

# Aus der Praxis: Das komplexe Odontom

Beschreibung eines klinischen Falls. Von Dr. med. dent. Jörg Schmoll, Eppelheim.



Abb. 1: OPT von 2003. – Abb. 2: OPT von 2015. – Abb. 3: Zustand nach Endo.

Die Patientin (Jahrgang 1955) stellte sich erstmals am 22. August 2003 in unserer Praxis vor.

Sie war beschwerdefrei und hatte den Wunsch nach einer klinischen und röntgenologischen Untersuchung und einer konservierenden Therapie einzelner Zähne sowie der Überkronung von 16 und 17.

## Diagnostik 2003

Auf dem OPT stellte sich an der distalen Wurzel des Zahnes 46 eine halbmondförmige ca. 10 mm große röntgendichte Verschattung dar und eine ca. 3 mm große eiförmige Verschattung dorsal davon in Verbindung mit einer kleinen Auftreibung besagter Wurzelspitze.

Die Vitalitätsprüfung des Zahnes 46 war eindeutig positiv. Die Verdachtsdiagnose lautete „sklerosierende Ostitis 46“.

Aufgrund der Symptomlosigkeit und der benignen Prognose

wurde von einer Therapie zu diesem Zeitpunkt abgesehen. Es wurde allerdings eine weitere grobmaschige röntgenologische Verlaufskontrolle vereinbart.

## Befund 2015

Bei einer erneuten röntgenologischen Untersuchung am 17. August 2015 hatte sich die Verschattung deutlich vergrößert und in der Form verändert. Es imponierte nunmehr eine birnenförmige gleichmäßig strukturierte feinkörnig dichte Raumforderung in Verbindung mit einer starken Auftreibung der Wurzelspitze und kaudal davon eine halbmondförmige gleichartige Struktur, getrennt durch einen sehr feinen Spalt. Der Zahn 46 reagierte immer noch eindeutig vital auf Kältestest. Palpatrisch war im Bereich der distalen Wurzel des 46 vestibulär eine harte und nicht druckdolente Auftrei-

bung zu tasten. Alle Anzeichen einer akuten Entzündung fehlten, auch die regionalen submandibulären Lymphknoten waren unauffällig. Eine digitale Volumentomografie lehnte die Patientin aus Kostengründen ab.

## Klinische Schritte, Verlauf und Histologie

Wegen eindeutiger Wachstumstendenz in unmittelbarer Nähe des Mandibularkanal entschieden wir uns zusammen mit der Patientin für eine operative Entfernung der Raumforderung und eine feingewebliche Untersuchung des Resektates.

Eine Vitalerhaltung des Zahnes war somit nicht möglich und wir führten präoperativ am 26. August 2015 eine endodontische Behandlung durch. Die beiden mesialen Wurzelkanäle enthielten vitale gesunde Wurzelpulpa, die beiden dis-

talen Kanäle waren stark obliteriert und zeigten eine avitale und mazerierte Pulpa.

Am 18. November 2015 erfolgte nach antibiotischer Abdeckung mit Amoxycillin und Sedierung mit 5 mg Midazolam (Dormicum) i.v. unter Leitungsanästhesie die Entfernung des Tumors.

Die fast kugelförmige 2,5 cm große dentinähnliche Struktur war kranial fest mit der Wurzel bis

gut zu erkennen) und der Mukoperiostlappen einschichtig speicheldicht vernäht.

Die postoperative Verlaufskontrolle war regelrecht, die Patientin beschwerdefrei, die Nahtentfernung erfolgte zehn Tage postoperativ.

Die histologische Beurteilung ergab ein „ungewöhnliches, hochdifferenziertes komplexes Odontom“.



4

Maximal 1,0 cm in fixiertem Zustand messendes Excisatmaterial. Stufenweise Aufarbeitung des Excisates erfolgte mit Serienschritten. Das Blockmaterial wurde entkalkt. Zahnähnlicher, odontogener Tumor, der aus regelmäßiger Ansammlung von Dentin, Zement, Malassez'schem Epithel und pulpaähnlichem Gewebe besteht. Darüberhinaus kapselähnliche Bindegewebsvermehrung mit umschriebener myxoider Umwandlung.

## Beurteilung

Ungewöhnliches, hochdifferenziertes komplexes Odontom der Regio 46. Extirpiertes Material.

*(Handwritten signature)*

Dr. med. Dagmar Wind

5

Abb. 4: OPT postoperativ. – Abb. 5: Histologie.

ins koronale Wurzeltrüffel verwachsen, nach kaudal allerdings von der Spongiosa durch einen feinen Bindegewebsspalt getrennt, sodass sie nach Absetzung von der Wurzel und weitreichender Resektion der bukkalen Knochenwand nach horizontaler Trennung am „Äquator“ in zwei Teilen in toto entfernt werden konnte.

Aus der klinisch unauffälligen Spongiosa kam es intraoperativ zu einer sehr starken venösen Sickerblutung, die sich nach dreiminütiger Kompression spontan einstellte. Auf das Einbringen von Knochenwachs konnte somit verzichtet werden.

Der kranial eröffnete Mandibularkanal wurde mit mehreren Lagen Kollagenvlies (Baxter) abgedeckt (im postoperativen OPT



## Kontakt

Infos zum Autor



## Dr. Jörg Schmoll

Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde  
Dr. Jörg Schmoll und Partner  
Konrad-Adenauer-Ring 10  
69214 Eppelheim  
Tel.: +49 6221 766161  
Fax: +49 6221 767737  
praxis@dr-scholl.com  
www.dr-scholl.com

# WERDEN SIE AUTOR

## DER PUBLIKATION

# DENTAL TRIBUNE GERMAN Edition

Kontaktieren Sie Majang Hartwig-Kramer

✉ m.hartwig-kramer@oemus-media.de

☎ +49 341 48474-113

0 3 7 7 1 1 3

ANZEIGE