

Donata Lissner

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Campus Benjamin Franklin
12. Jahrestagung GGHBB



Fallbericht

26-jährige Frau

Beim Hausarzt: Odynophagie seit einer Woche, fühlt sich krank

Sonst immer gesund gewesen, keine Medikamenteneinnahme

1 kleines Kind

Raucherin

Untersuchung

Guter AZ und schlanker EZ

Kleine aphthöse Läsionen an der Mundschleimhaut, diskrete Schwellung der Lippen

Ansonsten unauffällig

Verdachtsdiagnose?

Odynophagie seit kurzer Zeit, aphthöse Läsionen der Mundschleimhaut
→ Verdachtsdiagnosen?

Viraler Infekt

Coxsackie-Viren (Hand-Fuß-Mund-Krankheit, Herpangina)

Herpes simplex (Gingivostomatitis herpetica)

Varizellen

HIV, CMV, EBV, HHV-8, ...

Habituelle Aphthen / rezidivierende benigne Aphthosis

Minor-Form

Major-Form



Bilder:

S2k-Leitlinie. Diagnostik und Therapieoptionen von Aphthen und aphthoiden Läsionen der Mund- und Rachenschleimhaut. November 2016.

UptoDate

Verlauf

4 Wochen später:

Weiterhin Aphthen / kleinere Ulcerationen oral,
Lippenschwellung. Ausgeprägtes Krankheitsgefühl.

→ Verdachtsdiagnosen?

M. Behçet



Cheilitis granulomatosa / Melkersson-Rosenthal-Syndrom

Chronisch entzündliche Darmerkrankung, Zöliakie

Malnutrition (Eisen-, Folsäure-, Vitamin B1-, B2-, B6-, B12-Mangel)

Hämatologischen Ursachen (Agranulozytose..)



Bilder:

S2k-Leitlinie. Diagnostik und Therapieoptionen von Aphthen und aphthoiden Läsionen der Mund- und Rachenschleimhaut. November 2016.

UptoDate

Verlauf

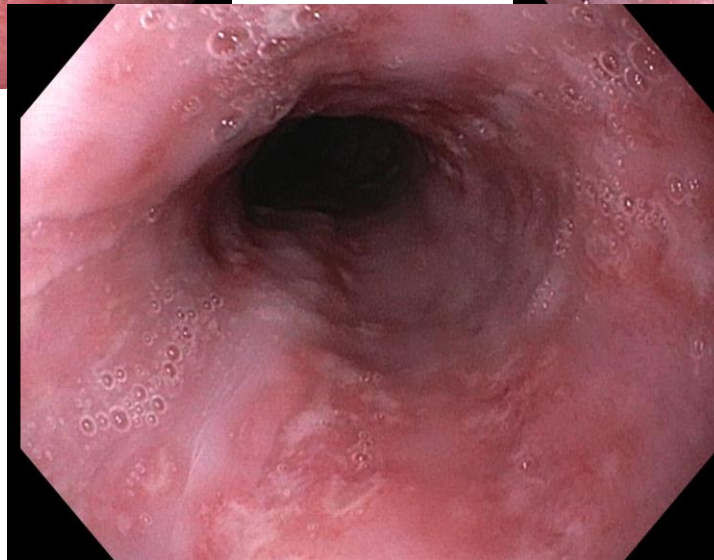
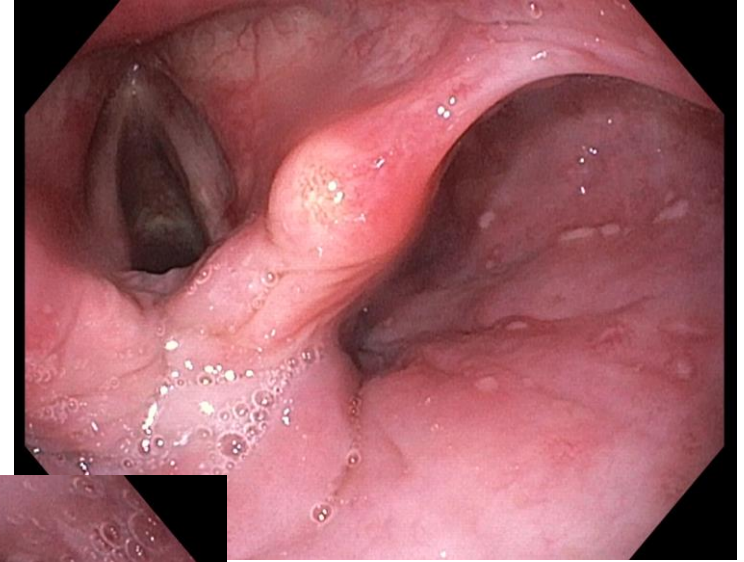
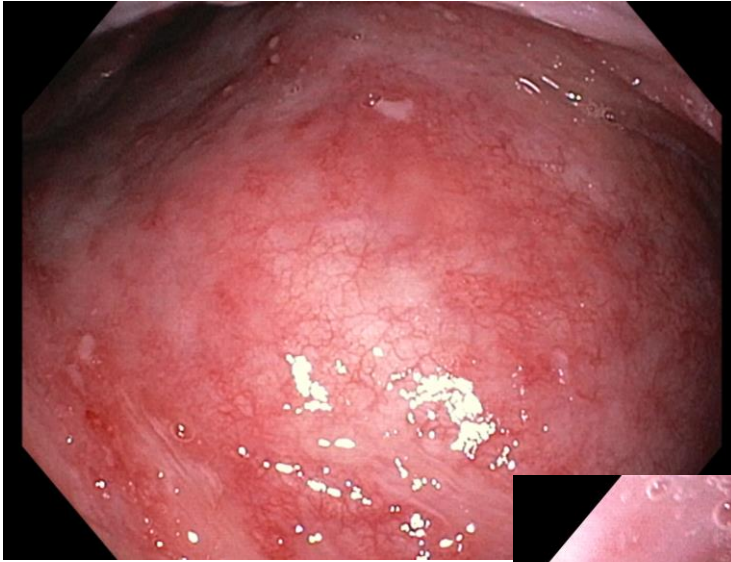
→ Überweisung zu uns

Erweiterte Anamnese:

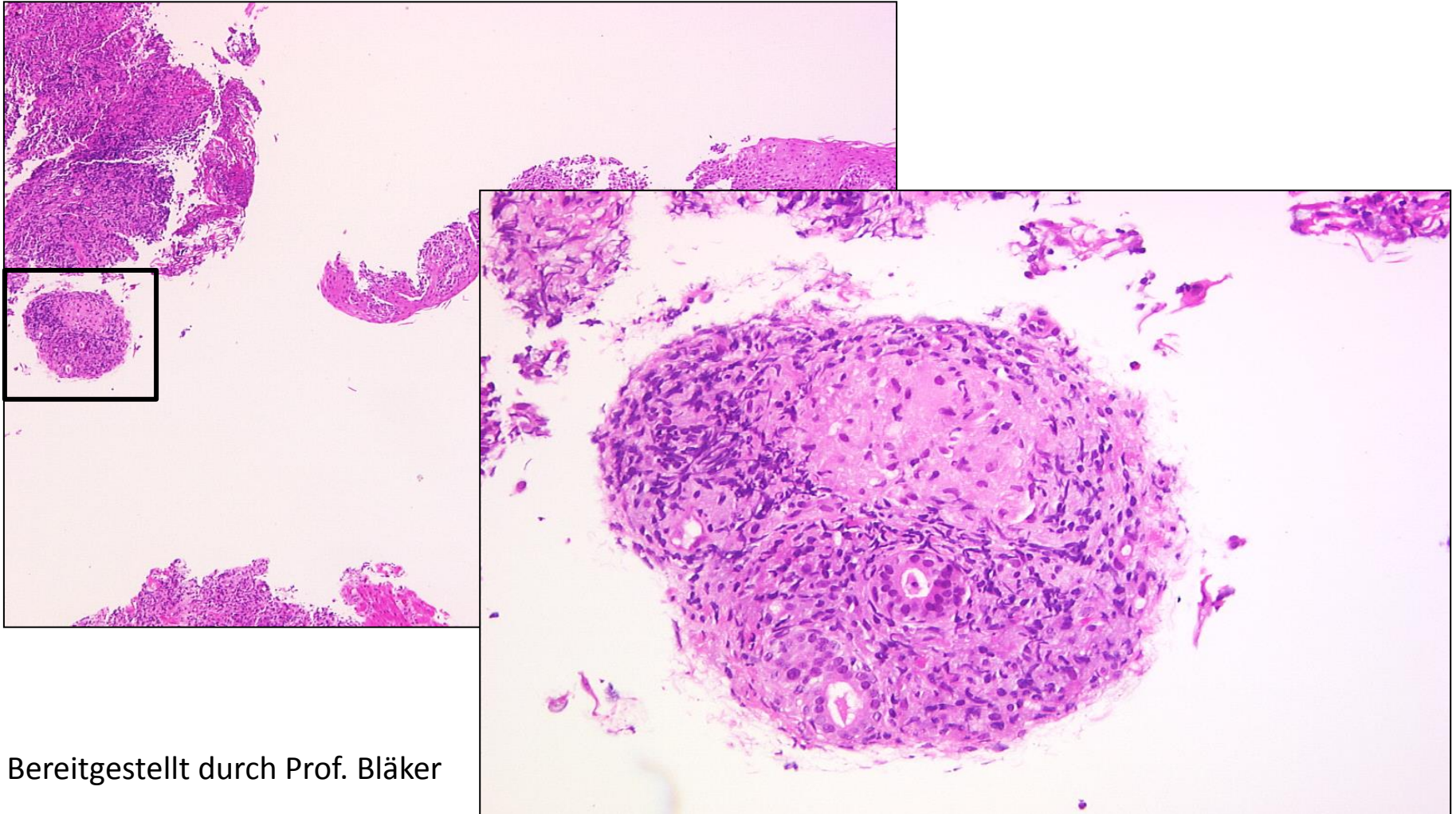
- Hauptsymptom: Schmerzen im Mund. Retrosternale Schmerzen nach Nahrungsaufnahme.
- Keine Bauchschmerzen, normaler Stuhlgang, SF 3-4xtgl.
- Kein relevanter Gewichtsverlust, keine B-Symptomatik
- Familienanamnese leer

Weitere Diagnostik?

ÖGD



Histologie



Bereitgestellt durch Prof. Bläker

Weitere Diagnostik notwendig?

Ausbreitungsdiagnostik bei **V.a. M. Crohn**

→ Ileo-Koloskopie



→ Dünndarm-Evaluation (Sono / MRT) kein weiterer Dünndarmbefall

Erstdiagnose M. Crohn
mit Ileitis terminalis und Befall oberer GI-Trakt
Montreal Klassifikation A2, L1 + L4, B1

Oraler M. Crohn

Häufigkeit:

→ Kinder: symptomatisch 10%, bis 42% bei Untersuchung

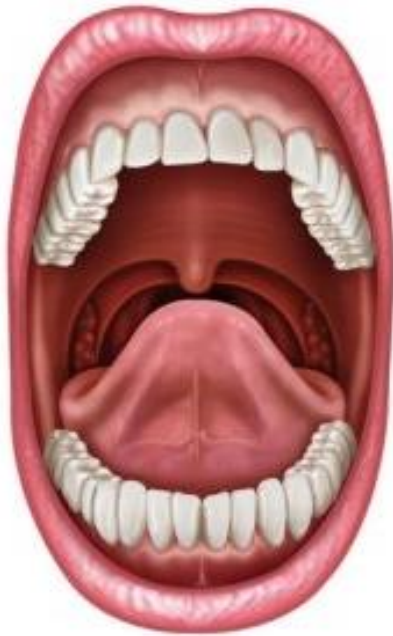
Harty S, Fleming P, Rowland M, Crushell E, McDermott M, Drumm B, Bourke B. A prospective study of the oral manifestations of Crohn's disease. Clin Gastroenterol Hepatol. 2005;3(9):886.

→ Erwachsene selten (0,5%)

Cosnes et al. Oral Crohn disease: clinical characteristics and long-term follow-up. Arch Dermatol. 1999 Apr;135(4):439-42.

→ In 5-10% vor der CED-Diagnose

Risikofaktoren für oralen M. Crohn



Zahnpasta?

Sullivan SN. Hypothesis revisited: toothpaste and the cause of Crohn's disease. Lancet 1990.

Rauchen?

Cosnes J. Effects of smoking on the long-term course of Crohn's disease. Gastroenterology. 1996;110:424- 431

Gesicherte Assoziationen:

- Jüngeres Erkrankungsalter
- Geschlecht (Männer > Frauen)
- Perianaler und ösophagealer Befall
- EIM (Arthritis, Erythema nodosum)

Cosnes et al. Oral Crohn disease: clinical characteristics and long-term follow-up. Arch Dermatol. 1999 Apr;135(4):439-42.

Scheper HJ et al. Oral aspects of Crohn's disease. Int Dent J. 2002 Jun;52(3):163-72.



- (A) Lip swelling with fissures
- (B) Cobblestone appearance of the buccal mucosa
- (C) Linear ulceration deep in the mandibular vestibule
- (D) Mucosal tag on the buccal aspect of the gingiva
- (E) Mucogingivitis in relation to the maxillary permanent incisors

Harty S, Fleming P, Rowland M, Crushell E, McDermott M, Drumm B, Bourke B. A prospective study of the oral manifestations of Crohn's disease. Clin Gastroenterol Hepatol. 2005;3(9):886.

Deutlich erhöhtes Karies-Risiko bei CED-Patienten

- Veränderte Mundflora
- Insb. bei Dünndarmbefall (Malabsorption?)
- Veränderte Diät?

Rooney TP. Dental caries prevalence in patients with Crohn's disease. Oral surg 1984;57:623-624
Scheper HJ et al. Oral aspects of Crohn's disease. Int Dent J. 2002 Jun;52(3):163-72.

Therapie

Erstdiagnose M. Crohn

- Milde Ileitis terminalis
- **Führend: Befall oberer GI-Trakt (oral und ösophageal)**

Therapie? → Induktion mit Adalimumab

Datenlage:

- Anti-TNF bei therapierefraktären oralen aphtösen Ulcerationen (Review)
Ansprechen o. Remission bei 14/16 Fällen

O'Neill ID. Efficacy of tumour necrosis factor-alpha antagonists in aphthous ulceration: review of published individual patient data. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012;26:231–235.

- Therapie des ösophagealen M. Crohn (retrospektive Studie Mayo-Clinic)
7/9 Ansprechen Steroide
7/7 Ansprechen auf Infliximab

De Felice et al. Crohn's Disease of the Esophagus: Clinical Features and Treatment Outcomes in the Biologic Era. Inflammatory Bowel Diseases, Volume 21, Issue 9, 1 September 2015, Pages 2106–2113

Cheilitis granulomatosa



Vor Infliximab

Nach Infliximab

Blume-Peytavi U. et al. J Dtsch Dermatol Ges. 2017 Dec;15(12):1240-1242. doi: 10.1111/ddg.13348_g.

Zbar AP, Ben-Horin S, Beer-Gabel M, Eliakim R. Oral Crohn's disease: is it a separable disease from orofacial granulomatosis? A review. J Crohns Colitis. 2012;6:135–142.

Therapie

Unsere Patientin:

Adalimumab 160 mg, 80 mg, dann 40 mg alle 2 Wochen

Topische Therapie (Lidocain Mundspüllösung)

Wiedervorstellung nach 6 Wochen:

- Abgeheilte Läsionen im Mund
- Keine Odynophagie, keine retrosternalen Schmerzen mehr
- Sehr guter AZ

Kontroll-ÖGD nach 3 Monaten:

- Abgeheilte Ösophagitis