

Die nasopalatinale Zyste – ein Überblick

Teil 3: Therapiemöglichkeiten

Die häufigste nicht odontogene Zyste im Mund-Kiefer-Bereich – die nasopalatinale Zyste. Verursacht durch proliferierende Epithelreste des nasopalatalen Ductus kann sie in allen Altersgruppen auftreten. Epidemiologie, Ätiologie, Befundung sowie Differenzialdiagnostik und Therapie sollen in einem dreiteiligen Beitrag in den Fokus genommen werden.

ZWP online

Die ersten beiden Teile der Serie finden Sie auf www.zwp-online.info/epaper in den Ausgaben 1 und 2/2010 des Oralchirurgie Journals.

Dr. Valérie G. A. Suter, Prof. Dr. Hans Jörg Altermatt, Dr. Thomas C. Voegelin, Priv.-Doz. Dr. Michael M. Bornstein/Bern, Schweiz

■ Konnte eine Zyste anhand der im vergangenen Teil beschriebenen Methoden diagnostiziert werden und ist die Entscheidung, sie operativ zu entfernen, gefallen, ist die Therapie der Wahl meistens die Enukleation mit palatinalen Zugang (Abb. 1 bis 4), aber auch der bukkale Zugang kann in bestimmten Situationen gewählt werden (Abb. 5 bis 8). In der Literatur wurde auch die Marsupialisation (Zystostomie = Partsch I) beschrieben, insbesondere bei Zysten mit größerer Ausdehnung (Schiff et al. 1969, Nortjé & Farman 1978). Diese Technik wurde dann gewählt, wenn eine persistierende Fistel oder die Devitalisation von Zähnen befürchtet wurde. Es gibt keine Studie, welche eindeutig beschreibt bzw. festlegt, ab welcher Größe und/oder Ausdehnung welche Therapie gewählt werden sollte. Allgemein überwog jedoch die Enukleation als Therapie der Wahl in der Literatur (Bodin et al. 1986, Vasconcelos et al. 1999, Elliott et al. 2004). Als postoperative Komplikationen wurden Nachblutungen, Infektionen, persistierende Fistelungen (oro-nasal, oro-antral), Devitalisation von Zähnen und Parästhesien im vorderen Gaumenbereich beschrieben. Bei Bodin et al. (1986) kam es nach 67 operativ entfernten nasopalatalen Zysten bei vier Patienten zu einer Nachblutung, bei sechs zu einer Infektion, bei einem zu einer vorübergehenden Parästhesie und bei einem zu neuralgiformen Schmerzen. Anneroth et al. (1986) untersuchten 32 Patienten in der Nachsorge und stellten bei drei (9%) eine Hypersensitivität der palatinalen Gingiva, bei einem eine persistierende Fistel und bei einem eine Devitalisation eines Inzisiven fest. Zu bemerken ist, dass obwohl einige Nervenfasern des N. nasopalatinus oft bei der Enukleation mitentfernt wurden, Parästhesien in weniger als 10% der Patienten festzustellen waren. Bleibende Paräs-

thesien des N. nasopalatinus sind allgemein sehr selten. Eine Studie zeigte, dass nach der Durchtrennung des Nerven-gefäßbündels am Foramen incisivum zur besseren Übersicht bei der operativen Entfernung von 59 impaktierten Eckzähnen nach einer Woche bei allen Patienten eine Parästhesie vorhanden war. Nach vier Wochen war jedoch bei keinem Patienten mehr eine subjektive oder objektive Sensibilitätsstörung festzustellen. Das mit 23 Jahren relativ niedrige Durchschnittsalter dieser Patientengruppe könnte unter anderem für diese vorteilhafte Regeneration verantwortlich sein (Filippi et al. 1999). In früheren ähnlichen klinischen Studien wurden in Einzelfällen bei älteren Patienten bleibende neurologische Ausfälle nach Durchtrennung des N. nasopalatinus beobachtet (Langford 1989, Magennis 1990).

Heilungsverlauf und Rezidive

Bei gut verlaufender Wundheilung wurden bei radiologischen Kontrollen bereits nach einigen Monaten knöcherner Strukturen in der ursprünglich zystischen Kavität festgestellt (Terry & Bolanos 1989, Gnanasekhar et al. 1995). Bei der radiologischen Dreijahresnachkontrolle beschrieben Anneroth et al. (1986) eine vollständige knöcherner Regeneration bei 82% der operierten Patienten. Bei den übrigen fünf Patienten (18%) konnten Restdefekte von über 6 mm festgestellt werden, zwei davon zeigten eine kontinuierliche aber langsame Heilung, bei weiteren zwei Fällen wurde keine knöcherner Regeneration beobachtet, der letzte Patient klagte über einen schlechten Geschmack und Druckempfindlichkeit, wobei eine persistierende Fistel bemerkt wurde. Bei ihm

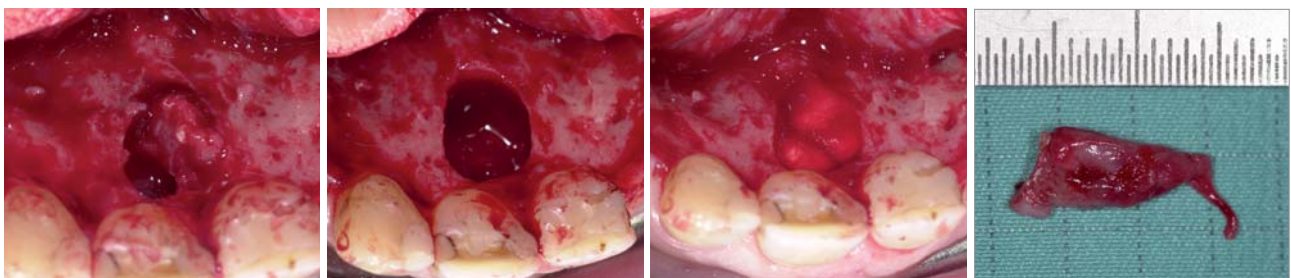


Abb. 1: Nach Bildung eines palatinalen Mukoperiostlappens von Zahn 14 bis Zahn 24 ist die ovale Zystenöhle mit Zystenbalg Regio 11/21 deutlich zu erkennen. – **Abb. 2:** Nach Entfernung des Zystengewebes wird die Zystenöhle etwas kürettiert und blutet voll. – **Abb. 3:** Zur Stabilisation des Blutkoagulums wird ein resorbierbares Kollagenvlies (7 x 3 cm) in die Zystenöhle eingebracht und der Operationssitus dann dicht vernäht. – **Abb. 4:** Der entnommene Zystenbalg wird in toto zur histopathologischen Untersuchung eingesandt.

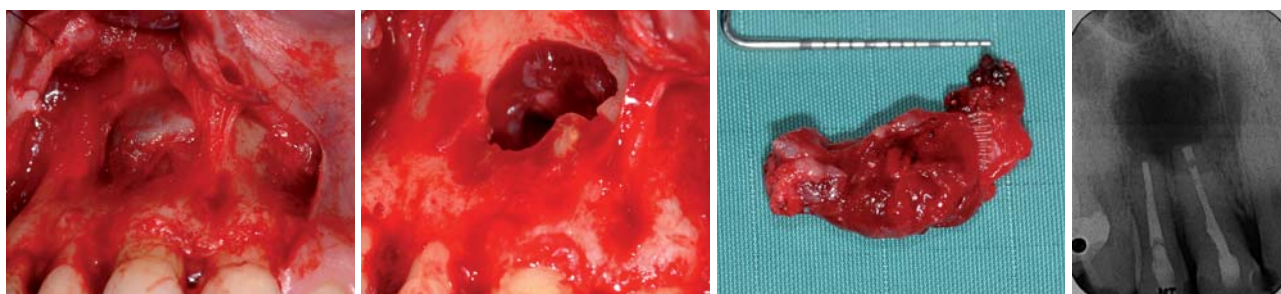


Abb. 5: Nach Bildung des Mukoperiostlappens von Regio 21 bis 13 ist die Zyste sichtbar. Bei palatino-bukkaler Kommunikation der Zyste wurde der Zugang von bukkal gewählt. Der Zugang zu den Wurzelspitzen 11 und 12 ist somit gewährleistet. – **Abb. 6:** Die Zyste wurde vom Knochen abpräpariert und die Wurzeln 11 und 12 wurden durch Osteotomie dargestellt. Es folgte die Resektion der Wurzelspitzen 11 und 12 sowie die retrograde Aufbereitung mit anschließender retrograder Wurzelfüllung des Zahnes 11. Der Zahn 12 wurde aufgrund der markanten Wurzelresorption, präoperativ endodontisch behandelt und war in der endoskopischen Darstellung suffizient gefüllt. – **Abb. 7:** Das entnommene Zystengewebe wurde in toto zur histopathologischen Untersuchung eingesandt. – **Abb. 8:** Postoperatives Röntgenbild mit der retrograden Wurzelfüllung beim Zahn 11. Die präoperativ durchgeführte Wurzelfüllung beim Zahn 12 bei einem endontisch tätigen Spezialisten war suffizient und musste retrograd nicht aufbereitet werden.

wurde ein zweiter operativer Eingriff geplant. Obwohl nur von etwas mehr als der Hälfte der Patienten (zwölf von initial 22) die Daten zur Nachkontrolle über einen Zeitraum von einem bis neun Jahren vorhanden waren, zeigte sich bei Allard et al. (1981) die gleiche Tendenz einer im Allgemeinen guten Regeneration. Bei neun Patienten konnte eine vollständige und bei drei eine gut fortgeschrittene knöcherne Heilung gesehen werden. Ein Patient zeigte nach über sechs Jahren eine persistierende röntgenologische Aufhellung von 7 mm, lehnte jedoch, da er symptomfrei war, einen chirurgischen Zweiteingriff ab.

Eine deutlich höhere Anzahl von Zweiteingriffen wurde von der Gruppe um Bodin und Mitarbeitern (1986) berichtet. Sie führten bei acht (16%) von 51 nachkontrollierten Patienten, bei welchen sie ein Rezidiv vermuteten, eine Revision durch. Ob es sich dabei tatsächlich um Rezidive gehandelt hatte, wurde aber nicht erwähnt. Bei einem größeren Patientenpool von 334 Patienten wurden sieben Rezidive (2%) in einem Zeitraum von drei Monaten bis sechs Jahren erwähnt, ohne dass dabei detaillierte Angaben publiziert wurden. Spezielle Gründe für die aufgetretenen Rezidive konnten nicht eruiert werden (Swanson et al. 1991). Obwohl keine Daten über einen längeren Zeitraum gefunden wurden und die nachuntersuchten Patientengruppen klein waren, kann zusammenfassend gesagt werden, dass nach präziser chirurgischer Enukleation eine geringe Rezidivrate bei nasopalatinalen Zysten zu erwarten ist.

Schlussfolgerungen

Bei der nasopalatinalen Zyste handelt es sich um die häufigste nicht odontogene Zyste im Kieferbereich. Häufig wird die Diagnose als Zufallsbefund auf dem Röntgenbild gestellt. Dabei ist es radiologisch oft schwierig, die Zyste von einem erweiterten Foramen incisivum zu unterscheiden, da Normvarianten des Foramen incisivum mit bis zu 10 mm Ausdehnung gemessen wurden. Nur selten zeigen sich klinische Beschwerden wie Schwellungen und Schmerzen im Bereich der Papilla incisiva oder in der Mitte des labialen Alveolarkammes, sowie Ausfluss muköser oder eitrigiger Zystenflüssigkeit.

Differenzialdiagnostisch muss die nasopalatinale Zyste vor allem von der radikulären Zyste abgegrenzt werden. Sowohl die Vitalität der Zähne wie auch die Erhaltung der Lamina dura und des Desmodontalspaltes der zentralen Inzisiven auf dem Röntgenbild sprechen eher für eine nasopalatinale Zyste. Weiter kommen auch die Keratozyste und odontogene bzw. nicht odontogene Tumore infrage. Die endgültige Diagnose kann aber in der Regel erst nach einer histopathologischen Untersuchung gestellt werden. Die Therapie besteht in den meisten Fällen aus der Enukleation bzw. Zystenektomie (Partsch II). Die Prognose nach einer Zystenoperation ist sehr gut. Nur selten kommt es zu Rezidiven und auch bleibende Parästhesien des N. nasopalatinus scheinen kein klinisch relevantes Problem darzustellen. ■

ZWP online
Eine Literaturliste steht ab sofort unter www.zwp-online.info/fachgebiete/oralchirurgie zum Download bereit.

Dank

Die Autoren möchten Frau Anna-Christina Zysset, Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin, herzlich für die Erlaubnis danken, unsere Publikation (Suter VG, Altermatt HJ, Voegelin TC, Bornstein MM: Die nasopalatinale Zyste – Epidemiologie, Diagnostik und Therapie. Schweiz Monatsschr Zahnmed 2007; 117: 825–839) in dieser aktualisierten und modifizierten Version veröffentlicht zu dürfen.

Der vorliegende Artikel stellt eine aktualisierte und überarbeitete Version der folgenden Publikation dar: Suter VG, Altermatt HJ, Voegelin TC, Bornstein MM: Die nasopalatinale Zyste – Epidemiologie, Diagnostik und Therapie. Schweiz Monatsschr Zahnmed 2007; 117: 825–839.

□ KONTAKT

Priv.-Doz. Dr. med. dent. Michael M. Bornstein
Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie
Zahnmedizinische Kliniken der Universität Bern
Freiburgstr. 7, 3010 Bern, Schweiz
Tel.: +41-31/632 25 45/-66
Fax: +41-31/632 09 14
E-Mail: michael.bornstein@zmk.unibe.ch