

JAN S. SCHENKEL¹
HEINZ-THEO LÜBBERS²
CLAUDIO ROSTETTER³
PHILIPP METZLER³

¹ Universitätsklinik für
Schädel-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie, Inselspital,
Universitätsspital Bern

² Praxis für Mund-, Kiefer-
und Gesichtschirurgie, Arch-
strasse 12, 8400 Winterthur

³ Klinik und Poliklinik für
Mund-, Kiefer- und Gesichts-
chirurgie, Zentrum für Zahn-
medizin der Universität Zürich

KORRESPONDENZ

Dr. med. Dr. med. dent.

Jan S. Schenkel

Assistenzarzt Universitätsklinik
für Schädel-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie

Inselspital, Universitätsspital
Bern

Freiburgstrasse

CH-3010 Bern

E-Mail: jan.schenkel@insel.ch

www.skg.insel.ch

REDAKTION

PD Dr. Dr. med. Heinz-Theo

Lübbers

Praxis für Mund-, Kiefer- und

Gesichtschirurgie

Archstrasse 12

CH-8400 Winterthur

Tel. +41 52 203 52 20

E-Mail: info@luebbers.ch

Medikamentöse Therapie des oralen Lichen ruber planus

Mit einer Prävalenz um 2% präsentiert sich der orale Lichen mit grosser Wahrscheinlichkeit in der Praxis. Diese Publikation soll Hilfe beim medikamentösen Management bieten.

Einleitung

Der orale Lichen ruber planus (OLP) ist mit einer Prävalenz um 2% eine häufige Mundschleimhautrekrankung. Die Krankheit kann isoliert im Munde auftreten, aber auch andere Schleimhäute und die Haut betreffen.

Ätiologie und Pathogenese

Der OLP ist eine häufig chronisch verlaufende T-Zell-vermittelte autoinflammatorische Erkrankung unbekannter Ursache. Assoziationen zu Hepatitis C, zu Arzneimittelreaktionen und zu dentalen Restaurationsmaterialien werden diskutiert. Krankheitsbeginn ist meist zwischen dem 30. und dem 60. Lebensjahr.

Symptomatik

Typische Symptome sind pelziges Gefühl, Brennen oder Schmerzen. Morphologische Veränderungen wie Wickham-Streifen, Erytheme, Blasen, Erosionen begleiten die Symptome und treten an Wangenschleimhaut, Zunge, Lippen, Gaumen oder Gingiva auf.

Diagnostik

Die morphologischen Veränderungen können diagnoseweisend sein, eine Biopsie sollte unter anderem zur Bestätigung der Diagnose durchgeführt werden.

Therapie

Je nach Subtyp und Symptomatik kann auf eine Therapie verzichtet werden. Indiziert ist die medikamentöse Therapie bei symptomatischem OLP, um Schmerzen sowie Exazerbationen zu verhindern und bestehende Läsionen vorübergehend zur Abheilung zu bringen.

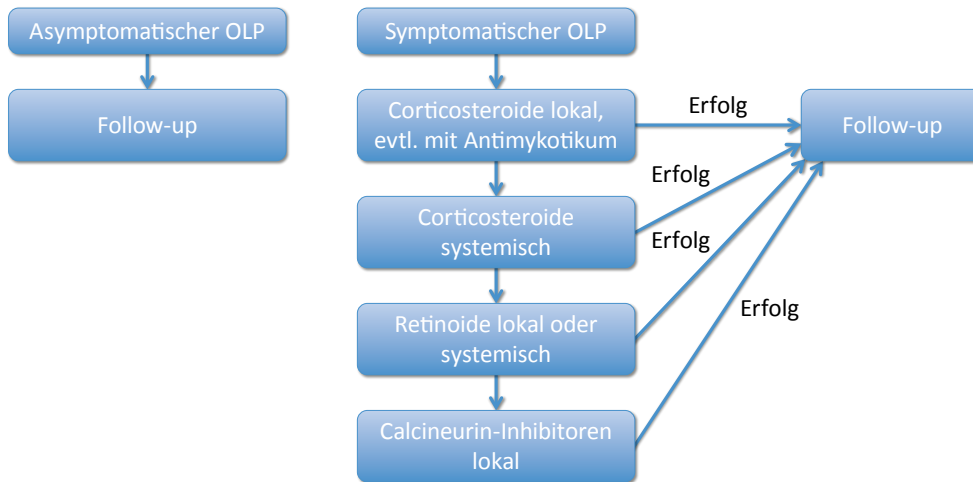
Topische und systemische Medikamente sind verfügbar: Die topische bzw. intraläsionale Applikation ist aufgrund des besseren Nebenwirkungsprofils vorzuziehen – die systemische Gabe hat ihren Stellenwert bei gleichzeitigem Hautbefall sowie bei Versagen der topischen Therapie. Zum Einsatz kommen Corticosteroide, Retinoide und Calcineurin-Inhibitoren. Corticosteroide gelten als First-line-Therapie, wobei Clobetasol mit Remissionsraten bis zu 75% (CARROZZO ET AL. 2009) als wirksamste Option gilt. Immunsuppressiva wie Tacrolimus können als Second-line-Therapie eingesetzt werden. Bei intra- und extraoralem Befall ist eine Kombination aus topischer und systemischer Therapie sinnvoll.

Gemäss Studien entwickeln bis 30% der mit Corticosteroiden therapierten Patienten eine Candidiasis (SCULLY & CARROZZO 2008), was mit prophylaktischer Antimykotika-Zugabe verhindert werden kann (CARBONE ET AL. 1999).

Kurzinformationen

- Häufige und chronische Krankheit mit potenziell massiver Einschränkung der Lebensqualität
- Keine kurative Therapie verfügbar, medikamentöses Management im Vordergrund
- First-line-Therapie mit Corticosteroid Clobetasol
- Immunsuppressiva als Second-line-Therapie
- Mindestens halbjährliche Kontrolle aufgrund des Potenzials zur malignen Entartung (abhängig von den Noxen)

Flowchart zur Therapie des oralen Lichen ruber planus



Begleitmassnahmen

- Professionelle Zahnreinigung
- Aloe vera, Hyaluronsäure-Gel
- Vermeiden von Nikotin, Alkohol, scharfen Speisen, Zitrusfrüchten
- Umstellung auf tensidfreie Zahnpaste zur Vermeidung chemischer Irritationen der sensiblen Schleimhaut

Adaptiert nach: Lavanya N, Oral lichen planus: An update on pathogenesis and treatment, JOMFP 2011

Aloe vera kann einen Stellenwert in der Therapie haben, da diese bei günstigem Nebenwirkungsprofil zur Schmerzreduktion und zur Verkleinerung der Läsionen führt (MANSOURIAN ET AL. 2011).

Auch 0,2-prozentiges Hyaluronsäure-Gel erzielt signifikante Erfolge. Der schützende Film reduziert die Schmerzen und fördert die Abheilung (NOLAN ET AL. 2009).

Jedoch existiert momentan keine kurative Therapie, was die hohe Rezidivrate nach Absetzen der Medikamente erklärt.

Komplikationen

Der OLP wird als präkanzeröse Bedingung eingestuft, da eine maligne Entartung möglich ist. Das Risiko wird mit 0,5–5% (VAN DER MEIJ ET AL. 1999) angegeben.

Schlussfolgerung

Der OLP ist eine chronische Krankheit. Mit medikamentöser Therapie kann Symptomreduktion erreicht werden, eine kurative Therapie existiert (noch) nicht. First-line-Therapie sind topisch applizierte Corticosteroide. Als Second-line-Therapeutikum wird

topisches Tacrolimus empfohlen. Aloe vera oder Hyaluronsäure sollte nicht unversucht bleiben. Aufgrund des Potenzials zur malignen Transformation ist eine Kontrolle mindestens alle sechs Monate obligat.

Abstract

SCHENKEL J S, LÜBBERS H-T, ROSTETTER C, METZLER P: **Oral lichen ruber planus: treatment and drugs** (in German). SWISS DENTAL JOURNAL SSO 127: 446–447 (2017)

Oral lichen planus is a relatively common T-cell mediated inflammatory disease with potential malignant transformation. It may present itself with pain and oral lesions such as ulcers and Wickham's striae. Treatment includes topical corticosteroids, preferably Clobetasol, immunosuppressive drugs and retinoids. Hyaluronic acid and aloe vera have been proven to be successful. If topical treatment fails, systemic therapy with corticosteroids may be needed. Because of the potential malignant transformation periodic follow-up is mandatory.

Literatur

- CARBONE ET AL.: Topical corticosteroids in association with miconazole and chlorhexidine in the long-term management of atrophic-erosive oral lichen planus: a placebo-controlled and comparative study between clobetasol and fluocinonide. *Oral Dis.* 1999; 5(1): 44–49.
- CARROZZO ET AL.: Oral lichen planus: a review. *Minerva Stomatol.* 2009; 58(10): 519–537.
- MANSOURIAN ET AL.: Comparison of aloe vera mouthwash with triamcinolone acetonide 0.1% on oral lichen planus: a randomized double-blinded clinical trial. *Am J Med Sci.* 2011; 342(6): 447–451.
- NOLAN ET AL.: The efficacy of topical hyaluronic acid in the management of oral lichen planus. *J Oral Pathol Med.* 2009; 38(3): 299–303.
- SCULLY C, CARROZZO M: Oral mucosal disease: Lichen planus. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2008; 46(1): 15–21.
- VAN DER MEIJ ET AL.: A review of the recent literature regarding malignant transformation of oral lichen planus. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1999; 88(3): 307–310.