

Ursachen von Gingivahyperplasie – Demonstration anhand eines Fallbeispiels des Temple-Baraitser Syndroms

KETTELER, J¹⁾; POGGENPOHL, L¹⁾; VAN DER BIJL, N¹⁾; DAUME, L¹⁾

1) Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Universitätsklinikum Münster, Deutschland

Einleitung

Die klinische Diagnose Gingivahyperplasie kann multiple Ursachen haben. Nur pathohistologisch zu unterscheiden sind dabei die echte Zellvermehrung von der Volumenvergrößerung der Zellen. Zu den erworbenen Ursachen einer Gingivahyperplasie zählen die entzündungsbedingte Hyperplasie, die medikamentenbedingte Hyperplasie, die Gingivahyperplasie durch Systemerkrankungen und die neoplastische Gingivahyperplasie. Außerdem gibt es die erblich bedingten Gingivahyperplasien, wie zum Beispiel die des Temple-Baraitser Syndroms. Mit unter 100 bekannten Fällen weltweit ist das Temple-Baraitser Syndrom eine sehr seltene, autosomal dominante, genetische Fehlfunktion. Charakteristisch sind eine geistige Retardierung, frühkindliche Hypotonie, Epilepsie, kleine oder nicht vorhandene Daumen- und Zehennägel, sowie bestimmte Gesichtszüge. Das Temple-Baraitser Syndrom ist bedingt durch Mutationen im KCNH1 Genom (1q32.2).

Fallbericht

Es stellte sich eine 10-Jährige Patientin in Begleitung ihrer Eltern vor. Humangenetisch war bei ihr das seltene Temple-Baraitser Syndrom nachgewiesen worden. Bei allen bisher bekannten Fällen des Syndroms wurde, wie bei dieser Patientin, von epileptischen Anfällen und autistischem Verhalten berichtet. Das Mädchen nahm daher auch täglich Ospanol (Antikonvulsivum) ein. Die Patientin wies den typischen Phänotyp mit einem tiefen Haupthaaransatz, flacher Stirn, nach unten geneigten Lidspalten, breiter, eingedrückter Nasenbrücke mit nach anterior gerichteten Nasenlöchern, kurzem Nasensteg, langem Philtrum und hohem Gaumen¹ auf (Abb. 1 & 2). Auch die in später Kindheit typische Gingivahyperplasie (Abb. 3 & 4) war bei dieser Patientin eindrücklich feststellbar.

Es lag ein Milchzahngebiss mit schlechter Hygienefähigkeit aufgrund eingeschränkter Compliance und der ausgeprägten Gingivahyperplasie² vor. Die bleibende Dentition war -soweit radiologisch beurteilbar- angelegt. Die Gingivahyperplasie ist im Fall dieser Patientin höchstwahrscheinlich Syndrom- und Antikonvulsiva-assoziiert³.



Abb. 1: Frontalansicht



Abb. 2: Lateralansicht

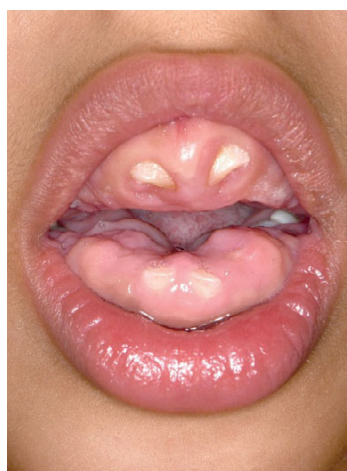


Abb. 3: insuffizienter Lippenschluss



Abb. 4: ausgeprägte Gingivahyperplasie

Schlussfolgerung

Die Therapie einer Gingivahyperplasie ist ursachenabhängig und besteht in der Regel in der Herstellung einer möglichst guten Hygienefähigkeit des Gebisses und in Einzelfällen in einer Abtragung des überschüssigen Gewebes. Die Familie wurde daher angehalten die Mundhygiene zu verbessern. Es wird der weitere Zahndurchbruch abgewartet und dieser bei Bedarf kieferorthopädisch unterstützt.

Ein gänztliches Absetzen der Medikamente ist häufig, wie die Antikonvulsiva in diesem Fall, nicht möglich.

Referenzen und Kontakt

- Wang, Hui; Zhang, Xiaohua; Ding, Hongfang. Temple-Baraitser syndrome with KCNH1 Asn510Thr: a new case report. Clinical Dysmorphology 30(1):p 27-31, January 2021. | DOI: 10.1097/MCD.0000000000000345
- Prasasya R, Grotheer KV, Siracusa LD, Bartolomei MS. Temple syndrome and Kagami-Ogata syndrome: clinical presentations, genotypes, models and mechanisms. Hum Mol Genet. 2020 Sep 30;29(R1):R107-R116. doi: 10.1093/hmg/ddaa133. PMID: 32592473; PMCID: PMC8325017.
- Gallo C, Bonvento G, Zagotto G, Mucignat-Caretta C. Gingival overgrowth induced by anticonvulsant drugs: A cross-sectional study on epileptic patients. J Periodontal Res. 2021 Apr;56(2):363-369. doi: 10.1111/jre.12828. Epub 2020 Dec 23. PMID: 33368283.

Kontakt: judith.ketteler@ukmuenster.de