

KURZMITTEILUNG

Läsionen der Mundschleimhaut bei Sarkoidose: Vergleich mit Hautläsionen

Originalartikel *Oral Mucosal Lesions in Sarcoidosis: Comparison with Cutaneous Lesions* von

Marcello Menta S. Nico¹, Ana Lúcia Monteiro Guimarães¹, Paula Yume Sato Serzedello Correa¹ und Silvia V. Lourenço²

1 Abteilung für Dermatologie, Medizinische Fakultät, 2 Abteilung für Pathologie, Zahnmedizinische Fakultät, Universität von São Paulo, Rua Itapeva 500- 3A, CEP-01332-000 São Paulo, Brasilien. E-Mail: mentanico@hotmail.com
Angenommen am 13. Oktober 2015; Epub vor Drucklegung am 14. Oktober 2015

Die Sarkoidose ist eine multisystemische Erkrankung unbekannter Ursache, die durch nicht verkäsende Granulome gekennzeichnet ist. In 20–35 % der Fälle mit systemischer Beeinträchtigung ist die Haut betroffen (1), obwohl auch eine ausschließlich kutane Sarkoidose beschrieben wurde (1). Die Diagnose wird häufig zuerst von einem Dermatologen gestellt. Hautläsionen sind gut charakterisiert und bestehen in der Regel aus Papeln, Plaques (einschließlich Angiolupoid und Lupus pernio) und Knötchen; seltenere Formen sind ulzerierte, lichenoid, atrophische, psoriasiforme, ichthyosiforme und vitiligoähnliche Erscheinungsformen (1).

Mundschleimhautläsionen bei Sarkoidose wurden bisher nur selten beschrieben und die meisten Beschreibungen stammen aus der zahnmedizinischen Literatur (2–5). In den meisten dieser Veröffentlichungen wurde jedoch keine ordnungsgemäße klinische Charakterisierung der Läsionen vorgenommen: Die Läsionen werden ungenau als „Massen“, „Schwellungen“, „Granulome“, „Gingivitis“, „Gingivahyperplasie“ oder „Gingivarezession“ beschrieben (2–6). In keinem dieser Fälle wurde versucht, eine Korrelation zwischen Schleimhaut- und Hautläsionen herzustellen. Es gibt keine Studien, die orale Schleimhautläsionen bei Sarkoidose mit ihren Hautläsionen vergleichen.

METHODEN

Diese Studie umfasste 5 Patienten mit Sarkoidose, die spezifische orale Schleimhautläsionen entwickelten und in der Klinik für Munderkrankungen der Abteilung für Dermatologie der Universität von São Paulo, Brasilien, untersucht wurden. Haut- und Schleimhautläsionen wurden fotografiert und für histopathologische Untersuchungen biopsiert. Auch systemische Komplikationen wurden untersucht.

ERGEBNISSE

Die klinischen Merkmale der Patienten sind in Tabelle S1¹ aufgeführt. Es handelte sich um 3 Frauen und 2 Männer im Alter von 33 bis 60 Jahren. Drei Patienten waren afro-

brasilianischer Herkunft (Patienten 2, 3 und 5), 1 Patient war gemischter Herkunft (Patient 4) und 1 Patient war kaukasischer Herkunft (Patient 1). Zwei Patienten wiesen eine knotige kutane Sarkoidose auf, einer hatte Plaques, einer papulöse Läsionen und einer infiltrierte und atrophische Läsionen. Die oralen Manifestationen waren bei allen Patienten in Morphologie, Form und Größe den kutanen Läsionen sehr ähnlich (Abb. 1). Die Läsionen befanden sich auf der Zunge ($n = 2$), den Lippen ($n = 2$), dem Zahnfleisch ($n = 1$), dem retromolaren Bereich ($n = 1$), dem harten Gaumen ($n = 1$) und dem weichen Gaumen ($n = 1$).

Die Histopathologie der Haut- und Schleimhautläsionen zeigte bei allen biopsierten Läsionen typische nicht verkäsende sarkoidale Granulome. Die Färbungen auf spezifische Mikroorganismen sowie die mikrobiologischen Untersuchungen waren bei allen Patienten negativ.

Bei allen Patienten wurde eine systemische Beeinträchtigung festgestellt: mediastinale oder zervikale Adenomegalien ($n = 5$), parenchymatöse Lungenbeeinträchtigung ($n = 2$), Pleuraverdickungen ($n = 2$), Leber- und Milzinfiltration ($n = 1$) und spezifische Dactylitis ($n = 1$).

DISKUSSION

Klassischerweise beziehen sich die meisten Berichte über orale Sarkoidose auf große oder kleine Speicheldrüsen (7, 8) oder Knochenbefall; am häufigsten sind Oberkiefer-, Unterkiefer- und Alveolarknochen betroffen (3). Es wurden submukosale, tief tastbare Massen beschrieben (2, 3, 5). Oberflächliche orale Schleimhautläsionen bei Sarkoidose wurden nur selten berichtet; die meisten Veröffentlichungen beziehen sich auf Einzelfälle (2, 4, 9); nur wenige Serien wurden veröffentlicht (6).

Bouaziz et al. (6) berichteten über 12 Fälle von oraler Beteiligung bei Sarkoidose mit histopathologischer Bestätigung. In ihrer umfassenden Literaturrecherche fanden sie 70 zuvor veröffentlichte Fälle; die Läsionen befanden sich auf der Wangenschleimhaut ($n = 21$), der Gingiva ($n = 14$), dem Gaumen ($n = 6$), der Lippe ($n = 11$) und der Zunge ($n = 11$). In 7 Fällen waren mehrere Stellen betroffen.

1 Tabelle S1 online verfügbar: <https://doi.org/10.2340/00015555-2262>

Diese Übersetzung basiert auf einem Open-Access-Artikel, der unter den Bedingungen der Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) verbreitet wird, welche die uneingeschränkte Nutzung, Verbreitung und Vervielfältigung in jedem Medium erlaubt, sofern das Originalwerk ordnungsgemäß zitiert wird. Diese Lizenzform gilt auch für diese Übersetzung. Es wurden keine inhaltlichen Änderungen vorgenommen.

Übersetzung: [2016 Laesionen der Mundschleimhaut bei Sarkoidose.pdf](#)



Isolierte Zungenläsionen wurden von anderen Autoren beschrieben (9– 12).

Bei allen unseren Patienten wurde aufgrund der Untersuchung der Haut- und Mundschleimhautläsionen eine Sarkoidose vermutet; eine definitive Diagnose wurde nach entsprechenden Untersuchungen gestellt (1). Mukokutane Läsionen können im Verlauf der Erkrankung auftreten, sind jedoch häufig das erste Anzeichen (1, 6).

Bei allen Patienten wurde eine systemische Beteiligung festgestellt; am häufigsten wurde eine mediastinale Adenomegalie festgestellt. Obwohl die Mehrheit der zuvor untersuchten Patienten mit oraler Sarkoidose viszerale Läsionen aufwies (6), berichten einige Publikationen über Patienten mit ausschließlich oraler Schleimhautbeteiligung (9, 10).

Die hier beschriebenen Fälle bestätigen unsere Ansicht, dass orale Schleimhautläsionen jeglicher Ursache besser zu verstehen sind als ihre kutanen Entsprechungen, da orale Schleimhautläsionen fast immer das Erscheinungsbild von Hautläsionen nachahmen, selbst wenn diese nicht vorhanden sind (13,14). Dies scheint auch bei Sarkoidose der Fall zu sein. Die Anwendung dieses Konzepts bei der Diagnose von Läsionen der Mundschleimhaut kann für Dermatologen und andere im Bereich der Mundpflege tätige Gesundheitsfachkräfte ein nützliches klinisches Instrument sein.

Abb. 1.

- (A) Patient 1: Papeln und Knötchen auf dem Nasenrücken.
- (B) Jeder runde, papillenlose Bereich auf dem vorderen Drittel der Zunge ist in Wirklichkeit ein erbsengroßes, tastbares, festes Knötchen.
- (C) Patient 2: Üppige Knötchen auf den Wangen und dem Nasenrücken.
- (D) Ähnliche Knötchen auf dem harten und weichen Gaumen.
- (E) Patient 3: Zusammenwachsende Knötchen an den Nasenflügeln und am Lippenrot.
- (F) Ähnliche Knötchen an der Zungenspitze.
- (G) Patient 4: Mehrere linear angeordnete Papeln.
- (H) Ähnliche Anordnung der Läsionen im Lippenrotbereich.
- (I) Patient 5: Münzförmige, infiltrierte violette Plaques mit eingedrücktem gelblichem Zentrum nahe dem linken inneren Augenwinkel.
- (J) Stark atrophische gelbliche Plaque auf dem Zahnfleisch.

DANKSAGUNG

Finanzierungsquelle: FAPESP-Zuschuss 2013/26923-8.

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

LITERATUR

1. Gawkrödger DJ. Sarcoidosis. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. *Hook's textbook of dermatology*. Oxford: Wiley-Blackwell, **2010**; p. 61.1–23.
2. Kasamatsu A, Kazanawa H, Watanabe T, Matsuzaki O. *Oral sarcoidosis: report of a case and review of literature*. J Oral Maxillofac Surg **2007**; 65: 1256–1259. [PubMed](#)
3. Suresh L, Radfar L. *Oral sarcoidosis: review of the literature*. Oral Dis **2005**; 11: 138–145. [PubMed](#)
4. Armstrong C, Napier S, Linden GJ. *Sarcoidosis with gingival involvement: a case report*. J Periodontol **2004**; 75: 608–612. [PubMed](#)
5. Blinder D, Yahatom R, Taicher S, Hashomer T. *Oral manifestations of sarcoidosis*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol **1997**; 83: 458–461. [PubMed](#)
6. Bouaziz A, Le Scanf J, Chapelon-Abric C, Varron L, Khenifer S, et al. *Oral involvement in sarcoidosis: report of 12 cases*. Q J Med **2012**; 105: 755–767. [PubMed](#)
7. Fatahzadeh M, Rinaggio J. *Diagnosis of systemic sarcoidosis prompted by orofacial manifestations: a review of the literature*. J Am Dent Assoc **2006**; 137: 54–60. [PubMed](#)
8. Alawi F. *An update on granulomatous diseases of the oral tissues*. Dent Clin N Am **2013**; 57: 657–671. (open access) [PubMed](#)
9. Guilabert A, Muñoz-Santos C, Aguilera P, Mascaró Jr, JM, Ferrando J. *Isolated sarcoidal granulomas of the tongue*. Arch Dermatol **2011**; 8: 989–991. <https://doi.org/10.1001/archdermatol.2011.211>
10. Serrat Soto A, Lobo Valentin P, Rolando González LM, Sanz Santa Cruz C, Verrier Hernández A. *Oral sarcoidosis with tongue involvement*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod **1997**; 83: 668–671. [PubMed](#)
11. Nagata Y, Kanekura T, Kawabata H, Shimomai K, Higashi Y, et al. *A case of sarcoidosis involving the tongue*. J Dermatol **1999**; 26: 666–670. [PubMed](#)
12. Ellouadghiri A, Afifi Y, Mansouri F, Hassam B, Senouci K. *Specific tongue involvement revealing sarcoidosis*. Ann Dermatol Venereol **2013**; 140: 36–40. [PubMed](#)
13. Nico MMS, Vilela MAC, Rivitti A, Lourenço SV. *Oral lesions in lupus erythematosus: correlation with cutaneous lesions*. Eur J Dermatol **2008**; 18: 376–381. [PubMed](#)
14. Nico MMS, Hammerschmidt M, Lourenço SV. *Oral mucosal manifestations in some genodermatoses: correlation with cutaneous lesions*. Eur J Dermatol **2013**; 23: 581–591. [PubMed](#)