



Suspekter Befund im Mund?

Schleimhautveränderungen richtig einordnen

Bei einer „Blickdiagnose“ von weißlichen Mundschleimhautveränderungen sollte als Erstes nach möglichen lokalen Reizfaktoren gesucht werden, und diese sollte man gegebenenfalls zeitnah beseitigen. Falls sich die weißliche Veränderung nicht innerhalb von zwei Wochen spontan zurückbildet, sind weitere Maßnahmen zur diagnostischen Klärung umgehend notwendig.

Prof. Dr. Dr. Franz-Josef Kramer

Universitätsklinikum Bonn

Mindestens zweimal jährlich soll im Rahmen der zahnärztlichen Routineuntersuchung die Mundhöhle systematisch untersucht werden. Dabei muss sichergestellt sein, dass sämtliche Regionen der Mundschleimhaut, der Lippen und der unmittelbar angrenzenden Gewebe vollumfänglich eingesehen werden können. Bei klinischen Auffälligkeiten ist eine weitere Abklärung erforderlich.

Neben der ersten systematischen Inspektion der gesamten Mundschleimhaut können weitere klinische Untersuchungstechniken hilfreich sein (**s. Kasten**). Ergänzend können Abstriche für mikrobiologische Diagnostiken, eine virologische Diagnostik oder die Überprüfung einer Reaktion auf dentale Werkstoffe nützlich sein [1, 2]. Wenn als Ursache für eine Schleimhautveränderung eine mechanische Irritation vermutet wird, sollte möglichst zeitnah zunächst eine kausale Therapie versucht werden, indem gegebenenfalls lokale Reizfaktoren beseitigt werden.

Bei klinischem Verdacht auf ein Mundhöhlenkarzinom ist eine umgehende Weiterleitung zu einem Spezialisten, z. B. einem Facharzt für MKG-Chirurgie, zur raschen weiteren Diagnostik und Therapie anzustreben. Auch bei klinischem Verdacht einer malignen Transformation einer länger bestehenden Schleimhautveränderung sollte die histologische Klärung möglichst zeitnah erfolgen.

Als verdächtige klinische Hinweise auf eine maligne Transformation sind alle neu aufgetretenen Veränderungen oder Veränderungen von unbekannter Dauer zu werten, starke Hyperkeratosen, zunehmende Inhomogenität einer Veränderung, Erosion der Mundschleimhaut, Blutung bei Berührung oder leichter mechanischer Belastung, fehlende Ursache und pathologische Gefäßveränderungen oder Gefäßzeichnungen [1, 2].

Im Folgenden wird auf ausgewählte, häufige Veränderungen der Mundschleimhaut besonders eingegangen.

Aphthen und aphthoide Läsionen

Klinisches Bild, Formen und Stadien

Als Aphthen werden schmerzhafte, lokale Ulzerationen der Mundschleimhaut bezeichnet, die typischerweise in einem Zeitintervall von Wochen bis Monaten und Jahren rezidivieren (**Abb. 1**; [3]). Rezidivierende Aphthen zählen zu den häufigsten Erkrankungen der Mund- und Rachenschleimhaut und treten bei Frauen häufiger auf als bei Männern. Auch familiäre Häufungen sind beschrieben. Die Ätiologie der Aphthen ist im Detail ungeklärt. Das klinische Bild der rekurrenden Aphthose ist durch eine oberflächliche Mundschleimhautveränderung gekennzeich-

net, die eher die nichtkeratinisierte Mukosa bevorzugt. Oft treten ein bis vier Aphthen gleichzeitig auf, die eine durchschnittliche Größe zwischen 2 und 10 mm Durchmesser aufweisen. Die Aphthen sind sieben bis zehn Tage präsent und zeigen davon ca. fünf Tage erhebliche Schmerzhaftigkeit. Der klinische Verlauf einer oralen Aphthose ist durch folgende drei Phasen gekennzeichnet:

- Prodromalstadium mit Kribbeln, Spannungsgefühl, Brennen und Rauigkeit (bis zu 24 h)
- Präulzeröse Phase mit einem inflammatorischen Erythem und einer indurierten Papel (ein bis drei Tage)
- Ulzeratives Stadium mit der fibrinbelegten Ulzeration und nachfolgender Abheilungsphase (vier bis 30 Tage)

Diagnostik und Differenzialdiagnostik

Eine differenzialdiagnostische Abklärung kann im Einzelfall schwierig sein; besonders Malignome und deren Vorstufen sowie reaktive Veränderungen der Mundschleimhaut sind abzugrenzen. Auch gehen zahlreiche internistische Erkrankungen mit aphthoiden Erosionen oder Ulzerationen der Mundschleimhaut einher. Eine klinische Differenzierung zwischen Aphthen und heterogenen aphthoiden Erosionen und Ulzerationen ist meist schwierig. Bei großen, anhaltenden Läsionen ist eine weiterführende medizinische Diagnostik erforderlich, um gegebenenfalls alternative Ursachen zu erkennen, die eine Aphthose verursachen [2].

Lokal begrenzt auftretende ulzeröse Läsionen sollten anamnestisch und klinisch zunächst im Hinblick auf mögliche mechanische Ursachen, chemische oder thermische Irritationen oder lokale Einwirkung von Medikamenten zahnärztlich abgeklärt werden. Grundsätzlich muss bei unklaren aphthösen Mundschleimhautveränderungen, die nach einer Beobachtungszeit von zwei Wochen keine Rückbildungstendenz zeigen und die sich nicht eindeutig auf eine definierte Grundkrankheit oder Ursache zuführen lassen, eine histopathologische Abklärung zum Ausschluss eines Plattenepithelkarzinoms angestrebt werden [1, 2].

Weitere klinische Untersuchungstechniken zur systematischen Inspektion der Mundhöhle

- Palpation verdächtiger Befunde
- Vitalitätsprobe benachbarter Zähne
- Bestimmung parodontaler Parameter zur Erfassung parodontaler Entzündungen
- Zahnärztliche Röntgenuntersuchung zur Erfassung von odontogenen und ossären Läsionen
- Untersuchung des lokalen Lymphknotenstatus zur Bewertung entzündlicher Begleitreaktionen oder zur Erkennung von Tumorausbreitungen
- Neurologische Sensibilitätsprüfungen (Nn. lingualis und mentalis zur Bewertung der Schmerzempfindung)



Abb. 1 Aphthen der bukkalen Schleimhaut mit zirkulärem Erythem. Die meisten Aphthen verschwinden spontan bei fast immer narbenfreier Abheilung



Abb. 2 Am Zungenrand und auf der Höhe der Interkalarlinie kann es zur Ausbildung einer strichartigen nichtpathologischen Linea alba buccalis kommen



Abb. 3 Weißliche Wickham-Streifung als typisches Zeichen eines oralen Lichen planus

Behçet-Syndrom

Bei rezidivierenden Aphthosen sollte an das Behçet-Syndrom, eine systemische Vaskulitis, gedacht werden. Das Behçet-Syndrom ist durch einen schubweisen Verlauf charakterisiert und kann neben der Mundschleimhaut auch andere Schleimhäute, Augen, Gelenke, Gefäße und die äußere Haut betreffen, ebenso das Nerven- und das gastrointestinale System [4]. Der Beginn der Erkrankung ist typischerweise in der dritten Lebensdekade; beide Geschlechter sind gleichhäufig betroffen. Der Befall der Mundschleimhaut und die Augenmanifestationen sind die häufigsten Symptome des Behçet-Syndroms. Aphthöse Ulzerationen in der Mundhöhle können bei etwa 95 % der Patienten beobachtet werden, insbesondere im späteren Krankheitsverlauf. Kleinere Ulzera sind hauptsächlich im Lippenbereich, in den Bereichen der Gingiva, der Wangenschleimhaut und der Zunge lokalisiert und verschwinden typischerweise nach drei bis vier Tagen ohne Narbenbildung [5]. Fatigue, Stress, histaminreiche Ernährung und eine kürzliche Beendigung des Tabakkonsums wurden als mögliche Trigger-Faktoren für die Ausbildung der Mundschleimhautulzerationen identifiziert. Bei Frauen ist ein Zusammenhang mit der Menstruation ebenfalls bekannt [6]. Akneähnliche papulöse Läsionen in Gesicht und Halsbereich können bei etwa 85 % der Patienten beobachtet werden und verschwinden spontan nach zwei bis drei Tagen ohne Narbenbildung.

Das Auftreten eines Erythema nodosum ist hingegen seltener und betrifft hauptsächlich das weibliche Geschlecht. Als Folge der Abheilung kann eine Hyperpigmentierung zurückbleiben. Aufgrund der assoziierten Beschwerden ist eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität zu befürchten [7]. Ein Zusammenhang zwischen auffälligen Mundschleimhautbefunden und einer Arthritis ist gesichert; ein Zusammenhang mit parenchymatösen, neurologischen oder gastrointestinalen Erkrankungen ist vergleichsweise selten [8].

Therapie

Die Therapie von Aphthen oder aphthoiden Läsionen ist symptomatisch ausgerichtet und beruht meist auf der topischen Anwendung von Antiseptika und Antiphlogistika wie Tinctura myrrhae, chlorhexidinhaltigen Gelen, kortisonhaltigen Salben, Lokalanästhetika oder Antibiotika [2]. Die systemische Therapie des Behçet-Syndroms fällt in das internistische Fachgebiet und richtet sich nach der Schwere der vorhandenen Organbeteiligungen. Liegt ein ausschließlicher Befall von Haut und Schleimhäuten vor, erfolgt meist eine Behandlung mit niedrig dosiertem Kortison und/oder Kolchizin; bei schwereren Verläufen wird derzeit gegebenenfalls auf Azathioprin, Cyclosporin A oder Interferon- α -2a zurückgegriffen.

Weißliche Veränderungen der Mundschleimhaut

Weißliche Mundschleimhautveränderungen zeigen sich klinisch

durch eine lokalisierte Verhornungstendenz, die mehr oder weniger homogen mit weiteren lokalisierten Strukturveränderungen wie Verlust des Oberflächenglanzes, Erosionen, Ulzerationen, Desquamation, Atrophien und Pigmentierung verbunden sein kann. Sie haben unterschiedliche Ursachen und spiegeln unterschiedliche histologische Veränderungen wider. Eine harmlose Veränderung ohne weiteren Krankheitswert ist die Linea alba buccalis, die z. B. durch nächtliches Wangensaugen entstehen kann (**Abb. 2**).

Oraler Lichen planus (OLP)

Klinisches Bild

Der OLP ist eine chronisch-entzündliche Erkrankung der Mundschleimhaut mit charakteristischen schubweisen Verläufen. Er zählt zu den prämaligen Läsionen und ist durch eine verhornte und erythematöse Struktur unterschiedlicher Ausprägung gekennzeichnet. Typisch sind die häufig netzförmigen weißen Streifen, die sogenannte Wickham-Streifung (**Abb. 3**). Er kann aber auch mit papulären und plaqueförmigen Veränderungen einhergehen. Infolge der chronischen Entzündung findet sich klinisch häufig eine besondere Empfindlichkeit gegenüber sauren, scharfen und heißen Speisen sowie Schmerzen bei mechanischen Reizen, z. B. beim Zähneputzen. Erosion und Ulzeration können ebenfalls vorkommen, jedoch auch spontan abheilen.

Da der OLP eine veritable Mukodermatose ist, können Biofilm, Zahnstein, überstehende Füllungs- oder Prothesenränder die Läsion und die Beschwerden verstärken, sodass betroffenen Patienten zur regelmäßigen professionellen Zahnreinigung geraten werden sollte. Biofilmkontrolle, eine gingivaschonende Putztechnik und eine wenig abrasive Zahnpasta können insbesondere den gingivalen Lichen planus positiv beeinflussen. Im Fall von schmerzhaften Erosionen und Ulzerationen ist die lokale Applikation von Glukokortikoiden (z. B. Volon-A®-Haftsalbe) Mittel der ersten Wahl.

Bei allen zahnärztlichen Eingriffen, seien es Füllungstherapien, prothetische Rehabilitationen oder operative Eingriffe, aber auch bei einer professionellen Zahnreinigung besteht das Risiko, dass sich der OLP im Anschluss wegen der mechanischen Reizung temporär verschlechtert. Daher sollten betroffene Patienten vor entsprechenden Eingriffen hierüber informiert werden. Der OLP sollte in längstens viermonatigen Abständen kontrolliert werden, da er zu den potenziell malignen Erkrankungen zählt [1].

Epidemiologie und Ätiologie

Die geschätzte Prävalenz des OLP bei Erwachsenen beträgt 0,5–2 %; Frauen sind etwa doppelt so oft betroffen. Der OLP im Kindesalter ist eine Rarität und lediglich in Fallberichten dokumentiert. Die Ätiologie ist unbekannt [9], genetische Fak-

toren werden diskutiert. [10]. Auch psychische Faktoren scheinen bei der Entstehung des OLP von Bedeutung zu sein. Es gibt Hinweise, dass Patienten mit OLP überdurchschnittlich häufig an Angstzuständen, Depressionen und anderen psychischen Störungen leiden. Auch bevorzugte Exazerbationen des OLP in Phasen besonderer psychischer Belastung wurden beobachtet [11].

Ein Zusammenhang mit traumatischen Schädigungen der Schleimhaut besteht nicht. Ebenso ist kein Zusammenhang mit weitverbreiteten internistischen Erkrankungen wie arterieller Hypertonie oder Diabetes mellitus bekannt [12].

Lichenoide Reaktionen können auch von häufig eingesetzten Arzneimitteln wie Antihypertensiva (z. B. Betablocker, Angiotensinkonversionsenzym[ACE]-Inhibitoren oder Diuretika), oralen Hypoglykämika, nichtsteroidalen antiinflammatorischen Substanzen (NSAID) sowie diversen Antibiotika hervorgerufen werden [12].

Verlauf

Die klinischen Zeichen und Symptome des OLP variieren erheblich; bei vielen Patienten ist der Verlauf zunächst eher schleichend, und die Patienten nehmen keinen genauen Krankheitsbeginn wahr. Eine zunehmende Rauigkeit im Mund, eine Sensibilitätszunahme der oralen Schleimhaut für heiße oder stark gewürzte Nahrungsmittel, ein Mundbrennen oder eine lokalisierte Schmerzempfindung im Bereich der fleckigen, streifigen oder ulzerösen Mundschleimhautveränderung wird häufig berichtet.

Typisch ist der schubweise Verlauf der Erkrankung, in dem sich Beschwerdebilder mit Phasen der Ruhe und Symptomlosigkeit mit wechselnden Beschwerden abwechseln. Im Anschluss an Erkrankungsphasen kann in Einzelfällen eine Pigmentierung der lichenoiden Läsionen zurückbleiben [13].

Malignes Potenzial

Das maligne Potenzial des OLP beträgt ca. 0,5 % pro Beobachtungsjahr [12]. Mögliche Auswirkungen einer immunsuppressiven Therapie des OLP auf die maligne Transformation sind nicht bekannt. Interessant ist, dass etwa ein Drittel der Patienten mit einem Karzinom auf Basis eines OLP einen multifokalen Tumorbefund aufweist, also an zwei oder mehreren unabhängigen neoplastischen Erkrankungen leidet.

Auch Läsionen der Zunge, das weibliche Geschlecht und ein höheres Patientenalter könnten möglicherweise das Risiko der malignen Transformation erhöhen. Außerdem könnte eine Koerkrankung mit *Candida*-Spezies als Risikofaktor von Bedeutung sein und sollte entsprechend kausal therapiert werden.



Abb. 4 Homogene Leukoplakie mit scharfer Begrenzung im Mundboden



Abb. 5 Inhomogene, multifaktorielle Leukoplakie an der Zungenunterseite und an der Wangenschleimhaut

Diagnostik und Therapie

Die Diagnose des OLP wird gewöhnlich mithilfe klinischer und histologischer Untersuchungen gestellt. Bei klassischem klinischem Bild kann eine Blickdiagnose allein ausreichend sein. Zusätzlich kann das weite Spektrum der oralen lichenoiden Läsionen die Differenzialdiagnose erschweren. Da für den OLP eine kausale Therapie nicht zur Verfügung steht, sind bei hohem klinischem Leidensdruck gegebenenfalls symptomatisch orientierte Therapien hilfreich. Immer sind potenzielle Reizfaktoren wie Tabakkonsum, insuffizienter Zahnersatz oder Alkoholkonsum auszuschließen. Die topische Anwendung von immunsuppressiv wirksamen Medikamenten kann in Einzelfällen hilfreich sein (z. B. Triamcinolonacetonsalbe als Goldstandard; höher potente Glukokortikoide und Cyclosporin A sowie Tacrolimus nur im „off label use“; [14,15]).

Leukoplakie

Klinisches Bild, Epidemiologie, Ätiologie und Untergruppen

Als Leukoplakien werden „weiße, fleckförmige Veränderungen mit fraglichem Risiko definiert, wobei alle Erkrankungen oder Veränderungen ohne Karzinomrisiko ausgeschlossen werden müssen“ [16]. Die geschätzte Prävalenz für Leukoplakien in der Mundhöhle beträgt 1,5–2,6 % ohne Geschlechterbevorzugung [17]. Gesicherte Risikofaktoren für die Entstehung von Leukoplakien sind identisch mit dem Mundhöhlenkarzinom und beinhalten Tabak- sowie Alkoholkonsum, Genuss von Betelnüssen, hohes Lebensalter und zusätzlich UV-Licht-Exposition bei Lippenläsionen.

Klinisch gibt es verschiedene Formen der Leukoplakie: Die homogene Leukoplakie wird als eine flache und uniforme, weißliche, plaqueartige Veränderung mit klar definierten Rändern beschrieben (**Abb. 4**). Die inhomogenen Leukoplakien enthalten Irregularitäten wie Rötungen, Knoten- oder auch Warzenbildungen ([16]; **Abb. 5**). Die proliferative verruköse Leukoplakie ist eine Untergruppe der nichthomogenen Leukoplakien; sie tritt häufig multifokal auf und zeigt sowohl zusammenhängende als auch nichtzusammenhängende Veränderungen der Mundschleimhaut. Sie tritt häufiger bei Frauen auf und ist typischerweise nicht mit Nikotinabusus assoziiert ([18]; **Abb. 5**).

Die Leukoplakie gehört ebenfalls zu den Vorläuferläsionen des oralen Plattenepithelkarzinoms. Ein suspekter Erstbefund sollte daher immer biopsiert werden. Klinisch homogene, histologisch als gering dysplastisch gewertete Läsionen können anschließend regelmäßig beobachtet werden.

Die Patienten müssen über das Risiko einer malignen Transformation informiert werden. Auch hier ist eine regelmäßige Nachsorge zur Kontrolle der Mundschleimhaut, z. B. in viermonatigen Abständen, ratsam. Da Rauchen und Alkohol wesentliche Risikofaktoren für die Entstehung von sowohl Leukoplakien als auch Plattenepithelkarzinomen sind, ist es die Aufgabe aller Behandelnden, die Patienten zum Verzicht auf diese Noxen zu animieren.

Maligne Transformation

Der Übergang einer Leukoplakie zum Malignom steht mit dem klinischen Erscheinungsbild der Leukoplakie im Zusammenhang: Homogene Leukoplakien gehen mit einem deutlich geringeren Transformationsrisiko (0,6–5 %) im Vergleich zu den inhomogenen Fällen (20–25 %) einher. Die proliferative verruköse Leukoplakie ist die aggressivste Form mit einer Transformationsrate von 61 % in einer Beobachtungszeit von etwa sieben Jahren und einer Mortalitätsrate jenseits von 40 % [19]. Dysplasien und Malignisierungen werden häufiger an der ventralen Zunge, am Mundboden und am Weichgaumen beobachtet. Größere Läsionen (>200 mm²) haben ein um den Faktor fünf erhöhtes Transformationsrisiko im Vergleich zu kleineren [20], sodass eine frühzeitige Exzision indiziert ist.

Formen

Die Leukoplakie tritt in unterschiedlichen Formen auf, wobei der weiße Fleck der Mundschleimhaut einer üblicherweise homogenen Leukoplakie entspricht. Oft erscheint die weißliche Verhornung des Epithels gefeldert oder bimssteinartig gefurcht. Leukoplakien sind typischerweise schmerzlos und können an jeder Stelle der Mundschleimhaut vorkommen.

Eine seltene, jedoch besonders aggressive Form der Leukoplakie ist die proliferative verruköse Leukoplakie, die insbesondere bei Frauen zu finden ist und ein höheres Transformationsrisiko auf-

weist. Während die Leukoplakie oft mit Tabakkonsum verbunden ist und sich zurückbilden kann, wenn die Patienten mit dem Rauchen aufhören, ist die proliferative verruköse Leukoplakie nicht tabakassoziiert ([18]; **Abb. 6**).

Plattenepithelkarzinom

Das Plattenepithelkarzinom kann sich in verschiedenen Formen manifestieren. Es erscheint im Frühstadium oft als kleine, häufig harmlos aussehende Veränderung und ist charakterisiert durch Induration, Erosion, Ulzeration, Erythem oder weißliche hyperkeratotische Bereiche. Aufgrund der Variabilität der klinischen Zeichen und Symptome können Fehldiagnosen trotz klinischer Erfahrung nicht immer ausgeschlossen werden. Von besonderer Bedeutung ist, dass ca. 10–20 % aller Plattenepithelkarzinome aus einer bestehenden Präkanzerose, oft einer oralen Leukoplakie, entstehen [1]. Das heißt, dass sich bis zu 80 % der oralen Karzinome ohne entsprechende Vorzeichen aus der klinisch normal erscheinenden Mundschleimhaut entwickeln.

Prädilektionsstellen sind der laterale Zungenrand, der Mundboden und die Unterzungenseite. Weniger häufig sind die Alveolarmukosa, die Wangenschleimhaut, der Gaumen und das Trigonum



Abb. 6 Inhomogene Leukoplakie mit verrukösen Anteilen und multiplen Läsionen. Bei hohem Malignisierungsrisiko ist die chirurgische Resektion dringend erforderlich

retromolare betroffen. Der Hartgaumen und der Zungenrücken sind Lokalisationen mit dem geringsten Risiko. Diagnose- und Therapiestandards des Mundhöhlenkarzinoms sind in der entsprechenden Leitlinie umfassend dargestellt [21]; bei Tumorverdacht sollte umgehend eine Vorstellung in einem fachübergreifenden Behandlungszentrum erfolgen.

Literatur beim Verlag (wir-in-der-praxis@springer.com)



Prof. Dr. Dr. Franz-Josef Kramer
Klinik und Poliklinik für MKG-Chirurgie
Universitätsklinikum Bonn

www.wir-in-der-praxis.de/fortbildungen

Lernen fürs Leben – ein blöder Spruch? Vielleicht nicht unbedingt. Denn wer sich selbst fortbildet, kann davon in vielerlei Hinsicht profitieren. Mehr Sicherheit und Spaß bei der täglichen Arbeit gehören auf jeden Fall dazu. Und bei WIR gibt es dazu auch noch tolle Preise zu gewinnen. Denn mit jeder Teilnahme auf wir-in-der-praxis.de/fortbildung erhöhen Sie Ihre Aussicht, am Ende des Jahres einen der Hauptpreise (s. S. 55) zu gewinnen. Und damit Sie so richtig aus dem Vollen schöpfen können, finden Sie dort nicht nur den gedruckten Fortbildungsbeitrag aus dem Heft, sondern auch noch ein kleines Quiz zu der Doppelseite auf den Punkt (s. S. 30). Mit diesem neuen Format bekommen Sie in kurzen Häppchen praxis-relevante Themen präsentiert und können anschließend Ihr Wissen testen. Und auch hierbei sammeln Sie kräftig WIR-Punkte. Wir wünschen Ihnen viel Erfolg dabei!

Unsere aktuellen Fortbildungen:

Thema	Online bis
Die Trickkiste zur Schmerzausschaltung	15.04.2021
CMD – ein komplexes interdisziplinäres Geschehen	31.05.2021
Prophylaxe – mehr als Saubermachen und Polieren	31.07.2021
KFO-Therapie mit Aligner Schienen	31.08.2021
Mundhöhlenkarzinom und dessen Früherkennung	30.09.2021
Auf den Punkt: Kleines 1x1 der Cybersecurity	31.10.2021
Die S3-Leitlinien für die Parodontitistherapie	30.11.2021
Prämolaren-Transplantation zum Ersatz von Frontzähnen	31.11.2021
Zähne retten ohne Bohrer: Kariesinfiltration	31.12.2021
Auf den Punkt: Dental fotografie	31.01.2022
Schleimhautveränderungen	28.02.2022





WISSEN + GEWINNEN

Kleiner Wissenscheck gefällig? Dann machen Sie mit und beantworten Sie die folgenden Fragen bis zum 15.04.2021 auf www.wir-in-der-praxis.de. Damit sammeln Sie nicht nur einen WIR-Fortbildungspunkt – mit etwas Glück gewinnen Sie eine von drei 3-D-Nachttischlampen! Nur jeweils 1 Antwort ist korrekt.

Welche klinischen Hinweise deuten auf eine maligne Transformation einer Mundschleimhautveränderung?

- Pathologische Gefäßerweiterungen oder Gefäßzeichnungen
- Blutung bei Berührung oder leichter mechanischer Belastung
- Alle genannten Hinweise

Welche Risikofaktoren stehen eher nicht mit der Entstehung von Leukoplakien im Zusammenhang?

- Antikoagulationsmedikation
- Tabakkonsum
- Alkoholkonsum

Welches klinische Bild ist typisch für einen oralen Lichen planus?

- Morsicatio buccarum
- Wickham-Streifen
- Lingua plicata

Nach welchem Beobachtungsintervall sollte eine Veränderung der Mundschleimhaut bioptisch abgeklärt werden, insofern keine Ausheilung oder Regredienz vorliegt?

- 2 Tage
- 2 Wochen
- 2 Monate

Bei rezidivierenden Aphthosen sollte stets auch das Behçet-Syndrom als systemische Vaskulitis in Betracht gezogen werden. Welcher Anteil der Patienten mit diesem Syndrom weist aphthöse Ulzerationen der Mundschleimhaut auf?

- 50 %
- 75 %
- 95 %



Ihr Gewinn

Bei einer Teilnahme bis zum 15.04.2021 haben Sie die Chance auf eine von drei 3-D-Nachttischlampen. Teilnahmebedingungen sind online unter www.wir-in-der-praxis.de/teilnahmebedingungen abrufbar. Viel Spaß beim Fortbilden und viel Glück!

Online mitmachen und gewinnen!



Und so gehts:

- 1) Online unter www.wir-in-der-praxis.de registrieren oder anmelden.
- 2) Unter „Aktuelle Fortbildungen“ den Artikel auswählen oder mobil direkt über den QR-Code.
- 3) Die Fortbildung starten, richtige Antworten ankreuzen und abschieken.

Checken Sie Ihr Wissen und gewinnen Sie – und zwar gleich doppelt!

Denn mit jeder erfolgreichen Teilnahme können Sie nicht nur einen tollen Preis gewinnen, Sie sammeln auch noch WIR-Fortbildungspunkte! Und je mehr Fortbildungspunkte Sie sammeln, desto größer sind Ihre Gewinnchancen auf die Hauptpreise am Jahresende. Seien Sie gespannt!



Mehr Wissen ...



- Fortbildung und Know-How für den Praxisalltag
- Informationen und News rund um den Beruf
- Unterhaltung für zwischendurch
- Für das gesamte Praxisteam
- Gedruckt und digital



Jetzt kostenlos
testen!

www.wir-in-der-praxis.de/abo