

Die chronische rekurrende multifokale Osteomyelitis der Mandibula: CRMO, das juvenile SAPHO-Syndrom

Anna Elisabeth Dahlhoff¹, Christina Schnabl², Jan Rustemeyer^{1,2}

¹Medizinisches Versorgungszentrum Ambulanz Bremen GmbH, Fachbereich Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und plastische Operationen am Klinikum Bremen Mitte

²Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Plastische Operationen, Klinikum Bremen Mitte, Lehrkrankenhaus der Universität Göttingen



Einleitung:

Das SAPHO Syndrom umfasst als Oberbegriff auch das seltene Krankheitsbild der chronisch rekurrenden multifokalen Osteomyelitis (CRMO), welches sich im Kindes- und Jugendalter manifestiert [1, 2]. Die Diagnose wird bei Beteiligung des knöchernen Gesichtsschädels oftmals verzögert gestellt, da die Symptome einer Kieferosteomyelitis führend sind und weitere Symptome der CRMO nicht immer in den Fokus rücken. Ziel der Falldarstellung ist es, auf die Möglichkeit des Vorliegens einer CRMO im Rahmen von kindlichen Kieferosteomyelitiden hinzuweisen [3, 4].

Falldarstellung:

Ein 15-jähriger, anamnestisch gesunder Patient stellte sich mit einer Schwellung der linken Wangenregion vor. Die klinische Befunderhebung und die radiologische Diagnostik ergaben einen submukösen Abszess ausgehend von Zahn 36 mit einer ausgedehnten radikulären Ostitis (Abb.1). Die Therapie erfolgte mittels Antibiose, intraoraler Inzision und Exaktion des Zahnes 36 im subakuten Intervall. Vier Wochen postoperative erschien der Patient erneut mit einer deutlichen Wundheilungsstörung in Regio 036. Die Computertomographie der Mandibula und die Knochenszintigraphie ergaben die Verdachtsdiagnose einer Osteomyelitis (Abb.2, Abb.3). Eine Probeexzision aus dem betroffenen Areal bestätigte histologisch die Diagnose. Interdisziplinär mit der pädiatrischen und dermatologischen Klinik konnte bei Vorliegen von Gesichtsakne und einer Pustulosis des Körperstammes die Diagnose CRMO gestellt werden (Abb.4). Die Behandlung erfolgte konservativ mittels einer Kortison- Puls- Therapie. Der Patient ist seitdem beschwerde- und rezidivfrei.

Schlussfolgerung:

Das Auftreten einer Wundheilungsstörung im Sinne einer Osteomyelitis bei jugendlichen Patienten bedarf einer erweiterten Diagnostik unter Einbeziehung weiterer Fachdisziplinen. Insbesondere sollte differentialdiagnostisch die CRMO in Betracht gezogen werden.



Abb.1: präoperativer radiologischer Ausgangsbefund des nicht erhaltungswürdigen Zahnes 36 und Regio 036 4 Wochen post operativ



Abb.2: Knochenszintigraphie und Einzelphotonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) mit deutlicher Mehrbelegung Unterkiefer links



Abb.3: Wangenschwellung links und CT UK mit Osteolysen und deutlicher Periostreaktion



Abb.4: Ausgeprägte Pustulosis Brust und Rücken

1. Girschich HJ, Zimmer C, Klaus et al. Chronic recurrent multifocal osteomyelitis; What is it and how it be treated? Nat. Clin. Pract. Rheumatol. 3:733-738 (2007)
2. Hofman SR, Roesen-Wolff A, Hahn G, Hedrich CM Update: cytokine dysregulation in chronic nonbacterial osteomyelitis Int. Rheumatol. Doi: 101155/2012/310206 (2012)
3. Khanna G, Sato TSP, Ferguson P Imaging of chronic recurrent multifocal osteomyelitis Radiographics 29: 1159-1177 (2009)
4. Roldan JC, Terheyden H, Dunsche A, Kampen WV, Schroeder JO Acne with chronic recurrent multifocal osteomyelitis involving the mandible as part of the SAPHO syndrome: Case report Br. J Oral Maxillofacial Surg. 39: 141-144 (2001)