

## ABSTRACT

## Histopatologisk undersøgelse er nødvendig for at stille den korrekte diagnose

*Baggrund* – Stomatitis prothetica med papillær hyperplasi (protesestomatitis III) er en hyppigt forekommende slimhindeforandring hos protesebærere. Behandlingen vil oftest være antimykotisk med efterfølgende kirurgisk reduktion af forandringerne. Klinisk kan det være vanskeligt at skelne en sådan forandring fra amyloidose, da de makroskopisk har mange fælles træk. Om end amyloidose i ganen er en sjælden tilstand med kun seks beskrevne tilfælde i litteraturen, er histologisk undersøgelse af vævet vigtig og nødvendig for at stille den korrekte diagnose.

*Patienttilfældet* – Vi præsenterer med denne patient det første publicerede tilfælde i Danmark hos en 67-årig mand med en forandring i ganen, der klinisk lignede en protesestomatitis type III. Histologisk undersøgelse viste amyloidose.

*Konklusion* – Rødlig og papillær/polypagtig vækst af slimhinden kan skyldes forskellige tilstande. En biopsi fra forandringen med efterfølgende histopatologisk undersøgelse er vigtig og nødvendig for at skelne den hyppigt forekommende stomatitis prothetica med papillær hyperplasi fra andre tilstande som fx amyloidose.

# Lokaliseret amyloidose i ganen som differentialdiagnose til protesestomatitis

Ann Callesen, reservelæge, Patologisk afdeling, Sygehus Syd

Rannva Matras, specialtandlæge, Tand-mund-kæbe-kirurgisk afdeling, Næstved sygehus

Bettina Ekvall Filtenborg-Barnkob, overlæge, Patologisk afdeling, Sygehus Syd

Amyloidose er en klinisk og biokemisk heterogen sygdomsgruppe med fælles patogenese i form af ekstra cellulære aflejring af uopløselige fibrillære proteiner (amyloid). Diagnosen stilles på biopsimateriale hyppigst fra subcutis på abdomen, rectumslimhinde eller det afficerede organ (1). Mikroskopisk udviser amyloid dobbeltbrydende egenskaber, når det farves med kongorød. I almindelig lysmikroskopisk belysning giver amyloidaflejringerne en orange-rød farve, mens denne skifter til æblegrøn i polariseret lys. Sygdommen kan forekomme selvstændigt, men kan være associeret til anden sygdom hos patienten. Alle organer kan infiltreres af amyloidaflejringer, men prædilektionsorganer er nyrer, hjerte, perifere nerver, subcutis, tunge, mave-tarm-kanal, lever og milt. Aflejringerne medfører organskade, og symptomerne opstår i takt med, at de normale celler fortrænges af de amyloide aflejringer. Sygdommen inddeles efter, hvilket forstadieprotein amyloidet dannes fra. De hyppigste former er monoklonale lette immunglobulinkæder (AL), amyloid A (AA), transthyretin (ATTR) og beta 2-mikroglobulin (Beta2M) (2).

Amyloidose i ganen er ekstremt sjældent, og der er indtil nu kun beskrevet seks tilfælde i litteraturen (3). Vi demonstrerer med denne patient det første publicerede tilfælde i Danmark.

### Patienttilfældet

En 67-årig mand af dansk oprindelse blev henvist til Tand-, Mund- og Kæbekirurgisk Ambulatorium, Næstved Sygehus, for behandling af hyperplasi i ganen. Patienten var kendt med hjerteinsufficiens, pacemaker, diabetes 2, urinsyregigt og astma. Patienten oplyste ved den kliniske undersøgelse, at forandringerne var opstået for nogen tid siden. Der var ingen smerter fra området. Forandringen gjorde det efterhånden vanskeligt at anvende protesen i overkæben, hvorfor der var et ønske om behandling. Protesen var ca. 20 år gammel.

### EMNEORD

Amyloidosis;  
denture stomatitis;  
palate;  
congo red

Ved den kliniske undersøgelse fandtes en erytematøs, papillær og svampet hyperplasi i en tandløs overkæbe. Forandringerne strakte sig over processus alveolaris og hårde gane i højre side samt et tokronestort område i venstre side. Forandringen fandtes posterioirt med udhæng (Fig. 1).

## Klinik



**FIG. 1.** Klinisk foto af hyperplastiske forandringer i ganen/processus alveolaris.

**FIG. 1.** Clinical photo of hyperplastic changes in the patient's palate/alveolar ridge.

På baggrund af forandringens kliniske udseende var den tentative diagnose papillær hyperplasi og candidiasis med baggrund i en dårligt fungerende protese. Protesen blev seponeret og patienten sat i antimykotisk behandling med Fluconazol 100 mg

x 1 daglig peroralt i 14 dage forud for en kirurgisk reduktion af forandringen. På operationsdagen sås ingen effekt af den antimykotiske behandling.

Patienten fik foretaget reduktion af forandringen, og biopsimaterialet blev sendt til patologiafdelingen på Næstved Sygehus. I det underliggende stroma viste biopsierne rigelige mængder af eosinofilt aflejret materiale, som ved dobbeltbrydning i kongofarvning sås æblegrønt. Forandringerne var forenelige med at repræsentere amyloidaflejringer (Fig 2.). Det kan på biopsimaterialet ikke afgøres, om det drejer sig om primær eller sekundær, fokal eller systemisk amyloidose. Patienten er nu henvist til hæmatologisk afdeling med henblik på videre udredning.

## Diskussion

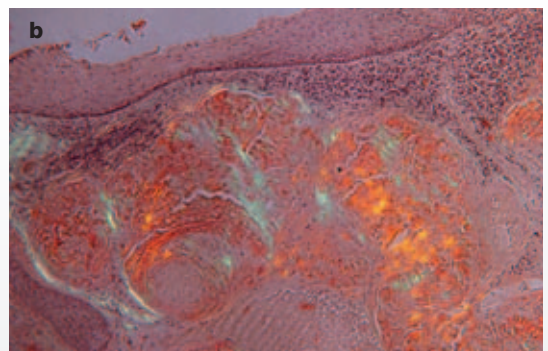
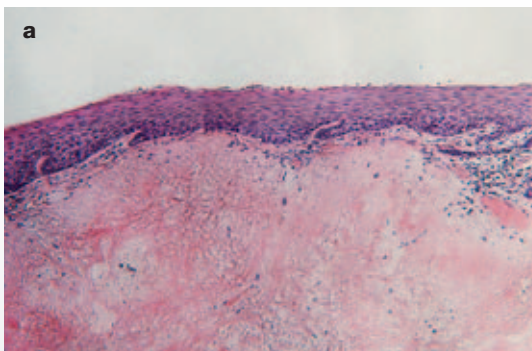
Amyloidose i hoved-hals-regionen er sjælden og ofte lokaliseret, men kan undertiden være tegn på systemisk sygdom. Prædilektionsstederne for oral amyloidose er tungen og gingiva. Symptomerne er forskellige og afhænger af lokalisationen. Amyloidose i ganen er ekstremt sjælden med kun få publicerede tilfælde. Denne form har indtil videre kun vist sig at være lokaliseret og er generelt ikke systemisk eller associeret til anden sygdom. I de seks publicerede tilfælde har der således været tale om lokaliseret amyloidose uden systemisk involvering (3).

## KLINISK RELEVANS



En histopatologisk undersøgelse er vigtig og nødvendig for at stille den korrekte diagnose, så man kan skelne mellem den hyppigt forekommende slimhindeforandring hos protesebærere fra andre tilstande som fx amyloidose.

## Histopatologi



**FIG. 2.** a. HE-farvning af biopsi fra mundforandringerne, som viser amorphøt eosinofilt aflejret materiale i stroma. b. Kongorødfarvning fra samme område som i Fig. 2a. Her ses amyloidaflejringerne æblegrønne ved dobbeltbrydning.

**FIG. 2.** a. Hematoxylin and eosin staining of biopsy showing an eosinophilic amorphous material in the connective tissue. b. Congo red staining from same area as in Fig. 2a, showing amyloid deposits as apple green birefringence under polarized light.

Dårligt tilpasset protese og uømmelige forandringer lokaliseret til ganen har i tre af tilfældene, inklusive det her rapporterede, vist sig at være første symptom på amyloidose (3,5,6).

Klinisk kan det være vanskeligt at skelne papillær hyperplasi fra amyloidose, da der ved begge lidelser ses rødlig og papillær/polypagtig vækst af slimhinden. Papillær hyperplasi er en variant af stomatitis prothetica, som er en hyppigt forekommende slimhindeforandring hos protesebærere. Affektionen er overvejende lokaliseret til overkæben sv.t. protesebasis, med varierende udstrækning. Forandringen er formentlig forårsaget af mekanisk irritation fra en dårligt fungerende protese igennem mange år med ophobning af proteseplak indeholdende bakterier og gærsvampe mellem slimhinde og protese.

Andre kliniske differentialdiagnoser til amyloidose er ifølge litteraturen: makroglossi, kronisk bulløs sygdom, lipoid proteinoase, sarkoidose, Chrohns sygdom, neurofibromatose og Kaposi sarkom (7).

Der er ingen dokumenterede retningslinjer for behandling af lokaliseret amyloidose i ganen. Behandlingen er generelt symptomatisk. Ifølge litteraturen har askorbinsyre, kolkicin, systemisk kortikosteroid, melphalan og dimethyl sulfoxide været anvendt (8). Kirurgisk excision er også blevet anvendt som i vores tilfælde (6). Dette kan minimere de funktionelle gener i ganen. Læsionen kan recidivere. I vores tilfælde blev der foretaget delvis excision med god effekt. Prognosen for patienter med lokaliseret amyloidose i ganen er uvis, da tilstanden er sjælden, og det anbefales derfor at følge og monitorere disse patienter (7).

## ABSTRACT (ENGLISH)

Localized amyloidosis in the palate as a differential diagnosis to denture stomatitis

**Background** – Denture stomatitis with papillary hyperplasia is a frequent mucosal change in denture wearers. Treatment most often includes antimycotic medication and surgical reduction. Clinically it may be difficult to distinguish this condition from amyloidosis because they macroscopically have several features in common. Even though amyloidosis in the palate is rare (only six cases have been reported in the literature so far), histological examination of the tissue is important and necessary to make the correct diagnosis.

**Case** – We present the first published case in Denmark – a 67-year-old man presenting with a lesion in the palate clinically similar to denture stomatitis. Histological examination, however, revealed amyloidosis.

**Conclusion** – Reddish papillary/nodular mucosal changes in the palate may have a variety of causes. A biopsy from the tumour and histopathological examination is necessary and important to distinguish the comparatively common denture stomatitis with papillary hyperplasia from other rarer diseases such as amyloidosis.

## Litteratur

1. Stoopler ET, Sollecito TP, Chen SY. Amyloid deposition in the oral cavity: a retrospective study and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003;95:674-80.
2. Thomsen JS, Horn T, Schlichting P. Amyloidose. En oversigt. *Ugeskr Læger* 1999;161:3079-83.
3. Aono J, Yamagata K, Yoshida H. Local amyloidosis in the hard palate: a case report. *Oral Maxillofac Surg* 2009;13:119-22.
4. Balatsouras DG, Eliopoulos P, Assimakopoulos D et al. Primary local amyloidosis of the palate. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007;137:348-9.
5. Henley E, Houghton N, Bucknall R et al. Localized amyloidosis of the palate. *Clin Exp Dermatol* 2008;33:100-1.
6. Stoor P, Suuronen R, Lindqvist C et al. Local primary (AL) amyloidosis in the palate. A case report. *J Oral Maxillofac Surg* 2004;33:402-3.
7. Laskaris G. *Color atlas of oral diseases*. 3rd ed. Stuttgart: Thieme, 2003;290-1.
8. Alvi A, Goldstein MN. Amyloidosis of the palate. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;120:287.

## Vidste du, at du selv kan opdatere dine medlemsoplysninger?

– Log ind på Tdlnet.dk og klik på dit navn

TDLnet