



Blaarvormende afwijkingen van het mondslijmvlies

F.K.L. Spijkervet¹
A. Vissink¹
G.M. Raghoobar¹
I. van der Waal²

De tandarts wordt in de algemene praktijk soms geconfronteerd met een blaarvormende (vesiculobulleuze) afwijking van het mondslijmvlies. Een bekend voorbeeld is een recidiverende herpes labialis, maar ook een aantal andere aandoeningen kan blaarvormende afwijkingen van het mondslijmvlies veroorzaken. Dergelijke afwijkingen maken vaak onderdeel uit van een dermatologische afwijking. In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de blaarvormende afwijkingen die in en rond de mond kunnen voorkomen. Naast het klinisch beeld worden therapeutische mogelijkheden aangegeven.

SPIJKERVET FKL, VISSINK A, RAGHOEBAR GM, WAAL I VAN DER. Blaarvormende afwijkingen van het mondslijmvlies. Ned Tijdschr Tandheelkd 2001; 108: 223-228.

Inleiding

Blaarvormende (vesiculobulleuze) afwijkingen worden gekenmerkt door de aanwezigheid van blaasjes gevuld met vocht. Twee typen blaasjes worden onderscheiden, namelijk vesiculae (blaasjes kleiner dan 1 cm) en bullae (blaasjes groter dan 1 cm). De vesiculobulleuze afwijkingen van het mondslijmvlies beperken zich tot een klein aantal virale en immuunstoornis-gerelateerde afwijkingen. Voor beide groepen afwijkingen is kenmerkend dat de vesiculae of bullae meestal zijn verdwenen als de patiënt op het spreekuur wordt gezien. De patiënt presenteert zich vrijwel altijd met een ulceratieve afwijking van het mondslijmvlies doordat de overgang van vesicula of bulla tot ulceratie reeds binnen enkele uren kan optreden. Derhalve is het anamnestic belangrijk zorgvuldig na te vragen of er blaasjes zijn geweest, vooral wanneer een patiënt zich presenteert met multiële ulceraties van het mondslijmvlies (Eversole, 1992; Lynch *et al*, 1994; Van der Waal, 1996; Regezi en Sciubba, 1999; Stegenga *et al*, 2000).

Vesiculeuze laesies

De vesiculeuze afwijkingen hebben vaak een virale oorzaak. De meest frequente veroorzakers zijn het herpes-simplex-virus (HSV), het varicella-zoster-virus (VZV) en het Coxsackie-virus. Afwijkingen gerelateerd aan het mazelenvirus (paramyxovirus) worden nog zelden gezien, omdat kinderen hiertegen nu worden ingeënt. Bij een primaire presentatie van een vesiculeuze afwijking is vaak algehele malaise en koorts (38-39 °C) aanwezig of aanwezig geweest (anamnese). Een overzicht van de vesiculeuze afwijkingen wordt gegeven in tabel 1.

Herpesvirusinfecties

Een primaire infectie met herpes-simplex-virus type I of II (HSV-1, HSV-2) veroorzaakt een gingivostomatitis. De infectie treedt vooral tijdens de kindertijd op, hoewel bij jonge volwassenen deze afwijking soms ook

wordt gezien. Meestal is sprake van een besmetting met HSV type I. Infecties met HSV type I uiten zich meestal in het orofaciale gebied, terwijl de infecties met HSV type II vooral in de genitale gebieden worden waargenomen. Wanneer iemand seronegatief is, treedt besmetting eerst op na innig fysiek contact. Het is dus een zogenaamde 'kissing-disease' (oraal-oraal of oraal-genitaal contact). Dit in tegenstelling tot virale infecties als waterpokken, griep en herpangina, die juist via een aërosol of druppelcontaminatie worden overgebracht. De primaire infectie verloopt vrijwel altijd subklinisch, zonder symptomen als koorts, malaise en blaasjes. Het virus trekt zich vervolgens gewoonlijk terug in het ganglion van de n.trigeminus (sensibele ganglion van Gasser) en soms in het ganglion van de n.facialis (motorisch ganglion). Serologisch blijft men dan echter wel positief, doordat HSV-antilichamen kunnen worden aangetoond. In Nederland blijkt 90% van de bevolking seropositief voor het HSV-I, waarbij naar schatting bij de helft van hen verschijnselen van reactivatie optreden, meestal in de vorm van een 'koortslip'(recidiverende herpes labialis).

De primaire infectie wordt meestal op kindertijd gezien en wordt gekenmerkt door een gingivostomatitis met vesiculae en ulceraties van mondslijmvlies en gingiva (afb. 1). Vaak is er sprake van groepen van laesies, die bestaan uit een hoofdlaesie met een aantal satellietlaesies. Deze kleinere laesies kunnen met elkaar confluëren tot grotere laesies. Dit is klinisch het kenmerkende ver-



Afb. 1. Gingivostomatitis herpetica van het wang-slijmvlies en gingiva.

Samenvatting

Trefwoorden:

- Mondziekten en kaakchirurgie
- Orale pathologie
- Slijmvliesafwijking

Uit 'de kliniek voor Mondziekten, Kaakchirurgie en Bijzondere Tandheelkunde van het Academisch Ziekenhuis Groningen en 'de afdeling Mondziekten en Kaakchirurgie/Orale Pathologie van het Vrije Universiteit Medisch Centrum/Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA).

Datum van acceptatie: 27 februari 2001.

Adres:
Dr. F.K.L. Spijkervet
AZ Groningen
Postbus 30.001
9700 RB Groningen

schil met afters, waarbij een dergelijk confluere niet optreedt. Bij een primaire infectie kunnen ook algehele malaiseklachten aanwezig zijn, waarbij de patiënt hangerig is, zich ziek voelt, koorts heeft (38-39°C) en vaak niet wil eten. De laesies zijn meestal zeven tot tien dagen aanwezig en genezen restloos.

De secundaire infectie is vaak recidiverend van aard en wordt veroorzaakt door reactivering van het virus. Daardoor treden verschijnselen op in het verloop van de derde tak van de n.trigeminus of in het verloop van één van de takken van de n.facialis. De reactivatie van het herpesvirus is vermoedelijk het gevolg van lokale immunologische verstoringen door factoren als intensief zonlicht, menstruele cyclus of een onderliggend lijden. Bij jongvolwassenen wordt soms een recidiverende herpes stomatitis waargenomen door een reactivatie van het HSV-1. In tegenstelling tot de primaire gingivostomatitis

herpetica, waarbij alle orale slijmvliesoppervlakken kunnen zijn betrokken, beperkt de recidiverende herpes stomatitis zich meestal tot de mucosa van het palatum durum. De laesies zijn gering pijnlijk en verdwijnen gewoonlijk spontaan in vijf tot zeven dagen. Gewoonlijk is er geen koorts.

Een recidiverende secundaire infectie wordt bij volwassenen vooral gezien aan de lippen, de herpes labialis. De blaasjes uit zich in groepen op het lippenrood en de omgevende huid (afb. 2). Een aantal uren voordat de blaasjes manifest worden, neemt de patiënt vaak een pijnlijk gevoel in dit gebied waar (prodromaal stadium). De latere blaasjes zijn vaak zeer pijnlijk. De lippen kunnen gezwollen zijn. Het mondslijmvlies is niet aangedaan; meestal is er geen koorts. De laesies verdwijnen meestal na 7-10 dagen. Littekenvorming treedt niet op. Een minder frequent voorkomende vorm van reactive

Tabel 1. Vesiculeuze afwijkingen (gemodificeerd naar Regezi en Sciubba, 1999; Eversole, 1992 en Van der Waal, 1996).

Afwijking	Klinisch beeld (mond)	Oorzaak	Therapie	Prognose
Gingivostomatitis herpetica	Multipelle, pijnlijke ulceraties voorafgegaan door vesiculae. Overeenkomstige periorale en huidlaesies kunnen voorkomen.	HSV-1 (soms type II)	Ondersteunend; antivirale middelen in geval van immuungecompromitteerde patiënten.	Spontane genezing in 7 tot 14 dagen. Reactivatie van latent virus kan leiden tot secundaire infecties.
Recidiverende herpes stomatitis	Multipelle, pijnlijke ulceraties voorafgegaan door vesiculae op vooral de palatinale mucosa.	HSV-1 (reactivatie)	Ondersteunend; antivirale middelen in geval van immuungecompromitteerde patiënten.	Spontane genezing in ongeveer 1 week.
Recidiverende herpes labialis	Clusters van pijnlijke vesiculae op het lippenrood en de omgevende huid.	HSV-1 (reactivatie)	Ondersteunend; antivirale middelen in geval van immuungecompromitteerde patiënten.	Spontane genezing in 1 tot 2 weken.
Primaire varicella-zoster-infectie (waterpokken)	Naast de huidafwijkingen kunnen in de mond vaak snel openbarstende vesiculae worden waargenomen die resulteren in een met een fibrineus beslag bedekte ulcera.	VZV	Ondersteunend.	Spontane genezing in enkele weken.
Secundaire varicella-zoster-infectie (gordelroos)	Multipelle, pijnlijke ulceraties voorafgegaan door vesiculae. De vesiculae en ulceraties uit zich in het verloop van een sensibele zenuw (enkelzijdig).	VZV (reactivatie)	Ondersteunend. Pijnbestrijding, vaak in combinatie met corticosteroiden, om postherpetische neuralgie te voorkomen. Anti-virale middelen bij immuungecompromitteerde patiënten.	Spontane genezing, maar een langdurige periode met pijn is niet ongewoon.
Herpangina	Multipelle, pijnlijke ulceraties voorafgegaan door vesiculae in het achterste deel van de mondholte en de farynx.	Coxsackie-virus	Ondersteunend.	Spontane genezing binnen 1 week.
Hand-foot-and-mouth disease	Pijnlijke ulceraties voorafgegaan door vesiculae op handen, voeten en mondslijmvlies.	Coxsackie-virus	Ondersteunend.	Spontane genezing in ongeveer 2 weken.
Contactstomatitis	Directe of humoraal gemedieerde inductie van vesiculae op in de mond gebracht allergeen. De vesiculae hebben geen neiging tot vorming van clusters. De orale mucosa is vaak erythematous.	Contactallergeen (bijv. mondspoeling, prothese, antibiotica, voedsel)	Vermijden van het allergeen, zonodig toediening van antihistaminica.	Snelle, spontane genezing na verwijdering c.q. vermijding van de allergeen stof in 3 tot 5 dagen.
Impetigo	Vesiculeuze reactie van het lippenrood en de huid. De orale mucosa is niet aangedaan.	Stafylokokken, streptokokken	Lokale applicatie van bacitracine, neomycine en polymyxine of systemische toediening van penicilline in geval van koorts of lymfeklierzwellingen.	Spontane genezing in 1 tot 2 weken.



ring van het herpesvirus is de enkelzijdige parese van de n.facialis, de zogenaamde 'Bell's palsy'. Een degelijke uitval verdwijnt pas na enkele weken zonder blijvende verschijnselen (Vissink *et al*, 1998).

Behandeling van een primaire herpesinfectie bestaat uit begeleiding en mondhygiëeadvies. Medicamenteuze therapie beperkt zich tot symptoombestrijding. Soms zijn dieetadviezen noodzakelijk (zacht voedsel, voldoende vochtintake), evenals pijnstilling (antipyretische analgetica, lidocaïne viskeus). Systemische therapie wordt alleen overwogen bij patiënten met een sterk verminderde afweer, bij wie de herpesinfectie secundair optreedt. Dit kan het geval zijn bij patiënten met HIV-infectie of tijdens de behandeling voor leukemie.

Het toepassen van aciclovir-crème bij herpes labialis heeft slechts een geringe waarde. Alleen wanneer in de prodromale fase het lipgebied met de crème wordt ingesmeerd, wordt een minder uitgebreid en korter beloop gerapporteerd. Wordt de applicatie later gestart, dan heeft dit geen toegevoegd effect.

Varicella-zoster-virus

Evenals het HSV behoort het varicella-zoster-virus (VZV) tot de herpesvirussen en kan afwijkingen van het mond-slijmvlies en de huid veroorzaken. Meestal zijn de afwijkingen aan de huid het meest manifest. Ook in het geval van het VZV kan sprake zijn van een primaire of een secundaire infectie. In tegenstelling tot de infecties met HSV, waar de transmissie optreedt door direct fysiek contact, verloopt de transmissie van VZV hoofdzakelijk via inademing (aërosol) of direct contact met gecontamineerde druppels.

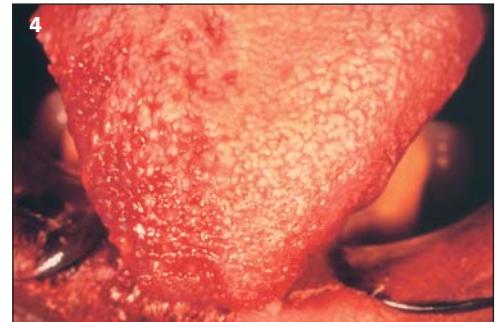
De primaire infectie wordt varicella (waterpokken) genoemd en treedt meestal op de kinderleeftijd op. De afwijking wordt gewoonlijk alleen door de huisarts gezien doordat de laesies zich vooral aan de huid manifesteren. De primaire infectie gaat gepaard met koorts, algehele malaise en uitslag over de romp en soms het gelaat. De uitslag ontwikkelt zich tot vesiculae die snel kapotgaan en dan pustels vormen. De klinische verschijnselen duren zeven tot tien dagen. Ook in de mond kunnen verschijnselen voorkomen in de vorm van blaasjes, die snel overgaan in vrij vlakke ulceraties bedekt met een fibrineus beslag. De laesies zijn vaak kleiner dan bij een HSV-I-infectie en slechts zo groot als een speldenknop (afb. 3).

De secundaire infectie wordt herpes zoster (gordelroos) genoemd. Het betreft een reactivatie van latent aanwezig VZV en treedt vooral op latere leeftijd op. Boven de

Afb. 2. Reactivatie van HSV-I: herpes labialis.

Afb. 3. Primaire varicella-zoster-infectie (waterpokken) van het mond-slijmvlies.

Afb. 4. Herpes-zoster-infectie (reactivatie VZV) in de derde tak van de n.trigeminus.



zestig jaar is vrijwel iedereen seropositief voor VZV-antilichamen. In tegenstelling tot HSV is reactivatie van VZV ongebruikelijk. Vaak is er in geval van reactivatie sprake van een immuunstoornis.

Reactivatie van VZV uit zich unilateraal in het verzorgingsgebied van een sensibele zenuw (afb. 4). In het hoofd-halsgebied kunnen alle drie de takken van de n.trigeminus meedoen. Bekende lokalisaties van een secundaire VZV-infecties zijn het frontale gebied inclusief de cornea, het middengezicht, de onderlip en de mondholte (tong). Het optreden van een secundaire infectie wordt vaak voorafgegaan door een prodromale fase. Hierbij kan pijn optreden in het verzorgingsgebied van de sensibele zenuw zonder dat de specifieke klinische verschijnselen (blaasjes) aanwezig zijn. Een dergelijke fase kan enkele uren tot soms wel dagen duren.

Een complicatie van herpes zoster is het optreden van postherpetische pijn. Dit betreft een neuralgie van de sensibele zenuw (hyperpathie) in het huidgebied waar zich voordien de herpes zoster heeft voorgedaan. De neuralgie berust op uitval van de dikke zenuwvezels en atypische prikkelverwerking via de dunne zenuwvezels.

Een primaire infectie met VZV behoeft gewoonlijk geen therapie wat de laesies van het mond-slijmvlies betreft. Eventueel kan lidocaïne viskeus worden voorgeschreven. Voor de huidafwijkingen kan mentholpoeder worden voorgeschreven om het openkrabben van de pustels zoveel mogelijk te voorkomen.

De behandeling van herpes zoster is vooral symptomatisch en bestaat uit pijnbestrijding, dieetadviezen en een goede mondhygiëne. In geval van een immunogecompromitteerde patiënt is antivirale therapie geïndiceerd. Ter voorkoming van postherpetische pijn wordt behandeling met corticosteroiden geadviseerd, zonodig aangevuld met carbamazepine (Tegretol®) in oplopende dosering.

Coxsackie-virus

Herpangina is een acute infectie die vooral bij kinderen voorkomt. Het wordt veroorzaakt door het Coxsackie-virus, uit de familie van de picornavirussen (RNA-virus). Verspreiding vindt plaats zowel fecaal-oraal als oraal-oraal via direct contact met gecontamineerd speeksel.



Afb. 5. Hand-foot-and-mouth disease.

De infectie treedt vooral op onder matige hygiënische situaties, met een voorkeur voor de zomer en de vroege herfst. Van daar het vaak endemische karakter van dit ziektebeeld: kleine populaties met slechte hygiënische omstandigheden.

Er is sprake van algehele malaise waarbij de zeer pijnlijke keel (angina) sterk op de voorgrond treedt. Inspectie van de mond-keelholte laat een diffuse erythematieuze faryngitis met vesiculae/ulceraties op het palatum molle en de farynxbogen zien. Spontane genezing treedt op binnen zeven tot tien dagen. Hierbij treedt vaak al na drie tot vijf dagen een sterke verbetering van het klachtenpatroon op, waardoor patiënten vaak niet worden gezien door de huisarts of de tandarts.

Behoudens eventuele dieetaanpassingen (zacht voedsel), het onderhouden van een goede mondhygiëne en eventueel pijnstilling is verdere therapie niet noodzakelijk.

Evenals herpangina wordt het 'hand-foot-and-mouth disease' veroorzaakt door een Coxsackie-virus. De afwijking, die bij kinderen en jongvolwassenen kan optreden, wordt gekenmerkt door pijnlijke ulceraties van de handen, de voeten en de orale mucosa (afb. 5). Deze ulceraties worden voorafgegaan door vesiculae. De besmetting vindt aërogeen of via fecaal-oraal contact plaats. De afwijking verloopt gewoonlijk mild. Spontane genezing treedt in één tot twee weken op. Vaak is sprake van geringe koorts, algehele malaise, lymfadenopathie en pijnlijke slijmvliesen. Behandeling is vrijwel niet noodzakelijk. Soms zijn dieetaanpassingen en lokale applicatie met lidocaïne viskeus geïndiceerd om enige verlichting te geven van de mondsymptomen.

Contactstomatitis

Contactstomatitis omvat een directe of hormonaal gemedeerde immunoreactie op een allergeen dat in contact komt of is geweest met het mondslijmvlies. Hierdoor ontstaan vesiculae die geen neiging tot clustering of versmelting hebben. Bekende allergenen zijn mondspoelingen, tandpasta, protheseskunststhar, lokaal geapliceerde antibiotica en voedselbestanddelen. Contactstomatitis kan op elke leeftijd optreden. De afwijking verdwijnt gewoonlijk restloos in drie tot vijf dagen mits elk contact met het inducerende allergeen wordt vermeden.

Impetigo vulgaris

Impetigo betreft een vesiculeuze eruptie van het lippenrood en de huid van de lippen die bij kinderen kan optreden. De blaasjes zijn gevuld met purulent vocht, dit in tegenstelling tot de virale aandoeningen die blaasjes met helder vocht geven. De afwijking betreft een pyodermie veroorzaakt door hemolytische streptokokken of stafylokokken. Het mondslijmvlies is niet aangedaan. De laesies

zijn pijnlijk en de afwijking gaat met hevige jeuk gepaard waardoor de vesiculae snel kapot worden gekrabd en een ulceratie resteert. De afwijking is besmettelijk via direct contact met de laesies. Gewoonlijk geneest de afwijking binnen twee weken. Lokale applicatie van bacitracine-neomycine-zalf of tetracyclinezalf kan zinvol zijn. In geval van lymfadenopathie wordt systemische toediening van penicilline geadviseerd.

Bulleuze afwijkingen

De bulleuze afwijkingen worden evenals de vesiculeuze gekenmerkt door de aanwezigheid van blaasjes gevuld met vocht; de diameter van de blaasjes is echter groter dan 1 cm. Bovendien blijken de bulleuze afwijkingen meestal geen virale etiologie te hebben, maar gaat het vooral om dermatologische afwijkingen waarbij tevens afwijkingen van het mondslijmvlies kunnen voorkomen. Vaak is er sprake van een immuunstoornis of een auto-immuunaandoening. Tijdens consultatie zijn de bullae meestal verdwenen en resterende ulceraties. Deze overgang van bullae tot ulceratie treedt vaak binnen een aantal uren op. Evenals is opgemerkt bij de vesiculeuze afwijkingen is het belangrijk anamnestic grondig uit te vragen of er blaasjes zijn geweest. Een overzicht van de bulleuze afwijkingen wordt gegeven in tabel 2.

Pemphigus vulgaris

Pemphigus vulgaris is een afwijking waarbij intra-epitheliale blaarvorming optreedt door het verbreken van de intercellulaire samenhang in de epitheelcellen. De afwijking komt zowel aan de huid als in de mond voor. Bij 60% van de patiënten ontstaan orale laesies eerder dan de huidlaesies. Het betreft een auto-immunafwijking, waarbij auto-antilichamen van het type IgG kunnen worden aangetoond. Er is geen geslachtsvoorkeur. Pemphigus vulgaris ontstaat meestal na het vijfde decennium en wordt relatief frequent met andere auto-immunafwijkingen gezien, zoals lupus erythematoses, reumatoïde artritis en het syndroom van Sjögren.

Het klinische beeld wordt gekenmerkt door bullae van het mondslijmvlies die snel kapotgaan en vervolgens een ulceratief beeld geven (afb. 6). Daarnaast treedt het zogenaamde verschijnsel van Nikolsky op: wanneer

Afb. 6. Pemphigus vulgaris van het wangslimvlies



Tabel 2. Bulleuze laesies (gemodificeerd naar Regezi en Sciubba, 1999; Eversole, 1992 en Van der Waal, 1996).

Afwijking	Klinisch beeld (mond)	Oorzaak	Therapie	Prognose
Pemphigus vulgaris	De orale bullae ontwikkelen zich als blaren of als een gelatineuze plaque. De bullae knappen na enkele dagen waardoor grote pijnlijke ulcera ontstaan. De orale laesies kunnen aan de huidlaesies voorafgaan.	Autoantilichamen tegen eiwitten die betrokken zijn bij de celadhesie	Langdurige systemische toediening van hoge doses steroïden en in sommige gevallen van immunosuppressiva.	Mortaliteit 5-10%. De prognose is beter naarmate de afwijking in een vroeger stadium wordt behandeld.
Bulleus pemfigoïd	Huidziekte die soms gepaard gaat met bullae en ulceraties in de mondholte.	Autoantilichamen tegen eiwitten in de basaalmembraan	Systemische toediening van steroïden; soms immunosuppressiva.	Chronisch verloop. Gewoonlijk niet letaal.
Slijmvlies pemfigoïd	De bullae hebben een predilectie voor de slijmvliesen van vooral mondholte en cornea.	Auto-antilichamen tegen eiwitten in de basaalmembraan.	Lokale of systemische toediening van steroïden totdat de laesies zijn verdwenen.	Chronisch verloop. Gewoonlijk niet letaal.
Bulleuze lichen planus	Bullae op voornamelijk de wangmucosa. Tegelijkertijd kunnen de andere kenmerken van lichen planus aanwezig zijn.	Onbekend	Lokale applicatie van steroïden.	Chronisch verloop.
Erythema exsudativum multiforme (EEM)	Huidafwijking die vaak samengaat met of wordt voorafgegaan door afwijkingen van het mondslijmvlies (bullae, ulcera, korstvorming op lippen en orale mucosa).	Onbekend. Mogelijk relatie met medicatiegebruik of infecties (o.a herpes labialis).	Symptomatisch. In ernstige gevallen lokale of systemische toediening van steroïden.	Gewoonlijk genezing in twee tot vijf weken.
Epidermolysis bullosa	Multipole ulcera voorafgegaan door bullae. Positief Nikolsky-fenomeen. De orale afwijkingen zijn meestal milder dan de huidafwijkingen.	Erfelijk.	Steroïden, antibiotica en het voorkomen van beschadiging van huid- en slijmvliesen.	Afwijking kan letaal zijn. Eenvoudige (tandheelkundige) ingrepen kunnen bullae induceren.

voorzichtig over een ogenschijnlijk gezonde mucosa/huid wordt gestreken, laat de mucosa/huid los en ontstaat een licht bloedend oppervlak. Een biopsie is altijd noodzakelijk.

Pemphigus vulgaris was in het verleden een fatale afwijking met een mortaliteit van 100%. Sinds het met corticosteroiden kan worden behandeld, is de mortaliteit gedaald tot 5-10%. Deze mortaliteit is niet alleen een gevolg van de afwijking zelf, maar wordt ook voor een deel veroorzaakt door het noodzakelijke langdurig gebruik van corticosteroiden. Naast corticosteroiden wordt in voorkomende gevallen gebruikgemaakt van immunosuppressiva zoals methotrexaat en cyclofosfamide.

Slijmvlies pemfigoïd

In de literatuur wordt door sommigen onderscheid gemaakt tussen zogenaamd bulleus pemfigoïd en cicatricieel pemfigoïd, ook wel benigne slijmvlies pemfigoïd genoemd. Om praktische redenen wordt hier alleen over benigne slijmvlies pemfigoïd gesproken. De toevoeging 'benigne' geeft direct het belangrijke onderscheid met pemphigus vulgaris aan, namelijk de geringe morbiditeit. Hoewel de afwijking evenals pemphigus vulgaris tot de auto-immuunafwijkingen wordt gerekend, is tot op heden nog geen circulerend auto-antilichaam aangetoond. De afwijking komt vooral boven 50 jaar voor. Er bestaat een voorkeur voor het vrouwelijk geslacht.

Bullae worden vooral op de slijmvliesen van de mondholte en de cornea gezien. De slijmvliesen van de farynx, de vagina en de anale regio zijn minder frequent aangedaan. De bullae ontwikkelen zich langzaam en zijn verschillend van grootte. Vooral de aangehechte gingiva is vaak bij deze aandoening betrokken, maar ook de slijmvliesen van palatum, wangen, tong en mondbodem kunnen zijn aangedaan. Op de aangehechte gingiva betreft het vaak een lokale aandoening, op de overige lokaliteiten is vaak sprake van grote gebieden met bullae. De bullae gaan gemakkelijk kapot waarna ulceraties resteren. Vooral op de cornea genezen de bullae regelmatig met littekenvorming.

Histologisch kenmerkt het bulleus pemfigoïd zich door een subepitheliale blaarvorming. Langs de basaalmembraan kunnen afzettingen van IgG worden waargenomen.

Voor de behandeling kan vaak worden volstaan met lokale applicatie van corticosteroiden. In de uitgebreidere gevallen is systemische toediening noodzakelijk.

Bulleuze lichen planus

Lichen planus is een ontstekingsachtige afwijking van de huid en/of slijmvliesen. De afwijking wordt onder andere gekarakteriseerd door het optreden van huidpavels en/of witte, streepvormige, reticulair verhevenheden op de slijmvliesen. Relatief zelden ontstaan bulleuze of erosieve veranderingen van het mondslijmvlies op



(afb. 7). Deze vorm van lichen planus wordt vooral bij vrouwen gezien. De behandeling bestaat uit lokale toediening van corticosteroiden in geval van klachten over pijn of branderigheid. Recidivering van de klachten treedt relatief frequent op.

Erythema exsudativum multiforme

In tegenstelling tot de overige bulleuze afwijkingen is het erythema exsudativum multiforme (EEM) een huidaf-

wijking die juist op jongere leeftijd voorkomt. Er bestaat een voorkeur voor het mannelijk geslacht. De oorzaak van de afwijking is onbekend. Een relatie met het gebruik van medicijnen (o.a. sulfonamiden, penicillinen, anti-epileptica) of het recent doorgemaakt hebben van een herpesinfectie wordt beschreven. Een ernstige vorm van EEM is het syndroom van Stevens-Johnson (Vervoorn en Vissink, 2000). Naast de bulleuze laesies in de mondholte komen deze ook voor op de conjunctiva en op de genitaliën (glans penis, vulva). Ook de 'schietschijflaesies' van de aangezichtshuid zijn aanwezig.

Het klinische beeld wordt gekarakteriseerd door een groot aantal huidafwijkingen, waarbij ook de slijmvliesen van de mondholte zijn aangedaan. Naast bullae, maculae en erosies worden op de huid zogenaamde 'schietschijflaesies' waargenomen. Dit zijn circulaire erythemateuze vlekjes op de huid die worden omringd door een halo. Van de orale weefsels zijn vooral de lippen vaak aangedaan (afb. 8). De hierop ontstane bullae barsten snel en resulteren in korstvorming en erosieve laesies. Soms is alleen de mond aangedaan en ontbreken de huidverschijnselen. Histologisch is sprake van intra-epitheliale blaarvorming.

Spontane genezing treedt gewoonlijk binnen twee tot vijf weken op. In ernstige gevallen maakt men wel

gebruik van lokale of systemische toediening van corticosteroiden.

Epidermolysis bullosa

Epidermolysis bullosa is een erfelijke aandoening die vooral bij kinderen en jonge volwassenen voorkomt (Meijndert en de Jong, 1999). Er bestaan verschillende genetische variëteiten, maar een gezamenlijk kenmerk is het ontstaan van bullae na een gering trauma van de huid of slijmvliesen. Dit fenomeen bemoeilijkt onder andere de tandheelkundige behandeling van deze patiënten. De levensverwachting van deze patiënten is sterk afhankelijk van het subtype waaraan zij lijden. De behandeling bestaat uit het vermijden van trauma en in voorkomende gevallen toediening van onder andere steroïden en antibiotica (voorkomen van sepsis).

Epiloog

Op basis van anamnese en klinisch beeld zijn de vesiculobulleuze (blaarvormende) afwijkingen meestal duidelijk te onderscheiden van de ulceratieve aandoeningen van het mondslijmvlies, en geven meestal geen diagnostische problemen. De behandeling is vaak symptomatisch wanneer het een vesiculeuze afwijking betreft, terwijl de bulleuze afwijkingen meestal een (multidisciplinaire) specialistische behandeling vergt door kaakchirurg, dermatoloog en internist.

Literatuur

- EVERSOLE LR. Clinical outline of oral pathology: Diagnosis and treatment. Malvern: Lea & Febiger, 1992.
- LYNCH MA, BRIGHTMAN VJ, GREENBERG MS. Oral medicine. Philadelphia: JB Lippincott Company, 1994.
- MEIJNDERT L, JONG MF DE. Epidermolysis bullosa. Ned Tijdschr Tandheelkd 1999; 106: 302-305.
- REGEZI JA, SCIUBBA J. Oral pathology. Clinical and pathologic correlations. Philadelphia: WB Saunders Company, 1999.
- STEGENGA B, VISSINK A, BONT LGM DE. Mondziekten en kaakchirurgie. Assen: van Gorcum, 2000.
- VERVOORN KM, VISSINK A. Speekselvloed, slijmvlieslaesies en algehele malaise. Ned Tijdschr Tandheelkd 2000; 107: 522-524.
- VISSINK A, SPIJKERVET FKL, WEISSENBRUCH R VAN. Een scheef gezicht. Ned Tijdschr Tandheelkd 1998; 105: 216-217.
- WAAL I VAN DER. Mondafwijkingen. Een atlas voor de dagelijkse praktijk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996.

Summary

Key words:

- Oral pathology
- Oral medicine
- Oral mucosa lesions

Vesiculobullous lesions of the oral mucosa

In general practice, the dentist can be confronted with a vesiculobullous lesion of the oral mucosa. In many cases the lesion can be classified as recurrent herpes labialis, but many other causes can induce a vesiculobullous lesion of the oral mucosa and perioral skin as well. This article gives an overview of the various vesiculous and bullous lesions of the oral mucous membranes. Special attention is given to the possible causes and their treatment.