



K.M. Vervoorn  
A. Vissink

# Speekselvloed, slijmvlieslaesies en algehele malaise

## Samenvatting

Trefwoorden:

- Mondziekten en kaakchirurgie
- Erythema multiforme
- Syndroom

Uit de afdeling voor Mondziekten, Kaakchirurgie en Bijzondere Tandheelkunde van het Academisch Ziekenhuis Groningen.

Adres:

Mw. K.M. Vervoorn  
AZ Groningen  
Postbus 30.001  
9700 RB Groningen

Bij de combinatie van speekselvloed en slijmvlieslaesies, die zich ontwikkelt tot algehele malaise, moet men bedacht zijn op een onderliggend lijden. In dit artikel wordt een casus besproken van een patiënt die zich met een dergelijk klachtenpatroon op de spoedopvang van het Academisch Ziekenhuis Groningen meldde. Het bleek te gaan om een vorm van erythema multiforme, het zogenaamde syndroom van Stevens-Johnson.

VERVOORN KM, VISSINK A. Speekselvloed, slijmvlieslaesies en algehele malaise. Ned Tijdschr Tandheelkd 2000; 107: 522-524.

## Gegeven

Een 20-jarige studente meldde zich op een vrijdagavond op de spoedopvang van het Academisch Ziekenhuis Groningen met progressieve algehele malaise. Sinds drie dagen ondervond zij hinder van blaren in de mond. De blaren waren aanvankelijk niet pijnlijk en lagen volgens patiënte in groepjes bijeen. Vervolgens namen de blaren in omvang toe en ontwikkelde zich een wit beslag op de orale mucosa. Het eten en drinken werd pijnlijk. Sinds één dag was er tevens sprake van een toegenomen speekselproductie en huiduitslag (rode plekken op armen en voorhoofd). Naar eigen zeggen had zij sinds twee dagen temperatuurverhoging. Het vorige weekend was zij op een sportkamp geweest. Voorafgaande aan het sportkamp had haar huisarts haar een kuur amoxicilline voorgeschreven wegens chronische hoestklachten. Ondanks het gebruik hiervan ontwikkelde zij tevens keelpijnklachten. Voorts gebruikte zij sinds twee weken diclofenac in verband met persisterende schouderpijn. Patiënte werd opgenomen op de afdeling Interne geneeskunde (lichaamstemperatuur bij opname was 39°C met koude rillingen). In de directe omgeving van patiënte waren geen personen ziek, noch was zij bekend met allergieën.

## Onderzoek en diagnose

Bij klinisch onderzoek was sprake van een duidelijk zieke, jonge vrouw (afb. 1a). De huid van het gelaat, de armen en de benen vertoonde meerdere nummulaire, erythemateuze gebieden met centraal enige gelige schilvers (afb. 2). Uit haar iets openhangende mond stroomde overvloedig speeksel (afb. 1b). Voor het opvangen van deze speekselvloed hield ze bijna continu een nierbekken onder haar kin. De lippen waren gezwollen en bedekt met een witgeel beslag. Onder dit beslag bevonden zich erosieve laesies. Ook bij intraorale inspectie, hetgeen erg pijnlijk was, werd een wit beslag op de orale mucosa waargenomen (afb. 1c). Bij nadere beschouwing betrof dit een combinatie van blaren en fibrineus beslag. De blaren en het beslag lieten gemakkelijk los, waarbij een erosief, niet duidelijk bloedend, oppervlak achterbleef. Slikken ging erg moeizaam hetgeen vermoedelijk een gevolg was van haar progressieve keelpijnklachten. Deze combinatie van pijn en slikklachten leidde tot overvloedig kwijlen (relatieve hypersialie). Tevens had de patiënt een conjunctivitis met duidelijke crustae ontwikkeld.

Het klinisch beeld was dat van erythema multiforme (synoniem: erythema exsudativum multiforme). Dit ziektebeeld kan onder andere een bacteriële of vira-

**Afb. 1.** Klinisch beeld van de patiënte op de dag van opname.

**a.** Er is sprake van een duidelijk zieke vrouw. Op de huid van het gelaat kunnen enige nummulaire erythemateuze gebieden worden waargenomen. Uit de mond stroomt speeksel.

**b.** Detail van het periorale gebied. Uit de lichtgeopende mond vloeit overvloedig speeksel. De lippen zijn gezwollen en bedekt met een witgeel beslag.

**c.** Aspect van de intraorale mucosa. De mucosa is plaatselijk bedekt met een witgeel beslag. Onder dit beslag heeft de orale mucosa een erosief aspect.



le genese hebben. Gestart werd met prednisolon, Decadron® oogdruppels, chlooramfenicol oogzalf en Vidsic® ooggel. Ondanks de ingestelde therapie namen de blaarvormige laesies in de mondholte en de huidlaesies aanvankelijk in omvang toe. De huidlaesies werden bij deze patiënt niet gekenmerkt door het zogenaamde schietschijfaspect (afb. 2). Virusserologie werd ingezet en door de dermatoloog werd een huidbiopt genomen.

De serologie (IgM) was positief voor *Mycoplasma pneumoniae*. Op de vervaardigde thoraxfoto werd een infiltraat van de linkerlong gezien. Het histopathologisch beeld werd gekarakteriseerd door blaarvorming doordat het epitheel losliet van de onderliggende dermis. In de blaarholte werden lymfocyten en neutrofiële granulocyten aangetroffen en in het epitheel eosinofiele degeneratie van keratocyten. In de dermis werd een spaarzaam infiltraat van lymfoïde cellen gezien, dat veelal perivasculair was gelokaliseerd. De afwijkingen zetten zich enigszins voort langs de huidaanhangselen. Dit beeld paste goed bij erythema multiforme.

De ingezette therapie werd derhalve gecontinueerd. Omdat het slikken zeer pijnlijk was en de patiënte daardoor onvoldoende voeding tot zich kon nemen, werd een maagsonde ingebracht. Voorts werd dagelijks professionele mondhygiëne uitgevoerd (sprayen met fysiologisch zout). Zodra de pijn in de mond dit toeliet werd gestart met mondspoelingen met 0,2% chloorhexidine.

Na drie weken kon de patiënte in goede conditie worden ontslagen. Het infiltraat in de linkerlong was sterk afgenomen. De medicatie bij ontslag was een prednisolon afbouwschema, nystatine en Decadron® oogdruppels.

Twee maanden na haar ontslag bezocht de patiënte onze polikliniek voor controle. Met betrekking tot de mond rapporteerde zij dat de wangmucosa ruw aanvoelde; dit kon met klinisch onderzoek echter niet worden aangetoond. Wel werden littekens van de huid gezien (afb. 3).

## Discussie

Erythema multiforme is een afwijking met een nog onbekende etiologie. Men veronderstelt dat het beeld is geassocieerd met een onderliggende immunstoornis (Van Everdingen, 1991; Eversole, 1992; Hoedemaker, 1995; Regezi en Sciubba, 1998; Stegenga *et al*, 2000). Een mogelijke samenhang wordt gesuggereerd met infecties (o.a. herpes simplex, histoplasmose, tuberculose), medicamentgebruik (o.a. salicylaten, sulfonamiden en barbituraten), zwangerschap en vasculitiden. Erythema multiforme wordt vooral bij jongvolwassenen gezien (Van der Waal *et al*, 1996; Regezi en Sciubba, 1998).

Erythema multiforme is een acuut optredende afwijking, die zowel cutaan als oraal kan optreden. Indien een oorzakelijk agens kan worden aangewezen, verloopt meestal circa één week tussen het gebruik hiervan en het optreden van de ziektemanifestaties. Bij



**Afb. 2. Detail van de nummulaire erythemateuze gebieden op de huid. Op de plaats waar het huidbiopt is genomen, bevindt zich nog een hechting. Het karakteristieke zogenaamde schietschijfaspect van laesies is niet aanwezig.**

de beschreven patiënt kunnen zowel de infectie met *Mycoplasma pneumoniae* als het gebruik van medicamenten (i.h.b. diclofenac) de uitlokkende factor zijn geweest. Op de huid wordt erythema multiforme gekenmerkt door 2-3 cm grote laesies met rode striae, zogenaamde 'schiet-schijflaesies' (Van Everdingen, 1991; Regezi en Sciubba, 1998; Stegenga *et al*, 2000). Een aparte vorm van erythema multiforme is het syndroom van Stevens-Johnson, waarbij de huid- en/of mondlasies gepaard gaan met oculaire laesies (zoals bij deze patiënt) en soms tevens een balanitis. De naam erythema multiforme geeft aan dat de afwijking multiple klinische uitingen kan hebben.

In de mond zijn vaak uitgebreide ulceraties aanwezig, waarbij de wangmucosa en gingiva voorkeursplaatsen zijn. Ook de periorale regio (lippen) is vaak bij de afwijking betrokken. Als de typische huidlaesies niet aanwezig zijn, is het vaak moeilijk de diagnose te stellen. Het beeld kan namelijk sterke gelijkenis vertonen met lichen planus, pemfigoïd en herpes simplex.

De symptomen kunnen variëren van gering discomfort tot zeer pijnlijke laesies. Bij milde symptomen bestaat de behandeling uit afwachten en zonodig lokale applicatie van corticosteroiden (orale laesies), terwijl bij het syndroom van Stevens-Johnson (meestal veel klachten en symptomen) de patiënt systemische corticosteroiden, eventueel ondersteund met antifungale middelen, krijgt toegediend. Als het sterke vermoeden bestaat dat de afwijking een virale genese heeft, kan toediening van aciclovir vaak recidief voorkomen (Eversole, 1992).



**Afb. 3. Aspect van de huid na genezing. Plaatselijk vertoont de huid littekenvorming op de plaatsen waar zich gebieden met nummulair eczeem hebben bevonden.**

Met betrekking tot de afwijkingen in en rond de mond is een goede ondersteuning van de mondhygiëne zeer belangrijk. Deze begeleiding dient te bestaan uit het dagelijks sprayen van de mondholte met fysiologisch zout totdat de patiënt een chloorhexidine mondspoeling kan verdragen. Als het eten erg moeilijk gaat, is het inbrengen van een nasale voedingssonde geïndiceerd. Zodra de laesies zijn verdwenen, kan de patiënt weer normaal eten en een normale mondverzorging onderhouden. Als restverschijnsel blijven, vooral in de huid, vaak oppervlakkige littekens en pigmentleesies achter (Hoedemaker, 1995).

## Literatuur

- EVERDINGEN JJ VAN. Dermatovenerologie voor de eerste lijn. Houten: Bohn Stafleu, 1991.
- EVERSOLE LR. Clinical outline of oral pathology. Philadelphia: Lea & Febiger, 1992.
- HOEDEMAKER PHJ. Pathologie. Utrecht: Bunge, 1995.
- REGEZI JA, SCIUBBA J. Oral pathology. Clinical-pathologic correlations. Philadelphia: Saunders, 1998.
- STEGENGA B, VISSINK A, BONT LGM DE. Mondziekten en kaakchirurgie. Assen: Van Gorcum, 2000.
- WAAL I VAN DER, KWAST WAM VAN DER, WAL JE VAN DER. Pathologie van de mondholte. Klinische, histopathologische en therapeutische aspecten van de meest voorkomende aandoeningen in de mond. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996.

## Summary

Key words:

- Oral pathology
- Erythema multiforme
- Syndrome

## Drooling, mucosal lesions and being indisposed

In case of a combination of hypersalivation and mucosal disease that rapidly progresses towards becoming indisposed, one has to consider an underlying general disease. In this paper a patient with these complaints, who visited the emergency department of the Groningen University Hospital, is described. The patient appeared to be suffering from a specific form of erythema multiforma, viz. the syndrome of Stevens-Johnson.