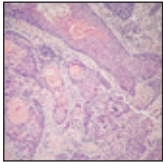


## Gingivales Plattenepithelkarzinom, das einer Parodontalerkrankung ähnelt



Ana Paula S. Molina, DDS\*/Fabiano R. Cirano, DDS, PhD\*\*  
José Magrin, MD, PhD\*\*\* /Fabio A. Alves, DDS, PhD\*\*\*\*

*Das gingivale Plattenepithelkarzinom (GSCC) ist relativ selten. Es macht weniger als 10 % der Plattenepithelkarzinome im Mund-Rachen-Bereich aus. Aufgrund der Nähe zu den Zähnen und zum Parodont kann der Tumor gutartigen entzündlichen Erkrankungen ähneln, die mit den Zähnen zusammenhängen. In diesem Artikel wird ein Fall eines GSCC mit klinischen Merkmalen vorgestellt, die sehr ähnlich aussahen wie eine Parodontalerkrankung. Die Patientin war eine 86-jährige Nichtraucherin. Als Kliniker sollte man wissen, dass diese Pathologie für die Früherkennung des gingivalen Karzinoms eine wichtige Rolle spielt. (Int J Par Rest Zahnheilkd 2011;31:97-100.)*

- \* Graduate Student, Stomatology Department, Universität São Paulo, São Paulo, Brasilien; früher, Stomatology Department, A.C. Camargo Hospital, São Paulo, Brasilien.
- \*\* Professor, Periodontology Department, Paulista Universität, UNIP, São Paulo, Brasilien.
- \*\*\* Clinician, Head and Neck Surgery and Otorhinolaryngology Department, A.C. Camargo Hospital, São Paulo, Brasilien.
- \*\*\*\* Professor, Stomatology Department, Universität São Paulo, São Paulo, Brasilien; Head, Stomatology Department, A.C. Camargo Hospital, São Paulo, Brasilien.

Korrespondenz an: Dr. Fabio Abreu Alves, Stomatology Department, A.C. Camargo Hospital, R: Prof Antônio Prudente, 211, CEP 01509-900, São Paulo, Brasilien; Fax +55-112189-5088; E-Mail: falves@hcancer.org.br

Das Plattenepithelkarzinom der Gingiva (GSCC) ist ein eher seltener oraler Tumor, der mit höherer Wahrscheinlichkeit bei Frauen auftritt<sup>1-4</sup>. Die Hauptrisikofaktoren für ein orales SCC sind Tabak- und Alkoholkonsum<sup>1, 5</sup>. Beim GSCC gibt es allerdings kaum einen Zusammenhang zu diesen Gewohnheiten und die Ätiologie bisher nicht ganz klar<sup>1, 5</sup>. Klinisch erscheint das GSCC meist als exophytische Masse mit einer granulösen, papillären oder verrukösen Oberflächenstruktur oder es präsentiert sich als ulzeröse Läsion<sup>6</sup>. Schmerzendes Zahnfleisch ist das häufigste Symptom, aber in den Frühphasen kann die Krankheit noch asymptomatisch sein<sup>3,4</sup>. Aufgrund der unterschiedlichen Erscheinungsbilder und der Ähnlichkeit mit parodontalen Läsionen kann das GSCC falsch diagnostiziert werden<sup>7,8</sup>. Deshalb wird hier ein Fall eines gingivalen Plattenepithelkarzinoms vorgestellt, das einer Parodontalerkrankung ähnelte.



**Abb. 1** Klinische frontale (links) und okklusale (rechts) Ansicht, die eine proliferative und infiltrative Läsion mit einer ungleichmäßigen Oberflächenstruktur zeigt. Hier waren die labiale und palatinale marginale Gingiva des oberen rechten ersten Prämolars bis zum zentralen Schneidezahn betroffen.

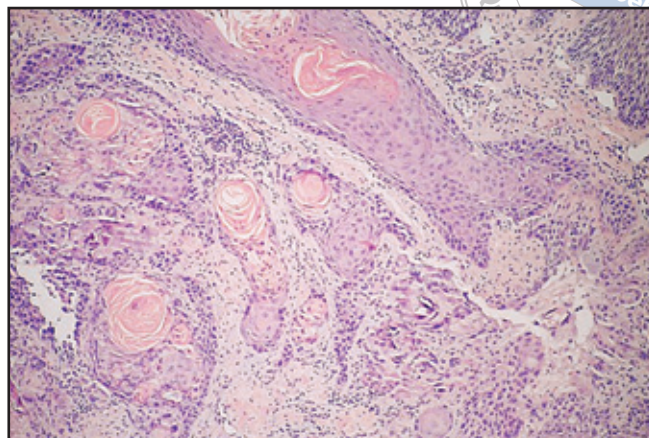
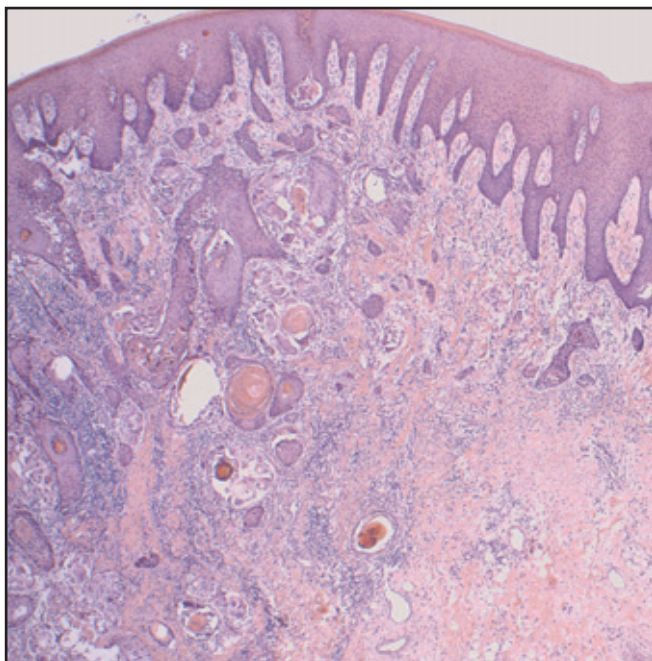
### Fallbericht

Eine 86-jährige Frau wurde zur Untersuchung einer Zahnfleischläsion im Oberkiefer an die Abteilung für Stomatologie des A.C. Camargo Hospital, São Paulo, Brasilien überwiesen. Während der Anamnese gab die Patientin an, dass sie nicht rauchte und auch keinen Alkohol trank. Die zahnmedizinische Anamnese ergab, dass sie eine viermonatige Parodontalbehandlung wegen einer vermuteten gingivalen Hyperplasie im Zusammenhang mit der Einnahme von Nifedipin erhalten hatte (das Medikament nahm die Patientin zur Behandlung ihrer Hypertonie ein). Die Krankheit war jedoch fortgeschritten, weshalb eine Biopsie vorgenommen worden war. Aus

der histopathologischen Analyse ergab sich eine infiltrative SCC.

Anlässlich der klinischen Untersuchung wurde eine hyperplastische und erythematöse Läsion festgestellt, die eine ulzerative und verruköse Oberflächenstruktur zeigte. Der Tumor betraf die bukkale und palatinale marginale Gingiva der oberen rechten Frontzähne (erster Prämolare bis zentraler Schneidezahn; Abb. 1). Die periapikale Röntgenaufnahme zeigte keine signifikante parodontale oder periapikale Knochenveränderung. Die Mundhygiene der Patientin war gut und die betroffenen Zähne waren nicht mobil.

Die Behandlung bestand aus einer Maxillektomie in Form einer Block-Resektion. Der chirurgische Defekt wurde mit einem



**Abb. 2** Histopathologische Analyse. (links) Im Bindegewebe fielen Inseln aus invasiven neoplastischen Epithelzellen auf (Hämatoxylin-Eosin, Vergrößerung x 50). (oben) Bei stärkerer Vergrößerung waren im Bindegewebe Keratinperlen zu erkennen (Hämatoxylin-Eosin, Vergrößerung x 100).

Hautlappen aus dem Unterarm rekonstruiert. Bei der mikroskopischen Untersuchung des Biopsats zeigte sich eine invasive, gut differenzierte SCC (Abb. 2). Die chirurgischen Ränder waren frei von Neoplasien.

### Diskussion

Die meisten intraoralen SCC haben ihren Ursprung in der nicht keratinisierten Mukosa der Zunge und des Mundbodens. Ihre Hauptrisikofaktoren sind Zigarettenrauchen und Alkoholkonsum. Im Gegensatz dazu gibt es beim GSCC kaum einen Zusammenhang zu diesen Gewohnheiten<sup>1-5</sup>. Das GSCC tritt hauptsächlich bei älteren Frauen auf. Die meisten gingivalen

Tumore sind gut differenziert und haben ihren Ursprung in der keratinisierten Gingiva im unteren Seitenzahnbereich. Dort kann der Tumor den darunterliegenden Knochen zerstören und eine Zahnmobilität verursachen<sup>9</sup>. Im Einklang mit den epidemiologischen Daten betraf der Tumor in diesem Bericht eine ältere Frau, die weder rauchte noch Alkohol trank. Allerdings befand sich der Tumor im Oberkieferfrontbereich und es wurde keine Zahnmobilität beobachtet.

Klinisch kann ein GSCC wegen seines unterschiedlichen Erscheinungsbilds fehldiagnostiziert werden<sup>6, 10</sup>. Es tritt üblicherweise als exophytische Masse mit einer granulösen, papillären oder verrukösen Oberflächenstruktur auf oder es präsentiert sich als ulze-

röse Läsion<sup>6</sup>. In den Frühphasen kann die Krankheit sich allerdings auch als erythematöse Läsion mit glatter Oberfläche zeigen<sup>6</sup>. Schmerzendes Zahnfleisch ist das häufigste Symptom, aber in den Frühphasen kann der Tumor noch asymptomatisch sein<sup>3,4</sup>.

Außerdem kann die klinische Ähnlichkeit von gingivalen Tumoren und Parodontalerkrankungen die frühzeitige Diagnose dieser Tumore erschweren. Ein wichtiges Merkmal kann die Bösartigkeit des Tumors nahelegen: Eine Parodontitis tritt normalerweise generalisiert auf, während ein GSCC lokalisiert ist. In diesem Fall lag bei der Patientin eine schmerzfreie hyperplastische und erythematöse Gingiva mit weißen ulzerösen Bereichen vor, die auch einer entzündlichen Läsion des Parodonts ähneln können. Für die Diagnose war die Biopsie nach der Parodontalbehandlung entscheidend. Es ist deshalb anzuraten, bei einer Läsion, die länger als zwei Wochen nach Entfernung der vermuteten ätiologischen Auslöser anhält, eine Biopsie vorzunehmen<sup>5</sup>.

Die Knochenbeteiligung bei einem GSCC kann zu Metastasen im Nacken führen und die therapeutischen Entscheidungen sowie die Prognose der Krankheit beeinflussen<sup>2,7</sup>. Da gin-

givale Karzinome Neoplasmen sind, die direkt in den Knochen eindringen, handelt es sich hier um eine der schwerwiegendsten bösartigen Erkrankungen der Mundhöhle. Ein fortgeschrittenes Stadium der Erkrankung ist deshalb ein entscheidender Faktor für eine schlechte Prognose<sup>11</sup>. Die frühzeitige Diagnose kann also die Überlebenschancen im Fall eines GSCC verbessern<sup>7</sup>.

### Schlussfolgerungen

Zahnärzte und besonders Parodontologen sollten auf gingivale Läsionen achten, die nach einer konventionellen Behandlung nicht heilen, da sie ein Indikator für ein gingivales Karzinom sein können. Der Behandler spielt bei der frühzeitigen Entdeckung von gingivalen Tumoren eine wichtige Rolle.

### Literatur

1. Barasch A, Gofa A, Krutchkoff DJ, Eisenberg E. Squamous cell carcinoma of the gingiva. A case series analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1995;80:183-187.

2. Gomez D, Faucher A, Picot V, et al. Outcome of squamous cell carcinoma of the gingiva: A follow-up study of 83 cases. *J Craniomaxillofac Surg* 2000;28:331-335.
3. Cady B, Catlin D. Epidermoid carcinoma of the gum. A 20-year survey. *Cancer* 1969;23:551-569.
4. Soo KC, Spiro RH, King W, Harvey W, Strong EW. Squamous carcinoma of the gums. *Am J Surg* 1988;156:281-285.
5. Khan SM, Gossweiler MK, Zunt SL, Edwards MD, Blanchard SB. Papillary squamous cell carcinoma presenting on the gingiva. *J Periodontol* 2005;76:2316-2321.
6. Lee JJ, Cheng SJ, Lin SK, Chiang CP, Yu CH, Kok SH. Gingival squamous cell carcinoma mimicking a dentoalveolar abscess: Report of a case. *J Endod* 2007;33:177-180.
7. Seoane J, Varela-Centelles PI, Walsh TF, Lopez-Cedrun JL, Vazquez I. Gingival squamous cell carcinoma: Diagnostic delay or rapid invasion? *J Periodontol* 2006;77:1229-1233.
8. Alsharif MJ, Jiang WA, He S, Zhao Y, Shan Z, Chen X. Gingival squamous cell carcinoma in young patients: Report of a case and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009;107:696-700.
9. Levi PA Jr, Kim DM, Harsfield SL, Jacobson ER. Squamous cell carcinoma presenting as an endodontic-periodontic lesion. *J Periodontol* 2005;76:1798-1804.
10. Yoon TY, Bhattacharyya I, Katz J, Towle HJ, Islam MN. Squamous cell carcinoma of the gingiva presenting as localized periodontal disease. *Quintessence Int* 2007;38:97-102.
11. Kowalski LP, Franco EL, Torloni H, et al. Lateness of diagnosis of oral and oropharyngeal carcinoma: Factors related to the tumour, the patient and health professionals. *Eur J Cancer B Oral Oncol* 1994;30B:167-173.