

MICHAEL M. BORNSTEIN¹
ALEXANDER A. NAVARINI²
MARTINA SCHRIBER¹
DANIEL BAUMHOER³

¹ Klinik für Oral Health & Medicine, Universitäres Zentrum für Zahnmedizin Basel UZB, Universität Basel, Schweiz
² Dermatologische Poliklinik, Universitätsspital Basel, Universität Basel, 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

BORNSTEIN M M, REICHAERT P A, BORRADORI L, BELTRAMINELLI H: Der orale Lichen planus. Teil 1: Klinik der Haut- und Schleimhauteffloreszenzen. Quintessenz 61: 15–20 (2010)
BORNSTEIN M M, REICHAERT P A, BORRADORI L, BELTRAMINELLI H: Der orale Lichen planus. Teil 2: Therapie, Nachsorge und maligne Transformation. Quintessenz 61: 149–155 (2010)
FELDMEYER L, SUTER V G A, OESCHGER C, CAZZANIGA S, BORNSTEIN M M, SIMON D, BORRADORI L, BELTRAMINELLI H: Oral lichen planus and oral lichenoid lesions – an analysis of clinical and histopathological features. J Eur Acad Dermatol 34: e104–e107 (2020)
MANOUSARIDIS I, MANOUSARIDIS K, PEITSCH W K, SCHNEIDER S W: Individualizing treatment and choice of medication in lichen planus: a step by step approach. J Dtsch Dermatol Ges 11: 981–991 (2013)
ROTARU D, CHISNOIU R, PICOS A M, PICOS A, SCHISNOIU A: Treatment trends in oral lichen planus and oral lichenoid lesions. Exp Ther Med 20: 198; doi 10.3892/etm.2020.9328 (2020)

Therapie des symptomatischen oralen Lichen planus mittels intraläsionaler Kortikosteroidinjektionen

SCHLÜSSELWÖRTER: Oraler Lichen planus, Symptomatik, Therapie, Kortison, intraläsionale Injektion

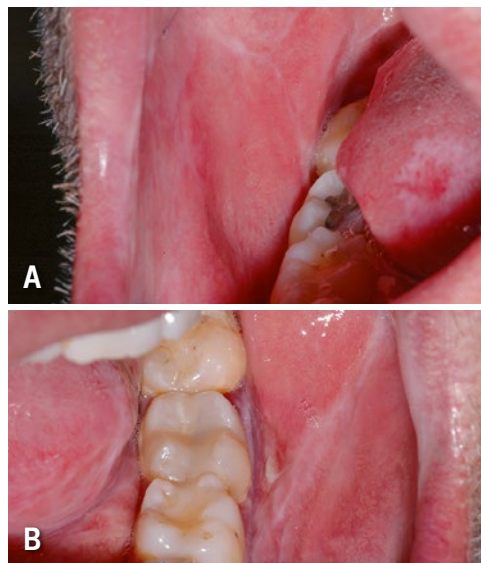


Abb. 1 Anlässlich der intraoralen Befundaufnahme bei einer oralmedizinischen Kontrolle fünf Jahre nach der Erstdiagnose OLP zeigten sich an den Wangen (A = rechts; B = links) eher dezente weisslich-streifige, lichenoidale Effloreszenzen. Im linken Vestibulum regio 37 war auch eine kleine Ulzeration zu erkennen.



Abb. 2

(A) Die Zunge zeigte lichenoidale Zeichnungen im Bereich der Spitze und an den Rändern.
(B) Am linken Zungenrand dominierte aber eine ausgedehnte Ulzeration, die auf Palpation auch deutlich induriert erschien.

Der Lichen planus (synonym: Lichen ruber; in der Mundhöhle: oraler Lichen planus = OLP) ist eine häufige, chronisch-entzündliche Erkrankung, welche die Haut und die Schleimhäute (besonders die orale und genitale Mukosa) befallt. Mit einer Prävalenz von 1 bis 2% ist der Lichen eine der häufigsten Mukodermatosen und ist häufiger bei Frauen als bei Männern anzutreffen. Dermatologisch manifestiert sich der Lichen planus bevorzugt an Hand- und Fussgelenken, Streckseiten der Unterschenkel und der Sakralregion. Beim OLP werden sechs klinische Formen unterschieden: 1) retikulärer Typ mit den typischen Wickham'schen Streifen; 2) papulärer Typ mit weissen Papeln; 3) plaque-like Typ mit flächenhaften weissen Läsionen; 4) atrophischer Typ mit Ausdünnung des Epithels und rötlichem Aspekt; 5) ulzerativer Typ mit fibrinbelegten Ulzerationen; 6) bullöser Typ mit Bläschen, die rasch platzen. Häufig treten die Formen gemischt auf, weshalb sich eine Einteilung in zwei klinisch einfach fassbare Formen – hyperkeratinisiert (weiss) und erosiv (rot) – und in zwei subjektive Formen – symptomatisch und asymptomatisch – etabliert hat. In der Regel werden beim OLP primär symptomatische Formen therapiert. Hier wird zunächst eine lokale, topische Therapie mit Kortikosteroiden bevorzugt, die in der Regel als Haftpaste oder Gel appliziert werden.

Im vorliegenden Fall stellte sich ein 47-jähriger Patient bei einer Kontrolluntersuchung mit schmerzhaften Effloreszenzen an der Zunge vor (Abb. 1, 2). Er war medizinisch unauffällig, Nichtraucher und wurde seit über fünf Jahren wegen eines OLP regelmässig kontrolliert. Auf schmerzhafte Stellen hatte der Patient bisher lokal ein Clobetasolpräparat appliziert. Zum Ausschluss einer Dysplasie am linken Zungenrand wurde eine Gewebeprobe entnommen. Die Histopathologie bestätigte einen OLP ohne Epitheldysplasie (Abb. 3). Angesichts der Ausdehnung der Effloreszenz am Zungenrand wurde eine Therapie mit wiederholten lokalen Kortisoninfiltrationen besprochen. Daraufhin wurden drei Injektionen im monatlichen Abstand durchgeführt. Die Läsion am Zungenrand nahm dabei kontinuierlich ab und die Ulzeration verschloss sich komplett (Abb. 4). Der Patient wird weiterhin im dreimonatlichen Recall aufgebeten.

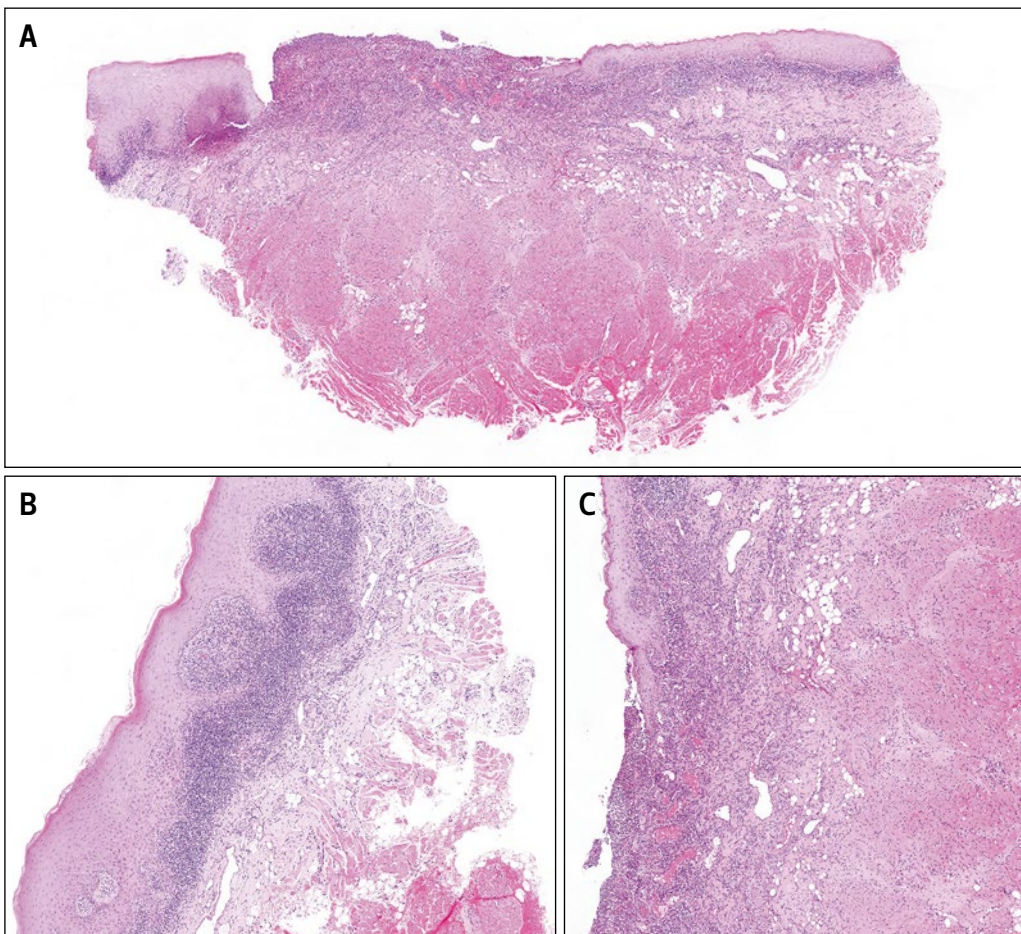


Abb. 3 Im histopathologischen Präparat der Biopsie (A = Übersicht) aus dem linken Zungenrand erkennt man eine dichte lichenoid Entzündung unterhalb des Plattenepithels (B = Detailaufnahme) sowie ein Areal mit Ulzeration ohne erkennbare Dysplasie (C = Detailaufnahme). Insgesamt ist das histologische Bild gut mit einem OLP vereinbar.

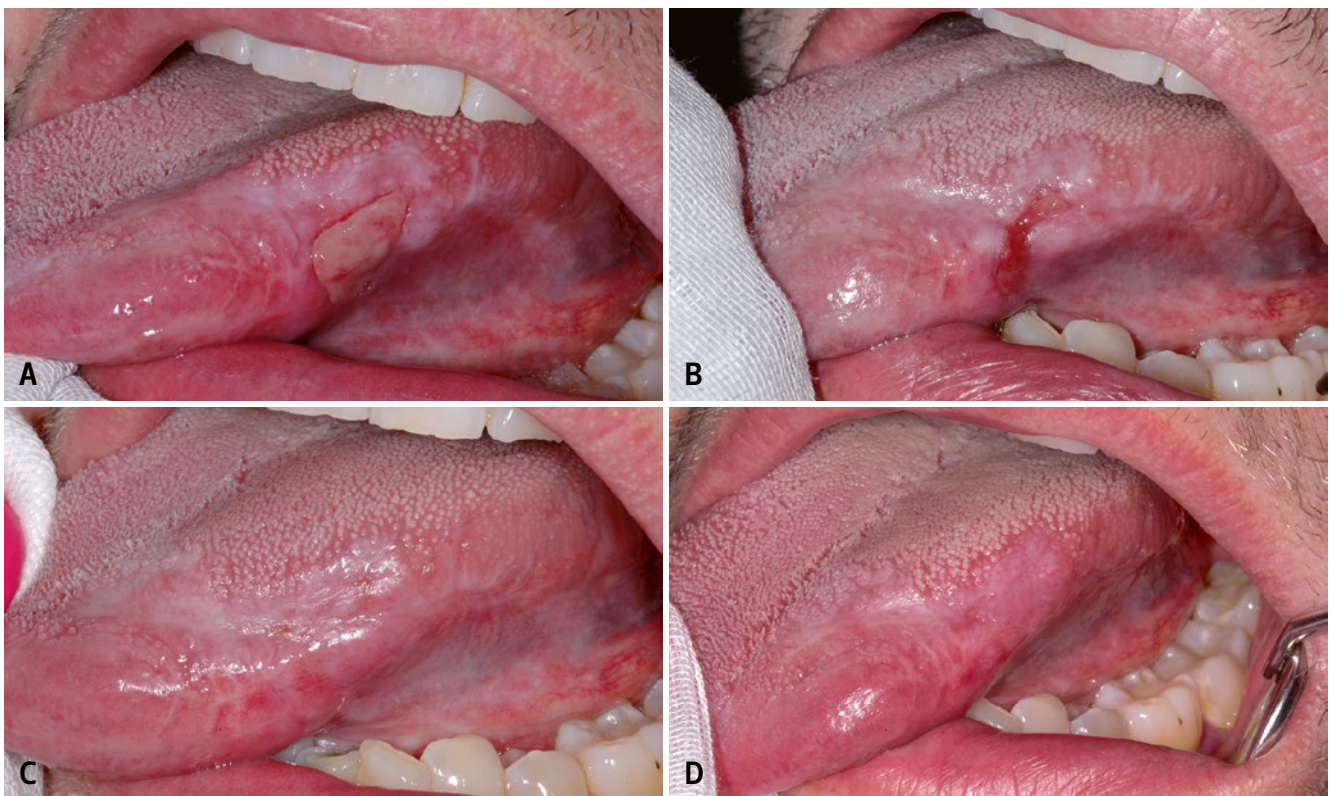


Abb. 4 Nach Ausschluss eines malignen Geschehens mittels Gewebeprobe wurde mit dem Patienten besprochen, das symptomatische, ulzerierte Areal am linken Zungenrand mittels wiederholter Kortisoninfiltrationen (Kenacort-A 10 mg/ml in Kombination mit einer Ampulle Lidocain 2% à 2 ml) zu therapieren. Die insgesamt drei Injektionen wurden dabei in einem monatlichen Intervall durchgeführt (A = initial / erste Infiltration; B = nach einem Monat / zweite Infiltration; C = nach zwei Monaten / dritte Infiltration; D = nach drei Monaten). Die Läsion am linken Zungenrand nahm dabei kontinuierlich ab, bis die Ulzeration komplett epithelial verschlossen und der Patient wieder beschwerdefrei war.