

Ausgedehntes zemento - ossifizierendes Fibrom des Unterkiefers. Von der Resektion bis zur Rehabilitation - ein Fallbericht

Patrick Schöne, Christian Kühn, Alexander Busch, Jan Rustemeyer

Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Plastische Operationen,
Klinikum-Bremen-Mitte, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Göttingen



Einleitung:

Das zemento – ossifizierende Fibrom (ZOF; ICD-O 9262/0) stellt einen gutartigen, scharf abgegrenzten Tumor aus zellreichem, fibrösem Stroma und variablen Anteilen mineralisiertem Gewebe (Knochen/Zement) dar [1]. ZOF treten typischerweise zwischen der 2. bis 4. Lebensdekade auf und sind am häufigsten im Bereich des posterioren Unterkiefers lokalisiert. Das weibliche Geschlecht ist häufiger betroffen [2,3]. ZOF stellen sich als radioopake oder auch radioluzente Veränderungen dar [3]. Benigne Knochentumore des Unterkiefers können lange symptomlos bleiben und werden häufig als radiologische Zufallsbefunde entdeckt (Abb. 1). Für eine definitive Diagnosesicherung ist eine histologische Bewertung erforderlich. Bei seltenen Knochentumoren ist jedoch in einzelnen Fällen eine genaue Festlegung der Dignität weder klinisch, noch radiologisch oder histologisch möglich.

Falldarstellung:

Eine 24jährige Patientin wurde mit einer radiologisch ca. 3 x 2,4 cm großen, ovalären, soliden Raumforderung mit lingualem Kortikalisdefekt und direktem Kontakt zu den Wurzeln der Zähne 46 und 47 vorstellig (Abb. 1). Klinisch waren keine weiteren Auffälligkeiten zu erkennen. Nach initialer Tumorsektion wurde histologisch ein zemento–ossifizierendes Fibrom beschrieben. Es konnte jedoch ein niedrigmalignes Osteosarkom nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden. Im Rahmen der radikalen Tumorentfernung wurde nach Unterkieferresektion ein patientenindividuelles, mikrochirurgisches, muskulo-ossäres Beckenkammtransplantat mittels CAD/CAM Verfahren gehoben und in den Unterkieferdefekt eingebracht (Abb. 2 und 4). Der postoperative Verlauf war komplikationslos, die definitive Histologie bestätigte jetzt die Diagnose eines ZOF (Abb. 3). Bei den regelmäßigen Tumornachsorgeterminen zeigte sich kein Anhalt für ein Rezidiv. Nach Implantatinsertion und prothetischer Rehabilitation ist die Patientin beschwerdefrei und mit dem Ergebnis sehr zufrieden (Abb. 4c/d).

Schlussfolgerung:

Die Dignität von Tumoren des Kieferknochens kann auch nach Probeexzision histologisch nicht immer zweifelsfrei geklärt werden. Daher kann bei ausgedehnten Befunden auch bei später als benigne eingestuften Tumoren ein radikalchirurgisches Vorgehen mit primärer knöcherner Rekonstruktion indiziert sein. ZOF erfordern ein frühes radikalchirurgisches Vorgehen, da einerseits Fälle mit inoperabler Tumorgroße beschrieben wurden und andererseits eine Tendenz zur Rezidivneigung bei incompletter Resektion sowie die Möglichkeit zur malignen Transformation besteht. Das follow – up nach Tumorsektion sollte vor diesem Hintergrund mindestens 10 Jahre betragen [4,5].

Literaturverzeichnis:

1. Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. Neoplasm and other lesions related to bone. Histologic typing of odontogenic tumors, World Health Organization. Berlin, Springer-Verlag 1992: 28–31
2. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D (2005) Pathology and genetics of head and neck tumours. IARC Press 319
3. Brannon RB, Fowler CB (2001) Benign fibro-osseous lesions: a review of current concepts. Adv Anat Pathol 8: 126-143
4. Bertrand B, Eloy P, Cornelis JP, Gosseye S, Clotuche J, Gilliard C (1993) Juvenile aggressive cemento-ossifying fibroma: case report and review of the literature. Laryngoscope 103:1385–1390
5. Margo CE, Weiss A, Habal MB (1986) Psammomatoid ossifying fibroma. Arch Ophthalmol 104:1347–1351

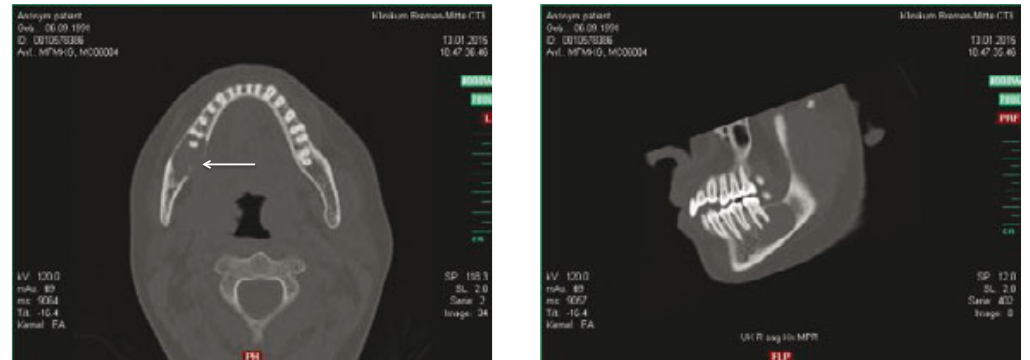


Abb. 1: Präoperativer CT – Befund mit lingualem Kortikalisdefekt (Pfeil)

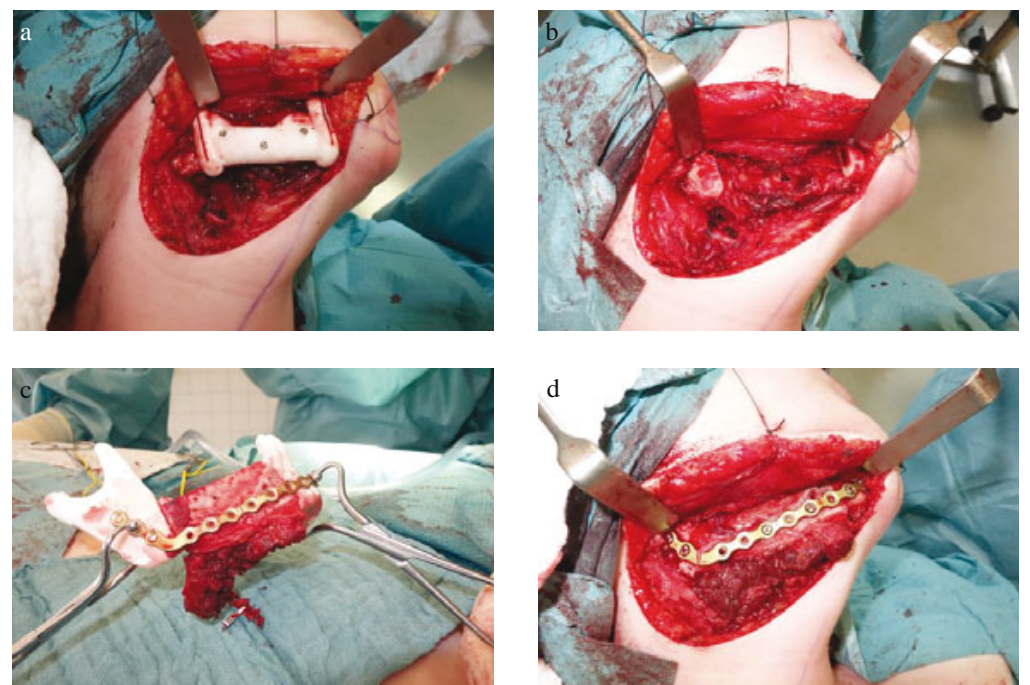


Abb. 2: (a) Anlage der Unterkiefer CAD/CAM Schablone im Situs, (b) intraoperativer Situs mit Resektionsdefekt, (c) mikrovaskuläres Beckenkammtransplantat mit Schablone, (d) Defektrekonstruktion

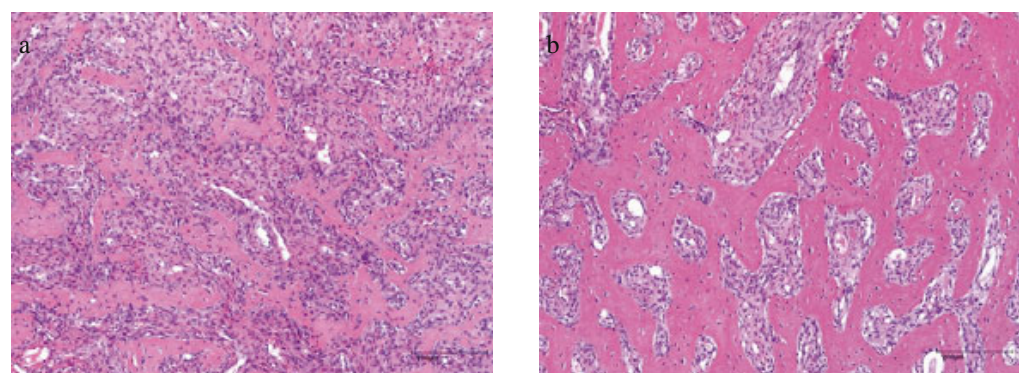


Abb. 3: Histologie: (a) dichtes Bindegewebe hoher Zellularität mit zementifizierenden bzw. ossifizierenden Strukturen (H&E), (b) typisches Bild mit zementikelartigen Strukturen und Kittlinien (H&E)

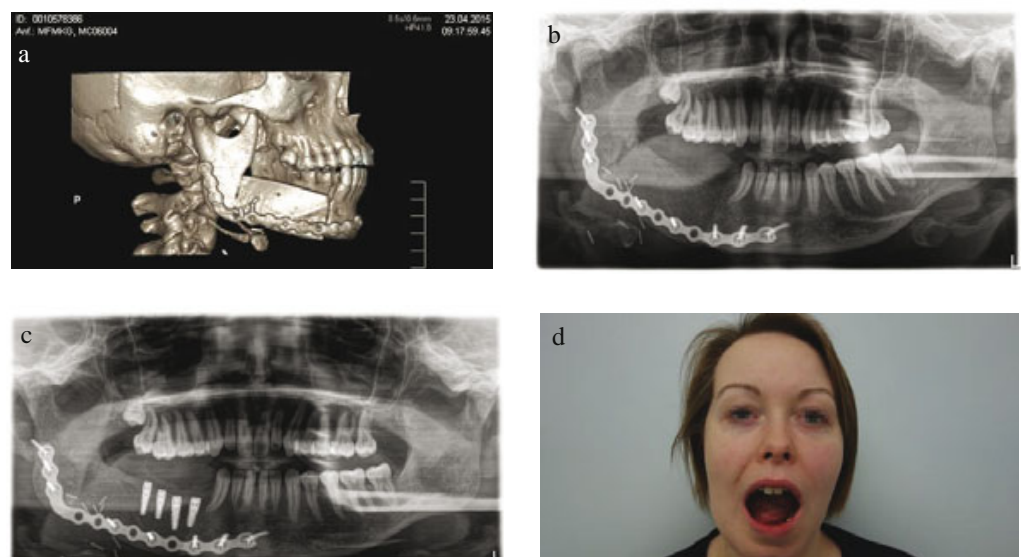


Abb. 4: (a) Postoperatives CT in 3D-Rekonstruktion, (b) OPT vor Implantation, (c) OPT mit Implantaten in situ, (d) postoperativer Situs nach 10 Monaten