

Chirurgisch-implantologische Therapie einer Keratozyste des Unterkiefers

Daume, Linda; Cap, Dominik; Kleinheinz, Johannes

Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Universitätsklinikum Münster

Fallbericht

- Ein anamnestisch unauffälliger 26-jähriger Patient stellte sich nach alio loco erfolgter Abszessinision in der regio 47 mit persistierenden Beschwerden im Universitätsklinikum Münster vor.
- Im Orthopantomogramm zeigte sich in regio 46-48 eine scharf-begrenzte, gleichmäßige Radioluzenz, was den Verdacht auf eine Zysten ergab.
- Es erfolgte die Zystektomie und operative Entfernung des Zahnes 48. Die pathohistologische Aufarbeitung erbrachte den Nachweis einer odontogenen Keratozyste.
- Nach 10 Monaten kam es zu einem Lokalrezidiv, was durch eine erneute Zystektomie therapiert wurde.
- Nach 4 Monaten trat erneut eine Fistel auf und im angefertigten CT stellte sich eine erneute Osteolyse im rechten Unterkiefer dar. Es folgte eine Unterkieferresection mit Rekonstruktion durch Beckenkamm.
- Nach 9 Monaten erfolgte die Metallentfernung und nach weiteren 11 Monaten ohne Rezidiv wurden 2 Implantate inseriert.
- 3 Monate später konnten 2 Kronen eingegliedert werden.

Diskussion

Die odontogene Keratozyste zählt gemäß der aktuellen WHO-Klassifikation der Kopf-Halstumoren zur Gruppe der entwicklungsbedingten odontogenen Zysten (1). Sie ist die dritthäufigste Kieferzyste und tritt insbesondere im Bereich der unteren Weisheitszähne auf. Bei der Altersverteilung gibt es eine Inzidenzspitze zwischen dem 20 und 30 Lebensjahr (2). Männer sind häufiger betroffen (3). Oft treten Symptome erst durch eine Sekundärinfektion auf (4). Die Therapie ist die Zystektomie. Hier liegt die Rezidivrate bei 25%. Bei der chirurgischen Resektion beträgt sie unter 2% (5).

Ob und wann nach einer Zystenbehandlung eine implantologische Versorgung erfolgen kann ist unklar. Ohne Implantate ist aber keine funktionelle Rehabilitation möglich. Die Verwendung von autologem Knochen ist weiterhin der Goldstandard. Sicher ist, dass die Integration des Knochentransplantats abgewartet werden muss. Eine regelmäßige radiologische und klinische Nachkontrolle ist obligat (5).

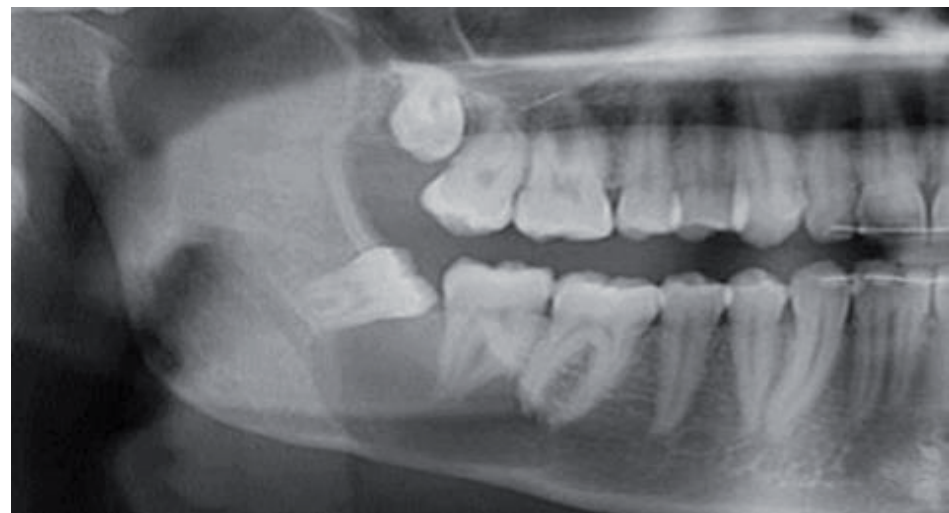
Schlussfolgerung

In diesem Fall konnte durch die Beckenkammaugmentation und anschließende Implantation eine festsitzende implantatgetragene Prothetik eingesetzt werden. Aufgrund der Rezidivneigung bedarf es einer gründlichen Patientenaufklärung und einer regelmäßigen Nachkontrolle. Ein universelles Therapiekonzept kann bei odontogenen Keratozysten nicht propagiert werden.

Literaturangaben:

- (1) Soluk-Tekkeşin, M., & Wright, J. M. (2018). The World Health Organization classification of odontogenic lesions: a summary of the changes of the 2017 (4th) edition. *Türk Patoloji Derg*, 34(1), 1-18.
- (2) Jones, A. V., Craig, G. T., & Franklin, C. D. (2006). Range and demographics of odontogenic cysts diagnosed in a UK population over a 30-year period. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 35(8), 500-507.
- (3) Johnson, N. R., Gannon, O. M., Savage, N. W., & Batstone, M. D. (2014). Frequency of odontogenic cysts and tumors: a systematic review. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry*, 5(1), 9-14.
- (4) Shear, M. (2003). Odontogenic keratocysts: clinical features. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics*, 15(3), 335-345.
- (5) Johnson, N. R., Batstone, M. D., & Savage, N. W. (2013). Management and recurrence of keratocystic odontogenic tumor: a systematic review. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 116(4), e271-e276.

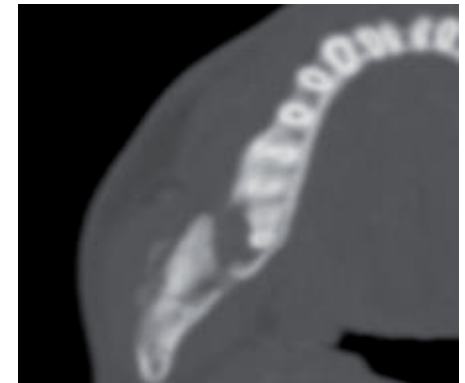
Ausgangsbefund 05/2018



Rezidiv 03/2019



Rezidiv 07/2019



Beckenkamm-
augmentation 07/2019



Metallentfernung 04/2020



Implantation 03/2021



Kronen-
versorgung 06/2021



Kontaktdaten:

Linda Daume
Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Universitätsklinikum Münster
Albert-Schweizer-Campus 1
48149 Münster
linda.daume@ukmuenster.de