Hingucker

Überraschungsfund in der Kieferhöhle

„Ich kriege kaum noch Luft durch das linke Nasenloch!“

Mit diesen Worten stellte sich ein 18-jähriger Patient in der Klinik vor. Die Beschwerden hatten vor einem halben Jahr begonnen und waren immer stärker geworden. Andere Symptome, die für eine Sinusitis sprechen könnten, hatte er nicht.

Beim Blick in die Nase konnten Dr. Tobias Kroll und seine Kollegen von der HNO-Universitätsklinik Gießen schon mit bloßem Auge erkennen, dass dort nicht viel Platz war. Durch die Rhinomanometrie ließ sich die hochgradige Obstruktion auch subjektivieren. Dass es sich dabei nicht um eine Schleimhautschwellung handelte, ergab die Behandlung mit Xylometazolinhydrochlorid 0,1%, die nämlich nichts am Befund veränderte.

Die dann angefertigte Computertomographie war da schon aufschlussreicher (**Abb. 1**): Es zeigte sich eine ausgedehnte zystische Raumforderung des linken Oberkiefers, die sich schon beachtlich vorgearbeitet hatte. Die stark ausgedünnte mediale Wand der Maxilla und der Kieferhöhle prolabierte weit in die linke Nasenhaupthöhle hinein. Doch der besondere Hingucker dabei: Innerhalb der Zyste imponierte ein Weisheitszahn in seiner vollen Schönheit!

Nun griffen Kroll und seine Kollegen zum Endoskop. Durch die Nasenhöhle entdeckelten sie unter optischer Kontrolle die Zyste mit Winkelinstrumenten weiträumig und drainierten den Inhalt in das Naseninnere (**Abb. 2**). Und auch der verirrte Weisheitszahn (**Abb. 3**) sowie die restlichen Zystenanteile konnten auf diesem Wege geborgen werden. Unter dem Mikroskop entpuppte sich der Tumor als odontogene Keratozyste ohne Anhalt für Malignität.

Mitunter ganz schön aggressiv!

„Die Keratozyste nimmt eine Sonderstellung bei den odontogenen Zysten ein“, schreibt Kroll. So werde sie aufgrund von lokal aggressivem Wachstum, der hohen Mitoserate und ihrer Rezidivneigung in der aktuellen WHO-Klassifikation als keratozystischer odontogener Tumor bezeichnet. Es handelt sich dabei um einen mit mehrschichtig verhornendem Plattenepithel ausgekleideten Hohlraum im Kieferknochen. Meist macht die Zyste keine Beschwerden, sondern wird als Zufallsbefund entdeckt. Im Normalfall benigne können Keratozysten aber auch mal maligne entarten. Mit etwa 4-11% sind sie die dritthäufigsten Kieferhöhlenzysten, dort sind sie jedoch seltener im Oberkiefer lokalisiert. Und besonders selten trifft man in ihr ganze Zähne wie in diesem Fall an. Was wiederum passt, sind Alter und Geschlecht des Patienten: Männer sind häufiger betroffen als Frauen, der Altersgipfel liegt in der zweiten und dritten Lebensdekade.

1 // Axiale CT des keratozystischen odontogenen Tumors und des dritten Molaren im linken Sinus maxillaris (weißer Pfeil).

2 // Intraoperative Darstellung: dritter Molar in der Kieferhöhle (weißer Pfeil), rupturierte Zystenwand (schwarzer Pfeil).

3 // Der extrahierte Zahn.

Um die Neubildung – in der Literatur werden Rezidivraten von bis zu 62% beschrieben – zu verhindern, ist ein gründliches chirurgisches Vorgehen angezeigt. Diskutiert wird sogar eine Ostektomie bzw. En-bloc-Resektion – was in diesem Fall aber dank des guten Zugangs durch die Nasenhöhle nicht nötig war.

(Swanett Koops)

Kroll T et al.: MMW 2014, 156 (11), S. 46