

Diffus sklerosierende Osteomyelitis (DSO) des Unterkiefers als monotope Form der chronisch rekurrenden multifokalen Osteomyelitis (CRMO) - ein Fallbericht

Language: Deutsch

Autoren:

Priv.-Doz. Dr. Dr. Johannes Kleinheinz, Dr. Dr. Christian Kleier, Univ.-Prof. Dr. Dr. Dr. h.c. Ulrich Joos
Klinik und Poliklinik für Mund- und Kiefer-Gesichtschirurgie Universitätsklinikum Münster

Datum/Veranstaltung/Ort:

09.-11.05.2002

53. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Kieferchirurgie
Bad Homburg, Deutschland

Einleitung

Die chronisch rekurrende multifokale Osteomyelitis (CRMO) stellt eine eher seltene, dafür aber schwer zu therapierende Form der Knochenentzündung dar. Als osteoblastische Variante in der diffus sklerosierenden Form (DSO) kann sie monotop nur den Unterkiefer befallen und zu massiven Auftreibungen und damit zu Entstellungen führen. Im dargestellten Fall wurden unterschiedliche Therapieansätze gewählt, ohne jedoch eine Veränderung des Befundes erzielen zu können.

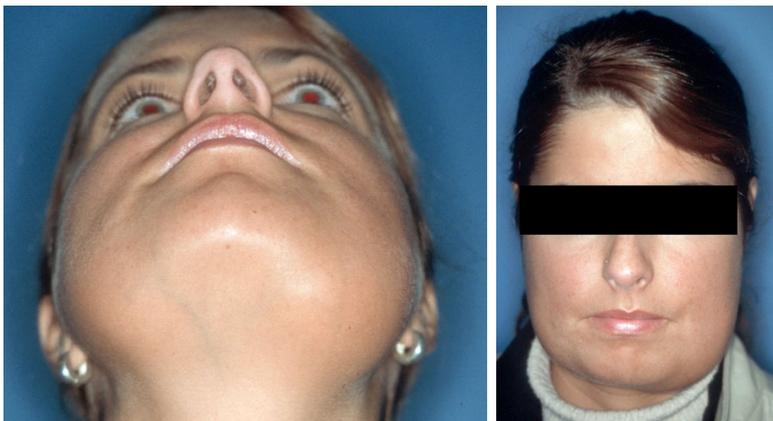


Abb. 1 und 2: 22jährige Patientin 9 Jahre nach Diagnose der Erkrankung. Der Unterkiefer ist in ungewöhnlich starker Form und fast symmetrisch betroffen. Besonders ausgeprägt ist die Schwellung im Kieferwinkelbereich.

Fallbeschreibung

Die Diagnose einer chronisch rezidivierenden Osteomyelitis des Unterkiefers wurde erstmalig 1993 bei einer zu diesem Zeitpunkt 13jährigen Patientin histologisch gesichert. Es folgten multiple stationäre und ambulante Behandlungen, die chirurgische (Dekortikation), medikamentöse (Antibiotika, Rheologika, Antiphlogistika; Analgetika), physikalische (Mikrowelle, Jodiontophorese) sowie die hyperbare Sauerstofftherapie umfaßten. Keiner der Therapieansätze führte zu einer Besserung des Befundes, dagegen entwickelte sich eine massive Volumenzunahme beider Rami mandibulae. Diese ästhetische Beeinträchtigung sowie die rezidivierenden Schmerzzustände zogen psychische Veränderungen der jungen Patientin nach sich, die zusätzlich zu einer psychotherapeutischen Intervention führten. Ein erneuter medikamentöser Ansatz mit der Kombination Azithromycin und Calcitonin zeigte ebenfalls nur geringgradige Veränderungen. Die Patientin, die sich augenblicklich in einem psychisch stabilen Zustand befindet, drängt nun, nach 9jährigem Krankheitsverlauf, auf eine ausgedehnte modellierende Osteoplastik des gesamten Unterkiefers, um zumindest den äußeren Eindruck temporär verbessern zu können.

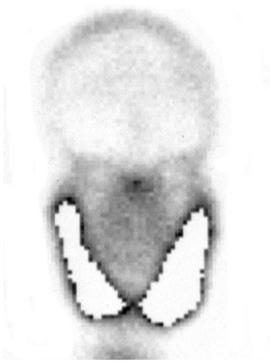


Abb. 3: Szintigraphische Darstellung. Persistierende pathologische Anreicherung im gesamten Unterkiefer, geringe anteriore Aussparung. Die Gelenke und die Schädelbasis sind (noch) nicht betroffen.

Abb. 4: Orthopantomogramm: osteoblastische und sklerosierte Verdickung des Unterkiefers. Die aufsteigenden Äste sowie die Colla sind atypisch und plump verformt. Alle Zähne sind vital und ohne Lockerungsgrad. Die Knochenzeichnung ist diffus feinkörnig.

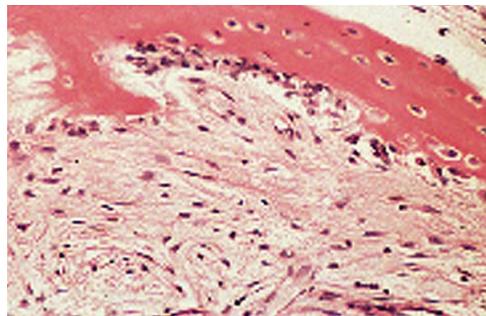


Abb. 5: Computertomographie. Unstrukturierte Knochenzeichnung im Unterkiefer und zunehmende Einengung des Mundbodens/Zungenraumes.

Abb. 6: Histologischer Schnitt. HE-Färbung. Im ortständigen Knochen sind Resorptionslakunen erkennbar, daneben bestehen ausgeprägte bindegewebige Umbauzonen.

Diskussion

Die Therapieoptionen für die CRMO und die DSO werden in der Literatur sehr unterschiedlich bewertet. Der Erkrankung zugrunde liegt eine aseptische primär chronische Osteomyelitis, daher führen antibiotische Therapien in den seltensten Fällen zu einer Verbesserung. Der einzig bekannte spezifische Ansatz gegen die osteomyelitische und die osteoklastische Komponente besteht in einer Kombinationstherapie von Azithromycin und Calcitonin. Da diese Behandlung jedoch keinen Einfluß auf die zum Teil massive knöcherne Schwellung hat, verbleibt nur die ebenfalls ausgedehnte modellierende Osteoplastik. Ein Heilungserfolg kann den Patienten jedoch nicht versprochen werden, was, neben den rezidivierenden Schmerzen, den kosmetischen Beeinträchtigungen und dem langen Verlauf, zu psychischen Belastungen und Veränderungen der meist jugendlichen Patienten und ihrer Familien führt. Dies sollte bei der Therapieplanung rechtzeitig mit einbezogen werden.

Korrespondenz-Adresse:

Priv.-Doz. Dr. Dr. Johannes Kleinheinz

Klinik und Poliklinik für Mund- und Kiefer-Gesichtschirurgie

Universitätsklinikum Münster

Waldeyerstr. 30

48149 Münster

Germany

Poster Faksimile:

Diffus sklerosierende Osteomyelitis (DSO) des Unterkiefers als monotone Form der chronisch rekurrend multifokalen Osteomyelitis (CRMO) - ein Fallbericht
J. Kleinheinz, C. Kleier, U. Joos
Klinik und Poliklinik für Mund- und Kiefer-Gesichtschirurgie

Westfälische Wilhelms - Universität Münster
Forschungsgemeinschaft Biom mineralisation e.V.
UKM Universitätsklinikum Münster

Einleitung

Die chronisch rekurrend multifokale Osteomyelitis (CRMO) stellt eine eher seltene, dafür aber schwer zu therapierende Form der Knochenentzündung dar. Als osteoplastische Variante in der diffus sklerosierenden Form (DSO) kann sie monoton nur den Unterkiefer befallen und zu massiven Aufreibungen und damit zu Entstellungen führen. Im dargestellten Fall wurden unterschiedliche Therapieansätze gewählt, ohne jedoch eine Veränderung des Befundes erzielen zu können.

Fallbeschreibung

Die Diagnose einer chronisch rezidivierenden Osteomyelitis des Unterkiefers wurde erstmalig 1993 bei einer zu diesem Zeitpunkt 13-jährigen Patientin histologisch gesichert. Es folgten multiple stationäre und ambulante Behandlungen, die chirurgische (Dekortikation), medikamentöse (Antibiotika, Rheologika, Antiphlogistika, Analgetika), physikalische (Mikrowelle, Jodentophorese) sowie die hyperbare Sauerstofftherapie umfassen. Keiner der Therapieansätze führte zu einer Besserung des Befundes, dagegen entwickelte sich eine massive Volumenzunahme beider Rami mandibulae. Diese ästhetische Beeinträchtigung sowie die rezidivierenden Schmerzzustände zogen psychische Veränderungen der jungen Patientin nach sich, die zusätzlich zu einer psychotherapeutischen Intervention führten. Ein erneuter medikamentöser Ansatz mit der Kombination Azithromycin und Calcitonin zeigte ebenfalls nur geringgradige Veränderungen. Die Patientin, die sich äußerlich in einem psychisch stabilen Zustand befindet, drängt nun, nach 9-jährigem Krankheitsverlauf, auf eine ausgedehnte modellierende Osteoplastik des gesamten Unterkiefers, um zumindest den äußeren Eindruck temporal verbessern zu können.

Abb. 1
20-jährige Patientin 9 Jahre nach Diagnose der Erkrankung. Die Ursache ist in ungedeckter, seltener Form und fast konstantlich betroffenen Bereichs ausgeprägt ist die Schwellung im Kieferwinkelbereich.

Abb. 2
Schichtweise Darstellung. Persistierende pathologische Anreicherung im gesamten Unterkiefer; geringe anteriore Ausprägung. Die Dentale und die Zahnbasis sind nicht betroffen.

Abb. 3
Orthopantomogramm. Deutlich sichtbare und bilaterale Vergrößerung des Unterkiefers. Die Kiefergelenke, alle Zähne sowie die Gelenkflächen sind ohne Lockerungen. Die Knochendichte ist diffus erhöht.

Abb. 4
Computertomographie. Unilaterale, knochenrichtig unilaterale und zunehmende Einengung des Mundboden Zugänglichkeit.

Abb. 5
Histologischer Schnitt. Entzündung im osteozytischen Knochen und Resorptionen erwartbar, daneben weitere immunohistochemische Untersuchungen.

Diskussion

Die Therapieoptionen für die CRMO und die DSO werden in der Literatur sehr unterschiedlich bewertet. Der Erkrankung zugrunde liegt eine aseptische primär chronische Osteomyelitis, daher führen antibiotische Therapien in den seltensten Fällen zu einer Verbesserung. Der einzig bekannte spezifische Ansatz gegen die osteomyelitische und die osteoplastische Komponente besteht in einer Kombinationstherapie von Azithromycin und Calcitonin. Da diese Behandlung jedoch keinen Einfluß auf die zum Teil massive knöcherne Schwellung hat, verbleibt nur die ebenfalls ausgedehnte modellierende Osteoplastik. Ein Heilungserfolg kann den Patienten jedoch nicht versprochen werden, was, neben den rezidivierenden Schmerzen, den kosmetischen Beeinträchtigungen und dem langen Verlauf, zu psychischen Belastungen und Veränderungen der meist jugendlichen Patienten und ihrer Familien führt. Dies sollte bei der Therapieplanung rechtzeitig mit einbezogen werden.