

MARTINA SCHRIBER¹
 ANJA M. SCHMITT²
 VALÉRIE G. A. SUTER¹

¹Klinik für Oralchirurgie
 und Stomatologie,
 Zahnmedizinische Kliniken
 der Universität Bern

²Pathologie Universität Bern

KORRESPONDENZ

Dr. med. dent. Valérie Suter
 Klinik für Oralchirurgie
 und Stomatologie
 Zahnmedizinische Kliniken
 der Universität Bern
 Freiburgstrasse 7, 3010 Bern
 Telefon 031 632 25 45/66
 Fax 031 632 09 14
 valerie.suter@zmk.unibe.ch

REDAKTION

Klinik für Zahnerhaltung,
 Präventiv- und Kinder-
 zahnmedizin, zmk bern

LAYOUT

Ressort für Multimedia,
 zmk bern

LITERATUR

COLLINS BM, JONES AC: Multiple
 Granular Cell Tumors of the
 Oral Cavity. J Oral Maxillofac
 Surg 53: 707-711 (1995)

VAN DE LOO S, THUNNISSEN E,
 POSTMUS P, VAN DER WAAL I:
 Granular cell tumor of the oral
 cavity; a case series including
 a case of metachronous
 occurrence in the tongue and
 the lung. Med Oral Patol Oral
 Cir Bucal 20:e30-e33 (2015).

Granularzelltumor der Zunge

SCHLÜSSELWÖRTER: Granularzelltumor, gutartiger Tumor, Zunge, Therapie



Abb. 1 Auf dem Zungenrücken zeigt sich eine gut abgrenzbare, schmerzlose, derbe und nicht verschiebbare Auftreibung von ca. 1x1 cm. Die bedeckende und umliegende Mukosa ist intakt ohne Anzeichen einer Entzündung.



Abb. 2 Nach Demarkation und Fixierung mit einer Haltenaht wird der derbe Tumor mit dem CO₂-Laser (char free Modus 140 Hz, 33 mJ, 400 µsec) in toto in Lokalanästhesie exzidiert.

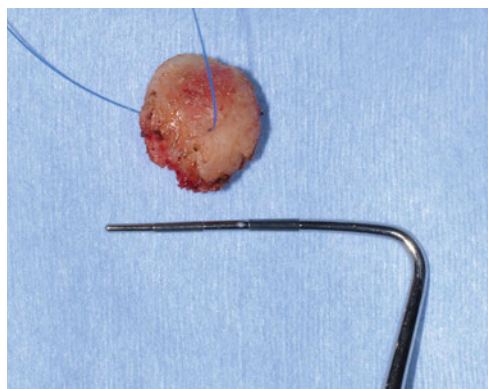


Abb. 3 Das Exzissat (1x0.7x0.3 cm) wird in toto der histopathologischen Beurteilung übergeben.

Der Granularzelltumor (GT) ist ein seltener, meist solitärer, asymptomatischer gutartiger Tumor der Subkutis oder des submukösen Weichgewebes. Erstmals wurde der GT von Abrikossoff 1926 beschrieben. Es wurde angenommen, dass der GT wegen seiner engen Beziehung zum Muskelgewebe myogenen Ursprungs ist und wurde daher als Granularzell-Myoblastom bezeichnet.

Heutzutage geht man davon aus, dass der GT neurogenen Ursprungs ist, hervorgehend aus Schwann-Zellen und deren Vorläuferzellen. Etwa die Hälfte der GT kommen im Kopf-/Halsbereich vor. Davon finden sich 70% in der Mundhöhle, vor allem auf dem Zungenrücken (Abbildung 1), gefolgt von der Wangeninnenseite und dem Gaumen.

Der GT kann in jedem Lebensalter auftreten, ist aber bei Erwachsenen in der vierten bis sechsten Lebensdekade am häufigsten und kommt nur selten bei Kindern vor. Der GT tritt aus bisher ungeklärten Gründen häufiger bei Frauen als bei Männern und bei Menschen mit schwarzer Hautfarbe auf. Die meisten GT sind gutartig. In ungefähr 0.5–2% liegt ein maligner GT vor. Dann besteht ein Risiko für ein Rezidiv und eine Metastasierung.

Die klinische Präsentation des GT in der Mundhöhle ist gekennzeichnet durch eine derbe Auftreibung unmittelbar unter der Epitheloberfläche (Abbildung 1), welche eine geringgradige Grössenprogredienz zeigen kann und kaum Beschwerden macht.

Therapie der Wahl ist die vollständige chirurgische Exzision (Abbildungen 2, 3, 4), welche aufgrund einer fehlenden Kapsel und der Nähe zu neuronalen Strukturen erschwert werden kann. Darauf folgt die histopathologische Untersuchung des Exzissates (Abbildung 5). Bei einer unvollständigen Exzision wird von einer Rezidivrate von 15% berichtet. Verlaufskontrollen sind zu empfehlen (Abbildungen 6, 7).



Abb. 4A/4B Die blutungsfreie Wunde wird der sekundären Wundheilung überlassen (A) und mit der Solcoseryl Dental-Adhäsivpaste (Meda Pharmaceuticals Switzerland GmbH, Wangen-Brüttisellen) behandelt (B).

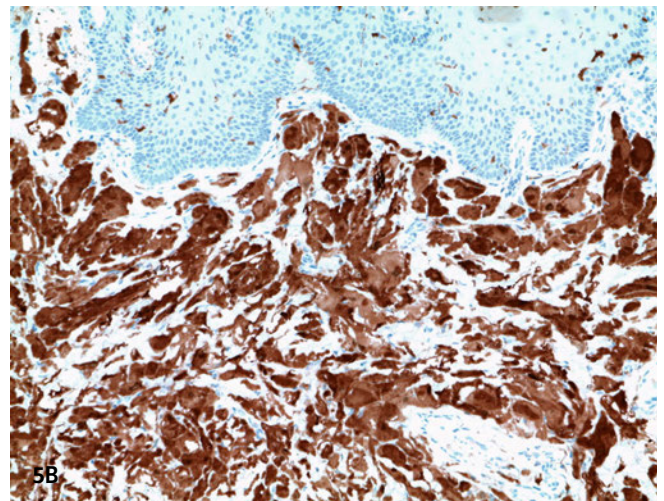
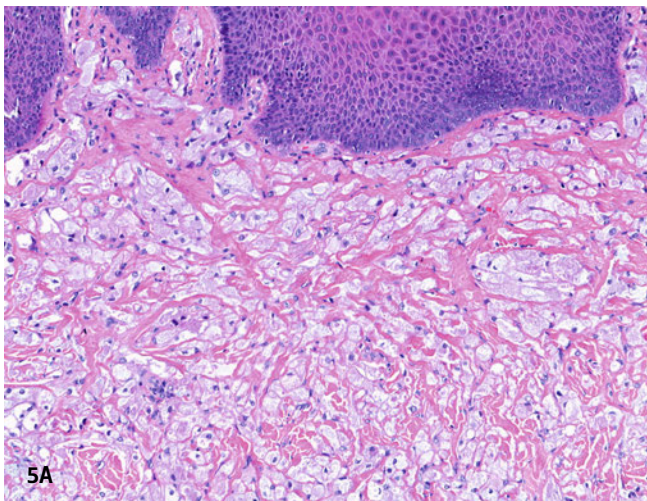


Abb. 5A/5B Histologie des Granularzelltumors. A: HE-Färbung. Im Bereich der Submukosa kommt eine Proliferation von Zellen mit blanden Kernen und breiten granulierten Zytoplasmasäumen zur Darstellung. Das überkleidende Epithel zeigt nebenbefundlich typischerweise eine pseudoepitheliomatöse Hyperplasie. B: Granularzelltumore sind immunohistochemisch positiv für S100.



Abb. 6 Zwölf Tage nach der Entfernung des GT zeigt sich eine regelrechte Wundheilung an der Exzisionsstelle auf dem Zungenrücken.



Abb. 7 Sechs Monate nach Exzision des GT ist eine kleine, reizlose Narbe am Zungenrücken erkennbar. Es gibt keine Anzeichen für ein Rezidiv.