Symposion VI Stomatologie

Freitag, den 1. Oktober 1965

Leitung: A. GREITHER, Düsseldorf

Thema: Die präcancerösen Zustände der Mundschleimhaut

A. GREITHER, Düsseldorf: Die Einteilung der Leukoplakien

Bei der Vieldeutigkeit und Mißverständlichkeit des Begriffes Leukoplakie ist es angebracht, genaue terminologische Definitionen und Abgrenzungen zu schaffen, um die Verständigung zu erleichtern.

Die Leukoplakie als solche ist eine in ihrer *Lokalisation* auf die Schleimhaut und auf das Übergangsepithel beschränkte Efflorescenz, wobei jedoch als Pendant — möglicherweise andersartige — Erscheinungen an der Haut vorkommen können, je nach der nosologischen Dignität der Leukoplakie. In ihrer *Morphe* ist die Leukoplakie ebenfalls vielgestaltig, sie variiert von der opalinen, kaum erhabenen hauchartigen Trübung über solide knötchenartige Plaques zu betont zottigen Knoten von oft warziger, meist aber intensiv weißer Oberfläche. Neben den umschriebenen Plaques kommen auch flächenhafte, beetförmige oder netzförmig aufgezweigte, fein verästelte Leukoplakien vor.

Zum Wesen der Leukoplakie gehört ferner eine gewisse Haftung (und ein etwas längerer Bestand) der Läsionen: die Plaques sind — im Gegensatz zu den flüchtigen Belägen wie beim Soor, bei der Diphtherie — nicht (leicht) abstreifbar. Gewisse Ausnahmen scheinen — nach STÜTTGEN — die epithelialen Naevi der Mundschleimhaut zu machen.

Nach der lokalisatorischen und morphologischen Bestimmung der Leukoplakie interessiert ihre *nosologische* Bedeutung. Ihre große Schwankungsbreite ist der Hauptgrund für die Vieldeutigkeit des — lokalisatorisch und morphologisch leicht bestimmbar — Begriffes Leukoplakie. Die nosologische Dignität schwankt nämlich zwischen harmlosen keratotischen Zuständen über die fakultativen und obligaten Präcancerösen bis zum ausgeprägten Carcinom. Der bloße Begriff der Leukoplakie besagt über den Krankheitswert wenig oder nichts; hier muß eine genauere Analyse einsetzen, die aus der Verschwommenheit des Begriffes herausführen soll.

SCHUERMAN hat idiopathische und symptomatische Leukoplakien unterschieden; es empfiehlt sich wohl, eine dritte Form, nämlich die eigentlich präcanceröse Leukoplakie im engeren Sinn des Wortes, dazuzunehmen.

Betrachten wir die verschiedenen Formen der Leukoplakie in ihrer Krankheitsbedeutung des näheren, so kann uns ein Schema (Tabelle) das Verständnis erleichtern. Wir nehmen in dieses Schema alles auf, was *klinisch* einer Leukoplakie gleicht, auch wenn im angelsächsischen Schrifttum der Begriff der Leukoplakie mehr auf die Gruppen 2b und 3 beschränkt wird.

In der ersten Gruppe finden wir die sogenannten *idiopathischen* Leukoplakien, d. h. solche, die — ohne Zusammenhang mit übergeordneten Krankheiten — als eine lokal beschränkte, selbständige Störung aufzufassen sind. Sie umfassen harmlose keratotische Zustände von geringem oder fehlendem Krankheitswert, teils auf dem Boden anlagebedingter Gegebenheiten. Hierher gehören die Exfoliatio areata linguae, die Lingua pilosa nigra (et alba), der Wangensaum und die epithelialen keratotischen Naevi. Letztere sind erst in den jüngsten Jahren, vor allem im amerikanischen Schrifttum, stärker bearbeitet worden. Die für sie verwandten Begriffe sind vielfältig, zum Teil wohl auch nicht genügend eindeutig. Das gilt, wie wir später sehen werden, vor allem für den Begriff der floriden oralen Papillomatose. Die wichtigsten Synonyma sind: White sponge nevus, Focal epithelial hyperplasia, White folded Gingivostomatitis, Naevus spongiosus albus mucosae und schließlich epitheliale Naevi der Mundschleimhaut. STÜTTGEN hat neuerdings einige Fälle von epithelialen Naevi der Mundschleimhaut beschrieben und parakeratotische und orthokeratotische epitheliale Naevi sowie parakeratotische fibroepitheliale Naevi unterschieden. Ob dieser Gliederung eine pathognomonische Bedeutung zukommt, wird sich erweisen müssen. Im weiteren Verlauf des Symposions werden wir gerade über die ortho- und parakeratotische Verhornung der Mundschleimhaut noch einiges Nähere hören.

Die 2. Gruppe umfaßt die sogenannten *symptomatischen* Leukoplakien, d. h. solche, die a) das Symptom übergeordneter Krankheiten sind oder b) als örtliche Reaktionen auf traumatisch-irritative Reize aufzufassen sind. In diesem letzteren Falle ist keine Krankheit des übergeordneten Krankheitsprinzips, sondern eine äußere Einwirkung (Prothesendruck, Rauchen usw.), die das Symptom Leukoplakie auslöst.

Vor allem die Leukoplakien der Gruppe 2a sind nicht autochthon und nicht von selbständigem Krankheitswert, sondern der Ausdruck übergeordneter Krankheiten, seien es solche, die auf die Schleimhäute beschränkt sind oder auch mit Befall der Haut einhergehen (können). Wenn wir die auf die Mundhöhle (und angrenzenden Weichteile des

Tabelle. Die Einteilung der Leukoplakien

1. Idiopathische Leukoplakien (als keratotischer Zustand)

Exfoliatio areata lingua (Lingua geographica) Lingua pilosa nigra Lingua pilosa alba Wangensaum Keratotische Naevi White sponge nevus White folded Gingivostomatitis Focal epithelial hyperplasia Naevus spongiosus albus mucosae Epitheliale Naevi der Mundschleimhaut	} auf Schleimhaut und Übergangsepithel beschränkt (kein Pendant an der Haut)
---	--

2. Symptomatische Leukoplakien

a) als Symptom übergeordneter Krankheiten

Über Myoblastenmyom
Über eine Glossitis interstitialis luica
Über einer Glossitis granulomatosa
Lichen ruber
Erythematodes
Psoriasis pustulosa
Morbus Darier
Acanthosis nigricans
Ichthyosis congenita
Ichthyosis hystrix
Dystrophische Epidermolysis bullosa hereditaria

fakultative Präcancerosen

b) als traumatisch-irritative Reaktion
Leukoplakien i.e.S.

retroanguläre Leukoplakie = Lokalisationsbegriff
Proptosis buccalis
Raucherleukokeratose
Betelnuß-Kautabak-Leukokeratose
Prothesenleukoplakie
Leukoplakie durch cariöse Zähne (Schlotterkamm)
Leukoplakie über hyperplastischen Gingivitiden
Morsicatio buccarum
Über Glossitis rhombica mediana (selten)

3. Präcanceröse Leukoplakien

Leukoplakien i.e.S.

Präcanceröse Leukoplakie
Morbus Bowen
a) gewöhnliche Form
b) Hyperplasie pure
Sog. floride orale Papillomatose
Erythroplasie
Präcanceröse Leukoplakie bei
Dyskeratosis congenita
Polykeratosis
Touraine

meist schleimhautbeschränkt

oder mit Hautbefall oder als Symptom einer übergeordneten Dermatoe

obligate Präcancerosen

manifestes Carcinom

Kopfbereichs) beschränkten symptomatischen Leukoplakien aufzählen wollen, so sind es: Leukoplakien über einem Myoblastenmyom (ebenfalls oft für ein Carcinom gehalten), über einer Glossitis interstitialis luica und bei einem Melkersson-Rosenthal-Syndrom, das vor allem an der Zunge außer den mehr oder minder knotigen Schwellungen flächenhafte Leukoplakien verursacht. Es ist hier nicht der Ort, auf das polysymptomatische, durch eine Reihe diskreter Randsymptome gekennzeichnete Melkersson-Rosenthal-Syndrom einzugehen: nur soviel mag betont werden, daß die von SCHUERMANN schon lange erwartete Carcinomentstehung auf dem Boden einer Glossitis granulomatosa an unserer Klinik bestätigt und von HORNSTEIN veröffentlicht wurde. Es scheint, daß hierher auch der Fall der Glossitis sclerotisans leukoplakica diffusa von ANDREY, RAITCHEV u. STOJANOW (1961) gehört, die alle Bedingungen einer Glossitis granulomatosa erfüllt, von letzterer aber wegen der den Autoren damals noch nicht bekannten Carcinomentstehung — zu Unrecht — abgetrennt wurde.

Als Symptom keratotischer Dermatosen findet sich leukoplakischer Schleimhautbefall bei Lichen ruber (vor allem in seiner bullös atrophischen Form), beim Erythematodes, bei der Psoriasis pustulosa (wohl bei keiner „gewöhnlichen“ Form der Psoriasis). Über diese zweite Gruppe ist generell zu sagen, daß die symptomatischen Leukoplakien „fakultative“ Präcancerosen darstellen, wobei die Affinität zum definitiven Carcinom nicht bei allen Dermatosen gleich groß ist. Sie ist z.B. beim Lichen ruber bullosus et atrophicus wesentlich größer als beim Erythematodes.

Bei den *irritativ-traumatisch*-bedingten Leukoplakien ist noch ein Hinweis nötig: der Begriff retroanguläre Leukoplakie besagt nur einen Lokalisationsbegriff, aber keine spezifische Pathogenese. Die Retroangulargegend stammt phylogenetisch aus dem Ektoderm, sie ist außerdem ein Ort besonders häufiger Traumatisierung (Bewegungen des Mundes, mechanische Belastung durch Sprechen, Kauen usw.), so daß dieser Gegend eine gewisse immanente Tendenz zur stärkeren Verhornung bzw. Epidermisierung innewohnt, die bei übergeordneten Dermatosen zum Lokalisationsfaktor werden kann (z.B. dem Lichen ruber, oder dem Erythematodes). Die übrigen traumatisch-irritativ entstandenen Leukoplakien sind gut zu verstehen infolge chronisch einwirkender physikalisch-chemischer Reize. Hierher gehören: die Proptosis buccalis (SCHUERMANN), die Raucherleukokeratose, die Betelnuß-Kautabak-Leukokeratose, die Prothesenleukoplakie, Leukoplakien infolge cariöser Zähne, oder bei Schlotterkamm, Leukoplakien über hyperplastischen Gingivitis und schließlich das neurotische Symptom des Wangen- bzw. Lippenkauens (Morsicatio buccarum sive labiorum, SCHUERMANN). Das Ereignis einer Leukoplakie über einer Glossitis rhombica mediana (die auf die anlage-

bedingte Persistenz des Tuberculum impar zurückgeht) ist relativ selten. Wichtig ist jedoch zu wissen, daß gerade dieser Zustand oft mit einem Zungenkrebs verwechselt wird.

Die 3. Gruppe umfaßt die *präcanceröse Leukoplakie im engeren Sinn*, d. h. diejenige — wieder idiopathische — leukoplakische Plaque, die als Vorstadium des Schleimhautkrebses anzusehen ist. Klinisch kommt ihr kein anderes Bild zu, es sei denn bei der papillomatösen (rein hyperplastischen) Form des Morbus Bowen, die weitgehend kennzeichnend ist. Diese Form wird noch viel verkannt, sie berührt sich auch mit der oralen floriden Papillomatose bzw. den epithelialen Naevi der Mundschleimhaut. Hier muß noch mehr Klarheit der Begriffe geschaffen werden. Auch ist zu berücksichtigen, daß die irritativ-traumatischen Leukoplakien in die eigentlich präcancerösen übergehen können. Soweit die verschiedenen (klinischen und feingeweblichen) Typen des Morbus Bowen in Frage kommen, werden wir Einzelheiten von Herrn HORNSTEIN hören. Es ist umstritten, ob die Erythroplasie Queyrat in der Mundschleimhaut vorkommt bzw. von den übrigen intraepithelialen Präcancerosen und Präcancerosen abzutrennen ist.

Zu dieser 3. Gruppe gehören schließlich noch präcanceröse Leukoplakien im Rahmen von keratotischen (und bullösen) Genodermatosen; bei der Dyskeratosis congenita, der Polykeratosis Touraine und bei der dystrophischen Epidermolysis bullosa hereditaria finden sich präcanceröse Leukoplakien, die in Carcinome überzugehen vermögen.

Jede Einteilung hat ihre Vor- und Nachteile, auch die hier vorgeschlagene, die die Leukoplakien im weiteren (klinischen) Sinne stärker hervorhebt als es in der angloamerikanischen Literatur der Fall ist. Den Leukoplakien im weiteren Sinne sind die im engeren Sinne gegenüber zu stellen, also die symptomatischen als Folge traumatisch-irritativer Reize und die präcanceröse Leukoplakie. Gerade die stärkere Hervorhebung der irritativ-traumatisch bedingten Leukoplakien kommt indessen sowohl einem ätiologischen als auch einem klinischen Bedürfnis nach. Gleich, wie man die Leukoplakien einteilen mag, so läßt sich insgesamt sagen: durch die genaue klinische Untersuchung ist die Art einer Leukoplakie meist schon weitgehend bestimmbar; vor allem wird sich nach einer gründlichen Untersuchung eine sogenannte Leukoplakie im weiteren Sinne von einer solchen im engeren Sinne unterscheiden lassen. Dennoch wird öfter als bei krankhaften Zuständen der Haut allein die Probeexcision und die nur von einem mit der Materie vertrauten Histologen zu beurteilende feingewebliche Untersuchung die Art einer Leukoplakie endgültig zu klären vermögen.