

University of Groningen

Oral Medicine 11. Rode en blauwe veranderingen van het mondslijmvlies.

Schepman, Kees-Pieter; van der Meij, E.H. ; de Visscher, J. G. A. M.

Published in:
 Nederlands tijdschrift voor tandheelkunde

DOI:
[10.5177/ntvt.2013.11.13212](https://doi.org/10.5177/ntvt.2013.11.13212)

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
 Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
 2013

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Schepman, K-P., van der Meij, E. H., & de Visscher, J. G. A. M. (2013). Oral Medicine 11. Rode en blauwe veranderingen van het mondslijmvlies. *Nederlands tijdschrift voor tandheelkunde*, 120(11), 613-621.
<https://doi.org/10.5177/ntvt.2013.11.13212>

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Oral medicine 11. Rode en blauwe veranderingen van het mondslijmvlies

Een rode of blauwe slijmvliesafwijking van de mondholte kan ontstaan als reactie op een lokale irriterende factor, als gevolg van een ontstekingsreactie door infectie, een auto-immunreactie op een lokale factor, en als uiting van een onderliggende systemische aandoening. Daarnaast kan er sprake zijn van een premaligne of een maligne slijmvliesafwijking. Kennis en herkenning van de verschillende rode of blauwe slijmvliesafwijkingen kan de diagnose en de eventuele behandeling bespoedigen. In het geval van een premaligne (erythroplakie) of maligne slijmvliesafwijking (plaveiselcelcarcinoom) is door vroegtijdige diagnostiek en behandeling de prognose beter dan in een later stadium van de ziekte.

Schepman KP, Meij EH van der, Visscher JGAM de. Oral medicine 11. Rode en blauwe veranderingen van het mondslijmvlies
Ned Tijdschr Tandheelkd 2013; 120: 613-621
doi: 10.5177/ntvt.2013.11.13212

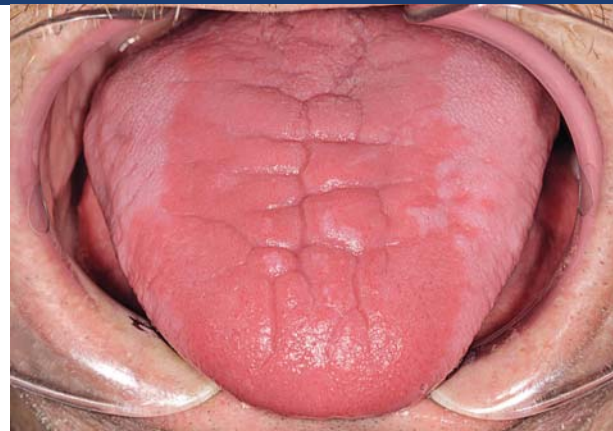
Inleiding

Tandartsen-algemeen practici zullen soms worden geconfronteerd met een rode of blauwe verandering van het mondslijmvlies. Een rode of blauwe slijmvliesafwijking kan ontstaan als uiting van een ontstekingsreactie door infectie (viraal, bacterieel of schimmelinfectie), als reactie op een lokale irriterende factor, als uiting van een onderliggende systemische aandoening en als een auto-immunreactie op een lokale factor (tab.1). Een rode afwijking kan ook een presentatie zijn van een dysplastische slijmvliesafwijking of zelfs een maligniteit. Sommige rode of blauwe aandoeningen van het mondslijmvlies komen regelmatig voor, andere zijn zeldzaam. Omdat het klinisch onderscheidt tussen verschillende rode of blauwe afwijkingen soms lastig is, kan van tandartsen-algemeen practici niet verwacht worden dat zij alle afwijkingen kunnen diagnosticeren. Wel mag worden verwacht dat zij in staat zijn normaal gezond mondslijmvlies te onderscheiden van bepaalde met enige regelmaat voorkomende mondslijmvliesafwijkingen. De anamnese, de medische voorgeschiedenis en het klinische aspect bieden soms al houvast voor het stellen van een (voorlopige) diagnose en dan kan op indicatie behandeling plaatsvinden. Wanneer geen diagnose kan worden gesteld, zullen tandartsen hun patiënt moeten verwijzen naar een mondziekten-, kaak- en aangezichts(mka-) chirurg voor eventueel aanvullend onderzoek, zoals het nemen van een biopsie, het afnemen van bloed voor laboratoriumonderzoek en/of beeldvorming.

Infectieus

Candidose, erythemateuze vorm

Orale candidose is een ontsteking van het mondslijmvlies die wordt veroorzaakt door *Candida albicans*. *Candida albi-*



Afb. 1. Erythemateuze candidose van de tongrug.



Afb. 2. a. Vlakke, rode verkleuring op de tongrug ventraal van het foramen caecum passend bij het beeld van een mediane rhomboïde glossitis.

b. Soms wordt een mediane rhomboïde glossitis gekenmerkt door een meer verheven, gelobd aspect.

cans kan bij ongeveer de helft van de bevolking worden aangetoond zonder de aanwezigheid van klinisch zichtbare afwijkingen van het mondslijmvlies en symptomen. De transformatie van een onschuldige, asymptomatische tot een schadelijke, symptomatische schimmelinfectie is meestal afhankelijk van gastheerfactoren.

Candidose kent verschillende verschijningsvormen. De acute pseudomembraneuze vorm is onlangs besproken in

Afwijking	Belangrijkste diagnostische criteria
<i>Infectieus</i>	
Candidose, erythemateuze vorm	Anamnese, klinisch aspect
Mediane romboïde glossitis	Klinisch aspect, lokalisatie tongrug
Cheilitis angularis	Klinisch aspect
Stomatitis prothetica	Klinisch aspect
<i>Reactief</i>	
Verbranding	Anamnese
Radio- en chemotherapie geïnduceerd	Anamnese
Pyogeen granuloom	Klinisch aspect, histologie
Perifeer reuscelgranuloom	Klinisch aspect, histologie
<i>Vasculair</i>	
Bloedblaar	Klinisch aspect
Ecchymosen	Klinisch aspect
Petechieën	Klinisch aspect, bloedonderzoek
Teleangiëctasieën	Klinisch aspect, na radiotherapie
Varix/flebectasie	Klinisch aspect
Vasculaire malformatie	Klinisch aspect, histologie
Syndroom van Sturge-Weber	Anamnese (congenitale afwijking), klinisch aspect
Ziekte van Rendu-Osler-Weber	Klinisch aspect, familiair voorkomen
<i>Auto-immuun</i>	
Contactlaesie	Klinisch aspect, relatie met agens
Plasmacelgingivitis	Klinisch aspect, histologie
Granulomateuze gingivitis	Klinisch aspect, histologie
Lineaire erythemateuze gingivitis	Klinisch aspect, histologie
Erosieve lichen planus	Klinisch aspect, histologie en immunofluorescentie
Erythema exsudativum multiforme	klinisch aspect, huidafwijkingen, histologie
Pemphigus vulgaris	Klinisch aspect, huidafwijkingen, histologie, immunofluorescentie
Slijmvliespemfigoïd	Klinisch aspect, histologie en immunofluorescentie
Lupus erythematoses	Klinisch aspect, histologie en immunofluorescentie
CREST-syndroom (gelimiteerde systemische sclerose)	Klinisch aspect, aantonen anticentromeer antilichamen in bloed
Graft-versus-hostziekte	Anamnese, klinisch aspect
<i>Potentieel maligne en maligne</i>	
Erytroplakie	Klinisch aspect, histologie
Kaposisarcoom	Anamnese, klinisch aspect, histologie
Plaveiselcelcarcinoom	Klinisch aspect, histologie
<i>Overige</i>	
Atrofische glossitis	Klinisch aspect, bloedonderzoek
Fellatio	Anamnese, klinisch aspect
Lingua geografica	Klinisch aspect

Tabel 1. Overzicht van de meest voorkomende rode en blauwe afwijkingen van het mondslijmvlies en de belangrijkste diagnostische criteria.

dit tijdschrift (De Visscher et al, 2013). De erythemateuze vorm komt vaker voor maar wordt soms niet herkend. Een vorm van erythemateuze candidose is de acute atrofische vorm die kan optreden na een antibioticumkuur, lokaal gebruik van corticosteroiden, cytostatica, slechte mondhygiëne, bij een gestoorde afweer en tijdens radiotherapie in het hoofd-halsgebied. Patiënten met hyposalivatie hebben ook een verhoogde kans op het ontwikkelen van ery-

themateuze candidose. Bij deze vorm kan sprake zijn van klachten van een branderige sensatie van het mondslijmvlies en verlies van filliforme papillen van de tongrug met als gevolg een glad erythemateus oppervlak (afb. 1). Klachten van patiënten die lijden aan 'mondbranden' kunnen identiek zijn aan die van het klachtenpatroon door candidose, waarbij het aspect van het mond- en tonglijmvlies bij mondbranden echter normaal is.



Afb. 3. Stomatitis prothetica.



Afb. 4. Vanwege pijn in de mandibula rechts heeft patiënt veelvuldig gazen gedrenkt in waterstofperoxide en geapliceerd in de omslagplooi. De daaropvolgende chemische verbranding van het slijmvlies leidde tot deels rode en deels ulceratieve veranderingen.

Mediane romboïde glossitis

Bij mediane romboïde glossitis is sprake van een centrale, soms gladde en soms papillaire atrofie van de tongrug (afb. 2). In het verleden werd deze afwijking gezien als een ontwikkelingsstoornis van de tong, maar het blijkt te worden veroorzaakt door een *Candida albicans*-infectie (Terai en Shimarahara, 2005). Het betreft een erythemateuze vorm van candidose die ook kan voorkomen ter plaatse van de mondhoeken en op het palatum. Deze vorm van candidose komt vrijwel uitsluitend voor bij mensen die roken. Ook een slecht passende gebitsprothese kan een oorzaak zijn, waarbij vaak een verdikking van het palatumepitheel optreedt. Men spreekt dan van papillaire hyperplasie.



Afb. 5. Mucositis van de tong als gevolg van radiotherapie.



Afb. 6. Teleangiëctasieën op het palatum molle ten gevolge van radiotherapie.



Afb. 7. Gesteelde rode zwelling met ulcererend oppervlak van de gingiva berustend op een pyogeen granuloom.

Cheilitis angularis

Cheilitis angularis, ook een uiting van candidose, wordt vooral gevonden bij gebitsprothesedragers. De oorzaak lijkt te liggen in een te lage beethoogte van de gebitsprothese.

Stomatitis prothetica

Stomatitis prothetica is een vorm van erythemateuze candidose (Terai en Shimarahara, 2005). Ook wordt wel de term chronische atrofische candidose gebruikt. Het erythemateuze mondslijmvlies beperkt zich tot het prothesedragende deel van de maxilla. Klinisch is er dan een duidelijke zichtbare rode verkleuring van het slijmvlies, die slechts zelden klachten veroorzaakt (afb. 3). Gewoonlijk blijkt dat de gebitsprothese continue wordt gedragen en alleen wordt uitgenomen om deze te reinigen of zelfs helemaal niet. De patiënt wordt geadviseerd de gebitsprothese 's nachts uit te laten en in chloorhexidine te plaatsen. Wanneer dit niet wordt gedaan, vindt rekolonisatie van *Candida albicans* plaats omdat de schimmel zich ophoopt in het poreuze kunstharz van de gebitsprothese. Ook moet worden beoordeeld of de pasvorm van de gebitsprothese optimaal is. Bij klachten bestaat de behandeling uit het elimineren van de vermoedelijke oorzaak en het voorschrijven van een antimycoticum.

Reactief

Verbranding

Een verbranding van het mondslijmvlies ontstaat meestal ten gevolge van het nuttigen van te hete voeding of dranken. Het gebruik van de magnetron is geassocieerd met een toename van het aantal thermische verbrandingen doordat bij het opwarmen van koude voedingswaren de buitenzijde relatief koud kan zijn, maar het binnenste extreem warm. Klinisch worden brandwonden van de orale mucosa door te heet voedsel vooral gezien op de lippen, het palatum, posterieur op de wangen en minder vaak op de tongrug. De afwijking heeft, afhankelijk van de mate van verbranding, een erythemateus of ulceratief aspect met langs de randen soms necrose van het epitheel. De meeste thermische verbrandingen hebben weinig klinische consequenties en genezen spontaan zonder behandeling (Rawal et al, 2004). Chemische verbrandingen van het mondslijmvlies kunnen optreden doordat het mondslijmvlies in contact komt met chemische stoffen (afb. 4). Genezing treedt meestal binnen



Afb. 8. Perifere reuscelgranuloom van de gingiva.



Afb. 9. Bloedblaar in het wangslimvlies links.



Afb. 10. Petechiën op het palatum bij een patiënt met trombocytopenie ten gevolge van leukemie.

2 weken op nadat blootstelling aan de veroorzakende stof is geëlimineerd.

Radio- of chemotherapie geïnduceerde afwijkingen

Mucositis van het mondslijmvlies kan ontstaan wanneer een patiënt met een tumor in het hoofd-halsgebied wordt behandeld door middel van radiotherapie, chemotherapie of een combinatie van beide behandelingen. Door ioniserende straling ontstaat er een ontstekingsreactie van het mondslijmvlies dat binnen het radiatieveld ligt. Hierna zal geleidelijk de aanmaak van nieuwe cellen tekortschieten waardoor er een defect in het mondslijmvlies ontstaat. Aanvankelijk zal het slijmvlies een wittige verkleuring laten zien (reactieve hyperkeratose), gevolgd door een rode verandering door vasodilatatie (afb. 5). Dit beeld kan na ongeveer 3 weken overgaan in een ernstige mucositis met ulceraties die bedekt zijn met een fibrineus beslag (pseudomembraneuze mucositis). Na de radiatieperiode zal het slijmvlies geleidelijk, meestal restloos, genezen in ongeveer 3 weken (Vissink et al, 2003). In het bestraalde mondslijmvlies kunnen later teleangiëctasieën zichtbaar blijven (afb. 6).

Mucositis veroorzaakt door chemotherapeutica ontstaat door remming van de celdeling in de basaalmembran met atrofie van het slijmvlies of een defect die zich klinisch uit als een ulcus (direct effect). Indirect veroorzaakt behandeling met chemotherapeutica een beenmergdepressie waardoor een neutropenie ontstaat die een gestoorde ontstekingsreactie en mucositis tot gevolg heeft.

De tandheelkundige behandeling en begeleiding van patiënten met hoofd-halskanker vindt tijdens de oncologische behandeling overwegend plaats in speciale centra. Behandeling van mucositis tijdens de radiotherapie of chemotherapie is voornamelijk symptomatisch en bestaat uit een goede mondhygiëne en regelmatig spoelen en sprayen van het mondslijmvlies met fysiologisch zout.

Pyogeen granuloom

Een pyogeen granuloom is een excessieve weefselreactie op een chronische prikkel en uit zich klinisch als een gladde of gelobde, meestal gesteelde zwelling. Het oppervlak is vaak ulcererend en varieert van rood tot rood-paars (afb. 7). De grootte kan variëren van enkele millimeters tot enkele centimeters. De afwijking kan gemakkelijk bloeden door de sterke vasculaire component en is over het algemeen

pijnloos. De voorkeurslokalisatie van het pyogeen granuloom is de gingiva (ongeveer 75% van de gevallen), gevolgd door de lippen, de tong en het wangslimvlies (Jafarzadeh, et al, 2006). Er wordt ook wel gesproken van een epulis granulomatosa. Deze naam lijkt beter omdat er meestal geen pus (pyogeen) wordt aangetroffen en bij histopathologisch onderzoek de afwijking blijkt te berusten op granulatieweefsel.

Behandeling bestaat uit chirurgische excisie en het elimineren van de vermoedelijk oorzakelijke factor. Bij lokalisatie op de gingiva ter plaatse van een interdentaal papil kan tandsteen een mogelijke prikkel zijn. Het is aangewezen een intraorale röntgenopname te maken van het aangedane gebied om eventuele onderliggende botpathologie aan te tonen of uit te sluiten.

Perifeer reuscelgranuloom

Het perifeer reuscelgranuloom is een (paars-)rode zwelling die zich meestal bevindt ter plaatse van een interdentaal papil bij voorkeur in de regio van de (pre)molaren (afb. 8) (Naderi et al, 2012). De afwijking wordt meestal veroorzaakt door een lokale chronische ontsteking. Van een centraal reuscelgranuloom is sprake als de afwijking in het bot is gelegen. Soms is het onderscheid tussen een perifeer en centraal reuscelgranuloom lastig te maken als bijvoorbeeld bij een perifeer reuscelgranuloom röntgenologisch een (komvormig) botdefect aanwezig is.

Behandeling van een perifeer reuscelgranuloom bestaat uit chirurgische excisie en grondig reinigen van de nabijgelegen gebitselementen en het onderliggende bot.

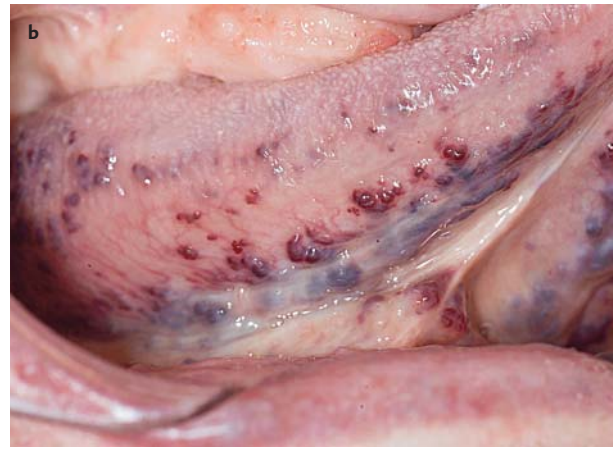
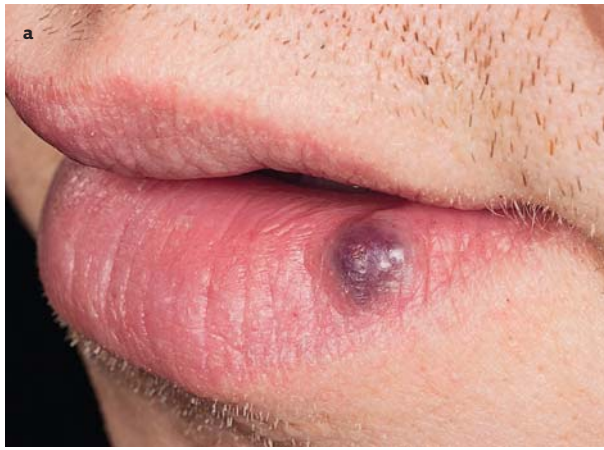
Vasculaire afwijkingen

Bloedblaar

Een bloedblaar (angina hemorrhagica bullosa) kan ontstaan na trauma, maar de precieze oorzaak is niet bekend. Een bloedblaar komt meestal voor op het palatum, de tongranden of in het wangslimvlies (afb. 9). Behandeling van deze aandoening is niet noodzakelijk. Meestal gaat de blaar spontaan stuk. Soms recidiveert de aandoening.

Ecchymosen en petechiën

Ecchymosen zijn grote en petechiën zijn kleine (puntbloedingen) bloedingen in de orale mucosa. Deze extravasculaire mucosa afwijkingen kunnen een uiting zijn van een lokale oorzaak (bijvoorbeeld een trauma) of van een syste-



Afb. 11. Flebectasie op het lippenrood van de onderlip (a). Varices op de rechter tongrand (kaviaartong) (b).

Anemie
Hemofilie
Leukemie
Mononucleosis infectiosa
Trombocytopenie/-pathie
Idiopathische trombocytopenische purpura
Gonococcus-infectie

Tabel 2: Bloedziekten die kunnen leiden tot extravasculaire mondslijmvliesafwijkingen (ecchymosen/petechiën).

mische afwijking. Bij een systemische aandoening kan sprake zijn van een bloedziekte zoals leukemie (afb. 10), maar het gebruik van anticoagulantia (bijvoorbeeld acenocoumarol, marcoumar, ascal) of een gestoorde functie van de trombocyten kan ook aanleiding geven tot het optreden van ecchymosen of petechiën (tab.2).

Varix en flebectasieën

Verwijding van kleine venen over enige lengte van het vat (varices) of lokale verwijding (flebectasie) komen vooral voor op de lip, de tong en de wang en worden meestal aangetroffen bij mensen na het zestigste levensjaar (afb. 11). Klinisch kenmerkt een varix zich als een blauwpaarse, verheven zachte zwelling. Ze ontstaan door lokaal verlies van de spanning van bindweefsel in de venewand. Door druk op de afwijking verdwijnt de blauwpaarse kleur en wordt dit wit; bij loslaten vult de varix zich weer. In een varix kan een trombus ontstaan waardoor deze stevig aanvoelt en niet wegdrukbaar is. Er is geen relatie tussen het voorkomen van varices en hypertensie en cardiopulmonale afwijkingen.

De aandoening is onschuldig en behoeft geen behandeling, tenzij er eventueel cosmetische redenen voor verwijdering zijn. Dan kan tot excisie worden overgegaan.

Congenitale vasculaire malformatie

Congenitale vasculaire malformaties zijn een verzamelnaam voor verschillende soorten goedaardige vaatafwijkingen die vanaf de geboorte aanwezig zijn en langzaam en gestaag groeien gedurende het gehele leven. Soms is de afwijking direct na de geboorte klinisch zichtbaar maar kan



Afb. 12. Congenitale vasculaire veneuze malformatie van het wangslimvlies.

ook pas op latere, soms volwassen, leeftijd manifest worden. Een vasculaire malformatie neemt dus in omvang toe tijdens de groei en verdwijnt niet. Dit in tegenstelling tot een hemangioom dat na de geboorte snel groeit, tijdens de kinderjaren niet verder groeit en uiteindelijk meestal volledig verdwijnt. Een hemangioom komt op de huid voor. Volwassenen kunnen wel restschade van een hemangioom hebben.

Congenitale vasculaire malformaties worden onderverdeeld naar het weefsel waaruit ze zijn opgebouwd: capillaire, veneuze, arterioveneuze, lymfatische en gecombineerde malformaties. Daarnaast worden ze op basis van hemodynamische karakteristieken onderverdeeld in 'low flow' (veneuze) en 'high flow' (arterioveneuze) vaatmalformaties (Enjolras en Mulliken, 1993). Veneuze malformaties zijn blauw van kleur en kunnen worden samengedrukt, waarna ze bleek worden (afb. 12). Soms treedt in delen van de afwijking trombose op en ontstaan flebolieten die zich op een röntgenopname kenmerken als irreguliere verkalkingen. Bij arterioveneuze malformaties zijn er veel verbindingen tussen het veneuze en arteriële systeem. De vaatvoortgeleiding is bij palpatie en auscultatie vaak voelbaar en hoorbaar.

Het syndroom van Sturge-Weber

Wijnvlekken in het gezicht kunnen een uiting zijn van het aangeboren, niet-erfelijke syndroom van Sturge-Weber



Afb. 13. Veneus angioom in het verloop van de nervus trigeminus in het aangezicht bij een patiënt met het syndroom van Sturge-Weber (a) en van het mondslijmvlies (b).

(encefalotrigeminale angiomatosis). Het syndroom kenmerkt zich door een wijnvlek in het verloop van de nervus trigeminus (afb. 13), veneuze angiomen van de zachte hersenvliezen (leptomeningen) die aanleiding geven tot epilepsie en atrofie, en glaucoom (verhoogde oogboldruk). Daarnaast kunnen ontwikkelingsstoornissen, gezichtsveldstoornissen en andere neurologische aandoeningen aanwezig zijn. Sommige patiënten hebben niet het volledige syndroom. Het syndroom wordt veroorzaakt door het aanwezig blijven van een embryonale vasculaire plexus rond het cefale deel van de neurale buis. Normaal ontstaat dit in de zesde week van de zwangerschap en verdwijnt na de negende week. De wijnvlek is vanaf de geboorte aanwezig en de kleur varieert van lichttroze tot donkerpaars. Betrokkenheid van een dergelijk afwijking van de mondholte, in het bijzonder de gingiva, kan problematisch zijn bij professionele gebitsreiniging of zelfs flossen.

De ziekte van Rendu-Osler-Weber

De ziekte van Rendu-Osler-Weber (hereditaire hemorrhagische teleangiëctasieën) is een erfelijke aandoening. Er blijkt bij patiënten met deze aandoening een mutatie te zitten op het ENG-gen (endoglin) van chromosoom 9 of op het ALK1-gen (activin receptor-like kinase-1) op chromosoom 12 (Abdalla en Letarte, 2006). Ze wordt gekenmerkt door het ontstaan van directe verbindingen tussen arteriën en venen waarbij de capillairen ontbreken. Neusbloedingen zijn de meest voorkomende klacht van mensen met

deze ziekte. Er kunnen ook onderhuidse angiomen ontstaan die zich klinisch kenmerken als duidelijk zichtbare, donkerrode verkleuringen die wit worden wanneer erop wordt gedrukt. Dit verschijnsel wordt veroorzaakt door een verwijding van de kleinere bloedvaten. Deze zijn het meest zichtbaar in de huid en de slijmvlieszen zoals in de mond (afb. 14) (Begbie et al, 2003). Bij de ziekte van Rendu-Osler-Weber ontstaan ook abnormale verbindingen tussen slagaderen en aderen in andere delen van het lichaam zoals de hersenen, de longen en de darmen. Dit maakt bloedvaten kwetsbaarder met als gevolg dat er sneller bloedingen ontstaan. Van belang is kennis te hebben van het mogelijk bestaan van pulmonale arterioveneuze malformaties (fistels) bij deze aandoening. In de aanwezigheid van deze fistels zou antibiotische profylaxe gegeven moeten worden bij bloedige tandheelkundige behandelingen ter voorkoming van een eventueel hersenabces.

Auto-immuunaandoeningen

Bij de auto-immunologische aandoeningen is het vaak lastig klinisch een duidelijk onderscheid te maken tussen de verschillende aandoeningen. Vaak is het een combinatie van een rode of rood-witte afwijking, al dan niet met een erosieve of ulceratieve component (afb. 15 en 16). Meestal gaan deze aandoeningen gepaard met klachten, waardoor een verwijzing naar een specialist is aangewezen. Indien de klachten zich voornamelijk in de mond manifesteren is het mogelijk dat patiënten zich als eerste wenden tot een



Afb. 14. Teleangiëctasieën van de onderlip en de tong bij een patiënt met de ziekte van Rendu-Osler-Weber.

Afb. 15. Slijmvliespemphigoid van het palatum.

Afb. 16. Deels rode en deels ulceratieve veranderingen van het palatum bij een patiënt met chronisch discoidale lupus erythematosus.



Afb. 17. Erytroplakie van het palatum durum en palatum molle.



Afb. 18. Rode tumoreuze afwijking van het palatum durum berustend op een kaposisarcoom.

tandarts. In alle andere gevallen zal over het algemeen een huisarts worden geconsulteerd.

Als een patiënt is verwezen naar een mka-chirurg zal deze trachten aan de hand van de anamnese en het klinische beeld een voorlopige diagnose te stellen. Bij de verdenking op een auto-immunologische aandoening zal ter bevestiging van de voorlopige diagnose een incisiebiopt worden genomen, eventueel aangevuld met serologisch onderzoek. Indien de diagnose gesteld kan worden en afhankelijk van de aandoening, moet gekeken worden of zodontig andere specialismen geconsulteerd moeten worden in verband met eventuele betrokkenheid van andere organen door de aandoening.

Potentieel maligne en maligne aandoeningen

Erytroplakie

Erytroplakie is een potentieel maligne afwijking, wat betekent dat de kans op het ontstaan van een kwaadaardige afwijking uit dit weefsel groter is dan uit ogenschijnlijk normaal slijmvlies. De term erytroplakie wordt gebruikt voor afwijkingen van het mondlijmvlies die niet als een andere rode afwijking gediagnosticeerd kunnen worden (Reichert en Philipsen, 2005; Van der Waal, 2009). Wanneer op grond van klinisch onderzoek de laesie niet als een andere rode afwijking van het mondlijmvlies kan worden aange merkt, wordt gesproken van de voorlopige klinische diagnose erytroplakie. Een definitieve diagnose voor erytroplakie kan gesteld worden na eliminatie van mogelijke oorzakelijke factoren en in geval van een persisterende afwijking, histopathologisch onderzoek (Van der Waal, 2010).

Erytroplakie ontstaat meestal op middelbare en oudere leeftijd en roken (en alcoholgebruik) is mogelijk een oorzakelijke factor voor het ontstaan van erytroplakie.

Erytroplakie presenteert zich klinisch als een rode, vrij scherp begrensde afwijking, die overal in de mond kan voorkomen, maar meestal gevonden wordt in de mondbodem, op de tongranden of op het palatum molle (afb. 17). Meestal betreft het een solitaire laesie, waardoor het klinisch vaak eenvoudiger is om onderscheid te maken met bijvoorbeeld lichen planus van het mondlijmvlies of erythemateuze candidose omdat deze afwijkingen meestal een bilateraal en symmetrische klinische presentatie hebben. Erytroplakie kan gepaard gaan met leukoplakische gebieden. Het betreft dan een zogenoemde erytroleukoplakie.



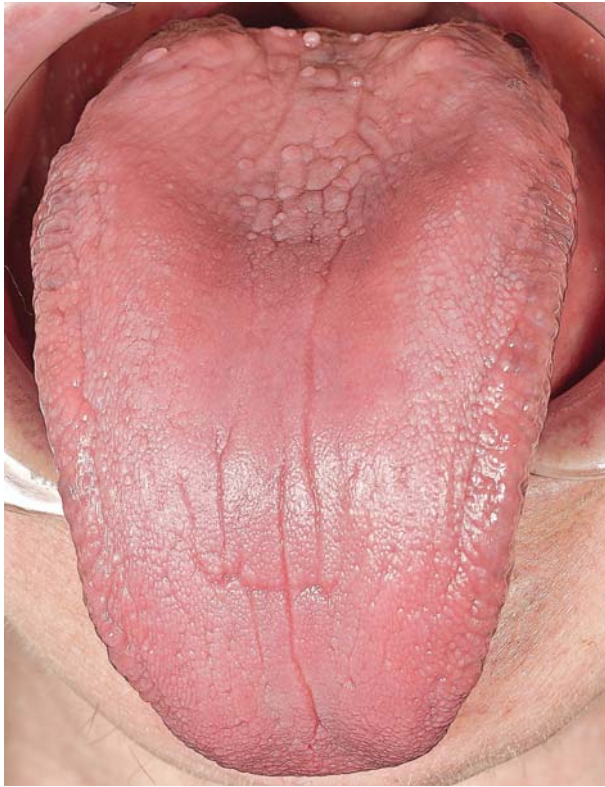
Afb. 19. Plaveiselcelcarcinoom op de overgang van het palatum durum en de edentate processus alveolaris van de maxilla.

Bij histopathologisch onderzoek van een erytroplakische afwijking is bijna altijd sprake van ernstige epitheeldysplasie, carcinoma *in situ* of zelfs een plaveiselcelcarcinoom.

De kans op maligne ontanding varieert van 14 tot 50% in onderzoeken waarbij de patiënten 2 tot 10 jaar werden vervolgd. De behandeling van erytroplakie bestaat uit excisie of CO₂-laserexcisie. Het voordeel is dat het verwijderde weefsel in zijn geheel histologisch onderzocht kan worden, waardoor een eventuele maligniteit alsnog aangetoond kan worden.

Kaposisarcoom

Het kaposisarcoom is een maligne tumor die uitgaat van de binnenbekleding (endotheel) van bloedvaten van de huid en van de slijmvliesen en wordt veroorzaakt door het humaan herpesvirus 8 (HHV-8). Het kaposisarcoom kan spontaan optreden, maar wordt vooral gezien bij patiënten met een gestoorde en geringe cellulaire afweer zoals bij aids (acquired immunodeficiency syndrome) en bij het gebruik van afweerderdrukkende medicijnen na een orgaantransplantatie. Het kaposisarcoom was een zeldzaam vasculair neoplasma, die begin jaren '80 van de vorige eeuw met de opkomst van aids veel vaker voorkwam bij individuen die geïnfecteerd waren met hiv (human immunodeficiency virus). De prevalentie van het aids-gerelateerde kaposisarcoom is met de introductie van de 'highly active antiretroviral therapy' (HAART) in de jaren '90 weer gedaald (Schmidt-Westhausen et al, 2000; Eyeson et al, 2002).



Afb. 20. Atrofisch, rood tonglijmvlies ten gevolge van pernicioze anemie (vitamine B12-deficiëntie).

Men onderscheid 4 klinische typen kaposisarcroom: 1. het klassiek type: vooral voorkomend bij mannen in het Middellandse Zeegebied; 2. het endemische type: vooral voorkomend in Afrika; 3. het iatrogene type: gerelateerd aan een behandeling met immunosuppressiva; en 4. het aids-gerelateerde type. Het sarcoom kenmerkt zich klinisch onder andere door soms enkele centimeters grote, paars-rode laesies die soms weer verdwijnen. Voorkeurslokalisaties in de mond zijn het palatum (afb. 18), de tong en de gingiva. Bij aids ontstaan orale laesies vaak in een vergevorderd stadium van de ziekte; soms zijn de laesies het eerste symptoom van de ziekte.

Behandeling is symptomatisch of om eventuele esthetische redenen en kan bestaan uit excisie, intraliesionale injectie met een chemotherapeutikum of lokale radiatie (Becker en Bottke, 2006; Fatahzedeh en Schwartz, 2013).

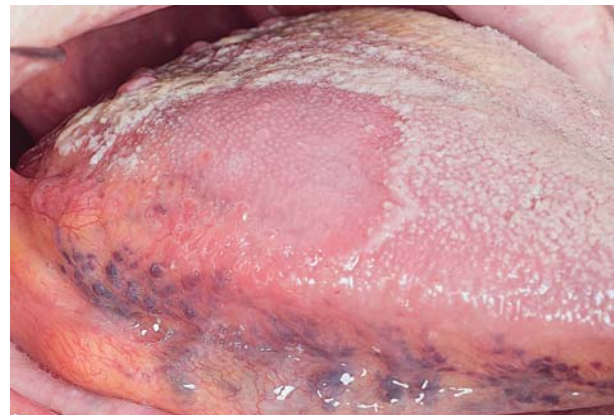
Plaveiselcelcarcinoom

Van alle kwaadaardige tumoren die ontstaan in de mondholte is ongeveer 90% een plaveiselcelcarcinoom. De klinische uiting van een plaveiselcelcarcinoom is wisselend en kan variëren van een ulceratieve afwijking, een exofytische afwijking of een submukeuze, geïndureerde zwelling, leukoplakie of, zoals hierboven genoemd, erythroplakie (afb. 19).

De klinische verdenking van een plaveiselcelcarcinoom is een optelsom van factoren als leeftijd, klinisch aspect (geïndureerd ulcus dat na eliminatie van de vermoedelijke oorzaak binnen 1 á 2 weken niet verdwijnt), lokalisatie (tongranden en mondbodem) en rook- en alcoholgebruik (Van der Meij, 2008).



Afb. 21. Multipiele rode veranderingen van het palatumlijmvlies ten gevolge van fellatio.



Afb. 22. Lingua geografica.

Bij het vermoeden van een plaveiselcelcarcinoom van de mondholte is een verwijzing naar een mka-chirurg noodzakelijk. De prognose is beter wanneer de afwijking in een vroeg stadium wordt gediagnosticeerd en behandeld.

Overige

Naast de voornoemde afwijkingen en aandoeningen bestaan er nog andere rode veranderingen van het mondslijmvlies zoals atrofische glossitis ten gevolge van pernicioze anemie veroorzaakt door tekort aan vitamine B12 (afb. 20), fellatio (afb. 21) en lingua geografica (afb. 22).

Slotbeschouwing

Rode en blauwe afwijkingen van het mondslijmvlies hebben niet altijd een kenmerkend klinisch beeld. Soms kan de lokalisatie behulpzaam zijn bij het differentiëren tussen de verschillende afwijkingen, zoals een rode afwijking midden op de tongrug vrij specifiek is voor de diagnose mediane romboïde glossitis. Is er sprake van een vasculaire afwijking, dan is kenmerkend dat de afwijking wegdrukbaar is. Dat wil zeggen: de afwijking verbleekt bij druk ('blanching'). Auto-immuunafwijkingen van het mondslijmvlies hebben over het algemeen een meer symmetrisch voorkomen. Meestal gaan deze afwijkingen ook gepaard met klachten. Voor tandartsen-algemeen practici is het van belang op de hoogte te zijn van de potentieel maligne en maligne afwijkingen, want behandeling in een vroeg stadium heeft een betere prognose.

Literatuur

- * Abdalla SA, Letarte M. Hereditary haemorrhagic telangiectasia: current views on genetics and mechanisms of disease. *J Med Genet* 2006; 43: 97-110.
- * Becker G, Bottke D. Radiotherapy in the management of Kaposi's sarcoma. *Onkologie* 2006; 29:329-333.
- * Bergbie ME, Wallace GMF, Shovlin CL. Hereditary haemorrhagic telangiectasia (Osler-Weber-Rendu syndrome): a view from the 21st century. *Postgrad Med J* 2003; 79: 18-24.
- * Enjolras O, Mulliken JB. The current management of vascular birthmarks. *Pediatr Dermatol* 1993; 10: 311-313.
- * Eyeson JD, Tenant-Flowers M, Cooper DJ, Johnson NW, Warnakulasuriya KA. Oral manifestations of an HIV positive cohort in the era of highly active anti-retroviral therapy (HAART) in South London. *J Oral Pathol Med* 2002;31(3):169-74.
- * Fatahzedeh M, Schwartz RA. Oral Kaposi's sarcoma: a review and update. *Int J Dermatol* 2013; 52: 666-672.
- * Jafarzadeh H, Sanatkhani M, Mohtasham N. Oral pyogenic granuloma: a review. *J Oral Sci* 2006; 48: 167-175.
- * Meij van der EH. Epidemiologie, etiologie en klinische aspecten van (voorstadia van) mondkanker. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2008; 115: 186-191.
- * Naderi NJ, Eshghyari N, Esfehianian H. Reactive lesions of the oral cavity: a retrospective study on 2068 cases. *Dent Res J* 2012; 9: 251-255.
- * Rawal SY, Claman LJ, Kalmar JR, Tatakis DN. Traumatic lesions of the gingival: a case series. *J Periodontol* 2004; 75:762-769.
- * Reichart PA, Philipsen HP. Oral erythroplakia: a review. *Oral Oncol* 2005; 41: 551-561.
- * Schmidt-Westhausen AM, Priepeke F, Bergmann FJ, Reichart PA. Decline in the rate of oral opportunistic infections following the introduction of highly active antiretroviral therapy. *J Oral Pathol Med* 2000; 29: 336-341.
- * Terai H, Shimahara M. Atrophic tongue associated with *Candida*. *J Oral Pathol Med* 2005; 34: 397-400.
- * Visscher JGAM de, Meij EH van der, Schepman KP. Oral medicine 7. Witte veranderingen van het mondslijmvlies. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2013; 120: 312-321.
- * Vissink A, Jansma J, Spijkervet FK, Burlage FR, Coppes RP. Oral sequelae of head and neck radiotherapy. *Crit Rev Oral Biol Med* 2003; 14: 199-212.
- * Waal van der I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. *Oral Oncol* 2009; 45: 317-323.
- * Waal van der I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; present concepts of management. *Oral Oncol* 2010; 46: 423-425.

Summary**Oral medicine 11. Red and blue lesions of the oral mucosa**

A red or blue mucous membrane disorder of the oral cavity can arise in response to a local cause of irritation, as a cause of an inflammation reaction to an infection, an auto-immune reaction to a local factor, and as an expression of an underlying systemic disorder. Moreover, it can be an expression of a premalignant or malignant mucous membrane disorder. Knowledge about and recognition of the different red and blue mucous membrane disorders can hasten the diagnosis and possible treatment. In the case of a premalignant (erythroplakia) or a malignant mucous membrane disorder (squamous cell carcinoma), the prognosis is better with early diagnosis and treatment than at a later stage of the disease.

Bron

K.P. Schepman¹, E.H. van der Meij², J.G.A.M. de Visscher²
 Uit ¹de afdeling Mondziekten, Kaak-, en Aangezichtschirurgie van het Universitair Medisch Centrum Groningen en ²de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van het Medisch Centrum Leeuwarden.
 Datum van acceptatie: 27 september 2013
 Adres: dr. K.P. Schepman, UMC Groningen, postbus 30.001, 9700 RB Groningen
 k.p.schepman@umcg.nl

Dankwoord

De auteurs danken de fotografen van het Medisch Centrum Leeuwarden voor de zorg die zij aan de afbeeldingen hebben besteed.