

FRAUKE BERRES-WEHRLE¹
 KHALED MUKKADAM²
 DANIEL BAUMHOER³
 MICHAEL M. BORNSTEIN¹

¹ Klinik für Oral Health & Medicine, Universitäres Zentrum für Zahnmedizin Basel UZB, Universität Basel

² Klinik für Oralchirurgie, Universitäres Zentrum für Zahnmedizin Basel UZB, Universität Basel

³ Knochentumor-Referenzzentrum und DÖSAK, Referenzregister am Institut für Medizinische Genetik und Pathologie, Universitätsspital Basel, Universität Basel

KORRESPONDENZ

Prof. Dr. med. dent.
 Michael M. Bornstein
 Klinik für Oral Health & Medicine
 Universitäres Zentrum für Zahnmedizin Basel (UZB)
 Mattenstrasse 40
 CH-4058 Basel
 Tel. +41 61 267 25 45
 E-Mail:
 michael.bornstein@unibas.ch

LAYOUT

Ressort für Multimedia,
 zmk bern

LITERATUR

HEITHERSAY G S, MUSU D, COTTI E: External tooth resorption associated with a peripheral odontogenic fibroma: review and case report. Aust Dent J 62(4): 516–522 (2017).
 RITWIK P, BRANNON R B: Peripheral odontogenic fibroma: A clinico-pathologic study of 151 cases and review of the literature with special emphasis on recurrence. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 110(3): 357–363 (2010).
 SANTOSH A B R, OGLE O E: Odontogenic tumors. Dent Clin North Am 64(1): 121–138 (2020).
 VAN HEERDEN W F P, KUSAMA K, NEVILLE B W: Odontogenic fibroma. In: El-Naggar A K, Chan J K C, Grandis J R, Takata T, Sloatweg P J (Hrsg.): WHO classification of head and neck tumours. WHO/IARC classification of tumors. 4th edition. IARC Press, Lyon, 228 (2017).

Peripheres odontogenes Fibrom im Oberkiefer bei einem 26-jährigen Patienten

SCHLÜSSELWÖRTER: Peripheres odontogenes Fibrom, mesenchymale odontogene Tumoren, Diagnose, Therapie

Das periphere odontogene Fibrom (POF) ist eine seltene und gutartige Neoplasie, die aus einem reifen fibroblastären Spindelzellproliferat und variablen Einschlüssen odontogenen Epithels besteht. Es kann sowohl im Ober- als auch im Unterkiefer auftreten. Generell wird je nach Lokalisation zwischen einem peripheren/extraossären Typ (POF) und einem zentralen/intraossären Typ (ZOF) unterschieden, wobei der periphere Typ etwas häufiger zu finden ist. Die aktuelle WHO-Klassifikation für Kopf-/Halstumoren (2017) zählt das POF zu den benignen mesenchymalen odontogenen Tumoren. Klinisch präsentiert sich das POF als meist symptomlose, langsam wachsende, solide Gewebsvermehrung, die im Oberkiefer vorwiegend im anterioren und im Unterkiefer im posterioren Bereich zu finden ist. Das klinische Erscheinungsbild ist mitunter nur schwer von anderen Tumoren der Gingiva unterschiedlicher Genese (z.B. pyogenes Granulom, verschiedene Epulis-Formen oder peripheres Ameloblastom) zu unterscheiden, was die rein klinische Differenzialdiagnose erschwert. Für die sichere Diagnose ist somit eine histopathologische Untersuchung unerlässlich. Hier präsentiert sich der Befund als monomorphe und ausgereifte imponierende Spindelzellproliferation vor meist kollagenfaserreichem Hintergrund. Fokale Verkalkungen können vorkom-

men und sich auch radiologisch als stippchenförmige Mineralisationsherde zeigen. Therapeutisch sollte das POF chirurgisch entfernt werden, wobei Rezidive nicht selten vorkommen. Die Prognose ist aber recht gut, maligne Entartungen kommen nicht vor.

Im vorliegenden Fall stellte sich ein 26-jähriger Patient auf Zuweisung seines Privat-zahnarztes zur Abklärung und Therapie einer umschriebenen Gewebsvermehrung in der Region 13 (Abb. 1) vor. Anamnestisch sei diese Veränderung seit ungefähr einem Jahr vorhanden und im Laufe der Zeit grösser geworden. Der Patient war ansonsten anamnestisch gesund und nahm keine Medikamente ein. Die Sondierungstiefen an Zahn 13 und an den Nachbarzähnen zeigten Werte im Normbereich. Im Röntgenbild (Abb. 2) zeigten sich keine pathologischen Veränderungen der dentalen und ossären Strukturen. Die Läsion wurde mit dem CO₂-Laser in toto entfernt und zur histopathologischen Untersuchung eingeschickt (Abb. 3). Histopathologisch zeigte sich das typische Bild eines POF mit reichlich eingeschlossenen odontogenen Epithelien (Abb. 4–5). Die Wundheilung verlief komplikationslos. Die Nachkontrolle nach einem halben Jahr zeigte kein Rezidiv (Abb. 6). Der Patient wird aber weiterhin jährlich aufgrund des möglichen Rezidivrisikos oralmedizinisch nachkontrolliert.



Abb. 1 Bei der intraoralen Befundaufnahme imponierte palatinal am Zahn 13 eine rosafarbene Gewebsvermehrung mit leicht gefurchter Oberfläche.



Abb. 2 Die radiologische Kontrolle anhand eines Einzelröntgenbildes zeigt keine klar erkennbaren Resorptionen an den Zähnen oder anderweitige Veränderungen der dentalen und ossären Strukturen.



Abb. 3 Die Läsion wurde in toto mit dem CO₂-Laser entfernt und die Wundfläche mit Solcoseryl Dental-Adhäsivpaste bedeckt. Das entnommene Gewebe wurde zur histopathologischen Untersuchung eingeschickt.

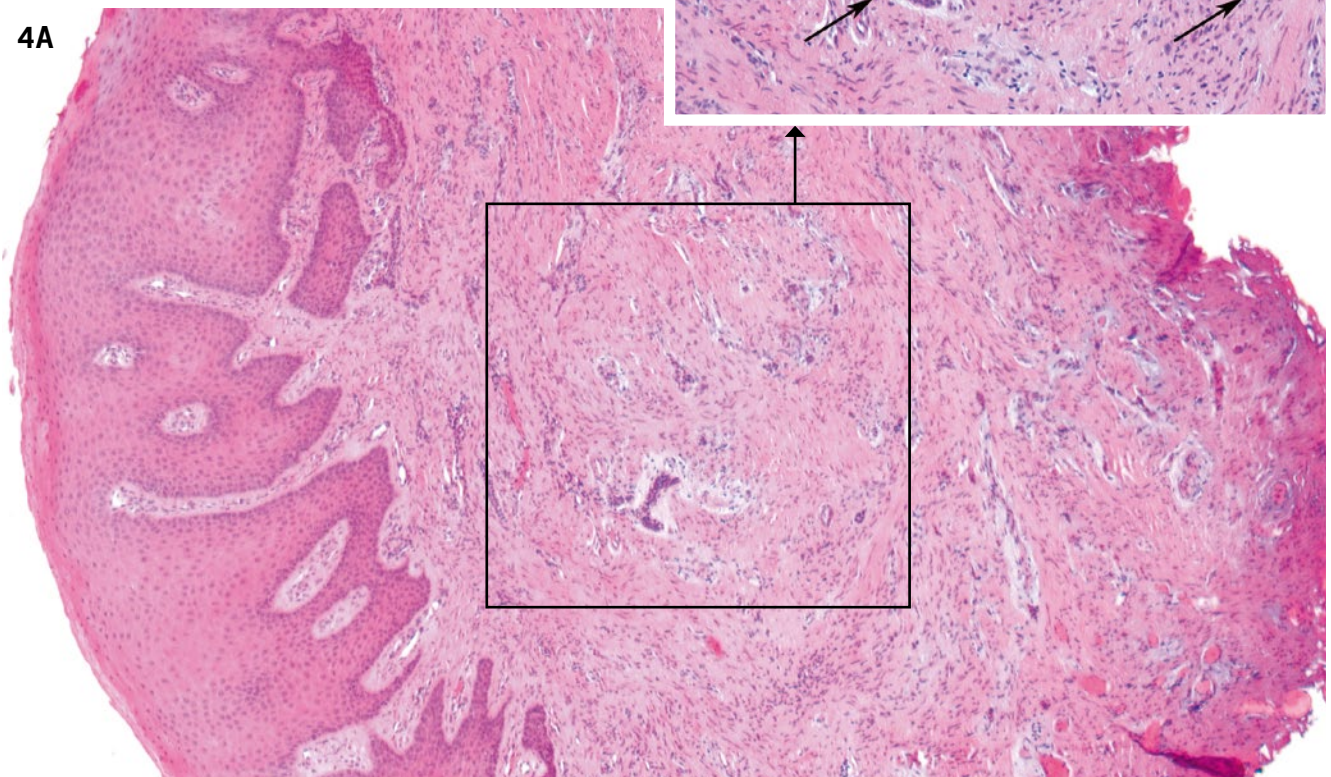
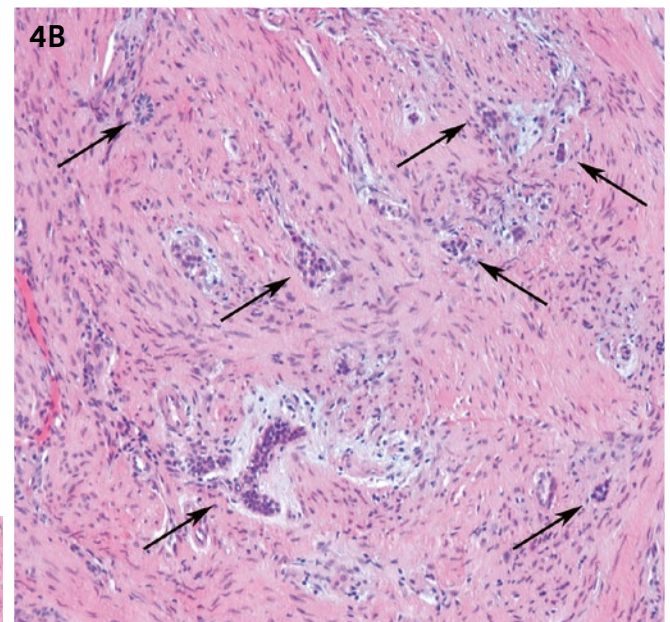


Abb. 4A In der Übersichtsvergrößerung zeigt sich eine zellarme Spindelzellproliferation vor kollagenfaserreichem Hintergrund und unter einem reaktiv verbreiterten Plattenepithel.

Abb. 4B In der stärkeren Vergrößerung zeigen sich diffus verteilt gelegene Inseln odontogener Epithelien (Pfeile).

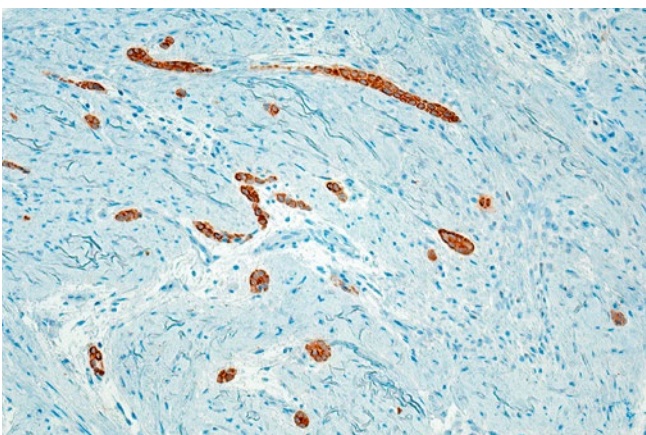


Abb. 5 Die Immunreaktion gegen Pan-Zytokeratin (CK22) demarkiert die eingeschlossenen odontogenen Epithelbildungen im Gewebe eindrücklich.



Abb. 6 Klinische Situation bei der Nachkontrolle sechs Monate später. Es gibt keine Anhaltspunkte für ein Rezidiv.