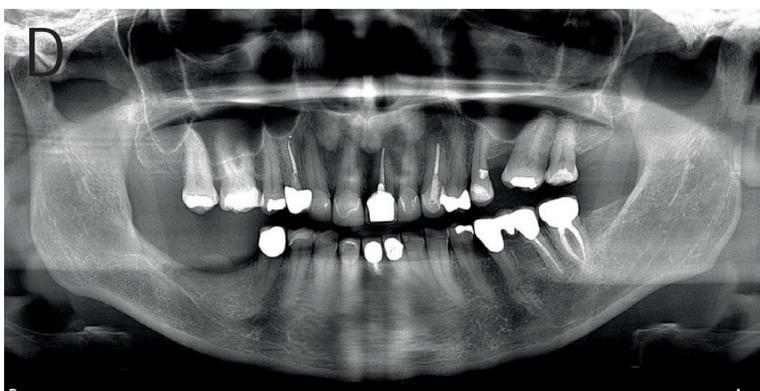


Einleitung

Neben den intraossären Varianten ist das periphere Ameloblastom mit 1-5% der seltenste Subtyp (1). Gleichzeitig gilt es mit nur minimaler knöcherner Beteiligung und einer geringeren Rezidivrate von im Verhalten als weniger aggressiv (2). Klinisch imponiert langsames, indolentes Wachstum, meist an der Gingiva (1), häufiger bei Männern als bei Frauen und mit einem Altersgipfel von 52 Jahren (3). Periphere Ameloblastome kommen im Unterkiefer häufiger als im Oberkiefer vor (3), wobei meist die Gingiva im Seitenzahnbereich befallen ist (4). Histologisch imponieren Zellnester ameloblastischen Epithels ähnlich den der zentralen Tumoren (4). Als Therapie der Wahl wird die vollständige weichgewebige Exzision sowie eine Nachsorge über mindestens 10 Jahre empfohlen (2).

Dokumentation



Fallbericht

Eine 58 jährige Patientin wurde 2023 mit einer Raumforderung in regio 47 von ihrem Hauszahnarzt überwiesen. Das Wachstum blieb von der Patientin unbemerkt. Eine Zystektomie mit unklarer Histologie habe bereits 1988 im Bereich des rechten Unterkiefers ex domo stattgefunden, während 2008 in unserer Klinik die Resektion eines als Rezidiv gewerteten zentralen Granularzellameloblastoms in selbiger Regio erfolgte. Die im Anschluss folgenden Kontrollen wurden von der Patientin ausgesetzt.

Die neu aufgetretene Raumforderung zeigt sich exophytisch ohne ossäre Infiltration. Es erfolgte die Probeentnahme und histologische Untersuchung, wobei ein Ameloblastom vom akanthomatösen Typ ohne ossäre Komponente festgestellt wurde. Nach Befundmitteilung wurde mit der Patientin vierteljährlich klinische und halbjährlich radiologische Verlaufskontrollen sowie die Nachresektion bei dem Auftreten eines Rezidivs vereinbart.

Fazit

Die chirurgische Entfernung gilt als Therapie der Wahl, jedoch besteht aufgrund der Seltenheit des Befundes und der geringeren Rezidivrate im Vergleich zu zentralen Läsionen in der Fachliteratur kein eindeutiger Konsens bezüglich der nötigen Radikalität der Entfernung. Auch ist die histologische Zuordnung zu einem rein weichgewebigen Rezidiv oder peripherem Zweittumor nicht in allen Fällen eindeutig möglich. In jedem Fall sollten allerdings langjährige, regelmäßige, klinische und radiologische Kontrollen durchgeführt werden, um Rezidive frühzeitig zu erkennen und zu behandeln.

Referenzen

- (1) Goda H, Nakashiro K, Ogawa I, Takata T, Hamakawa H. Peripheral ameloblastoma with histologically low-grade malignant features of the buccal mucosa: a case report with immunohistochemical study and genetic analysis. *Int J Clin Exp Pathol.* 2015 Feb 1;8(2):2085-9. PMID: 25973109; PMCID: PMC4396233.
- (2) Anpalagan A, Tzortzis A, Twigg J, Wotherspoon R, Chengot P, Kanatas A. Current practice in the management of peripheral ameloblastoma: a structured review. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2021 Jan;59(1):e1-e8. doi: 10.1016/j.bjoms.2020.08.084. Epub 2020 Aug 21. PMID: 33162201.
- (3) Do-Hyun On, Min-Hye Kang, Jaeyoung Ryu, Myunghee Kang, Peripheral ameloblastoma of the pterygomandibular space: A case report, *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology*, Volume 31, Issue 3, 2019, Pages 192-195, ISSN 2212-5558
- (4) Effiom OA, Ogundana OM, Akinshipo AO, Akintoye SO. Ameloblastoma: current etiopathological concepts and management. *Oral Diseases*, Volume 24, Issue 3, 2018, Pages 307-316, <https://doi.org/10.1111/odi.12646>