

Ein neues Konzept zur Behandlung großer Kieferzysten

State of the Art bei der Therapie großer Zysten des Kieferknochens ist die Füllung der knöchernen Kavität mit einem autologen Knochentransplantat vom Beckenkamm oder mit Knochenaufbau- bzw. Knochenersatzmaterial unter der Vorstellung, das entstehende Koagulum stabilisieren zu müssen und, insbesondere bei sehr großen Zysten, eine Leitschienenstruktur zur Verfügung zu stellen.

DR. NORBERT HASSFURTHER/WETTENBERG

Diese Verfahren sind durch erhebliche Nachteile belastet: die Entnahme des autologen Materials vom Becken ist mit einer hohen Morbidität und einer Vollnarkose unter stationären Verhältnissen verbunden. Die Knochenersatz- oder -aufbaumaterialien verursachen in den erforderlichen Mengen enorme Kosten, ganz abgesehen von spezifischen Problematiken, auf die hier aus Platzgründen nicht näher eingegangen werden soll. Die kürzlich berichtete Behandlung mit rhBMP-2 gehört in den Bereich der experimentellen Chirurgie. Die alternativ ebenfalls mögliche Zystostomie hat den Nachteil der nicht selten jahrelangen Nachbehandlungszeit, die vor allem im Oberkiefer häufig in einer sehr unschönen De-

fektheilung endet, sodass dieses Verfahren in dieser Praxis schon seit Jahren nicht mehr angewendet wird.

Das in diesem Artikel vorgestellte Verfahren ist eine Zystektomie ohne Stabilisierung des Koagulum, die von einer prä-, intra- und postoperativen antibiotischen Abdeckung begleitet wird und einen äußerst sorgfältigen primären Wundverschluss zur Voraussetzung hat. Durch eine prospektive gut einjährige Studie mit 19 Patienten, die einen durchschnittlichen größten Zystendurchmesser von 2,9 cm (von 1,1 bis 5,2 cm) aufwiesen, konnte gezeigt werden, dass dieses Verfahren durch eine große Therapiesicherheit gekennzeichnet ist. Alle Eingriffe wurden unter Lokalanästhesie ambulant und ohne Ein-



Patient 1 (54-jähriger Patient): Abb. 1: Z. n. Versuch Osteotomie 38 beim HZA, dabei wurde als Zufallsbefund die Zyste entdeckt und der Patient zur Weisheitszahnentfernung und Behandlung der Zyste an diese Praxis verwiesen. OPG v. 11/1999. Befund: Zweikammerige Zyste von Regio 36 bis in die Incisura semilunaris reichend. Klinisch: Vitalitätsprüfung der Zähne 36 und 37 positiv. – Abb. 2: Sechs Monate nach Zystektomie und Osteotomie Zahn 38 mit primärem Wundverschluss ohne Zystenfüllung. Histologie: follikuläre Zyste. OPG v. 05/2000. Befund: Vollständige Ossifikation mit geringfügig vermehrter Transluzenz unmittelbar distal des Zahnes 37. Klinisch: eine Paraesthesie des N. mentalis hatte sich in 03/2000 vollständig gelegt. Die Vitalitätsprüfung des Zahnes 36 war durchgehend, die des Zahnes 37 seit 05/2000 positiv. – Abb. 3: OPG v. 10/2004. Befund: Vollständige knöcherne Durchbauung des ehemaligen Zystenlumens. Die ursprüngliche Begrenzung ist nur noch nach mesial diskret auszumachen. Keine weitere Wurzelresorption. Klinisch: Beschwerdefreiheit.



Patient 2 (49-jähriger Patient): Abb. 4: OPG v. 05/2000. Befund: große, scharf begrenzte Unterkieferläsion. Klinisch: von extraoral zu palpierender Wurzelstock des Zahnes 38. – Abb. 5: Der Zahn 38 nach der Entfernung. Die äußerst vorsichtige Luxation konnte durch Druck von extraoral unterstützt werden. Es ist deutlich zu erkennen, wo der Zahn von der basalen Kompakta umfasst wurde. – Abb. 6: OPG v. 09/2001. Befund: vollständige Reossifikation 16 Monate nach Zystektomie ohne Zystenfüllung. Histologie: follikuläre Zyste. Klinisch: keine Beschwerden, insbesondere keine Sensibilitätsstörung. Der Patient ist dem aktuellen Recall leider noch nicht gefolgt.