

Oraler Lichen planus

S. Höller & I. Hitz Lindenmüller

Der MKG-Chirurg

Organ der Deutschen Gesellschaft für
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
In Zusammenarbeit mit der
Schweizerischen Gesellschaft für Mund-,
Kiefer- und Gesichtschirurgie

ISSN 1865-9659

Volume 11

Number 1

MKG-Chirurg (2018) 11:4-11

DOI 10.1007/s12285-017-0132-3



Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at link.springer.com".

MKG-Chirurg 2018 · 11:4–11
<https://doi.org/10.1007/s12285-017-0132-3>
 Online publiziert: 18. Dezember 2017
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2017

Redaktion

D. Baumhoer, Basel
 U. D. A. Müller-Richter, Würzburg



Der orale Lichen planus (OLP) ist eine nichtinfektiöse Entzündungserkrankung der Mundhöhlenschleimhaut, die von typischen Hautreaktionen begleitet werden kann. Auch andere Schleimhäute wie die der Genitalien, des Ösophagus oder der Konjunktiva können betroffen sein [24].

Die geschätzte Prävalenz des OLP in der Erwachsenenpopulation ist mit 0,5–2 % relativ niedrig, wobei Frauen doppelt so häufig wie Männer betroffen sind. Eine Erkrankung im Kindesalter ist sehr selten, wurde aber beschrieben. Interessanterweise sind lediglich 20 % aller OLP-Fälle mit einem kutanen Befall vergesellschaftet, während ca. 70–80 % der kutanen Formen gleichzeitig einen Mundschleimhautbefall aufweisen [1].

Ätiologie und Pathogenese

Die Ätiologie des OLP ist nach wie vor ungeklärt. Die Krankheit wird aber nach heutigem Wissen in erster Linie als Autoimmunerkrankung aufgefasst. Hierfür spricht ihre Chronizität, das erstmalige Auftreten im Erwachsenenalter, die Prädominanz weiblicher Patienten, die Assoziation mit anderen Autoimmunerkrankungen, die positive Reaktion auf immunsuppressive Therapie und das Vorhandensein von autozytotoxischen T-Zellen [24]. Diskutiert werden mehrere potenzielle Auslöser wie genetische Faktoren, virale Infektionen und eine thyroideale hormonelle Dysregulation. Besonders interessant ist die Assoziation mit viralen Infektionen, wobei hier v. a. die Hepatitis-C-Virus(HCV)-Infektion zu nennen ist. Gut dokumentiert ist die Assoziation in der mediterranen, japanischen und US-amerikanischen

S. Höller¹ · I. Hitz Lindenmüller²

¹ Institut für Medizinische Genetik und Pathologie, Universitätsspital Basel, Basel, Schweiz

² Klinik für Zahnärztliche Chirurgie, Radiologie, Mund- und Kieferheilkunde, UZB – Universitätszahnkliniken Basel, Basel, Schweiz

Oraler Lichen planus

Eine interdisziplinäre Herausforderung

Bevölkerung. Dieser Zusammenhang ließ sich in anderen Bevölkerungsgruppen wie z. B. in einigen europäischen Staaten oder Nigeria nicht nachweisen. Dies könnte möglicherweise an der unterschiedlichen Verteilung von Subtypen des humanen Leukozytenantigens (HLA) liegen, da offenbar das HLA-Klasse-II-Merkmal DR6 mit einem höheren Risiko einer Entwicklung eines OLP bei HCV-Infektion assoziiert ist als andere HLA-Genotypen [1]. Einer neueren Studie zufolge teilen HCV, Epstein-Barr-Virus, humanes Herpesvirus 7, Herpes-simplex-Virus 1 und Zytomegalievirus potenziell immunogene Peptide, die Pinin, Desmoglein 3 und Plektin (hemidesmosomale bzw. desmosomale Proteine der Epithelzellen) sehr ähnlich

sind. Daher könnte eine Infektion mit diesen Viren unter bestimmten Umständen als Trigger einer Autoimmunität fungieren [20].

» Auslöser der oralen lichenoiden Reaktion sind dentale Materialien und Medikamente

Die orale lichenoiden Reaktion (OLR) zeigt ein klinisch und histopathologisch nahezu identisches Krankheitsbild, ihre Auslöser sind allerdings bekannt. Vor allem Amalgam, Kompositwerkstoffe, Methacrylate, Kobalt und Nickel in Zahnfüllungen oder sonstige Zahner-

Tab. 1 Oraler Lichen planus: Differenzialdiagnosen, Ursachen und Therapie

Differenzialdiagnosen	Ursachen	Therapie
Oraler Lichen planus	Wahrscheinlich autoimmun	Symptomatisch
Orale lichenoiden Kontaktläsion	Hypersensitivitätsreaktion auf dentalen Werkstoff (Quecksilber, Zink, Komposite, unedle Goldlegierung)	Austausch des dentalen Werkstoffs durch z. B. Keramik
Orale lichenoiden Reaktion	Medikamentenassoziiert: ACE-Inhibitoren Antimalaria-Medikamente Antiretrovirale Medikamente β-Blocker Dapsone Diuretika Goldsalze Nichtsteroidale Antirheumatika Orale Antidiabetika Penicillamine Phenothiazine Sulfonylurea	Umstellung der Medikation in Zusammenarbeit mit den betreffenden Fachdisziplinen
Graft-versus-Host-Erkrankung	Immunologische Schädigung des körpereigenen Gewebes durch das Spenderimmunsystem (Knochenmarktransplantation)	Therapie durch die Hämatologie

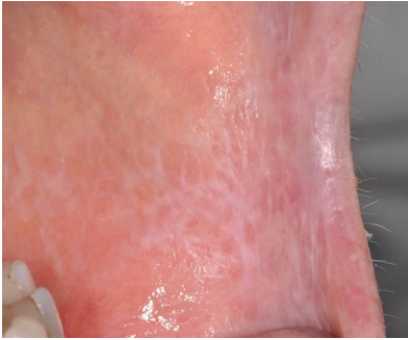


Abb. 1 ▲ Ausgeprägter retikulärer Lichen planus in der Innenwange links

satzkonstruktionen wurden bei direktem Kontakt mit der Mundschleimhaut als mögliche Auslöser einer Kontakt hypersensitivitätsreaktion beschrieben. Diese entstehen über den gleichen Mechanismus wie Kontaktallergien auf der Haut durch z. B. nickelhaltigen Schmuck.

Bei den Medikamenten sind insbesondere Blutdrucksenker (β -Blocker, ACE-Inhibitoren und Diuretika), Dapsone, orale Antidiabetika, nichtsteroidale Antirheumatika, Penicillamine, Phenothiazine, Antimalariamittel, Sulfonylharnstoff und Goldsalze zu nennen, die über systemische Wirkmechanismen eine entzündliche Reaktion an den oralen Schleimhäuten verursachen (■ Tab. 1). Auch antiretrovirale Medikamente sind mögliche Auslöser [1].

Differenzialdiagnostisch wichtig ist in diesem Zusammenhang auch die Graft-versus-Host-Erkrankung, denn diese kann ebenfalls ein sehr ähnliches klinisches Bild wie der OLP oder die OLR aufweisen. Die Kenntnis der Kranken(vor)geschichte ist somit ein sehr wichtiger Baustein der Diagnostik (■ Tab. 1).

In der Literatur existieren sehr viele Daten zur Pathophysiologie und Pathogenese, die aber v. a. beschreibenden Charakter haben, da die Beziehung zwischen Ursache und Wirkung nach wie vor im Dunkeln liegt.

» Zytotoxische T-Zellen spielen beim oralen Lichen planus eine besondere Rolle

Bekannt ist, dass es sich beim OLP um eine v. a. zelluläre Immunantwort han-



Abb. 2 ▲ Plaqueförmiger Lichen planus auf dem Zungenrücken

delt, bei der zytotoxische T-Zellen eine besondere Rolle spielen. Die Zerstörung von Keratinozyten beim OLP wird durch CD8-positive zytotoxische T-Zellen vermittelt, die möglicherweise durch spezielle CD4-positive T-Zellen aktiviert werden, was abschließend zu einer Initiierung der Apoptose in Keratinozyten über Tumornekrosefaktor α oder Fas-Ligand-Mechanismen (programmierter Zelltod) führt. Zusätzlich existieren nichtspezifische Schädigungsmechanismen, die durch die Basalmembran, Matrixmetalloproteinasen, Chemokine und Mastzellen ausgelöst werden [1, 24].

Klinik und Diagnostik

Patienten, die unter OLP oder OLR leiden, beschreiben oft eine gespannte, sich trocken anfühlende Schleimhaut, die beim Genuss von Wein, Schokolade, Steinfrüchten und/oder Salatsaucen stark brennt. Zusätzlich ist die tägliche Mundhygiene erschwert, da durch die subepitheliale Entzündung Zahnfleischbluten und Schmerzen auftreten. Aufgrund dieser Beschwerdesymptomatik kommt es zu einer stärkeren bakteriellen Besiedelung durch vermehrte Plaque an den Zähnen, die die Entzündung unterstützt. Die vermehrte Entzündung veranlasst die Patienten u. U., Mund-

splüngen mit reizenden Inhaltsstoffen anzuwenden, was die Beschwerden zusätzlich verschlimmert. Im Gegensatz zum kutanen Lichen planus, der durch kleine rotbraune Papeln an den Beugeseiten v. a. der Unterarme gekennzeichnet ist und stark juckt, existiert beim OLP kein Juckreiz.

Beim Verdacht auf einen OLP sollte auf die typischen Wickham-Streifen geachtet werden, die für den OLP pathognomonisch sind (■ Abb. 1) und sich überall an der Mundschleimhaut zeigen können. Typische Stellen sind im Bereich der Innenwangen, des Vestibulum oris, der gesamten Zunge (■ Abb. 2) sowie der Unterlippe zu finden. Aber auch die Gingiva, der Mundboden und der Gaumen können betroffen sein. Ebenfalls typisch für den OLP ist der symmetrische Befall der Mundschleimhaut. Dies ist besonders für die Unterscheidung zu einer OLR von Bedeutung.

» Wickham-Streifen sind für den oralen Lichen planus pathognomonisch

Bei der klinischen Anamnese sollten Haut- und Nagelläsionen erfragt und diese falls vorhanden auch klinisch in Augenschein genommen werden. Typisch für eine dermale Beteiligung sind rötliche, stark juckende Papeln an den Beugeseiten der Handgelenke.

Klinisch zeigt der OLP unterschiedliche Erscheinungsbilder, wobei häufig die retikuläre Form auftritt. Neben dieser sind auch weiße, plaqueförmige Befunde (v. a. an der Zunge und bei Rauchern), papulöse weiße kleine Flecken (eher bei jüngeren Patienten), erosive oder atrophe Stellen (v. a. an der gesamten Gingiva und Innenwange) oder ulcerierte Formen zu finden. Selten kann auch eine bullöse Form vorliegen. Die i.d.R. kleinen, flüssigkeitsgefüllten Bläschen platzen aber ziemlich rasch innerhalb von wenigen Stunden und führen zu einer oberflächlichen Ulzeration, die anschließend von Fibrin belegt wird.

Meist sind mehrere Formen des OLP gleichzeitig sichtbar, was die Diagnostik und Therapie u. U. erschwert. Zur Erkennung dieser Erkrankung sollte deshalb

Zusammenfassung · Abstract

immer nach den Wickham-Streifen in der Peripherie der unterschiedlich aussehenden Befunde gesucht werden. Sie kommen wie bereits erwähnt typischerweise bilateral und symmetrisch vor und sind wegweisend für die Diagnosestellung. Sobald die Wickham-Streifen erkannt wurden, kann von der Verdachtsdiagnose eines OLP ausgegangen werden. Im Zweifelsfall kann zur Diagnosesicherung auch eine Biopsie mit anschließender histopathologischer Untersuchung in Betracht gezogen werden.

» Meist sind mehrere Formen des oralen Lichen planus gleichzeitig sichtbar

Neben dem klinisch stummen, objektivierbaren, heterogenen klinischen Erscheinungsbild des OLP klagen über 50 % der Patienten über eine intraorale Schleimhautsymptomatik.

Im Gegensatz zum OLP ist die Diagnose einer OLR meist leichter zu stellen, da hier die Ursache der Beschwerden in der Verwendung eines dentalen Werkstoffs begründet ist. Dabei handelt es sich in den meisten Fällen um eine alte Amalgamfüllung (insbesondere Quecksilber und Zink), einen Kompositwerkstoff oder metallische Restaurationen aus unedlen Legierungen mit niedrigem Goldanteil (hier v. a. Legierungen mit Palladium, Kobalt und Nickel; [10, 23]).

Da sich die typischen einseitigen Schleimhautveränderungen oft am Zungenrand und/oder an der Wangenschleimhaut in direktem Kontakt zum zahnärztlichen Werkstoff befinden, kann die Verdachtsdiagnose einer OLR relativ leicht gestellt werden.

Die Diagnostik wird hingegen erschwert, wenn die lichenoiden Schleimhautbefunde durch Medikamente ausgelöst wurden. Hier gestaltet sich die Suche nach dem verursachenden Medikament oft schwierig. Eine eingehende Medikamentenanamnese ist daher unumgänglich (■ Tab. 1). Zudem sollte in diesem Zusammenhang auch an zimt-, menthol- und pfefferminzhaltige Zahnpflegeprodukte gedacht werden [10, 26].

MKG-Chirurg 2018 · 11:4–11 <https://doi.org/10.1007/s12285-017-0132-3>
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2017

S. Höller · I. Hitz Lindenmüller

Oraler Lichen planus. Eine interdisziplinäre Herausforderung

Zusammenfassung

Der orale Lichen planus ist eine nichtinfektiöse chronische Entzündungsform der Mundschleimhaut, die zusammen mit einer klassischen kutanen Manifestation oder an anderen Schleimhäuten wie der Konjunktiva oder im Genitalbereich auftreten kann. Die Ursache dieser Erkrankung ist nach wie vor ungeklärt, während die klinisch und histopathologisch sehr ähnliche orale lichenoiden Reaktion durch dentale Werkstoffe oder Medikamente ausgelöst werden kann. Dieser Beitrag gibt eine Übersicht

über die wichtigsten Erkenntnisse und therapeutischen Konzepte in Bezug auf diese beiden Erkrankungsformen und versucht somit dem klinisch aktiven Kollegen eine Hilfestellung in Diagnostik und Therapie zu geben.

Schlüsselwörter

Lichenoiden Reaktion · Mundhöhle · Schleimhaut · Kortikosteroide · Interdisziplinäre Kommunikation

Oral lichen planus. An interdisciplinary challenge

Abstract

Oral lichen planus is a non-infectious chronic inflammatory condition. It can be associated with classical cutaneous lesions or involve other mucous membranes, such as the conjunctiva or mucous membranes of the genital organs. The etiology of oral lichen planus remains unknown; however, the clinically and histopathologically very similar oral lichenoid eruptions can be caused by dental restorative materials and drugs. This article focuses on current important

knowledge and therapeutic concepts relating to these two conditions, with the aim of supporting clinical colleagues in the diagnostic and therapeutic management of affected patients.

Keywords

Lichenoid eruptions · Oral cavity · Mucous membrane · Corticosteroids · Interdisciplinary communication

Therapie

Die Therapie des OLP wie der OLR ist zunächst auf eine Symptomlinderung konzentriert, die insbesondere auch eine Eliminierung von mechanischen und chemischen äußeren Reizen beinhaltet. So sollte ausschließlich eine weiche Handzahnbürste verwendet und darauf geachtet werden, dass nur die Zähne gereinigt werden, aber nicht das Zahnfleisch massiert wird. Auch auf den Einsatz einer elektrischen Zahnbürste sollte in der kritischen Phase verzichtet werden, da hierdurch die Schleimhaut zu stark gereizt wird. Zusätzlich sollte auf eine geschmacklose und tensidfreie Zahnpasta umgestellt werden.

Die weitere Therapie der OLR unterscheidet sich von der des OLP. Erstere besteht darin, die in Verdacht stehenden Zahnfüllungen oder sonstigen zahnärztlichen Restaurationen zu entfernen und

wenn möglich durch Keramik zu ersetzen (■ Abb. 3). Es ist nicht zielführend, die betroffene Schleimhautregion medikamentös zu therapieren, solange der auslösende Reiz noch besteht [7, 21]. Werden Amalgamfüllungen entfernt, kann eine fast 100%ige Heilung der betroffenen Areale erzielt werden [7, 12, 14, 15].

» Bei der oralen lichenoiden Reaktion wird das auslösende Agens entfernt

Als differenzialdiagnostische Maßnahme kann eine dünne Kunststoffschiene angefertigt werden, die das betroffene zahnärztliche Material von der Schleimhaut abschirmt. Heilen die Schleimhautläsionen bei konstantem Tragen der Schiene über 14 Tage hinweg ab, kann davon ausgegangen werden, dass die Ursache mate-

Hier steht eine Anzeige.



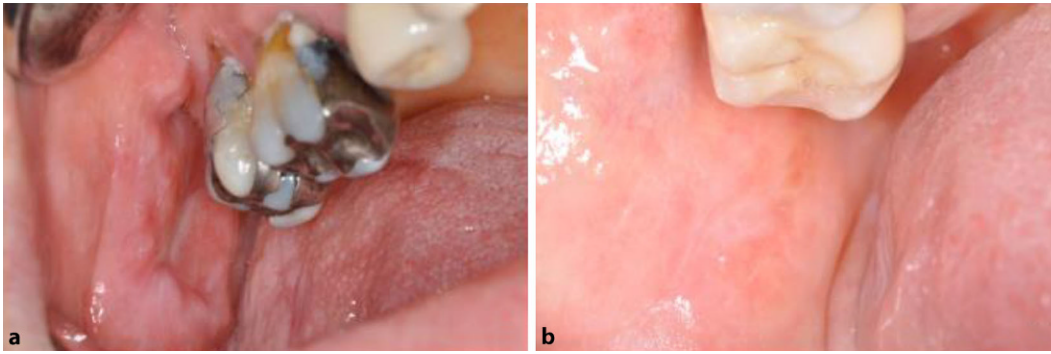


Abb. 3 ◀ a Lichenoide Kontaktläsion an der Wangenschleimhaut, verursacht durch eine ausge dehnte alte Amalgamfüllung. b Nach Austausch der Amalgamfüllung durch eine Keramikkrone tritt deutliche Besserung ein

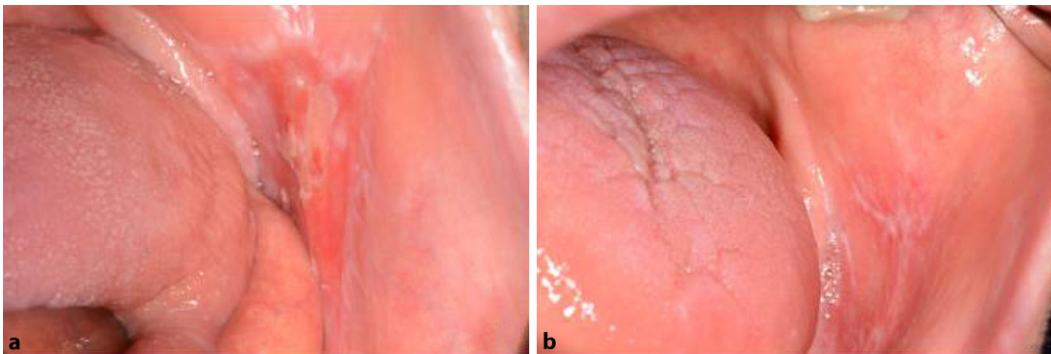


Abb. 4 ◀ a Atroph-erosiver Lichen planus. In der Peripherie zeigen sich die typischen Wickham-Streifen, die für die klinische Diagnose pathognomisch sind. b Starke Besserung der klinischen Situation nach 3-wöchiger Therapie mit systemischer (Prednison) und topischer (Clobetasol) Kortikosteroidgabe

rialbedingt ist und das suspekte Material deshalb entfernt werden muss.

Weiterhin besteht die Möglichkeit, eine Epikutantestung mithilfe einer zahnärztlichen Metall- und Kunststoffreihe durchzuführen, wobei die oft propagierten Allergie-Patch-Tests als Diagnostikum nicht in jedem Fall hilfreich sind und kontrovers diskutiert werden [14, 15, 22, 25].

Sind Medikamente die potenzielle Ursache der Beschwerden, kann eine Umstellung der Medikation in Zusammenarbeit mit dem behandelnden (Haus-)Arzt in Erwägung gezogen werden. Erst danach sollte die lokale Therapie wie beim OLP angestrebt werden.

Die Therapie des OLP hängt von den Beschwerden und dem klinischen Erscheinungsbild ab. Da keine vollständige Heilung erzielt werden kann, soll lediglich eine symptomatische Therapie durchgeführt werden [5, 27]. Die betroffenen Patienten sind immer über einen chronischen Verlauf sowie das potenzielle Risiko einer malignen Entartung zu informieren (s. unten; [9]). Das Ziel der Therapie ist eine Symptomlinderung bzw. -freiheit; dies kann manchmal bereits durch eine Umstel-

lung der Mundhygieneprodukte erreicht werden.

Auch bei symptomlosen Befunden sollten mögliche irritative Faktoren wie scharfe Zahnkanten, störende Prothesenränder, insuffiziente Kronen und Füllungen u. Ä., die die Schleimhaut zusätzlich reizen, entfernt werden.

» Topisch applizierte Kortikosteroide sind die First-Line-Therapeutika beim oralen Lichen planus

Je nach Lokalisation bzw. Ausdehnung der Befunde wird lokal oder systemisch therapiert [18]. First-Line-Therapeutika sind topisch applizierte Kortikosteroide. Eine systemische Kortisontherapie sollte ausgedehnten intraoralen Läsionen inklusive des genitalen oder kutanen Befunds in Zusammenarbeit mit einem Dermatologen, MKG-Chirurgen und Hausarzt vorbehalten sein [8, 13, 27]. Sie kann ggf. mit topischen Therapeutika ergänzt werden (▣ Abb. 4). Topische Calcineurininhibitoren wie Tacrolimus (▣ Abb. 5) haben sich in Studien mindestens so effektiv gezeigt wie das

hochpotente topische Clobetasol und/oder Retinoide [13, 27]. Sie können als Zweitlinientherapeutika eingesetzt werden, wobei aktuell zur Ersttherapie mit Calcineurininhibitoren tendiert wird [4, 6].

Bei systemischer und (längerfristiger) lokaler Applikation von Kortikosteroiden muss beachtet werden, dass sich damit das Risiko für die Entwicklung einer Candidiasis erhöht [5]. Als mögliche Nebenwirkungen bei der topischen Applikation von Tacrolimus wurden Schleimhautbrennen sowie Geschmacksstörungen beschrieben, die allerdings beim Absetzen des Therapeutikums sofort wieder verschwinden [2, 11, 16, 19].

Die Therapie wird in topischer Form über mehrere Wochen unter klinischer Kontrolle fortgeführt. Nach Abklingen der Symptome und Verbesserung des klinischen Erscheinungsbilds kann auf eine Erhaltungs- oder symptomgeleitete Therapie in geringerer Dosierung umgestellt werden.

Histopathologie

Wie bereits erwähnt ist im Zweifelsfall, z. B. bei unklaren oder für einen OLP nicht typischen Schleimhautveränderun-



Abb. 5 ◀ **a** Schmerzhafter erosiver Lichen planus an der Gingiva, der eine optimale Mundhygiene erschwerte. **b** Klinisches Bild nach einer 3-wöchigen lokalen Therapie mit Tacrolimus (2-mal täglich)

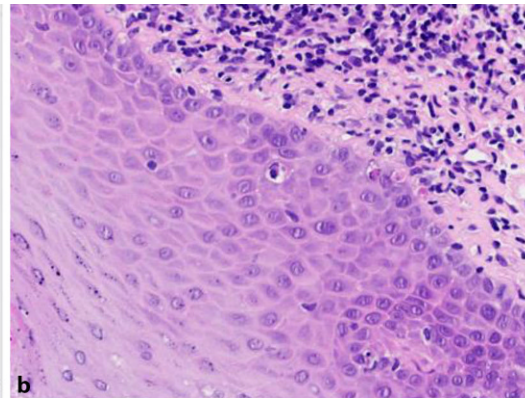
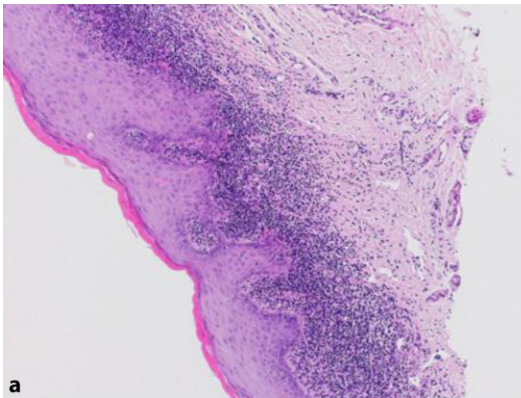


Abb. 6 ◀ **a** Typische histopathologische Veränderungen eines oralen Lichen planus mit einem bandförmigen subepithelialen lymphozytären Infiltrat und sägezahnartiger Verlängerung der Reteleisten. **b** Bei höherer Vergrößerung lässt sich die vakuolige Degeneration der Keratinozyten mit Kolloidkörperchen (sog. Civatte-Körperchen) und intraepithelialen Lymphozyten erkennen

gen oder Auftreten von leukoplakischen Veränderungen, eine Biopsie erforderlich. Damit lässt sich eine Dysplasie oder ein invasives Karzinom, die beiden wichtigsten Differenzialdiagnosen in diesem Kontext, ausschließen [1].

Klassische histopathologische Veränderungen eines OLP sind ein bandförmiges lichenoides, lymphozyten- und histiozytenreiches, subepitheliales Entzündungsinfiltrat sowie epithelinfiltrierende Lymphozyten zusammen mit eingestreuten Kolloidkörperchen (sog. Civatte-Körperchen). Die Reteleisten an der Haut, seltener an der Schleimhaut, sind sägezahnartig verlängert. Außerdem zeigt sich (meist an der Haut) eine Hyperorthokeratose oder (meist an der Schleimhaut) Hyperparakeratose (▣ **Abb. 6**). Auch Erosionen oder Ulzera können auftreten, diese werden dann als erosive bzw. ulzerative Form bezeichnet. Von besonderer Wichtigkeit ist das Fehlen einer Dysplasie – ein Befund, der einen OLP ausschließt [1].

Entartungsrisiko

Der OLP wird klinisch als potenziell prämaligne Läsion aufgefasst. Allerdings wird dieser Umstand in der Literatur nach wie vor kontrovers diskutiert. Einige Autoren gehen von einem Entartungsrisiko von 0,4–5 % aus, dagegen wurde bei genauerer Betrachtung und strikten Kriterien in Metaanalysen das Transformationsrisiko mit 0–2 % deutlich geringer geschätzt. Äußerst wichtig ist in diesem Zusammenhang die genau histologische Analyse, da Plattenepitheldysplasien mit einem dichten lymphatischen Infiltrat einhergehen und somit potenziell als OLP fehlgedeutet werden können. Manche Autoren sind sogar der Meinung, dass der OLP selbst kein Entartungsrisiko aufweist und der Übergang in ein invasives Plattenepithelkarzinom nur bei initial (klinisch und/oder pathologisch) fehlinterpretierten Dysplasien mit lichenoidem Entzündungsinfiltrat auftritt [17]. Darüber hinaus zeigten Daten einer prospektiven Studie von van der Meij et al. [28], dass offenbar die lichenoiden Läsionen, d. h. Läsionen, die vereinbar mit einem OLP sind, laut WHO aber

nicht alle Kriterien erfüllen, ein Entartungsrisiko (0,71 % pro Jahr) bergen, der typische OLP hingegen nicht. Genaue prospektive Studien mit strikten klinischen und histopathologischen Kriterien sind über einen langen Beobachtungszeitraum nötig, um eine genaue Aussage bezüglich der tatsächlichen Existenz eines Entartungsrisikos und ggf. dessen Umfang beim OLP treffen zu können. Solange dies ungeklärt ist, sollte der OLP auch weiterhin im Sinne der Patientensicherheit als potenziell prämaligne Läsion aufgefasst werden.

» Die intraoralen Befunde sollten regelmäßig klinisch und ggf. histologisch kontrolliert werden

Einigkeit herrscht darüber, dass die intraoralen Befunde regelmäßig klinisch und bei Malignitätsverdacht histologisch abgeklärt werden müssen. Die klinischen Kontrollabstände liegen bei 3 bis 6 Monaten, abhängig von der Lokalisation, dem vorangegangenen histopathologi-

schen Befund sowie den Risikofaktoren Alkohol und Rauchen. Zunge und Mundboden als Prädilektionsstellen scheinen dabei besonders für maligne Entartungen prädestiniert zu sein und benötigen deshalb engmaschigere Kontrollen [3]. Die Erkrankung kann symptomfreie Intervalle zeigen, neigt aber auch nach Jahren noch zu Rezidiven.

Fazit für die Praxis

- Die Ursache des oralen Lichen planus ist nach wie vor ungeklärt.
- Das klinische Erscheinungsbild ist sehr mannigfaltig, wobei die Wickham-Streifen pathognomonisch sind.
- Diagnostik und Therapie basieren auf einer engen interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen MKG-/Oralchirurgen/Zahnärzten, Dermatologen/Hausärzten und Pathologen.
- Die Therapie des oralen Lichen planus ist symptomorientiert und richtet sich nach dem klinischen Erscheinungsbild, wohingegen die orale lichenoidale Reaktion durch Eliminierung des auslösenden Agens (dentale Werkstoffe oder Medikamente) geheilt werden kann.
- Eine Biopsie wird insbesondere bei unklarem klinischen Schleimhautbefund und Malignitätsverdacht notwendig.
- Langfristige und regelmäßige Kontrollen müssen aufgrund der Rezidivfreudigkeit der Erkrankung sowie des potenziellen Entartungsrisikos durchgeführt werden.

Korrespondenzadresse



PD Dr. med. S. Höller
Institut für Medizinische
Genetik und Pathologie,
Universitätsspital Basel
Schönbeinstraße 40,
4031 Basel, Schweiz
sylvia.hoeller@usb.ch



**Dr. med. dent. I. Hitz
Lindenmüller**
Klinik für Zahnärztliche
Chirurgie, Radiologie, Mund-
und Kieferheilkunde, UZB
– Universitätszahnkliniken
Basel
Hebelstraße 3, 4056 Basel,
Schweiz
irene.hitz@unibas.ch

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. S. Höller und I. Hitz Lindenmüller geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Alrashdan MS, Cirillo N, McCullough M (2016) Oral lichen planus: a literature review and update. *Arch Dermatol Res* 308:539–551
2. Bascones-Martinez A, Mattila R, Gomez-Font R et al (2014) Immunomodulatory drugs: oral and systemic adverse effects. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 19:e24–e31
3. Bombeccari GP, Guzzi G, Tettamanti M et al (2011) Oral lichen planus and malignant transformation: a longitudinal cohort study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 112:328–334
4. Chamani G, Rad M, Zarei MR et al (2015) Efficacy of tacrolimus and clobetasol in the treatment of oral lichen planus: a systematic review and meta-analysis. *Int J Dermatol* 54:996–1004
5. Cheng YS, Gould A, Kurago Z et al (2016) Diagnosis of oral lichen planus: a position paper of the American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 122:332–354
6. Corrocher G, Di Lorenzo G, Martinelli N et al (2008) Comparative effect of tacrolimus 0.1% ointment and clobetasol 0.05% ointment in patients with oral lichen planus. *J Clin Periodontol* 35:244–249
7. Dunsche A, Kastel I, Terheyden H et al (2003) Oral lichenoid reactions associated with amalgam: improvement after amalgam removal. *Br J Dermatol* 148:70–76
8. Elad S, Epstein JB, Von Bultzingslowen I et al (2011) Topical immunomodulators for management of oral mucosal conditions, a systematic review; part II: miscellaneous agents. *Expert Opin Emerg Drugs* 16:183–202
9. Fitzpatrick SG, Hirsch SA, Gordon SC (2014) The malignant transformation of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: a systematic review. *J Am Dent Assoc* 145:45–56
10. Gupta S, Jawanda MK (2015) Oral lichen planus: an update on etiology, pathogenesis, clinical presentation, diagnosis and management. *Indian J Dermatol* 60:222–229
11. Hodgson TA, Sahni N, Kaliakatsou F et al (2003) Long-term efficacy and safety of topical tacrolimus in the management of ulcerative/erosive oral lichen planus. *Eur J Dermatol* 13:466–470
12. Ibbotson SH, Speight EL, Macleod RI et al (1996) The relevance and effect of amalgam replacement in subjects with oral lichenoid reactions. *Br J Dermatol* 134:420–423
13. Ismail SB, Kumar SK, Zain RB (2007) Oral lichen planus and lichenoid reactions: etiopathogenesis, diagnosis, management and malignant transformation. *J Oral Sci* 49:89–106
14. Issa Y, Brunton PA, Glenney AM et al (2004) Healing of oral lichenoid lesions after replacing amalgam restorations: a systematic review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 98:553–565
15. Issa Y, Duxbury AJ, Macfarlane TV et al (2005) Oral lichenoid lesions related to dental restorative materials. *Br Dent J* 198:361–366 (discussion 549; quiz 372)
16. Kaliakatsou F, Hodgson TA, Lewsey JD et al (2002) Management of recalcitrant ulcerative oral lichen planus with topical tacrolimus. *J Am Acad Dermatol* 46:35–41
17. Krutchkoff DJ, Eisenberg E (1985) Lichenoid dysplasia: a distinct histopathologic entity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 60:308–315
18. Lavanya N, Jayanthi P, Rao UK et al (2011) Oral lichen planus: an update on pathogenesis and treatment. *J Oral Maxillofac Pathol* 15:127–132
19. Lopez-Jornet P, Camacho-Alonso F, Salazar-Sanchez N (2010) Topical tacrolimus and pimecrolimus in the treatment of oral lichen planus: an update. *J Oral Pathol Med* 39:201–205
20. Luccchese A (2015) A potential peptide pathway from viruses to oral lichen planus. *J Med Virol* 87:1060–1065
21. Marell L, Tillberg A, Widman L et al (2014) Regression of oral lichenoid lesions after replacement of dental restorations. *J Oral Rehabil* 41:381–391
22. Minciullo PL, Paolino G, Vacca M et al (2016) Unmet diagnostic needs in contact oral mucosal allergies. *Clin Mol Allergy* 14:10
23. Muris J, Goossens A, Goncalo M et al (2015) Sensitization to palladium and nickel in Europe and the relationship with oral disease and dental alloys. *Contact Derm* 72:286–296
24. Nogueira PA, Carneiro S, Ramos-E-Silva M (2015) Oral lichen planus: an update on its pathogenesis. *Int J Dermatol* 54:1005–1010
25. Suter VG, Warnakulasuriya S (2016) The role of patch testing in the management of oral lichenoid reactions. *J Oral Pathol Med* 45:48–57
26. Syed M, Chopra R, Sachdev V (2015) Allergic reactions to dental materials - a systematic review. *J Clin Diagn Res* 9:ZE4–ZE9
27. Usatine RP, Tinitigan M (2011) Diagnosis and treatment of lichen planus. *Am Fam Physician* 84:53–60
28. Van Der Meij EH, Mast H, Van Der Waal I (2007) The possible premalignant character of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: a prospective five-year follow-up study of 192 patients. *Oral Oncol* 43:742–748

Hier steht eine Anzeige.

