

Aphthen richtig diagnostizieren und therapieren

Oralmedizin kompakt – Kurz-Empfehlungen: Leitlinie des Interdisziplinären Arbeitskreises Oralpathologie und Oralmedizin mit DGMKG und DGZMK

Rezidivierende Aphthen gehören zu den häufigsten Mundschleimhaut-Erkrankungen. Ihre Ätiologie ist wahrscheinlich multifaktoriell, diskutiert werden unter anderem Genetik, Infektionen, lokales Trauma und Stress. In rund 85 Prozent der Fälle handelt es sich um Minor-Aphthen, in rund 10 Prozent um Major-Aphthen. Da schwere aphthoide Veränderungen in der Regel in Fachpraxen oder -kliniken diagnostiziert und behandelt werden, fokussiert diese Kurz-Empfehlung auf das Management von Minor-Aphthen. Detaillierte Informationen enthalten der Leitlinientext und der Methodenreport [1, 2].

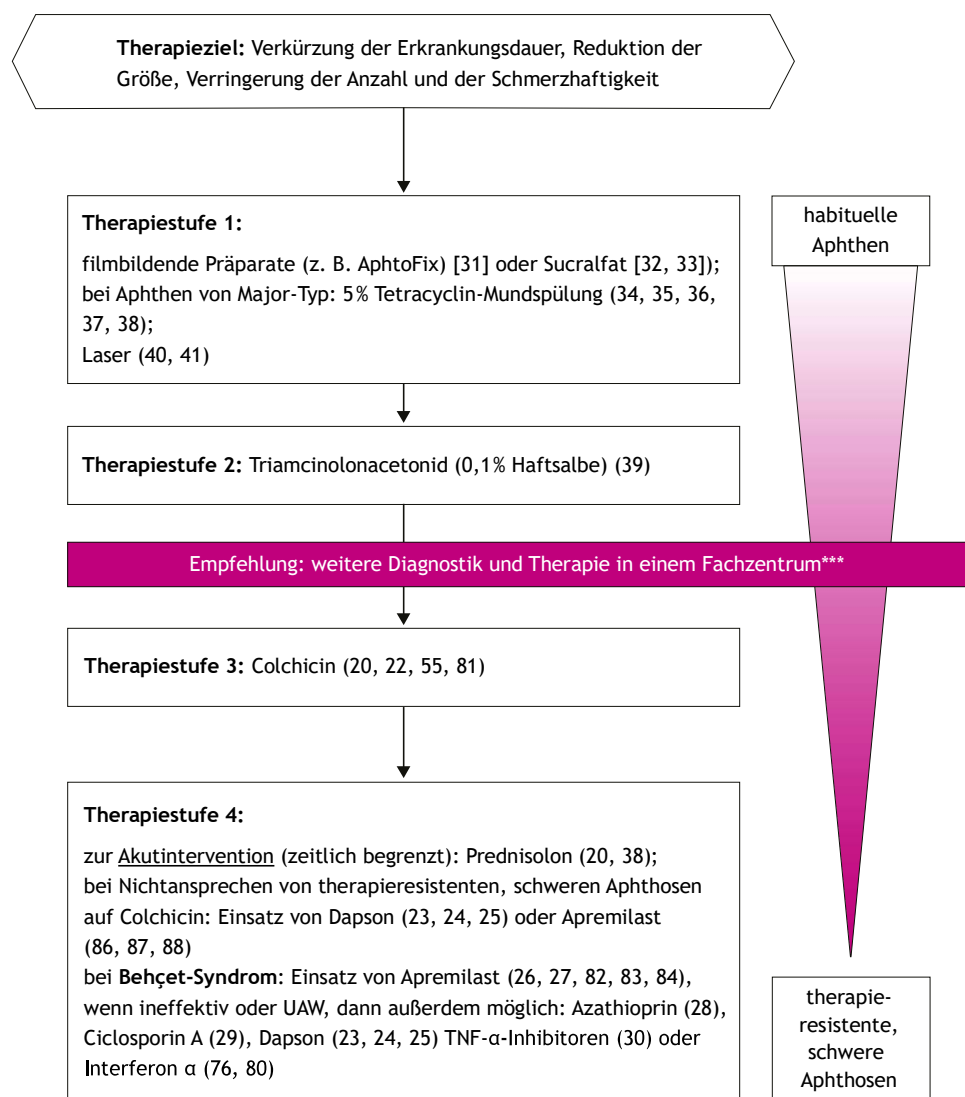
A Merkmale Minor-Aphthen (Typ Mikulicz)

- Oberflächliche Erosion oder Ulzeration, plan oder gering erhabener Randwall
- Durchmesser: meist 2 bis 5, selten bis 10 mm
- Lokalisation: meist nicht keratinisierte Schleimhaut, ein bis vier Aphthen gleichzeitig
- Verlauf: Rasch entstehend, Schmerz mäßig bis stark
- Heilungsdauer: 7 bis 10 Tage, keine Narbenbildung
- Hohe Rezidivneigung, 3- bis 6-mal pro Jahr

Beim Typus herpetiformis (Typ Cooke, Anteil etwa 5 Prozent) entstehen multiple kleine Läsionen auf der gesamten oralen Schleimhaut. Major-Aphthen (Typ Sutton) dringen in tiefere Gewebeschichten ein, verheilen narbig, sind zwei bis vier Wochen präsent, sehr schmerzhaft und mit Lymphadenopathien verbunden. Aphthen-ähnliche (aphthoide) Läsionen manifestieren

Konzept und Methodik

Die für diese Kurzübersicht verwendete Leitlinie gibt den Stand des Wissens von April 2023 wieder und gilt bis April 2028 [1, 2]. Sie richtet sich an Zahnärzte sowie an Fachärzte unter anderem für MKG-Chirurgie, HNO-Heilkunde, Dermatologie, Innere Medizin und Pädiatrie. Aufgrund der begrenzten Datenlage ist die Empfehlung konsensbasiert (S2k) und wurde in einem „nominalen Gruppenprozess“ von allen beteiligten Fachgesellschaften verabschiedet. Hier geht es direkt zur Leitlinie



Therapieschema für rezidivierende Aphthen bei Erwachsenen (modifiziert nach Altenburg et al. 2014. Dtsch Arztebl Int; 111:665-673).

sich auch bei einigen Syndromen und systemischen Erkrankungen. Sie lassen sich zum Teil nur schwer von Aphthen unterscheiden.

B Diagnostische Empfehlungen

Die Diagnose wird vor allem morphologisch gestellt (vergleiche Punkt A). Hinzu kommen:

1. eine umfassende oral- und allgemeinmedizinische Anamnese (Malabsorptions- und Mangelzustände, Arzneimittel-Unverträglichkeiten, systemische Erkrankungen etc.)
2. eine intra- und extraorale Untersuchung

(Inspektion und Palpation)

3. Bei lokal begrenzten Läsionen zunächst mögliche mechanische Ursachen abklären, zum Beispiel durch Prothesen, Restaurationen, persistierende Fadenreste oder Watterollen, chemische oder thermische Irritationen, topische Medikamente
4. Achtung: Bei Läsionen, die nach zwei Wochen nicht abheilen, sollten Patienten zur Abklärung möglicher maligner Veränderungen unverzüglich an spezialisierte Praxen oder Kliniken überwiesen werden.

C Therapeutische Empfehlungen

Die Therapie chronisch-rezidivierender (rekurrerender) Aphthen der Mund- und Rachen-schleimhaut (oropharyngeal) ist wegen ihrer unklaren Ätiologie symptomatisch ausgerichtet. Sie zielt auf:

- Linderung von Schmerzen und funktionellen Einschränkungen und
- Reduzierung von Häufigkeit und Schweregrad von Rezidiven.

Lokale Maßnahmen sind wegen des niedrigen Risikos systemischer Nebenwirkungen erste Wahl:

- Erste Therapiestufe: filmbildende Präparate, zum Beispiel *AphtoFix* (Hyaluronsäure, Aloe Vera, Zink) oder *Sucralfat* (Aluminiumhydroxid und Saccharose-octasulfat)
- Zweite Therapiestufe: glukokortikoidhaltige Haftsalbe (Triamcinolon-acetonid 0,1 %)
- Laser (CO₂, Dioden, Nd:YAG)
- Topische Adstringenzen (zum Beispiel Myrrhe) und Antiseptika (CHX-Gele)
- Topische Lokalanästhetika
- Antibiotische Spüllösungen (Tetracyclin oder Minozyklin, bei Major-Aphthen)

Bei häufiger und die Lebensqualität des Patienten deutlich einschränkender Rezidivneigung kann eine systemische Behandlung erforderlich werden, zum Beispiel mit Glukokortikoiden. Bei komplexen Aphthosen werden lokale und systemische Maßnahmen kombiniert (**siehe Abbildung**). Eine Tabelle mit differenzierten therapeutischen Empfehlungen und weitere Hinweise enthalten der Volltext der Leitlinie (S. 21) und der Leitlinienreport [1, 2].

Dr. Jan H. Koch, Freising

Bei Kurz-Empfehlungen in der Rubrik *Oralmedizin kompakt* handelt es sich nicht um offizielle Publikationen von Fachgesellschaften, sondern um Beiträge mit fachjournalistischer Auswahl von Inhalten und ohne die in Leitlinien vorgegebene methodische Stringenz.

Hier geht's zur Literatur im Online-Beitrag



Grafik: aus der Leitlinie, Seite 18 [1]

DIE NÄCHSTE GENERATION FINDEN SIE ONLINE.

Die dent.talents. Stellen- und Praxisbörse

- Diskretion: von Profis für Profis**
Wir prüfen jede Anmeldung, um sicherzustellen, dass Sie nur ernsthafte Anfragen von Zahnmedizinern erhalten.
- Reichweitenstark durch Nähe zu Markt und Menschen**
Wir betreuen Dentalprofis und solche, die es werden wollen, seit Jahren regional und deutschlandweit.
- Professionell erstellt**
Auf Wunsch unterstützen wir Sie mit professionellem Blick bei der Erstellung Ihres Insetats.

Registrieren Sie sich jetzt, um Ihre Praxisnachfolge erfolgreich und diskret zu regeln!

hsmag.de/abgeberpraxis