

MICHAEL M. BORNSTEIN¹
 ANDY WAI KAN YEUNG¹
 RAY TANAKA¹
 PETER JAMES THOMSON²

¹ Oral and Maxillofacial Radiology, Applied Oral Sciences, Faculty of Dentistry, The University of Hong Kong, Hong Kong SAR, China

² Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, The University of Hong Kong, Hong Kong SAR, China

KORRESPONDENZ

Prof. Dr. med. dent.
 Michael M. Bornstein
 Klinik für Oral Health & Medicine
 Universitäres Zentrum für Zahnmedizin Basel (UZB)
 Mattenstrasse 40
 CH-4058 Basel
 E-Mail:
 michael.bornstein@uzb.ch

LAYOUT

Ressort für Multimedia,
 zmk bern

LITERATUR

BORNSTEIN M M, FILIPPI A, ALTER-MATT H J, LAMBRECHT J T H, BUSER D: Die odontogene Keratozyste – Odontogene Zyste oder benigner Tumor? Schweiz Monatsschr Zahnmed 115: 111–128 (2005)
 KENNEDY R A: WHO is in and WHO is out of the mouth, salivary glands, and jaws sections of the 4th edition of the WHO classification of head and neck tumours. Br J Oral Maxillofac Surg 56: 90–95 (2018)
 POGREL M A: The keratocystic odontogenic tumour (KCOT) – an odyssey. Int J Oral Maxillofac Surg 44: 1565–1568 (2015)
 SPEIGHT P, DEVILLIERS P, LI T-J, ODELL E W, WRIGHT J M: Odontogenic keratocyst. In: El-Naggar A K, Chan J K C, Grandis J R, Takata T, Slootweg P J (Hrsg.): WHO classification of head and neck tumours. WHO/IARC classification of tumours. 4th edition. IARC Press, Lyon, 235–236 (2017)

Ausgedehnte odontogene Keratozyste im posterioren Unterkiefer links

Differenzialdiagnose osteolytischer Prozesse

SCHLÜSSELWÖRTER: odontogene Keratozyste, Osteolyse, Differenzialdiagnose, digitale Volumetomografie



Abb. 1 Entnommenes Zystenbalgmateriale für die histopathologische Untersuchung und definitive Diagnosestellung, die eine odontogene Keratozyste mit typischer Parakeratose ergab.



Abb. 2 Intraoperativer Situs anlässlich der Gewebeprobe. In diesem Eingriff wurde zudem der Zahn 37 extrahiert, der Weisheitszahn 38 operativ entfernt und das Zystenlumen für eine Dekompression (Zystenfensterung) eröffnet, damit Streifenlagen sowie wiederholte Spülungen möglich werden.

Odontogene Keratozysten (OKZ) sind odontogene Zysten und gehören nach den radikulären und follikulären Zysten zu den häufigsten Kieferzysten. Sie kommen in über 80% der Fälle im Unterkiefer vor, besonders im posterioren Anteil der Mandibula und Ramus ascendens. Die OKZ tritt in allen Altersgruppen auf, wobei eine Häufung in der zweiten bis dritten Lebensdekade sowie bei Patienten zwischen 50 und 70 Jahren zu beobachten ist (bimodale Altersverteilung). Nachdem die OKZ über ein Jahrzehnt als odontogener Tumor, d. h. echte Neoplasie, eingeteilt worden war, führt sie die WHO seit 2017 wieder als odontogene Zyste auf.

Histologisch imponiert bei der OKZ ein mehrschichtiges, parakeratinisiertes Epithel mit palisadenförmig angeordneten Basalzellen. Im subepithelialen Bindegewebe finden sich nicht selten Tochter- bzw. Satellitenzysten und odontogene Epithelinseln. Diese speziellen Charakteristika werden unter anderem für die hohe Rezidivrate der OKZ nach chirurgischer Therapie verantwortlich gemacht. Differenzialdiagnostisch muss bei der OKZ primär an eine follikuläre Zyste (v. a. im Zusammenhang mit retinierten Zähnen) sowie an das Ameloblastom gedacht werden, wobei dieses über Zeit eher zur Expansion neigt.

Im vorliegenden Fall stellte sich ein 44-jähriger Patient nach Zuweisung vom Privatzahnarzt vor. Anlässlich einer Routinekontrolle war auf der Panoramaschichtaufnahme eine ausgedehnte Osteolyse in der linken Mandibula und dem Ramus ascendens aufgefallen (Abb. 3).

Der Patient berichtete über dumpfe Zahnschmerzen im Molarenbereich links ohne neurologische Ausfallserscheinungen im Verlauf des N. alveolaris inferior. Nach Anfertigung einer digitalen Volumetomografie wurden die Verdachtsdiagnosen OKZ versus Ameloblastom gestellt (Abb. 4).

In einem ersten Therapieschritt erfolgte eine Gewebeprobe (Abb. 1) und Dekompression des Befundes (Abb. 2). Die histopathologische Untersuchung bestätigte eine OKZ. Die Enukleation des Restbefundes ist erst nach deutlicher Reossifikation bzw. Remission des Befundes geplant.

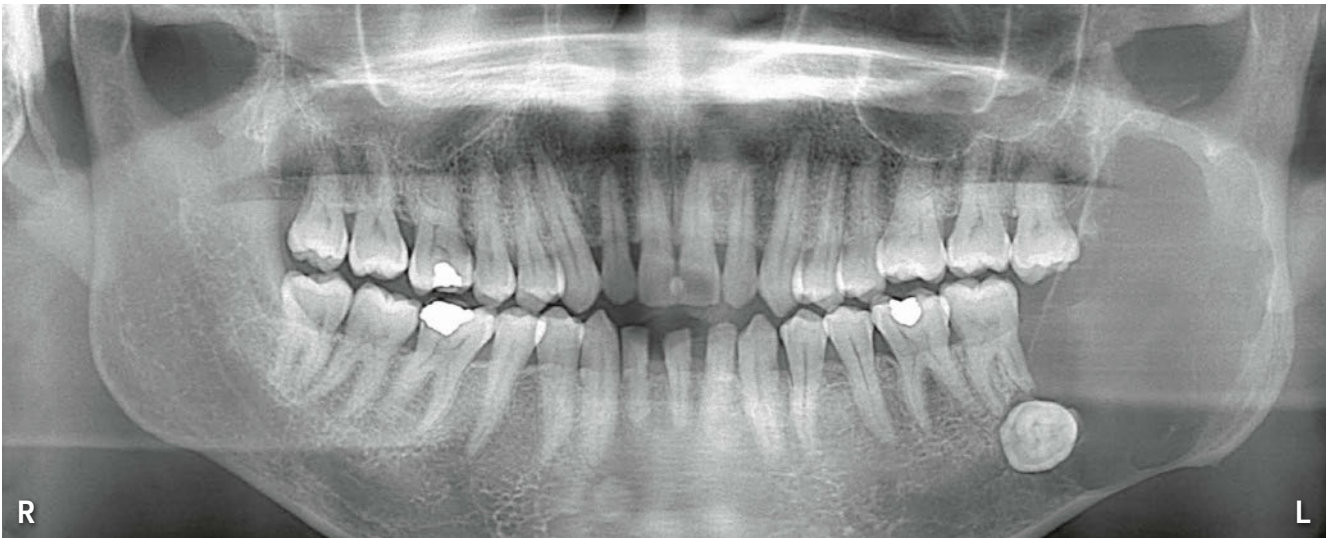


Abb. 3 Auf der initial angefertigten Panoramschichtaufnahme erkennt man eine ausgedehnte Osteolyse im posterioren Unterkiefer und Ramus ascendens links, die einigermaßen scharf begrenzt erscheint. Im anterioren Bereich der Osteolyse zeigt sich der retinierte und verlagerte Weisheitszahn 38 im Bereich des Apex von Zahn 37. Der Mandibularkanal ist anterior der Krone von 38 noch zu erkennen, aber nicht mehr im Bereich der Osteolyse.

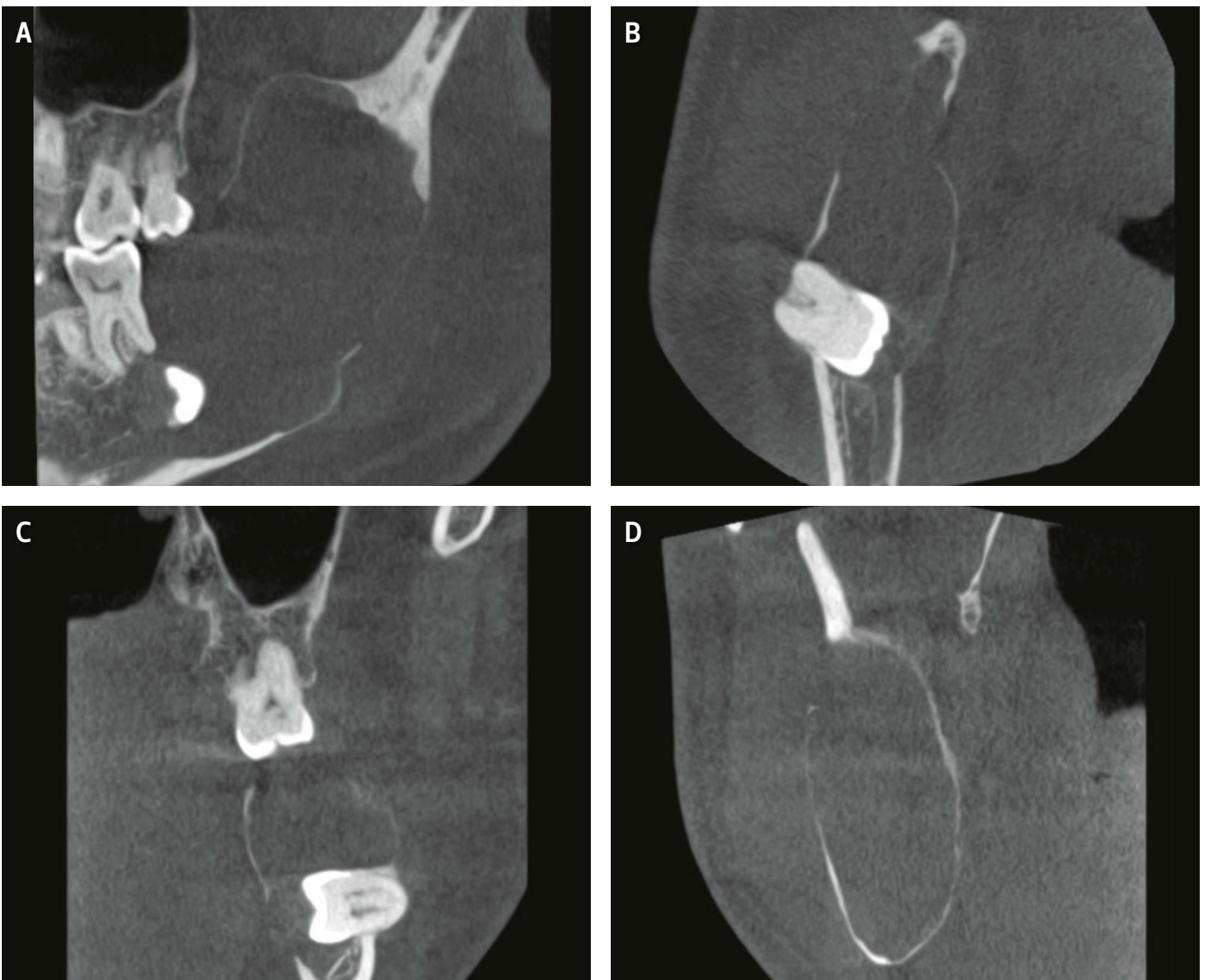


Abb. 4 Die digitale Volumentomografie (DVT) zeigt im sagittalen Schnittbild (A) eine ausgedehnte Osteolyse, die anterior von Zahn 37 bzw. vom retinierten und verlagerten Weisheitszahn 38 bis zum Ansatz des Processus muscularis und articularis im Ramus ascendens links reicht. Der Verlauf des Mandibularkanal ist anterior des retinierten Zahnes 38 noch zu erkennen, danach aber nicht mehr. Im axialen Schnittbild (B) erkennt man die bukkale Lage des Zahnes 38 und anterior gegen lingual in der Mandibula den Verlauf des Mandibularkanal. Die Osteolyse ist nicht durchgehend kortikal begrenzt, immer wieder scheint die ossäre Begrenzung fehlend oder gar durchbrochen. Insgesamt imponiert die verbliebene Knochenstruktur radiologisch äusserst dünn und eierschalenartig (C, D: koronale DVT-Schnittbilder).