Burning Mouth Syndrome – eine therapeutische Herausforderung

Das Burning Mouth Syndrome (BMS) gelte als „Koryphäenkiller“, sagte Prof. Thomas Dirschka, Wuppertal. Kennzeichnend ist eine Diskrepanz zwischen ausgeprägter Symptomatik, die der Patient wahrnimmt, und fehlendem klinisch-medizinischem Befund im Bereich der oralen Mukosa. Daher durchlaufen die Patienten häufig eine Odyssee von Arzt zu Arzt mit vielen ergebnislosen Untersuchungen, und die Beschwerden werden oft als psychosomatisch angesehen.

Das primäre BMS ist eine Ausschlussdiagnose. Ein sekundäres BMS, etwa auf-

grund von Candidiasis oder eines Lichen planus, sollte durch eine intraorale Inspektion und Palpation abgeklärt werden. Besonders auf Anzeichen wie Schleimhautatrophie, glänzend-atrophe Schleimhaut, wegweisbare Beläge und lichenoi- de Veränderungen der Mukosa ist zu achten, die auf ein sekundäres BMS hinweisen. Beim primären BMS ist die orale Mukosa unauffällig. Neurophysiologische Untersuchungen zeigen, dass es sich dabei um eine zentrale oder periphere Funktionsstörung GABA-erger Neurotransmittersysteme handelt, so Dirschka.

Tab. 1: Therapiealgorithmus für das Burning Mouth Syndrome (BMS)

BMS-Form	Therapie
gesichertes primäres BMS	topisches Clonazepam (3 × 1 mg/Tag) kognitive Verhaltenstherapie
bei nicht ausreichender Besserung	
peripherer Typ	topisches Lidocain Speichelsubstitution oder -induktion
zentraler Typ	Clonazepam systemisch (0,5 mg/Tag) Amitriptylin (10–25 mg/Tag) Gabapentin (300–900 mg/Tag)

nach Jääskeläinen SK et al. Cephalgia 2017; 37: 627–47

Das primäre BMS ist eine chronische intraorale neuropathische Schmerzerkrankung [Jääskeläinen SK et al. Cephalgia 2017; 37: 627–47]. Durch quantitative sensorische Tests kleiner somatosensorischer und geschmackssensorischer afferenter Nerven, neurophysiologische Aufzeichnungen des Trigeminussystems und periphere Nervenblockaden kann bei den meisten BMS-Patienten zwischen peripherem und zentralem Typ des neuropathischen Schmerzes differenziert werden. Beide Typen unterscheiden sich hinsichtlich zugrundeliegender pathophysiologischer Mechanismen, der Effektivität bestimmter Behandlungen und der psychiatrischen Komorbidität (Behandlungsalgorithmus siehe **Tab. 1**).

Die beste Evidenz liegt für eine Therapie mit Clonazepam vor. Topisch als „Lutschtablette“ eingesetzt, komme es zu keinen systemischen Wirkspiegeln und damit auch nicht zu den Benzodiazepin-typischen zentralnervösen Effekten, sagte Dirschka. Das BMS sei aber eine Off-Label-Indikation für diese Medikation. Daher ist eine entsprechende Aufklärung erforderlich und die Kosten werden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen. *Angelika Bauer-Delto*

Vortrag „Hot Topic: Mundschleimhauterkrankungen“, Thomas Dirschka (Wuppertal), Wiesbaden, 11.11.2017

Bei Alopecia areata Zink und Selen substituieren?

Ein „Dauerthema“ bei der Alopecia areata sei die Frage, welche Rolle ein Mangel an Vitaminen und Spurenelementen spielt, berichtete Prof. Michael Sticherling, Erlangen. In einer aktuellen Metaanalyse wurden zehn Studien zu diesem Thema mit insgesamt 764 Patienten identifiziert [Jin W et al. J Dermatol 2017; 44: 588–91]. Die gepoolte Analyse ergab, dass Patienten mit Alopecia areata niedrigere Zink- und Selen Spiegel im Serum aufwiesen, während die Spiegel von Kupfer, Eisen, Ferritin und Magnesium gegenüber gesunden Kontrollen nicht statistisch signifikant verändert waren. Erniedrigte Spiegel von Zink und Selen könnten den Studienautoren

zufolge somit einen wichtigen Risikofaktor der Alopecia areata darstellen.

Ein Zink- und Selenmangel sei für viele physiologische und pathologische Prozesse bedeutsam und nicht spezifisch für die Alopecia areata, betonte Sticherling. Ein Selenmangel findet sich vor allem bei übermäßigem Alkoholkonsum und Fastenkuren oder einseitiger Ernährung. Störungen der männlichen Fertilität können die Folge sein, auch für die Prognose diverser maligner Tumoren ist ein Selenmangel von Bedeutung.

Ein Zinkmangel tritt beispielsweise bei anhaltender intensiver körperlicher Aktivität mit starkem Schwitzen sowie in der Schwangerschaft auf und äußert

sich in einer Minderung der Immunabwehr sowie in Haar- und Nagelwachstumsstörungen.

Die Häufigkeit eines Selen- oder Zinkmangels bei der Alopecia areata liege im einstelligen Prozentbereich, so Sticherling. Ob dies eine generelle Routinebestimmung rechtfertige, sei umstritten. Bei anamnestischen und klinischen Hinweisen aber sollte eine Abklärung erfolgen. Eine therapeutische Substitution von Zink und Selen sei ohne nachgewiesenen Mangel nicht sinnvoll, betonte Sticherling. Studien, die Effekte einer Substitution auf den Verlauf der Alopecia areata überprüfen, sind bislang nicht verfügbar. *Angelika Bauer-Delto*

Vortrag „Autoimmundermatosen“, Michael Sticherling (Erlangen), Wiesbaden, 11.11.2017