

Im vorliegenden Fall wird eine Therapieoption zur Entfernung eines peripheren odontogenen Fibroms vorgestellt. In einem operativen Eingriff erfolgten die elektrochirurgische Exzision eines ausgedehnten Befundes sowie die Modellierung der Gingiva im Unterkiefer Regio 43–45. Durch diese Vorgehensweise konnten eine sichere und vollständige Entfernung des Fibroms sowie eine akzeptable ästhetische Rekonstruktion gewährleistet werden. Ein peripheres odontogenes Fibrom stellt eine absolute Rarität dar und soll in diesem Artikel im Rahmen einer Fallpräsentation näher beleuchtet werden.

Dr. Andreas Willer
[Infos zum Autor]



Literatur



Entfernung eines peripheren odontogenen Fibroms

Dr. Andreas Willer

Ein 37 Jahre alter Patient stellte sich nach Überweisung vom Hauszahnarzt mit Bitte um Beurteilung und Behandlung einer seit über einem Jahr persistierenden Schleimhautveränderung

im Unterkiefer rechts vor. Der Patient berichtete über eine deutliche Größenzunahme innerhalb der letzten drei Monate und hatte bereits eine Vorwölbung der extraoralen Wangenweich-

teile rechts wahrgenommen. Er hatte ein subjektiv zunehmendes Fremdkörpergefühl sowie Probleme bei der Nahrungsaufnahme und Mundhygiene bemerkt.



Abb. 1: Darstellung des extraoralen Situs mit Vorwölbung der Wange unterhalb des rechten Mundwinkels. – **Abb. 2:** Präoperatives OPG. – **Abb. 3:** Darstellung des intraoralen Situs (Blutung provoziert durch Infiltrationsanästhesie). – **Abb. 4:** Exzidiertes Tumor Regio 43/44.

Der intraorale Zahnstatus zeigte bei Erstvorstellung des Patienten ein konservierend suffizient versorgtes vollständiges Gebiss. Neben durch Kaffee-, Tee- und Rotweinkonsumierung verursachten Verfärbungen und Zahnstein im Bereich der Unterkieferfront zeigten sich keine weiteren Auffälligkeiten der Zahnhartsubstanzen.

Klinisch imponierte im rechten Unterkiefer in Regio 42–46 ein schmerzloser, 2 x 2 x 1 cm großer, polypös-prall-elastischer nach Regio 43/44 gestielter aufsitzender Lokalbefund. Beim vorsichtigen Abklappen des Tumors stellten sich die Zähne 43–45 unversehrt dar. Zur Ergänzung der Diagnostik wurde ein Orthopantomogramm erstellt. Es zeigten sich im Ober- und Unterkiefer metallidichte Verschattungen im Sinne von konservierenden Füllungen im Bereich der Molaren des linken und rechten Ober- und Unterkiefers sowie im rechten Frontzahnbereich des rechten Oberkiefers. In der Röntgenaufnahme konnten keine periapikalen oder intraossären Läsionen nachgewiesen werden. Insbesondere die Regio 42–46 zeigte sich unauffällig.

Die beiden Sinus maxillares waren frei und gut belüftet. Die Region der Kiefergelenke stellte sich sowohl rechts- als auch linksseitig ohne pathologische Veränderungen dar.

In Zusammenfassung der klinischen und röntgenologischen Befunde wurde die Arbeitsdiagnose Epulis fibrogranulomatosa gestellt.

Operativer Verlauf

Nach Schmerzausschaltung durch Lokalanästhesie mit Ultracain® D-S forte (Adrenalin 1:100.000) erfolgte die elektrochirurgische Exzision des Tumors und die ebenso elektrochirurgisch durchgeführte Modellation der marginalen Gingiva in Regio 43/44. Auf einen Zahnfleischverband wurde verzichtet.

Postoperativer Verlauf und Prognose

Der postoperative Verlauf gestaltete sich ohne Komplikationen. Der Patient

wurde instruiert, zunächst eine weiche Zahnbürste zur Pflege der Regio 43/44 zu verwenden um die marginale Gingiva zu schonen. Außerdem wurde empfohlen, eine Mundspüllösung (Chlorhexamed 0,2%) über einen Zeitraum von zehn bis 14 Tagen zwei- bis dreimal täglich zur lokalen Unterstützung der Wundheilung zu verwenden.

Bei einer Nachuntersuchung zehn Tage postoperativ zeigte sich ein bereits nahezu vollständig abgeheiltes Situs in Regio 43/44. Der Patient war zu diesem Zeitpunkt vollkommen beschwerdefrei, hatte bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme keine Probleme und konnte seiner alltäglichen Mundhygiene wieder in vollem Umfang nachkommen. Er wird noch für die nächsten zwei Jahre engmaschig in einem Recall zur Nachkontrolle in der Praxis betreut.

Histologischer Befund

Der histologische Befund zeigte eine vorgewölbte, leicht verdickte Schicht verhornenden Plattenepithels. Intra- und subepithelial zeigten sich lockere gemischtzellige entzündliche Infiltrate. Weiterhin konnten eine myxoide Auflockerung, pseudozystische Areale und wechselnde Lymphangiektasien nachgewiesen werden. In einer weiteren Aufbereitung des Materials konnten im Rahmen der Alcianblau-Reaktion mukoide Verquellungen dargestellt werden. Zudem zeigten sich Epithelnester (Malassez'sche Epithelnester).

Diskussion

2017 wurde die überarbeitete WHO-Klassifikation odontogener Tumoren vorgestellt. In dieser Übersicht wird das odontogene Fibrom als eine benigne mesenchymale Neoplasie beschrieben, welche ihren Ursprung in odontogenem mesenchyalem Bindegewebe hat.^{1,2}

Das odontogene Fibrom wird dabei in zentrale intraossäre und periphere extraossäre Tumoren, entsprechend ihrer Primärlokalisierung, unterteilt. Erstgenannte Variante ist dabei sehr viel häufiger zu beobachten und tritt

SC 5010 HS Mobiler OP Stuhl

für

- Oralchirurgie
- Implantologie
- Kieferorthopädie
- Plastische ästhetische Chirurgie



Standard
Kopfstütze



Mehrgelenks-
Kopfstütze



Deck chair



Fuß Joystick

AKRUS GmbH & Co KG

Otto-Hahn-Str. 3 | 25337 Elmshorn

Phone: +49 4121 79 19 30

Fax +49 4121 79 19 39

info@akrus.de | www.akrus.de



Abb. 5: Situs Regio 43/44 nach elektrochirurgischer Exzision und Modellation der marginalen Gingiva. – **Abb. 6:** Situs Regio 43/44 nach initialer Abheilung zehn Tage postoperativ. – **Abb. 7:** Situs Regio 43/44 nach vollständiger Heilungsphase und Remodeling sechs Monate postoperativ.

Typ/Spezifikationen	Simple Type	Complex Type
Epithel	gering	reichlich
Zellen	gering/feines Kollagengeflecht	dichter zellulärer Gewebeverbund
Grundsubstanz	Fibromyxoid ³	Fibroblastensammlungen, kleine Blutgefäße, Inseln versprengter odontogener Epithelzellen
Besonderheiten	inaktives odontogenes Epithel (selten), Kalzifizierungen (selten), dysplastisches Dentin, Zement- oder Knochenbildungen ^{3,5,6}	reichlich odontogene Epithelzellen ^{3,5}

Tab. 1: Histologisch können nach der aktuellen WHO-Klassifikation zwei unterschiedliche Typen des odontogenen Fibroms unterschieden werden.³

bevorzugt beim weiblichen Geschlecht auf, wohingegen das deutlich seltenere periphere odontogene Fibrom häufiger in der männlichen Population vorkommt.³⁻⁵

Betrachtet man die odontogenen Fibrome im Verhältnis zu allen anderen odontogenen Tumoren, so sind sie mit einem Anteil von fünf Prozent eher selten. Sie können in allen Altersgruppen vorkommen, jedoch gibt es eine besondere Perzentile in der Häufigkeitsverteilung für den Lebensabschnitt zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr.^{3,5} Als Lokalisation für den zentralen, intraossär gelegenen Tumor kann sowohl der Ober- als auch der Unterkiefer gelten. Dabei ist im Bereich der Maxilla häufiger die Frontzahnregion betroffen, bei einem Auftreten im Bereich der Mandibula kann eine Häufung des Auftretens im Bereich der Prämolaren bis in den Molarenbereich beobachtet werden.^{1,6} Radiologisch können bei odontogenen Fibromen durchaus variable Befunde erhoben werden. Meist zeigen sich gut begrenzte rundliche Radioluzenzen, die meist in Kontakt zu Zahnwurzeln stehen. Diese Nähe kann zu Wurzelresorptionen, aber auch zu Verlagerun-

gen und Kippungen von Zähnen führen. Größere Fibrome können multilokulär auftreten und zeigen einen partiell sklerotischen Randsaum.⁷ Makroskopisch präsentiert es sich weiß, solide und zeigt nur eine sehr geringe Infiltrationstendenz. Histologisch können nach der aktuellen WHO-Klassifikation zwei unterschiedliche Typen des odontogenen Fibroms unterschieden werden (Tab. 1). Fasst man die mikroskopischen Merkmale des odontogenen Fibroms zusammen, findet sich bei diesem hauptsächlich bindegewebiges Stroma. Odontogene Epithelzellnester oder -stränge können wie im vorgestellten Fall vorkommen, sind jedoch nicht obligat.¹ Weitere Ausprägungsformen können das odontogene Fibrom vom riesenzellig-granulomatösen Typ und jenes vom Granulartyp sein.^{6,8} Die Therapie des odontogenen Fibroms zielt auf eine möglichst komplette chirurgische Entfernung des Tumors hin, die bei meist guter Begrenzung der Läsion in der Enukleation besteht. Rezidive werden nur selten beobachtet. Eine maligne Entartungstendenz ist nicht beschrieben.⁹

Differenzialdiagnostisch sollte an die verschiedenen Epulis-Formen, gutartige Fibrome, aber auch an ein peripheres Ameloblastom oder eine intraorale Manifestation eines Lymphoms/einer Metastase eines bösartigen Tumors gedacht werden.

Der Artikel ist bereits als PDF-Version auf der Website des „International Journal of Dentistry and Oral Health“ erschienen. Genaue Angaben dazu finden Sie in der Literaturliste (siehe QR-Code am Textbeginn).

Kontakt



Dr. Andreas Willer
Halberstädter Straße 55
39112 Magdeburg
info@zahnchirurgie-willer.de
www.zahnchirurgie-willer.de



neoss® | Ästhetische
Heilungsabutments
mit ScanPeg

- Einheilung ohne Unterbrechung
- Patientenfreundlicher schnellerer Ablauf
- Passend zu Neoss Esthetiline
- Anatomische Formen für hohe Ästhetik

