

Die nekrotisierende Sialometaplasie: Diagnostik einer seltenen Entität

Schlüsselwörter: nekrotisierende Sialometaplasie, Ulkus, Neoplasie, metaplastische Becherzellen

CONSTANTIN STÜHMER¹
HARALD ESSIG¹
HENNING FEIST²
KAI-HENDRIK BORMANN¹
NILS-CLAUDIUS GELLRICH¹
MARTIN RÜCKER¹

¹ Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Medizinische Hochschule Hannover, 30625 Hannover, Deutschland
 Direktor: Univ.-Prof. Dr. Dr. Nils-Claudius Gellrich

² Institut für Pathologie, Medizinische Hochschule Hannover, 30625 Hannover, Deutschland
 Direktor: Univ.-Prof. Dr. Hans-Heinrich Kreipe

Korrespondenzadresse

Dr. Constantin Stühmer
 Department of Oral and Maxillofacial Surgery
 Hannover Medical School
 Carl-Neuberg-Strasse 1
 D-30625 Hannover
 Germany
 Tel. +49 (0) 511 523 4748
 Fax +49 (0) 511 523 4740
 E-Mail: constuehmer@web.de

Zusammenfassung Ein Ulkus an der Mundschleimhaut des harten Gaumens erfordert differenzialdiagnostisch eine Vielzahl von Erkrankungen zu berücksichtigen. Eine eher seltene Differenzialdiagnostik stellt die nekrotisierende Sialometaplasie dar. Die frühzeitige Sicherung der Diagnostik einer nekrotisierenden Sialometaplasie gelang anhand der bei der initialen Vorstellung entnommenen Biopsie. Die histologische Aufarbeitung zeigte eosinophile Granulozytenherde mit vergrößerten

Kernen des Plattenepithels am Ulkusrand und metaplastischen Azinuszellen der kleinen Speicheldrüsen. In der Folge heilte das Schleimhautulkus spontan innerhalb von sieben Wochen ab. Eine spezifische therapeutische Intervention war nicht erforderlich. Der vorgestellte Patientenfall zeigt, dass bei Vorliegen einer nekrotisierenden Sialometaplasie eine frühzeitige biopsische Sicherung entscheidend zur Vermeidung unnötiger therapeutischer Massnahmen ist.

Einleitung

Ulzerationen stellen eine der häufigsten Effloreszenzen der Mundschleimhaut dar. Ursächlich sind meist mechanische Irritationen oder Malignome (BUDTZ-JOERGENSEN 1981; REICHERT 2000), seltener spezifische Entzündungen oder Verätzungen. Ein sehr ähnliches klinisches Erscheinungsbild zeigt die gutartige, selbstlimitierend verlaufende nekrotisierende Sialometaplasie. In Anbetracht der therapeutischen Konsequenzen ist die Abgrenzung einer nekrotisierenden Sialometaplasie von malignen Veränderungen der Mundschleimhaut entscheidend.

Im Folgenden sollen daher anhand eines klinischen Fallbeispiels die differenzialdiagnostisch notwendigen Schritte für einen frühzeitigen Nachweis einer nekrotisierenden Sialometaplasie dargestellt werden.

Diagnose und Therapie

Ein 50-jähriger männlicher Patient stellte sich mit einer seit zwei Wochen bestehenden druckdolenten Veränderung im Bereich des Gaumens vor. Bis auf einen vorangegangenen grippalen Infekt sowie einen medikamentös eingestellten Hypertonus war der Patient anamnestisch unauffällig. Risikofaktoren für Veränderungen der Mundschleimhaut lagen nicht vor.

Bei der Erstvorstellung imponierte streng einseitig am harten Gaumen ein längsovales Ulkus von 2,5 cm Durchmesser mit zentraler Nekrose und aufgeworfenem Randwall (Abb. 1A). Die übrige Mundschleimhaut wies keine pathologischen Veränderungen auf. Der Patient war suffizient konservierend und prothetisch versorgt. Die zervikalen Lymphknoten waren weder palpatorisch noch sonografisch auffällig.

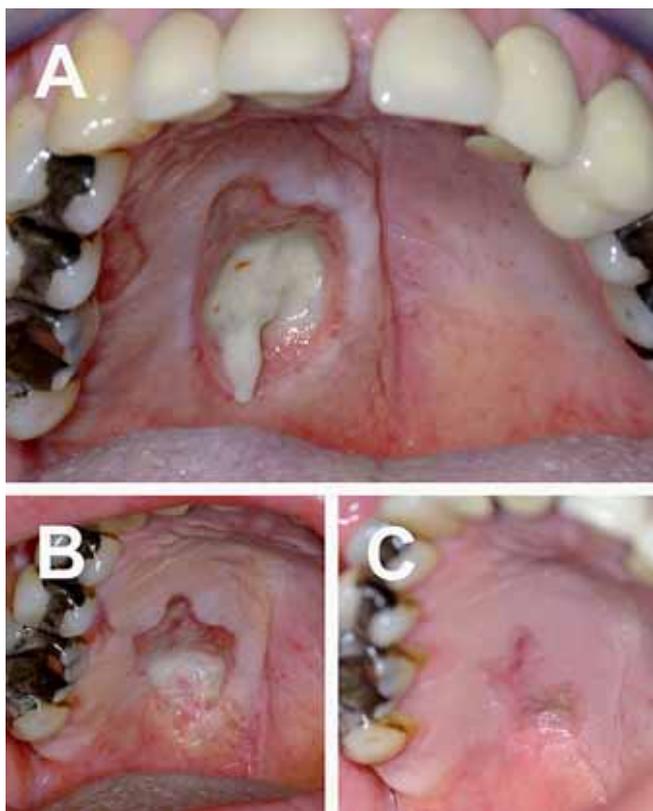


Abb. 1 Klinischer Aspekt der nekrotisierenden Sialometaplasie mit zentralem Ulcus (A) und spontaner Ausheilung nach sieben Tagen (B) und 21 Tagen (C).

Zur weiteren Diagnostik wurden noch am selben Tag aus dem Randbereich zwei Biopsien genommen und histopathologisch aufgearbeitet. In der Hämatoxylin-Eosin-Färbung ist ein Ulcus und eine Plattenepithelhyperplasie sowie eine nekrotisierende Sialometaplasie zu erkennen (Abb. 2A, 2B). Die histologische Aufarbeitung zeigte eosinophile Granulozytenherde mit reaktiv vergrößerten Kernen des Plattenepithels und metaplastischen Drüsenepithelien der Azini der kleinen Speicheldrüsen. Dieser histopathologische Befund war am ehesten mit einer nekrotisierenden Sialometaplasie vereinbar. Malignitätszeichen konnten nicht nachgewiesen werden.

Das mit Kontrastmittel wenige Tage später angefertigte Computertomogramm zeigte einen Defekt der Weichgewebe im Bereich des harten Gaumens rechts ohne Anzeichen für eine Arrosion des Os palatum (Abb. 3).

Im Rahmen engmaschiger ambulanter Nachkontrollen konnte die spontane Abheilung der Mundschleimhautläsion innerhalb von sieben Wochen dokumentiert werden (Abb. 1B, 1C).

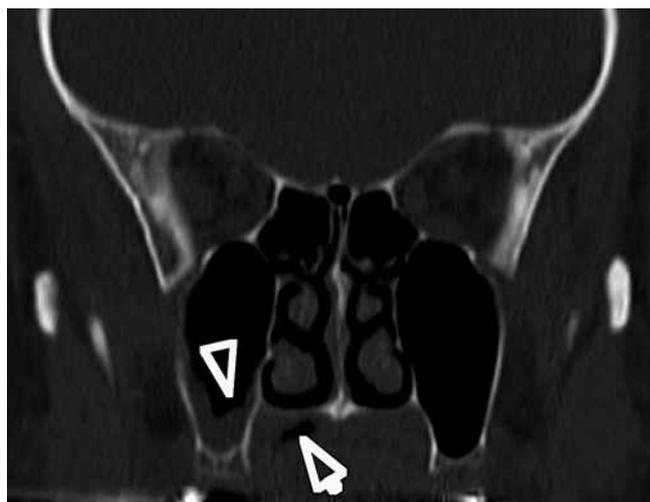


Abb. 3 Darstellung der nekrotisierenden Sialometaplasie (Pfeil) in der Computertomografie. Dezente Schleimhautschwellung im Sinus maxillaris rechts (Pfeilspitze).

Diskussion und Schlussfolgerung

Die nekrotisierende Sialometaplasie stellt ein äusserst seltenes Krankheitsbild dar, das erstmals von Abrams 1973 beschrieben wurde (ABRAMS 1973). Meist erkranken Männer zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr (JAINKITTIVONG ET AL. 1989; SCHMIDT-WESTHAUSEN ET AL. 1991). Die häufigste Lokalisation ist dabei der harte Gaumen. Nur in Einzelfällen sind die Glandula parotis, die Lippe oder die Zunge betroffen (SURESH & AGUIRRE 2006).

Der klinische Verlauf gestaltet sich in den in der Literatur bisher beschriebenen Fällen einheitlich. Dabei kommt es im Frühstadium zu einer druckdolenten Schwellung, die innerhalb weniger Tage zu einem zentralen Ulcus führt (FOWLER & BRANNON 2000). Bei der nekrotisierenden Sialometaplasie kommt es im beschriebenen Patientenfall zu keiner Mittellinienüberschreitung des Prozesses. Die Raphe palatina mediana stellt eine Grenze dar, die von der benignen nekrotisierenden Sialometaplasie im Gegensatz zu malignen Neoplasien respektiert wird. Dies kann bereits klinisch einen Anhalt für das Vorliegen einer nekrotisierenden Sialometaplasie geben. Obgleich die nekrotisierende Sialometaplasie typischerweise spontan abheilt, kann es zu einer Superinfektionen der Ulzeration kommen.

Die Ätiologie der nekrotisierenden Sialometaplasie ist bisher noch nicht abschliessend geklärt. In der Literatur werden vasculäre Schädigungen, die zu lokalen Ischämien mit anschließendem Infarkt führen sollen, diskutiert (FEMOPASE ET AL. 2004). Dabei ist die Pathogenese der vasculären Schädigung nach wie

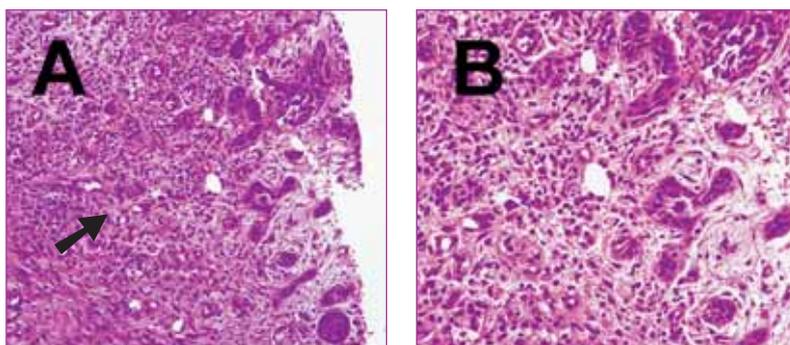


Abb. 2 Histopathologischer Befund der nekrotisierenden Sialometaplasie in der Hämatoxylin-Eosin-Färbung (A). Darstellung der charakteristischen metaplastischen Becherzellen (Pfeil) in höherer Vergrößerung (B).

vor ungeklärt. Ein Zusammenhang mit einer Infektion im Kopf-Hals-Bereich, einem Trauma oder chemischen Reizen wie bei der Bulimie werden als Disposition angenommen (JAINKITIVONG ET AL. 1989; IMBERY & EDWARDS 1996; SCULLY & EVESON 2004). Auch eine bei der Infiltration von Lokalanästhetika induzierte Verletzung am Gaumen wird diskutiert. In der Tat gab der Patient anamnestisch an, sowohl vor sechs Wochen an einer Sinusitis maxillaris erkrankt gewesen zu sein als auch vor drei Monaten im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung im betreffenden Gebiet eine Lokalanästhesie erhalten zu haben.

Histologisch ist die nekrotisierende Sialometaplasie durch Plattenepithelmetaplasien der Azini der lokalen kleinen Speicheldrüsen gekennzeichnet. Diese gehen mit ausgeprägten entzündlichen Infiltraten einher. Histologisch muss die Sialometaplasie insbesondere von einem Plattenepithelkarzinom abgegrenzt werden (ABRAMS ET AL. 1973). Häufig zu findende Becherzellmetaplasien können dabei zur Verwechslung mit einem Mukoepidermoidkarzinom führen (SEIFERT 1998). Eine Fehldiagnostik hätte für den Patienten weitreichende therapeutische Konsequenzen (SPARK & DUNCAN 1978). So können beispielsweise nach Tumorresektionen auftretende nekrotisierende Sialometaplasien als Frührezidiv fehlinterpretiert werden (GRANICK ET AL. 1988; MATSUMOTO ET AL. 1991).

Die differenzialdiagnostische Abgrenzung der nekrotisierenden Sialometaplasie von malignen Erkrankungen der Mund-

schleimhaut erfordert eine repräsentative Biopsie. Aufgrund der hohen Spontanheilungsrate ist eine therapeutische Intervention bei Vorliegen einer histologisch gesicherten nekrotisierenden Sialometaplasie lediglich symptomatisch zur Verhinderung von Sekundärinfektionen oder Schmerzen erforderlich.

Abstract

STÜHMER C, ESSIG H, FEIST H, BORMANN K-H, GELLRICH N-C, RÜCKER M: **Necrotizing sialometaplasia: The diagnosis of a rare entity** (in German). Schweiz Monatsschr Zahnmed 118: 635–637 (2008)

A differential diagnosis of an ulcer on the hard palate must consider a wide variety of diseases and conditions, among them rare entities such as necrotizing sialometaplasia. We report the case of a patient who presented with a painful ulcer on the hard palate. A biopsy taken at the initial presentation of the patient revealed a diagnosis of necrotizing sialometaplasia. Histology showed foci of eosinophilic granulocytes with lobular infarction or necrosis, bland-appearing nuclear morphology of squamous cells, simultaneous metaplasia of ducts and mucous acini. The ulcer resolved spontaneously within seven weeks and required no specific treatment. The case presented here shows that early diagnosis of necrotizing sialometaplasia is important in order to prevent unnecessary treatment.

Literatur

- ABRAMS A M, MELROSE R J, HOWELL F V: Necrotizing sialometaplasia. A disease simulating malignancy. *Cancer* 32: 130–135 (1973)
- BUDTZ-JORGENSEN E: Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures. *J Oral Pathol* 10: 65–80 (1981)
- FEMOPASE F L, HERNANDEZ S L, GENDELMAN H: Necrotizing sialometaplasia: report of five cases. *Med Oral* 9: 304–308 (2004)
- FOWLER C B, BRANNON R B: Subacute necrotizing sialadenitis: report of 7 cases and a review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 89: 600–609 (2000)
- GRANICK M S, SOLOMON M P, BENEDETTO A V: Necrotizing sialometaplasia masquerading as residual cancer of the lip. *Ann Plast Surg* 21: 152–154 (1988)
- IMBERY T A, EDWARDS P A: Necrotizing sialometaplasia: literature review and case reports. *J Am Dent Assoc* 127: 1087–1092 (1996)
- JAINKITIVONG A, SOOKASAM M, PHILIPSEN H P: Necrotizing sialometaplasia: review of 127 cases. *J Dent Assoc Thai* 39: 11–16 (1989)
- MATSUMOTO T, KUWABARA N, SHIOTSU H: Necrotizing sialometaplasia in the mouth floor secondary to reconstructive surgery for tongue carcinoma. *Acta Pathol Jpn* 41: 689–693 (1991)
- REICHART P A: Oral mucosal lesions in a representative cross-sectional study of aging Germans. *Community Dent Oral Epidemiol* 28: 390–398 (2000)
- SCHMIDT-WESTHAUSEN A, PHILIPSEN H P, REICHART P A: Necrotizing sialometaplasia of the palate. Literature report of 3 new cases. *Dtsch Z Mund Kiefer Gesichtschir* 15: 30–34 (1991)
- SCULLY C, EVESON J: Sialosis and necrotizing sialometaplasia in bulimia; a case report. *Int J Oral Maxillofac Surg* 33: 808–810 (2004)
- SEIFERT G: Diagnostic pitfalls in benign and malignant salivary gland diseases. Their significance for prognosis and therapy. *Mund-, Kiefer-, Gesichtschir* 2: 62–69 (1998)
- SPARK R P, DUNCAN D G: Necrotizing sialometaplasia. A self-limited pseudotumoral palatal ulcer. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 87: 409–411 (1978)
- SURESH L, AGUIRRE A: Subacute necrotizing sialadenitis: a clinicopathological study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* (2006)