

Mundschleimhautveränderungen im Kindesalter

## Eruptives Angiom der Zunge

Maximilian Moergel, Martin Kunkel



Abbildung 1: Klinischer Aspekt der Mundschleimhautveränderung: Es handelt sich um ein Ulcus am Zungenrand rechts. Ungewöhnlich ist die Lage der Läsion, die bei normaler Zungenposition deutlich dorsal der Molaren liegt.

Fotos: Kunkel

Ein zehnjähriger Junge wurde mit einer ulzerierenden Schleimhautveränderung am rechten hinteren Zungenrand vorgestellt. Anamnestisch war die Läsion vor einer Woche bemerkt worden, eine Verletzung wurde verneint. Bis auf leichte Schmerzen beim Essen war der Befund symptomarm, die Sprache war nicht gestört. Hinweise auf eine systemische Beteiligung, wie Fieber, Nachtschweiß, Gewichtsverlust oder auch regionäre Lymphknotenvergrößerung, lagen nicht vor. Das konservierend versorgte Wechselgebiss bot, bei guter Mundhygiene, keinen Anhalt für einen dentogenen Fokus einer Entzündung. Der erstkonsultierte Zahnarzt vermutete die Ursache in einem traumatischen Einbiss und glättete zunächst die benachbarten Zähne.

Aufgrund der fehlenden Rückbildung wurde das Kind dann nach einigen Wochen an die Klinik zur Exzision und histologischen Diagnosesicherung überwiesen. In der klinischen Untersuchung fand sich eine etwa sieben Millimeter durchmessende, leicht erhabene und palpatorisch recht derbe Raumforderung des Zungenrandes rechts ohne nennenswerte Druckschmerzhaftigkeit. Eine zentrale, prominente Granulationszone war umgeben von einer fibrinbelegten Erosion, die zur Zungenschleimhaut durch einen leichten Randwall abgegrenzt wurde. In der Umgebung war eine leichte Gefäßinjektion zu erkennen (Abbildungen 1 und 2).

Zur definitiven Diagnosesicherung wurde die Läsion vollständig exzidiert. Im Anschnitt des Resektates zeigt sich das pathologische Gewebe, das der Muskulatur pilzförmig aufsitzt und die Schleimhaut vollständig durchsetzt (Abbildung 3).

Histologisch zeigten sich in der HE-Färbung Konglomerate geweiteter Kapillarräume, umgeben von einem gemischtzelligen Entzündungsinfiltrat, das sich vornehmlich aus neutrophilen Granulozyten zusammensetzt (Abbildungen 4 a und b). Die histologischen Präparate wurden freundlicherweise von Dr. Wiltrud Coerdts, Institut für Kinderpathologie der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, zur Verfügung gestellt. Die Übersichtsvergrößerung (4 a) zeigt die Randzone, in der die Epithelbedeckung der



Abbildung 3: Der Anschnitt des Resektates zeigt, dass die Veränderung auf die Schleimhaut begrenzt ist. Die angrenzende Muskulatur erscheint makroskopisch unverändert.

Der aktuelle klinische Fall

In dieser Rubrik stellen Kliniker Fälle vor, die diagnostische Schwierigkeiten aufgeworfen haben. Die Falldarstellungen sollen den differentialdiagnostischen Blick unserer Leser schulen.



Abbildung 2: Die Detailaufnahme zeigt den zentralen prominenten Anteil, umgeben von einer fibrinbelegten Erosionszone.

umgebenden Schleimhaut abbricht. In der Detailaufnahme (4 b) wird die dichte Anordnung sinusoidaler Bluträume mit endothelialer Auskleidung sowie die Füllung mit Erythrozyten deutlich. Es finden sich keine zellulären Atypien. Diese Morphologie ist typisch für ein eruptives Angiom.

### Diskussion

Das eruptive Angiom (auch Pyogenes Granulom, Granuloma teleangiectaticum, Granuloma pediculatum) ist eine häufige, nicht neoplastische klinische Entität, die grundsätzlich am gesamten Körper auftreten kann. Besondere Prädispositionsstellen sind neben der Mundhöhle und der Gesichtregion die Finger. Während ursprünglich eine „pyogene“ Infektion als Ursache vermutet wurde, sieht man heute eher eine überschießende Gewebsreaktion nach lokaler Irritation als Auslöser an. Dieser Hintergrund spiegelt sich in den vielfältigen Namensgebungen wider, unter denen diese Entität zu finden ist. Mit Einzelfallberichten über das vermehrte Auftreten bei Schwangeren und immunsupprimierten Patienten existieren zusätzlich Hinweise, dass sowohl die hormonelle Situation als auch die systemische

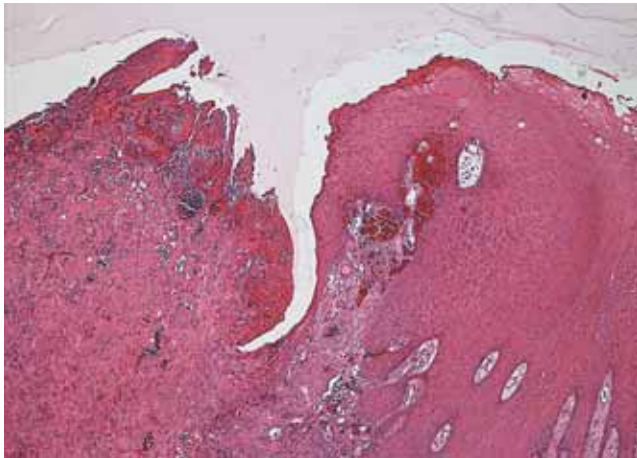
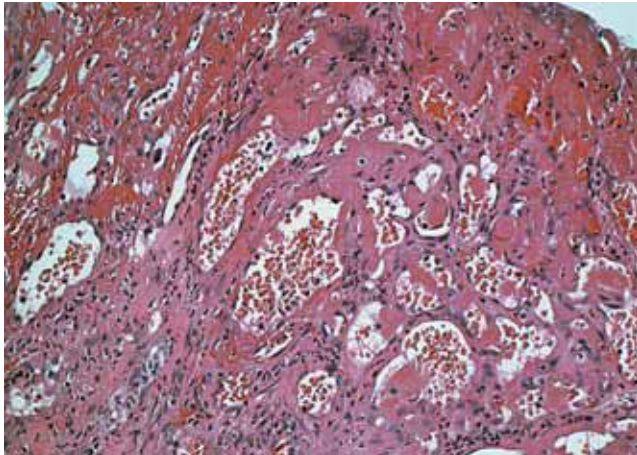


Abbildung 4: Histologischer Aspekt des eruptiven Hämangioms.  
a) Die Übersichtsaufnahme zeigt die Grenze zur umgebenden Schleimhaut. Im Bereich der Läsion ist die epitheliale Bedeckung aufgebrochen.



b) Die Detailaufnahme zeigt zahlreiche erweiterten Bluträume mit endothelialer Auskleidung eingebettet in ein zellreiches Stroma mit Entzündungsinfiltraten.

Abwehrbereitschaft einen Einfluss auf die Entwicklung besitzen können [Daley et al., 1991; Bachmeyer et al., 1996].

Der charakteristische makroskopische Aspekt ist eine gegenüber dem Haut- beziehungsweise Schleimhautniveau prominente, oberflächlich granuliert erscheinende, häufig leicht blutende Raumforderung, die



Auch für den „Aktuellen klinischen Fall“ können Sie Fortbildungspunkte sammeln. Mehr bei [www.zm-online.de](http://www.zm-online.de) unter Fortbildung.

sowohl breitbasig als auch gestielt der Unterlage aufsitzen kann. Je nach Kapillarisierungs- und Verhornungsgrad imponiert der Befund blass, intensiv rötlich oder dunkel violett. Mit fortschreitendem Alter der Läsion findet ein fibröser Umbau statt, der klinisch als zunehmende Blässe und Induration bei Palpation imponiert. Die Größe reicht von wenigen Millimetern und kann im Extremfall mehrere Zentimeter im Durchmesser betragen. Klinische Symptome wie Schmerzhaftigkeit und Funktionseinschränkungen sind meist gering ausgeprägt, jedoch kann es aufgrund der exponierten Lage zur Verletzung der Oberfläche mit anhaltender Blutung aus dem gut kapillarisierten Gewebe kommen. Enoral finden sich eruptive Angiome

meist im Bereich der Gingiva, in den Zonen typischer Aufbissverletzungen, beispielsweise der Lippe, der bukkalen Mukosa oder wie hier im Bereich des Zungenrandes.

Die klinisch diagnostische Problematik liegt einerseits in der schweren Erfassbarkeit einer ursächlichen Verletzung und vor allem in der über längere Zeit fehlenden Rückbildungstendenz auch nach der Ausschaltung potentieller Reizfaktoren. Damit werden gerade bei der oft anfangs sehr raschen Größenzunahme die Exzision und histopathologische Untersuchung zum Ausschluss einer Neoplasie erforderlich. Für die Praxis soll der Fall an die große morphologische Variabilität irritativer Schleimhautveränderungen erinnern, die eine si-

chere Einordnung manchmal recht schwierig macht. In der retrospektiven Betrachtung wäre im vorliegenden Fall eine initiale Bürstenbiopsie sicher hilfreich gewesen. Generell sollte die Bürstenbiopsie vor allem bei denjenigen Läsionen Anwendung finden, die klinisch als nicht neoplastisch eingeschätzt werden. Damit können eventuelle diagnostische Fehler frühzeitig erkannt und Therapieentscheidungen korrigiert werden [Kunkel, 2005].

Dr. med. Maximilian Moergel  
Prof. Dr. Dr. Martin Kunkel  
Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie  
Klinikum der Johannes Gutenberg-Universität  
Augustusplatz 2  
55131 Mainz  
[kunkel@mkg.klinik.uni-mainz.de](mailto:kunkel@mkg.klinik.uni-mainz.de)

#### Literatur:

Daley, TD.; Nartey, NO.; Wysocki, GP.: *Pregnancy Tumor. An analysis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 72:196-199 (1991)  
Bachmeyer, C.; Devergie, A.; Mansouri, S.; Dubertret, L.; Aractingi, S.: *Pyogenic granuloma of the tongue in graft versus host disease. Ann Dermatol Venereol* 123 (9):552-554 (1996)  
Kunkel, M.: *Früherkennung – Herausforderung in der oralen Medizin. DZM aktuell* 2, (2005).  
Nachdruck in: „Zahnärztliche Nachrichten Niedersachsen“: 8+9/2005, S. 14-15

## Fazit für die Praxis

- Das eruptive Angiom ist eine häufige aber leider auch sehr variantenreiche Schleimhautläsion in der Mundhöhle, wobei vor allem die Gingiva und die Zonen möglicher Aufbissverletzungen betroffen sind.
- Die diagnostische Problematik besteht darin, dass die ursächlichen Faktoren (Trauma, lokale Reizfaktoren) oft schlecht erfassbar sind und vor allem in der längeren Persistenz der Läsionen auch nach dem Ausschalten solcher Reizfaktoren.
- Wenn eine Schleimhautläsion als benigne betrachtet wird und zunächst nur beobachtet oder lokal behandelt werden soll, ist eine initiale Bürstenbiopsie dringend anzuraten.