kaltz B, Bokemeyer B, Fleig W E: Course of Crohn's disease prior to establishment of the diagnosis. *Z Gastroenterol*, 46(2), 187-192. (2008)
- Bornstein M M, Baumhoer D, Navarini A A: Das Melkersson-Rosenthal-Syndrom – eine diagnostisch-therapeutische Herausforderung in der Oralmedizin. *Swiss Dent J*, 133(4), 238-239. (2023)
- Cosnes J, Gower-Rousseau C, Seksik P, Cortot A: Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*, 140(6), 1785-1794. (2011)
- Feld L, Glick L R, Cifu A S: Diagnosis and Management of Crohn Disease. *JAMA*, 321(18), 1822-1823. (2019)
- Muhvić-Urek M, Tomac-Stojmenović M, Mijandrušić-Sinčić B: Oral pathology in inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol*, 22(25), 5655-5667. (2016)
- Preiss J C, Bokemeyer B, Buhr H J, Dignass A, Häuser W, Hartmann F: [Updated German clinical practice guideline on "Diagnosis and treatment of Crohn's disease" 2014]. *Z Gastroenterol*, 52(12), 1431-1484. (2014)
- Roda G, Chien Ng S, Kotze P G, Argollo M, Panaccione R, Spinelli A, Danese S: Crohn's disease. *Nat Rev Dis Primers*, 6(1), 22. (2020)
- Sahin T, Brygo A, Delaporte E, Ferri J: Die oralen Auswirkungen von Morbus Crohn. *Swiss Dent J*, 127(7-8), 644-653. (2017)
- Schoepfer A, Safroneeva E: [Epidemiology and socio-economic aspects of chronic inflammatory bowel diseases in Switzerland]. *Ther Umsch*, 75(5), 255-259. (2019)
- Tan C X, Brand H S, de Boer N K, Forouzanfar T: Gastrointestinal diseases and their oro-dental manifestations: Part 1: Crohn's disease. *Br Dent J*, 221(12), 794-799. (2016)
- Torres J, Mehandru S, Colombel J F, Peyrin-Biroulet L: Crohn's disease. *Lancet*, 389(10080), 1741-1755. (2017)
- Veauthier B, Hornecker J R: Crohn's Disease: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*, 98(11), 661-669. (2018)

Abbildungsverzeichnis



Abbildung 1. Privataufnahme des Patienten. Neu aufgetretene Schwellung der Oberlippe.

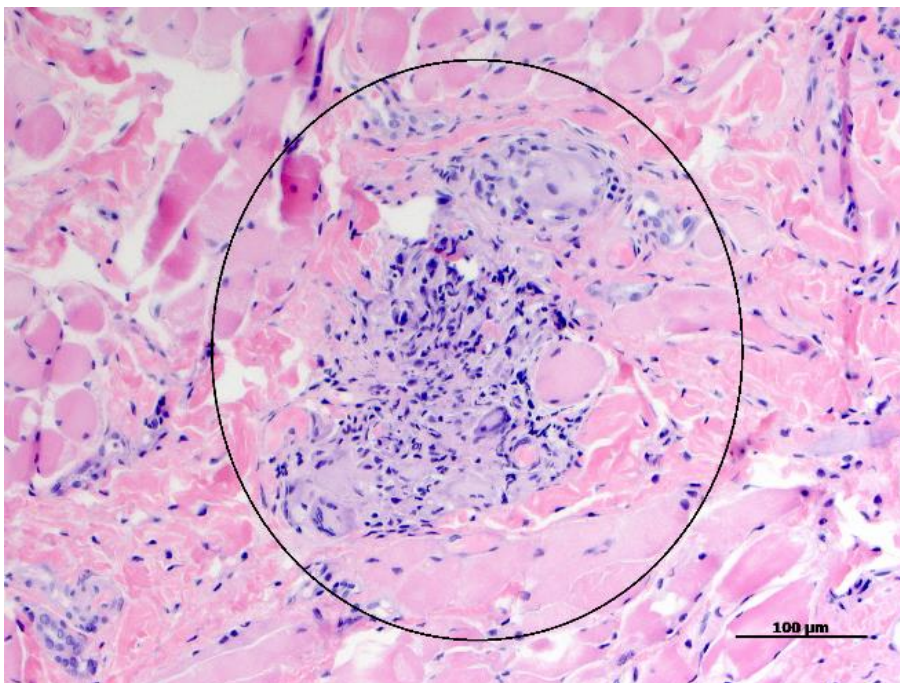


Abbildung 2. Histologisches Schnittpräparat, Hämatoxylin-Eosin (HE)-Färbung, Originalvergrößerung 10x. Granulomatöse Entzündung der Skelettmuskulatur. Die granulomatöse Entzündung unterstützt als spezifische Läsion die Diagnosesicherung des Morbus Crohn. Der eingefügte Kreis umschließt ein epitheloidzelliges Granulom mit einzelnen mehrkernigen Riesenzellen.

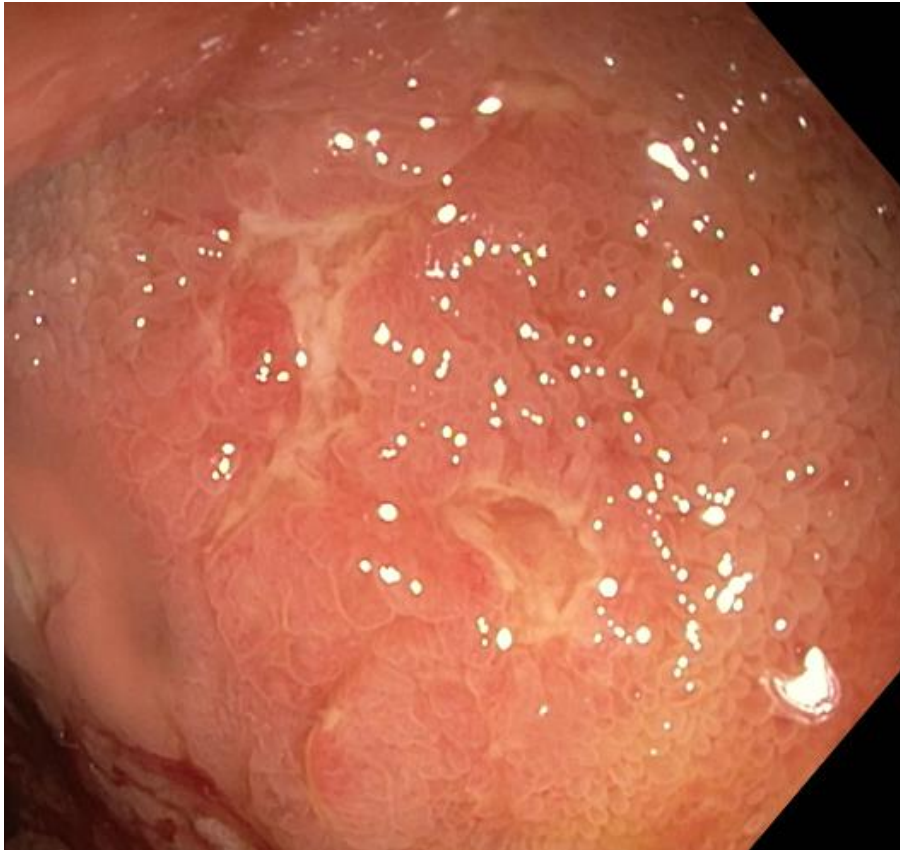


Abbildung 3. Histologisches Schnittpräparat, Hämatoxylin-Eosin (HE)-Färbung, Originalvergrößerung



Abbildung 4. Persistierende geringe Restschwellung der Oberlippe zentral nach systemischer Therapie mit Steroiden und Interleukin-Inhibitoren.



Abbildung 5. Ausschnitt Wangeninnenseite rechts: Gering ausgeprägte symptomfreie, pflastersteinartige Schwellung der vestibulären Mukosa.



Abbildung 6. Die Resultat nach wiederholten Steroidinfiltrationen bis zum vollständigen Abschwellen der Oberlippe.

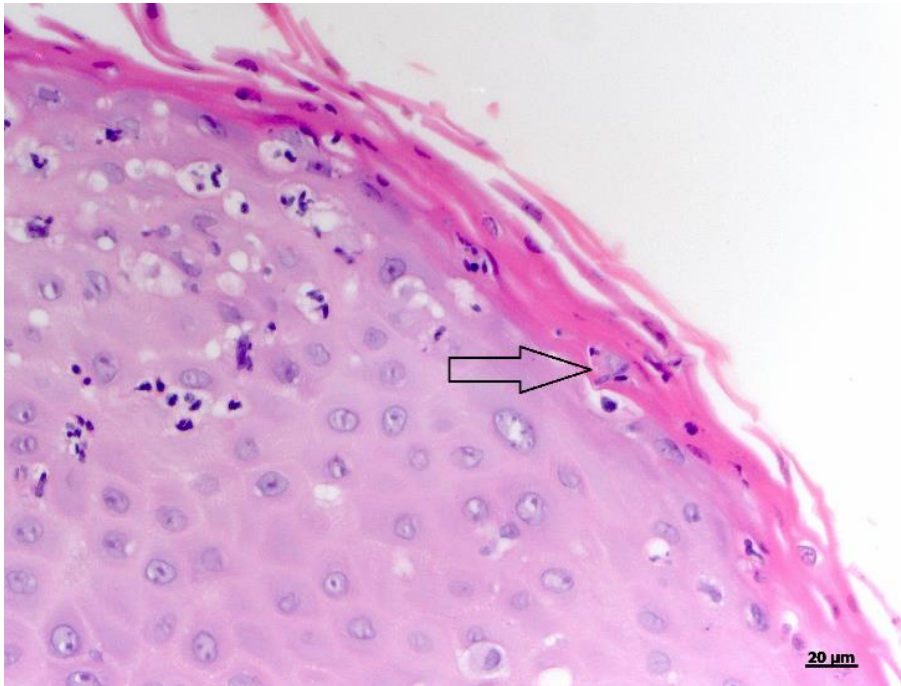


Abbildung 7a. Histologisches Schnittpräparat, Hämatoxylin-Eosin (HE)-Färbung, Originalvergrößerung 40x. Chronische Entzündung plattenepithelialer Schleimhaut mit Nachweis von Pilzsporen, vereinbar mit einer Soorstomatitis. Der eingezeichnete Pfeil markiert eine einzelne intraepitheliale Pseudohyphe. Da bei der Patientin die Diagnose des Morbus Crohn bereits seit Jahren bekannt ist, dient die Probeentnahme nicht der Diagnosesicherung, sondern zur Bestätigung der Stomatitis mit opportunistischem Pilzbefall zur topischen Therapieanpassung. Es handelt sich hierbei um eine unspezifische Läsion, die für den Morbus Crohn charakteristische granulomatöse Entzündung ist daher nicht dargestellt.

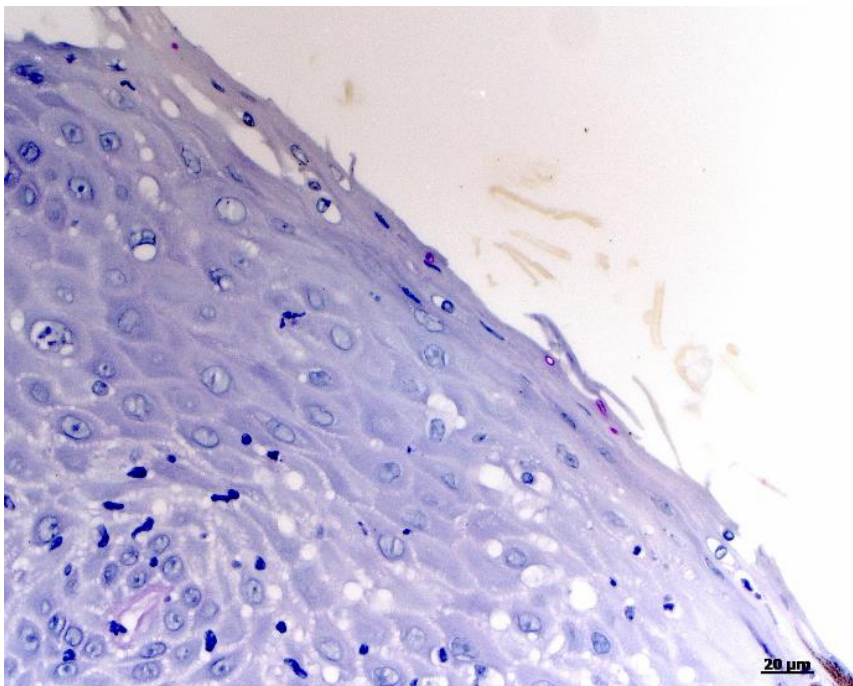


Abbildung 7b. Histologisches Schnittpräparat, PAS (engl.: periodic acid-Schiff)-Reaktion, Originalvergrößerung 40x. Chronische Entzündung plattenepithelialer Schleimhaut mit Nachweis von Pilzsporen. Es handelt sich um einen Stufenschnitt derselben Biopsie wie Abb. 7a und dementsprechend ebenfalls um eine unspezifische Läsion.



Abbildung 8a. Schleimhautbefund Mundwinkel rechts bei Erstvorstellung.



Abbildung 8b. Schleimhautbefund Mundwinkel rechts nach topischer antifungaler und Steroidtherapie.



Abbildung 8c. Schleimhautbefund Mundwinkel rechts in der Recalluntersuchung. Zunehmende Furchung mit ulzerierenden Anteilen. Korrelierend verstärkte Schmerzsymptomatik. Man beachte den spärlich vorhandenen schaumigen Speichelfilm.



Abbildung 8d. Schleimhautbefund Mundwinkel rechts nach erneut intensiver topischer Steroidbehandlung.



Abbildung 8e.Schleimhautbefund Mundwinkel rechts bei zunehmender Xerostomie und konsekutiv erneuter Candidabesiedelung.