

JULIA BLANK  
ANNE RAFFAUF  
JOHAN WÖLBER  
PETRA RATKA-KRÜGER

Departement für Zahn-,  
Mund- und Kieferheilkunde  
Klinik für Zahnerhaltungs-  
kunde und Parodontologie

#### KORRESPONDENZ

Julia Blank  
Departement für Zahn-,  
Mund- und Kieferheilkunde  
Klinik für Zahnerhaltungs-  
kunde und Parodontologie  
Hugstetter Strasse 55  
79106 Freiburg

#### REDAKTION

Klinik für Zahnerhaltung,  
Präventiv- und Kinder-  
zahnmedizin, zmk bern

#### LAYOUT

Ressort für Multimedia und  
Informatik, zmk bern

#### LITERATUR

GRAVE B, McCULLOUGH M,  
WIESENFELD D.: Orofacial granu-  
lomatosis – a 20-year review.  
Oral diseases. 15: 46–51 (2009)  
SCIUBB A JJ, SAID-AL-NAIEF N.:  
Orofacial granulomatosis:  
presentation, pathology and  
management of 13 cases.  
J Oral Pathol Med.  
32(10):576–85 (2003)  
TILAKARATNE WM, FREYSDOTTIR J,  
FORTUNE F.: Orofacial granulo-  
matosis: Review of aetiology  
and pathogenesis.  
J Pathol Med. 37(4): 191–195  
(2008)

## Orofaziale Granulomatose

Ein seltenes aber zahnärztlich relevantes Krankheitsbild

**SCHLÜSSELWÖRTER:** Gesichtsschwellung, Pflastersteinrelief, intraorale Granulome



**Abb. 1** Hyperplastische Gingivitis im Oberkieferfront-  
zahngebiet bei einem Patienten mit OFG



**Abb. 2** Lineare Ulzeration im Bereich der Umschlagfalte

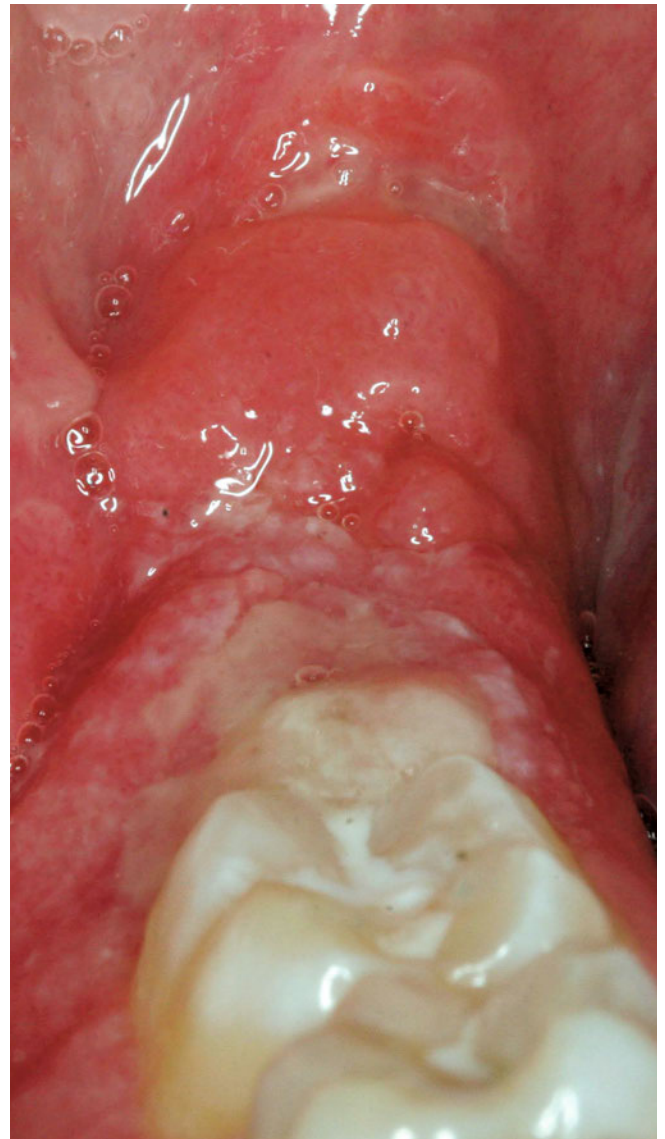
Der Begriff orofaziale Granulomatose (OFG) bezeichnet Erkrankungen, die durch Granulome der oralen und fazialen Weichgewebe charakterisiert sind. Zur Gruppe der OFG gehören das Melkersson-Rosenthal-Syndrom und die Cheilitis granulomatosa (Miescher-Cheilitis). Darüber hinaus kann eine OFG auch die orale Manifestation einer systemischen Erkrankung darstellen. Hierzu gehören insbesondere die Sarkoidose und der Morbus Crohn.

Bei beiden Erkrankungen kann die OFG die Erstmanifestation der Erkrankung darstellen und den systemischen Symptomen um Jahre vorausgehen. Die Ätiologie der Erkrankung ist noch weitgehend ungeklärt, wenn auch genetische, allergische und infektiöse Faktoren als Auslöser diskutiert werden. Klinisch manifestiert sich die OFG in rezidivierenden, später persistierenden Lippen- oder Gesichtsschwellungen. Intraoral findet man ulzerierende oder hyperplastische Schleimhautveränderungen (Abb. 1–3). Häufig entsteht durch ödematöse Schwellung und Fissurierung das charakteristische «Pflastersteinrelief» der Mukosa (Abb. 4). Nach einigen Monaten kommt es oft zur spontanen Remission der Symptome. Die Diagnosesicherung erfolgt durch eine Biopsie. Histologisch zeigen sich hier neben unspezifischen Entzündungszeichen oft mehrkernige Langerhans Riesen-zellen sowie die typischen nicht verkäsenden, epitheloidzelligen Granulome (Abb. 5, 6).

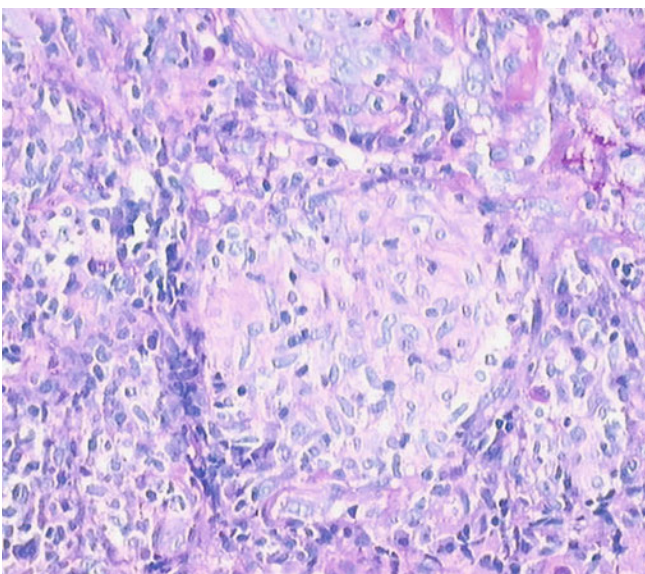
Wegen der unklaren Ätiologie der OFG steht eine eindeutig wirksame Therapie bisher nicht zur Verfügung. Die häufig durchgeführte lokale oder systemische Kortikoidgabe kann die Remission der Symptome beschleunigen und die Rezidivrate reduzieren. Darüber hinaus sind Therapieversuche mit Clofazimine, Thalidomid oder Infliximab beschrieben. Da Studien zeigen konnten, dass ein frühzeitiger Therapiebeginn zu signifikant besseren Behandlungsergebnissen führt, ist es für den Zahnarzt wichtig, mit dem Krankheitsbild OFG vertraut zu sein, um zeitnah die richtige Diagnose zu stellen und ggf. einen Gastroenterologen hinzuzuziehen.



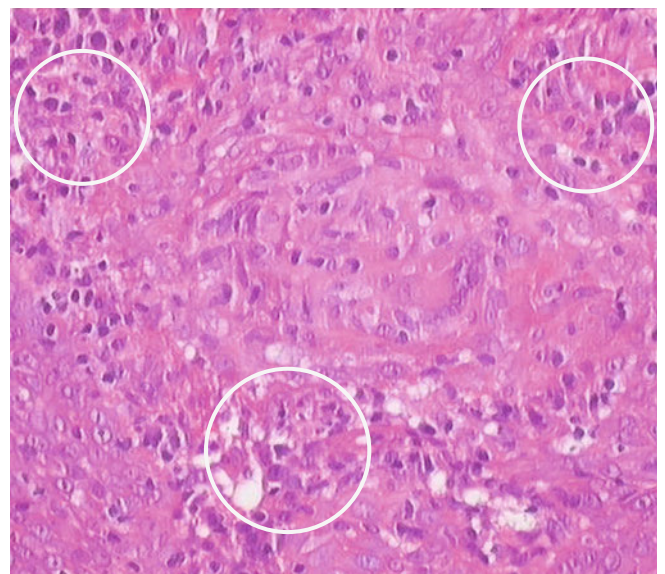
**Abb. 3** Aphthoide Läsion am Übergang zur alveolären Mukosa



**Abb. 4** Typische pflastersteinartige Verdickung der Mukosa – eines der Leitsymptome der OFG



**Abb. 5** Granulome ohne zentrale Nekrosen sind wegweisend bei der Diagnosestellung OFG (PAS 20x)



**Abb. 6** Granulom mit typischem Epitheloidzellenwall (siehe Kreismarkierung) (HE 20x)