

Unter Stress ist es schwierig, Informationen so zu verarbeiten, dass sie später abrufbar sind (Langzeitgedächtnis).

Unser Gehirn verfügt über zwei Haupterregungsnetzwerke, die sich gegenseitig ausschließen: Den „Executive-Control-Mode“ (Ausführender Modus), in dem wir Daten von außen aufnehmen und verarbeiten, und den „Defold-Mode“ (Tagträume-Modus), in dem wir uns mit Daten von innen beschäftigen. Die digitale Welt lenkt permanent ab und verhindert somit den Tagträume-Modus, das „Ins-Narrenkastl-Schauen“, das Sinnieren und Reflektieren. Dieser Modus ist jedoch für das Gehirn und das Lernen extrem wichtig, da er kurze Entschleunigungsphasen ermöglicht. Diese Phasen erlauben es dem Gehirn, verschiedene Gedanken zu verknüpfen und neue Ideen zu entwickeln. Digitale Permanenz unterdrückt diese Möglichkeit. Daher ist es notwendig, solche Phasen des Nichtstuns bewusst in den Alltag einzuplanen. Eine Empfehlung wäre, mindestens zweimal täglich für jeweils fünf Minuten am Vormittag und am Nachmittag eine kurze Auszeit einzuplanen, in der wir uns Zeit zum Nachdenken und Tagträumen nehmen. Nur so können wir uns selbst und andere spüren, Abstand gewinnen und das Lernen langfristig fördern.

In einer Welt, die von Schnelligkeit und Stress geprägt ist, müssen wir uns bewusstmachen, dass effizientes Lernen Zeit und Ruhe braucht. Indem wir uns regelmäßig Auszeiten nehmen und uns auf das Wesentliche konzentrieren, können wir unsere Lernfähigkeit verbessern und die Herausforderungen der digitalen Welt meistern.

Redaktionelle Erstellung: Dr.ⁱⁿ Christine Rous

Korrespondenz: editors@skinonline.at

Our brain has two main excitation networks that are mutually exclusive: the “executive control mode” (executive mode), in which we take in and process data from the outside, and the “defold mode” (daydream mode), in which we process data from the inside. The digital world serves as a constant distraction, therefore preventing us from daydreaming, entertaining foolish thoughts, pondering, and reflecting. However, this latter mode is extremely important for the brain and for learning, as it introduces short phases of deceleration. These phases allow the brain to connect different thoughts and develop new ideas. Digital permanence suppresses this possibility. Therefore, it is necessary to consciously plan such phases of inactivity into everyday life. One recommendation would be to plan to take a short break at least twice a day for five minutes in the morning and five minutes in the afternoon and to take time to think and daydream in these periods. This is the only way we can reconnect with ourselves and others, gain perspective, and promote learning in the long term.

In a world characterized by speed and stress, we need to be aware that efficient learning requires time and periods of calm. By regularly taking time out and focusing on the essentials, we can improve our ability to learn and master the challenges of the digital world.

Editorial work: Dr.ⁱⁿ Christine Rous

Correspondence: editors@skinonline.at

<https://doi.org/10.61783/oegdv10322>

Entzündliche Mundschleimhauterkrankungen

Zusammenfassung des Vortrags von Jochen Jackowski, Universität Witten/Herdecke, Deutschland

Jahrestagung der ÖADF in Wien, ERSTE Campus Wien, 9.-11. Mai 2024

Entzündliche Mundschleimhauterkrankungen umfassen ein breites Spektrum an klinischen Erscheinungsbildern und haben eine hohe Prävalenz in der Bevölkerung. Zu den häufigsten Erkrankungen zählen Leukoplakien und Hyperkeratosen (22%), oraler Lichen planus (23%) sowie diverse andere Läsionen wie Aphthen, Glossodynie, Hyperpigmentierungen oder Hämangiome (33%)¹. Die deutsche S3-Leitlinie zur Dia-

Inflammatory diseases of the oral mucosa

Summary of the presentation by Jochen Jackowski, University of Witten/Herdecke, Germany

Annual Conference of the ÖADF in Vienna, ERSTE Campus Vienna, May 9-11, 2024

Inflammatory oral mucosal diseases have a broad spectrum of clinical manifestations and a high prevalence in the population. The most common conditions include leukoplakia and hyperkeratosis (22%), oral lichen planus (23%), as well as various other lesions such as aphthae, glossodynia, hyperpigmentation, or hemangiomas (33%)¹. The German S3 guideline for the diagnosis and

gnostik und Therapie des Mundhöhlenkarzinoms betont, dass Veränderungen der Mundschleimhaut vom Patienten oft nicht wahrgenommen oder als bedrohlich interpretiert werden. Daher wird empfohlen, dass zahnärztliche und ärztliche Untersuchungen stets eine Inspektion der gesamten Mundschleimhaut beinhalten sollten².

Bei Aphthen und aphthoiden Läsionen der Mund- und Rachenschleimhaut wird zwischen benignen und perniziösen Aphthosen unterschieden, wobei letztere eine schlechtere Prognose haben. Die Klassifikation nach Verlauf differenziert zwischen einfach chronischen rezidivierenden Aphthosen mit wenigen, schnell heilenden Läsionen und komplexen Aphthosen mit zahlreichen, hochschmerzhaften und langsam heilenden Läsionen, die auch genitale Bereiche betreffen können. Die Prävalenz von rezidivierenden Aphthen variiert je nach untersuchter Bevölkerungsgruppe zwischen 5% und 60%, wobei junge Erwachsene häufiger betroffen sind als ältere Menschen oder Kinder. Insbesondere bei Personen unter Stress liegt die Prävalenz besonders hoch (50–60%). Die Phasen der oralen Aphthose des Typus minor umfassen das Prodromalstadium mit Kribbeln, Spannungsgefühl, Brennen und Rauigkeit (24 Stunden), die präulzeröse Phase mit inflammatorischem Erythem und indurierten Papeln (1–3 Tage), das ulzerative Stadium (1–16 Tage) und schließlich die Abheilungsphase (4–30 Tage).

Klinisch-morphologisch lassen sich Aphthen in verschiedene Typen einteilen: Der Typus minor (Mikulicz) ist oberflächlich, nie größer als 10 mm, etwa 10 Tage präsent und 3–5 Tage schmerzhaft, ohne Narbenbildung nach der Abheilung (ca. 85% aller RBA). Der Typus maior (Sutton) zeigt eine tiefere Penetration bis in die Speicheldrüsen und Muskelschichten, mit Induration, Ulzeration und Gewebsdestruktion (bis zu 30 mm, 4 Wochen präsent, sehr schmerzhaft, Lymphadenopathie, reduziertes Allgemeinbefinden, narbige Abheilung; ca. 10% der RBA). Der Cooke-Typ ist durch multiple, oft nur stecknadelgroße (1–2 mm) Aphthen gekennzeichnet, die bis zu 10 Tage präsent und 3–5 Tage schmerzhaft sind (ca. 5% aller RBA).

Die aktuellen Leitlinien bieten eine präzise algorithmische Zuordnung zur Diagnostik. Bei der Differentialdiagnose sollten gastrointestinale Syndrome, Infektionskrankheiten, rheumatologische Entitäten, hämatologische Erkrankungen und maligne Erkrankungen wie das Plattenepithelzellkarzinom berücksichtigt werden.

Morbus Adamantiades-Behcet (MAB) ist eine entzündliche Erkrankung mit einer Prävalenz von 0,6 pro 1.000.000 in Europa, im asiatischen Raum deutlich höher (6–8 pro 10.000). Die Krankheit führt zu massiven Läsionen, starken Schmerzen im Mundbereich, Beeinträchtigung der Zahnpflege und häufig zu kariösen Läsionen und Zahnproblemen. Die Aktivierung erfolgt über CD4+ Zellen, die eine Inflammation auslösen und eine unkontrollierte Autoimmunkaskade im vaskulären Gewebe verursachen. In vielen Fällen kann dies auch zur Entwicklung eines Plattenepithelkarzinoms führen. Die Therapie der Aphthen erfolgt

treatment of oral cavity cancer emphasizes the fact that changes in the oral mucosa are often not noticed by the patient or are interpreted as threatening. Therefore, it is recommended that dental and medical examinations should always include an inspection of the entire oral mucosa².

In the case of aphthae and aphthoid lesions of the oral and pharyngeal mucosa, a distinction is made between benign and pernicious aphthoses, with the latter having a poorer prognosis. The classification according to disease course differentiates between simple chronic recurrent aphthoses with a few, rapidly healing lesions and complex aphthoses with numerous, extremely painful, and slowly healing lesions, which can also affect the genital areas. The prevalence of recurrent aphthae varies between 5% and 60%, depending on the population group studied, with young adults being affected more frequently than older people or children. The prevalence is particularly high in people under stress (50–60%). The phases of the minor type of oral aphthosis include a prodromal stage characterized by tingling, tightness, burning, and roughness (24 hours), a preulcerative phase characterized by inflammatory erythema and indurated papules (1–3 days), an ulcerative stage (1–16 days), and finally a healing phase (4–30 days).

Clinically and morphologically, aphthae can be classified into different types: The minor type (Mikulicz) is superficial, never larger than 10 mm, visible for about 10 days, and painful for 3–5 days, leaving no scars after healing (approx. 85% of all RBA). The major type (Sutton) penetrates more deeply into the salivary glands and muscle layers and is characterized by induration, ulceration, and tissue destruction. (These have a size of up to 30 mm, are present for 4 weeks, very painful, associated with lymphadenopathy and a reduced general condition, leaves scars after healing and represent approx. 10% of RBA.) The Cooke type is characterized by multiple, often only pin-sized (1–2 mm) aphthae that are present for up to 10 days and are painful for 3–5 days (approx. 5% of all RBA).

The current guidelines provide a precise algorithmic classification for diagnosis. In the differential diagnosis, gastrointestinal syndromes, infectious diseases, rheumatologic entities, hematologic diseases, and malignant diseases such as squamous cell carcinoma should be considered.

Morbus Adamantiades-Behcet (MAB) is an inflammatory disease with a prevalence of 0.6 per 1,000,000 in Europe, which is significantly higher in Asia (6–8 per 10,000). The disease leads to massive lesions, severe pain in the mouth, impaired dental care, and often to carious lesions and dental problems. Activation occurs via CD4+ cells, which trigger inflammation and cause an uncontrolled autoimmune cascade in the vascular tissue. In many cases, this can also lead to the development of

stufenweise. Stufe 1: topische Anwendung (AphtoFix, Sucralfat), Stufe 2: topische Anwendung mit Triamcinolonacetonid, Stufe 3: systemische Anwendung (Colchicin), Stufe 4: systemische Akutinterventionen (Prednisolon, Dapson, Apremilast).

Oraler Lichen Planus (OLP) und orale lichenoidale Läsionen (OLL) sind oft medikamenteninduziert. Es wird zwischen dem asymptomatischen hyperkeratinisierten Typ und dem symptomatischen erosiven Typ unterschieden. Bei Symptomatik erfolgt eine Therapie mit topischen Anwendungen (Clobetasol, Dexamethason, Tacrolimus) oder systemischen Behandlungen (Kortikosteroide, Hydroxychloroquin).

Bullöse (blasenbildende) Erkrankungen der Mundschleimhaut, wie Pemphigus vulgaris und Schleimhautpemphigoid (SHP), sind extrem selten (1/1.000.000). Eine korrekte Diagnostik und Einteilung der Risikograde sind entscheidend für die Therapie, die je nach Schweregrad topisch oder systemisch mit Kortikosteroiden erfolgt³.

Redaktionelle Erstellung: Dr.ⁱⁿ Christine Rous

Korrespondenz: editors@skinonline.at

squamous cell carcinoma. Aphthous ulcers are treated in stages: Stage 1: topical application (AphtoFix, sucralfate); stage 2: topical application with triamcinolone acetonide; stage 3: systemic application (colchicine); and stage 4: systemic acute interventions (prednisolone, dapsone, apremilast).

Oral lichen planus (OLP) and oral lichenoid lesions (OLL) are often drug-induced. A distinction is made between the asymptomatic hyperkeratinized type and the symptomatic erosive type. If symptomatic, therapy is carried out with topical applications (clobetasol, dexamethasone, tacrolimus) or systemic treatments (corticosteroids, hydroxychloroquine).

Bullous (blistering) diseases of the oral mucosa, such as pemphigus vulgaris and mucous membrane pemphigoid (SHP), are extremely rare (1/1,000,000). The correct diagnosis and classification of the degree of risk are crucial for therapy, which is carried out topically or systemically with corticosteroids, depending on the severity of the condition³.

Editorial work: Dr.ⁱⁿ Christine Rous

Correspondence: editors@skinonline.at

Literatur

1. Mollen I, Lindenmüller ICH, Lambrecht JT. Häufige Mundschleimhauterkrankungen, Frequent Lesions of Oral Tissue. Praxis Schweizer Rundschau für Medizin. 2017;106(1):21-27.
2. AWMF online. S3-Leitlinie Diagnose und Therapie des Mundhöhlenkarzinoms. AWMF-Registernummer: 007/100OL. Version 3.0 – März 2021. https://register.awmf.org/assets/guidelines/007-100OLL_S3-Diagnostik-Therapie-Mundhoehlenkarzinom_2021-03.pdf

3. AWMF online. S2k-Leitlinie Diagnostik und Therapie des Schleimhautpemphigoids. AWMF Register-Nr.: 013-102, 2022. https://register.awmf.org/assets/guidelines/013-102L_S2k_Diagnostik-Therapie-Schleimhautpemphigoid_2022-08.pdf

Neue Entwicklungen bei chronisch entzündlichen Hauterkrankungen

Zusammenfassung des Vortrags von Constanze Jonak, Universitätsklinik für Dermatologie, AKH Wien, Wien, Österreich.

Jahrestagung der ÖADF in Wien, ERSTE Campus Wien, 9.-11. Mai 2024

Im April 2024 fand die diesjährige Fortbildungsveranstaltung der Arbeitsgruppe für Biologika und Immuntherapie bei chronisch entzündlichen Hauterkrankungen der ÖGDV in Wien statt. Im Folgenden werden einige der präsentierten Vorträge zusammengefasst.

New developments in chronic inflammatory skin diseases

Summary of the presentation by Constanze Jonak, Department of Dermatology, Vienna General Hospital, Vienna, Austria.

Annual meeting of the ÖADF in Vienna, ERSTE Campus Vienna, May 9-11, 2024

This year's training event of the ÖGDV working group for biologics and immunotherapy in chronic inflammatory skin diseases took place in Vienna in April 2024. Some of the presentations are summarized below.