Adenomatoider odontogener Tumor im Kieferknochen

A. Filippi, Dr. med. dent.
G. Geiger, Dr. med. dent. Dr. med. vet.
Abteilung Oralchirurgie und Zahnärztliche Poliklinik
(Leiter: Prof. Dr. H. Kirschner)
Medizinisches Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Justus-Liebig-Universität Gießen
Adresse:
Schlangenzahl 14, W-6300 Gießen

Zusammenfassung

Es wird über das Vorkommen eines adenomatoiden odontogenen Tumors ohne Beteiligung eines retinierten und verlagerten Zahnes berichtet. Der gutartige Tumor ist klinisch und radiologisch nicht von anderen pathologischen Veränderungen zu unterscheiden. Nach eindeutiger pathohistologischer Abgrenzung ist die vollständige operative Entfernung in der Regel problemlos durchzuführen. Rezidive wurden bisher nicht beschrieben.

Indizes

Adenomatoider odontogener Tumor

Einleitung

Der adenomatoide odontogene Tumor (a. o. T.) ist eine sehr seltene pathologische Veränderung, welche nach *Bhaskar*[3] etwa 3 % aller odontogenen Tumoren ausmacht. Seit seiner Erstbeschreibung, wahrscheinlich durch *Dreibladt* im Jahr 1907, hat sich die Bezeichnung des Tumors mehrmals geändert. Synonyme sind Adeno-Ameloblastom, ameloblastischer adenomatoider Tumor, Glandular ameloblastoma und Cystic complex composite odontom[1,2,7,9,10,12,14]. Es handelt sich um eine gutartige Geschwulst, die häufiger im Ober- als im Unterkiefer[1,9,12] und meist in Verbindung mit einem retinierten und verlagerten Zahn zu finden ist[12,17]. Das Hauptlokalisationsgebiet ist der Frontzahnbereich[12]. Das Prädilektionsalter ist das zweite Lebensjahrzehnt, Frauen sind häufiger betroffen als Männer[5,6]. Lange Zeit wurde die Veränderung den Ameloblastomen zugerechnet[14] und erst Mitte des Jahrhunderts von den



Abb. 1 Adenomatoider odontogener Tumor. Scharf begrenzter monolokulärer, gleichmäßig radioluzenter Bezirk regio 11–14

übrigen odontogenen Tumoren abgegrenzt[11,13,15]. Es konnte gezeigt werden, daß im Gegensatz zum Ameloblastom das Epithel eine induktive Wirkung auf das Mesenchym hat[6,17]. Im vorliegenden Fall wird ein nur in etwa 25 % aller Fälle[1,6] vorkommender a. o. T. ohne einen vorhandenen retinierten und verlagerten Zahn beschrieben.

Fallbeschreibung

Anamnese und klinischer Befund

Der 28jährige Patient wird von seinem Hauszahnarzt zur operativen Entfernung einer globulo-maxillären Zyste regio 12/13 in unsere Abteilung überwiesen. Seit etwa vier Wochen empfindet der Patient ein leichtes, jedoch zunehmendes Druckgefühl. Schmerzen traten bisher keine auf. Die extraorale Untersuchung zeigt keine Auffälligkeiten. Intraoral ist das Vestibulum verstrichen. Die Schleimhaut über der ca. kirschgroßen, halbkugeligen, derben Vorwölbung ist unauffällig. Die gesamte Region ist leicht druckdolent. Sämtliche Zähne des Oberkiefers reagieren auf Kälte positiv, eine Perkussionsempfindlichkeit besteht nicht.

Radiologische Untersuchung

Im Status X des Oberkiefers erkennt man einen etwa pflaumengroßen monolokulären, relativ scharf begrenzten radioluzenten Bezirk regio 11–13, welcher kaudal und distal von einer sehr dünnen Kortikalis begrenzt wird. Die Wurzeln der Zähne 11, 12 sind nach mesial und von 13 nach distal verdrängt (Abb. 1).

Operatives Vorgehen

Der Tumor wird in Leitungs- und Infiltrationsanästhesie entfernt. Die Schnittführung entspricht einem zum Vestibulum gestielten Bogenschnitt nach *Partsch,* beginnend mesial des Zahnes 11 und sich fortsetzend zum Übergang befestigte

Gingiva/Alveolarmukosa bis in die Umschlagfalte mesial des Zahnes 14. Nach Mobilisation des Mukoperiostlappens und Entfernung einer papierdünnen Kortikalis wird ein Weichgewebsbalg sichtbar. Nach Deckelung des Hohlraumes und der Entleerung cholesterinkristallangereicherter Flüssigkeit wird eine Zystostomie durchgeführt. Das vermeintliche Zystenepithel zeigt makroskopisch keine Veränderungen. Der Mukoperiostlappen wird in das Zystenlumen eingeschlagen und mit dem verbleibenden Balg vernäht. Der entstandene Hohlraum wird mit einer Jodoform-Vaseline-Tamponade ausgefüllt. Der entnommene Weichgewebsdeckel wird der pathologisch-histologischen Untersuchung zugeführt.

Pathologisch-histologischer Befund

Man erkennt einen Tumor, der aus einem lockeren, mäßig kollagenfaserreichen Bindegewebe besteht, welches von spaltförmigen bis zystischen Hohlräumen durchsetzt wird. Diese werden von knotigen Ephithelien gesäumt. Zusätzlich findet man stellenweise eine knotige Proliferation odontogener Epithelien mit angedeutet drüsiger Anordnung und zentraler Abscheidung einer eosinophilen Matrix. Odontogene Ephithelverbände reichen bis an die Peripherie des Tumors heran.
Aufgrund des pathologisch-histologischen Befundes wird eine Nachoperation durchgeführt. Es erfolgt die vollständige Enukleation der Tumorkapsel.

Postoperativer Verlauf

Die bestehende Knochenkavität wird seit der ein halbes Jahr zurückliegenden Nachoperation mit Jodoform-Vaseline-Streifen tamponiert und hat sich seitdem um etwa zwei Drittel verkleinert. Der Patient ist beschwerdefrei, die angrenzenden Zähne sind pulpadentinvital.

Diskussion

Der beschriebene adenomatoide odontogene Tumor deckt sich hinsichtlich Lage und Auftreten mit der Darstellung anderer Autoren[1,5,6,9,12,17]. Einzige Ausnahme ist das Fehlen eines retinierten und verlagerten Zahnes, wobei es sich meist um den oberen Eckzahn handelt[6,17]. Sowohl klinisch als auch radiologisch ist der a. o. T. weder von Zysten noch vom Ameloblastom sicher abzugrenzen. Differentialdiagnostisch sind follikuläre Zysten, nichtodontogene Kieferzysten, Ameloblastom, adenoidzystisches Karzinom sowie Mukoepidermoidtumor zu berücksichtigen[9,14,17]. Die Diagnose kann nur pathohistologisch gestellt werden. Verwechslungen ist dabei vorzubeugen, um ggf. Resektionen der betroffenen Kieferabschnitte – welche z. B. bei der Verdachtsdiagnose Ameloblastom in Frage kämen –gerade im jugendlichen Alter zu verhindern. Die Therapie besteht in der vollständigen Ausschälung des Tumors aus dem Kieferknochen, was aufgrund der derben Kapsel in der Regel keine Schwierigkeiten bereitet[9,14,17]. Rezidive oder eine maligne Entartung wurden bisher nicht beschrieben[1,2,4,8,14].

Literatur

1. *Becker, R.* und *Morgenroth, K.:* Pathologie der Mundhöhle. Thieme, Stuttgart 1986.
2. *Bernier, J. L.* und *Tiecke, R. W.:* Adeno-ameloblastoma. J Oral Surg 8, 259 (1950).
3. *Bhaskar, S. N.:* Synopsis der Mundkrankheiten. Medica, Stuttgart 1971.
4. *Cina, M. T., Dahlin, D. C.* und *Gores, R. J.:* Ameloblastic adenomatoid tumours. Am J Clin Pathol 39, 59 (1963).
5. *Countney, R. M.* und *Kerr, D. A.:* The odontogenic adenomatoid tumor. Oral Surg 39, 424 (1975).
6. *Giansanti, J. S., Someren, A.* und *Waldron, C. A.:* Odontogenic adenomatoid tumor (adenoameloblastoma). Oral Surg 30, 69 (1970).
7. *Gorlin, R. J.* und *Chaudhry, A. P.:* Adenoameloblastoma. Oral Surg 11, 762 (1958).
8. *Halperin, V., Carr, R. F.* und *Peltier, J. R.:* Follow-up of adenoameloblastoma. Oral Surg 24, 642 (1967).

9. *Krüger, E.:* Lehrbuch der chirurgischen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Bd. 2. Quintessenz, Berlin 1985.
10. *Mittermayer, C.:* Oralpathologie, Schattauer, Stuttgart 1976.
11. *Philipsen, H. P.* und *Birn, H.:* The adenomatoid odontogenic tumour – ameloblastic adenomatoid tumor or adenoameloblastoma. Acta Pathol Microbiol Immunol Scand 75, 375 (1969).
12. *Pindborg, J. J.* und *Hjorting-Hansen, E.:* Atlas of diseases of the jaw. Munksgaard, Kopenhagen 1974.
13. *Pindborg, J. J.* und *Kramer, J. R. H.:* Histological typing of odontogenic tumours, jaw cysts and allied lesions. Intern Histol Classification of Tumours Nr. 5. WHO, Genf 1971.
14. *Prein, J., Remagen, W., Spiessl, B.* und *Uehlinger, E.:* Atlas der Tumoren des Gesichtsschädels. Springer, Berlin 1985.
15. *Stafne, E. C.:* Epithelial tumours associated with developmental cysts of maxilla. Oral Surg 1, 887 (1948).
16. *Thoma, K. H.:* Oral pathology. Mosby, St. Louis 1970.
17. *Wahl, G.:* Der adenomatoide odontogene Tumor als Differentialdiagnose zur follikulären Zyste. Dtsch Z Mund Kiefer Gesichtschir 8, 153 (1984). □



100 g Pulver enthalten: 90 g Zinkoxid, 9 g Magnesiumoxid, 100 g Flüssigkeit enthalten: 53 g Phosphorsäure. Gegenanzeigen und Nebenwirkungen sind nicht bekannt.

VOCO

Drei mal Eins ist Eins

Arabesk

Lichthärtendes Universal Feinhybrid Composite für 3 Indikationen

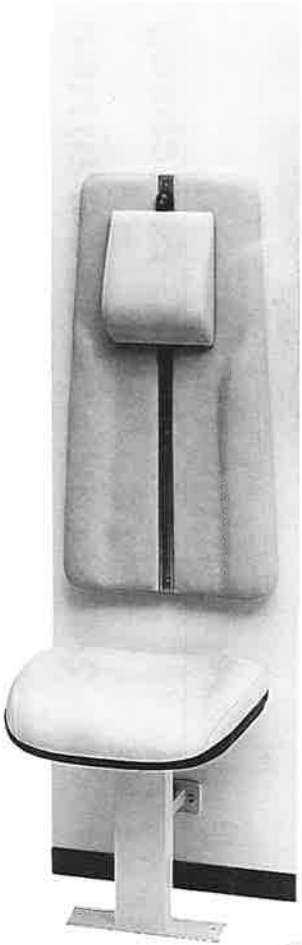
- universell für Front- und Seitenzahnbereich sowie Inlays
- ästhetische Restaurationen durch 8 zweckmäßige transluzente Zahnfarben
- hohe Stabilität
- klebt nicht
- gute Stopfbarkeit und Adaption
- Farbring aus Originalmaterial

Das Set mit den Farben: A1, A2, A3, A3,5, B2, B3, I



Das beste Composite der VOCO-Forschung

VOCO · 27457 Cuxhaven · Tel.: 04721/719-0



DAS KLAPPT . . .

Die Weiterentwicklung des bewährten Coburg Röntgenwandstuhles: **Modell 4055.**
Bei diesem Modell ist der Klappsitz mit einer Gasfedermechanik versehen, die ein sicheres Einrasten in der Arbeits- und Ruhestellung gewährleistet. Sitz- und Rückenteil sind anatomisch gepolstert, die Schiene im Rückenteil sorgt für eine leichte Einstellung der Kopfstütze (Keil- oder U-Form). Die elegante Bodenabstützung sorgt für die notwendige Sicherheit.

Das alles macht den 4055 zu einem kompakten, raumsparenden Stuhl mit welchem praxisgerecht gearbeitet werden kann, darüber hinaus ist er leicht an jeder Wand zu montieren.

QUALITÄT AUF DIE VERLASS IST.

jörg & sohn

96482 Ahorn-Schorkendorf, Lindenstraße 24, W.-Germany
Telefon 09561/26074
Telefax 09561/28866