

MARTINA SCHRIBER
VALERIE G.A. SUTER

Klinik für Oralchirurgie und
Stomatologie, Zahnmedizini-
sche Kliniken der Universität
Bern

KORRESPONDENZ

Dr. med. dent. Valérie Suter
Klinik für Oralchirurgie
und Stomatologie
Zahnmedizinische Kliniken
der Universität Bern
Freiburgstrasse 7
CH-3010 Bern
Tel. +41 31 632 25 45/66
Fax +41 31 632 09 14
E-Mail:
valerie.suter@zmk.unibe.ch

LAYOUT

Ressort für Multimedia,
zmk bern

Erythema exsudativum multiforme

SCHLÜSSELWÖRTER: Erythema exsudativum multiforme, Stevens-Johnson-Syndrom, arzneimittel-induzierte Erkrankung



Abb. 1 Das typische klinische, periorale Bild des EEM zeigt sich in geschwellenen, hämorrhagisch durchsetzten und eitrig-verkrusteten Ober- und Unterlippen.



Abb. 2 und 3 Die Wangenschleimhäute zeigen typischerweise zuerst Erytheme, auf denen sich kurzlebige Blasen entwickeln. Zurück bleiben hämorrhagische Areale, Erosionen und nekrotische Epithelreste.

Das Erythema exsudativum multiforme (EEM) ist eine plötzlich auftretende Entzündung der Haut und/oder der Schleimhäute (Minor- bzw. Major-Form). Typischerweise sind gesunde, junge, männliche Erwachsene betroffen. Zuerst oder manchmal ausschließlich betroffen sind die Lippen (Abb. 1). Die Wangenschleimhäute, die bukkale Gingiva und die Zunge können gleichfalls betroffen sein (Abb. 2, 3, 4 und 5). Seltener sind intraorale Läsionen auch am harten und weichen Gaumen (Abb. 6) und am Mundboden zu finden. Die Patienten berichten über starke Schmerzen beim Essen, Schlucken und Sprechen. Das klinische Bild ist als Beweis meist diagnostisch ausreichend, und es braucht keine histopathologische Untersuchung. Bei der ausgeprägten schweren Form (EEM major, Stevens-Johnson-Syndrom) kommen orale, genitale und ophthalmologische Läsionen als Trias simultan vor und sind meist mit allgemeinen Krankheitszeichen wie Fieber, Erbrechen und Gelenkschmerzen assoziiert. Die schwerste Form ist die lebensbedrohliche toxische epidermale Nekrolyse (TEN), die schwere Hautveränderungen ähnlich Verbrennungen hohen Grades mitinvolviert. Meist können keine exogenen oder endogenen Ursachen gefunden werden. Eine Herpes-simplex-Erkrankung, eine bakterielle oder eine andere Infektionskrankheit (*Mycoplasma pneumoniae*) können dem EEM vorausgegangen sein. Medikamente sind ebenfalls als Triggerfaktoren bekannt, typischerweise Salicylate, Antikonvulsiva und Antibiotika (Penicilline, Sulfonamide, Cephalosporine) etc. Differenzialdiagnostisch sollte an eine Gingivostomatitis herpetica, einen Morbus Behçet, eine bullöse Mukodermatose (Pemphigus- oder Pemphigoid-Gruppe) oder an eine arzneimittelbedingte Stomatitis gedacht werden. Das EEM ist selbstlimitierend und dauert ca. 10 bis 14 Tage (Abb. 7, 8 und 9). Mildere Formen werden lokal symptomatisch (z.B. topisch anästhesierend, desinfizierend oder mit Kortikosteroiden) behandelt. Bei schweren Formen ist eine systemische Therapie mit Kortikosteroiden oder Immunsuppressiva notwendig. Einzelfälle sprechen therapeutisch auf Virostatika an. Es ist auf eine ausreichende Zufuhr von flüssiger und fester Nahrung zu achten. Rezidive sind nicht selten.

LITERATUR

RODERICK CAWSON: Cawson's Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine. 8th revised ed. Elsevier Churchill Livingstone; pp 235–237, 445–446 (2008).

BASCONES-MARTÍNEZ A, GARCÍA-GARCÍA V, MEURMAN J H, REQUENA-CABALLERO L: Immune-mediated diseases: what can be found in the oral cavity? *Int J Dermatol* 54: 258–270 (2015).



Abb. 4, 5 und 6 Die bukkale Gingiva, die Zunge und der Gaumen können gleichfalls betroffen sein. Die Erosionen und nekrotischen Areale sind mit übel riechenden, pseudomembranösen Belägen bedeckt.

Abb. 7, 8 und 9 2 bis 3 Wochen nach dem akuten Auftreten der Entzündung erfolgt eine spontane, narbenfreie Abheilung. Rezidive sind nicht selten und können mehrmals jährlich auftreten.