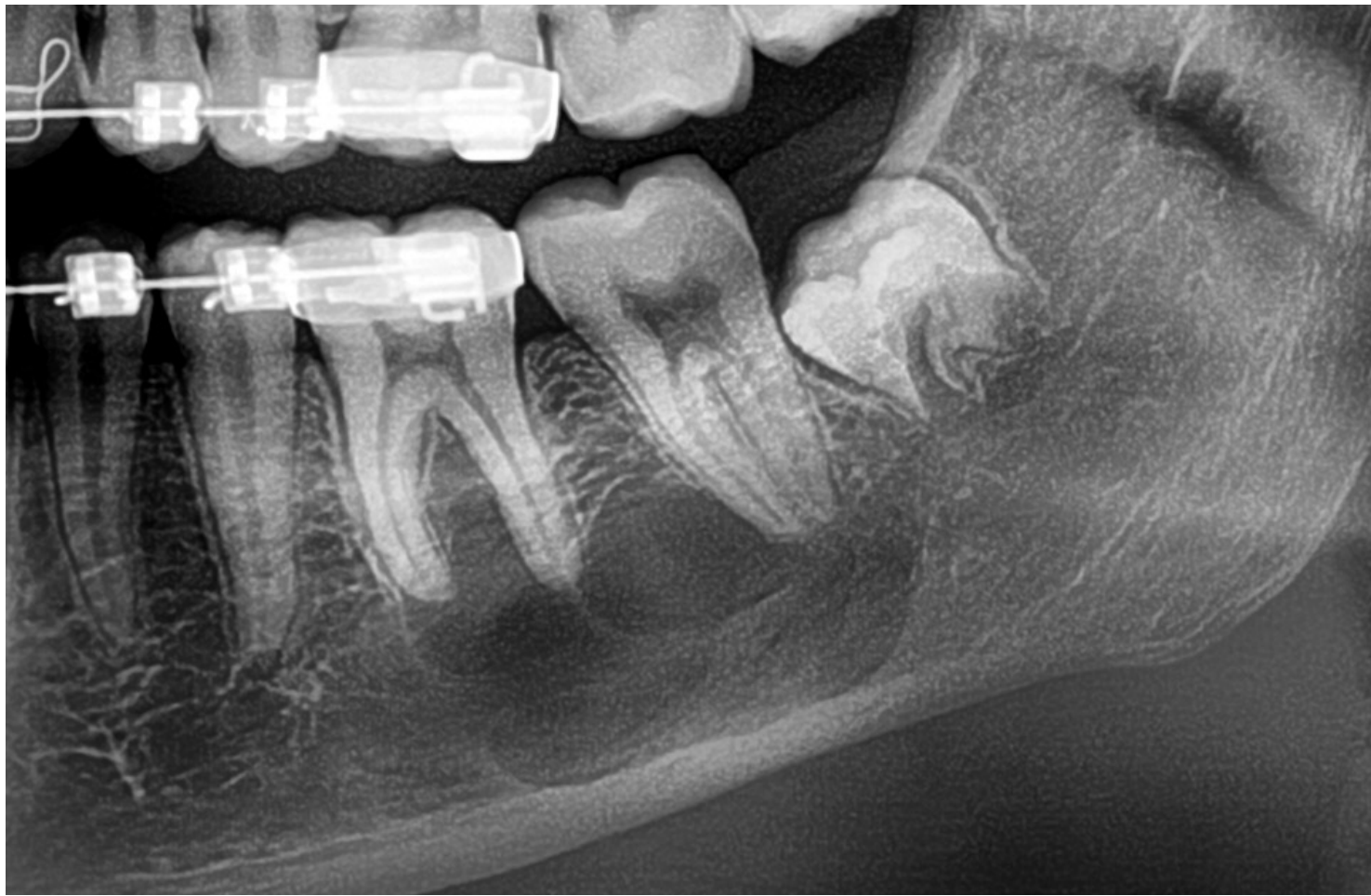


Die aneurysmatische Knochenzyste - Ein Fallbericht

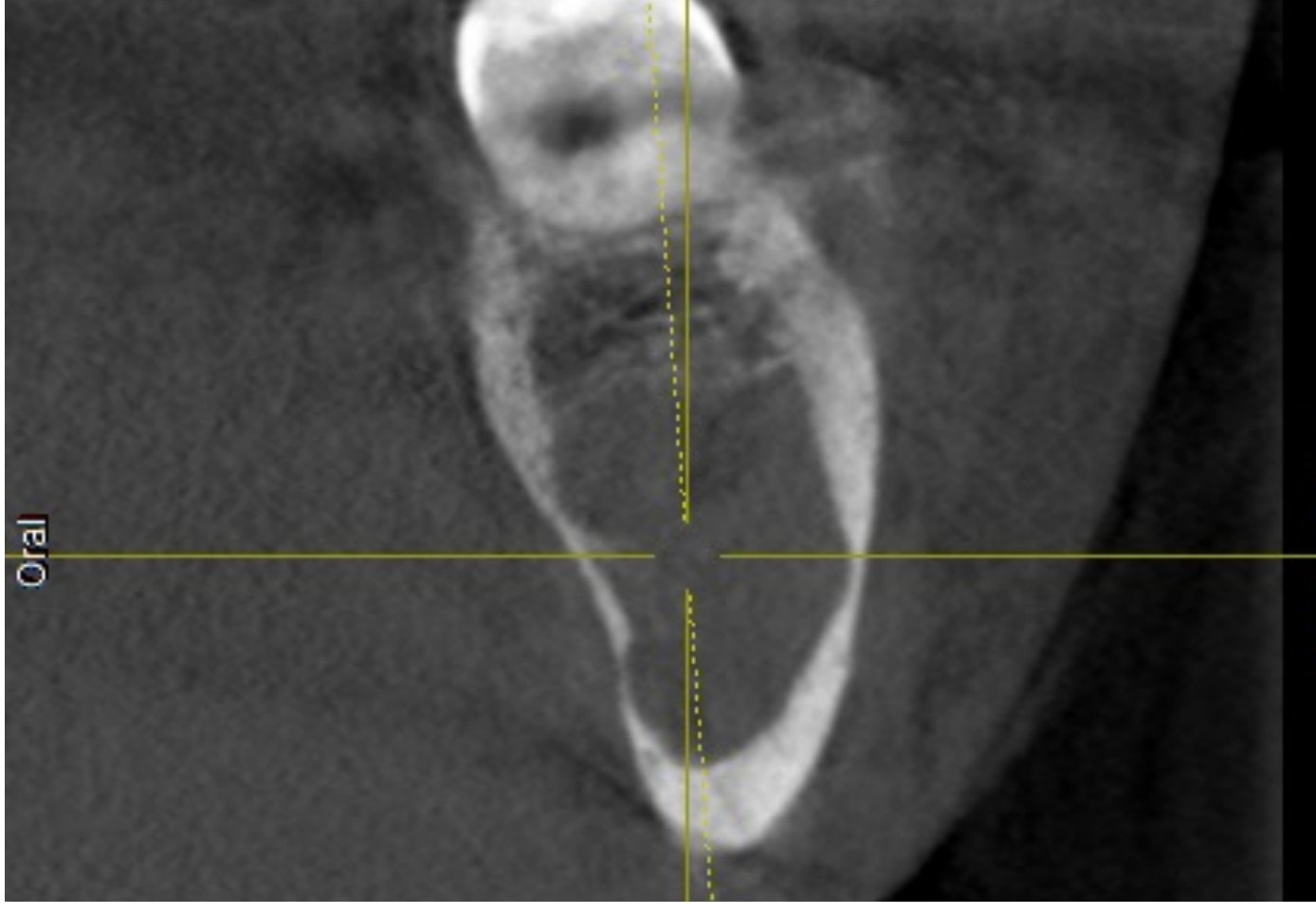
J.-M. Le Bec, S. Rinnawi, L. Heym, K. Wollensak
Dr. Jean-Marie Le Bec Praxisklinik ORS, Fellbach
Info@ors-praxisklinik.de

EINLEITUNG

Die aneurysmatische Knochenzyste ist eine seltene Knochenläsion in der Kopf-Hals-Region. Obwohl diese Art von Läsion gutartig ist, kann sie sich aufgrund ihres schnellen Wachstums und ihrer osteolytischen Kapazität lokal aggressiv verhalten. Diese Läsion macht weniger als 1 % aller biopsierten Knochenzysten aus. Es gibt viele Theorien über ihre Ätiologie, die sich meist auf Veränderungen des homöostatisch-vaskulären Gleichgewichts des Knochens beziehen (1). Zwischen 2-12 % der aneurysmatischen Knochenzysten sind im Kopf- und Halsbereich lokalisiert (2-3). Von dieser letzten Gruppe sind in fast 90 % der Fälle der hintere Unterkiefer (Unterkieferkörper) (40%), der Ramus (30%), der Winkel (19%), die Symphysis (9%) und die Kondylen (2%) betroffen (4). Das mediane Alter bei der Diagnose liegt bei 13 Jahren. 80 % der Patienten sind unter 20 Jahre alt. Die Inzidenz ist bei Frauen leicht erhöht (62 %).



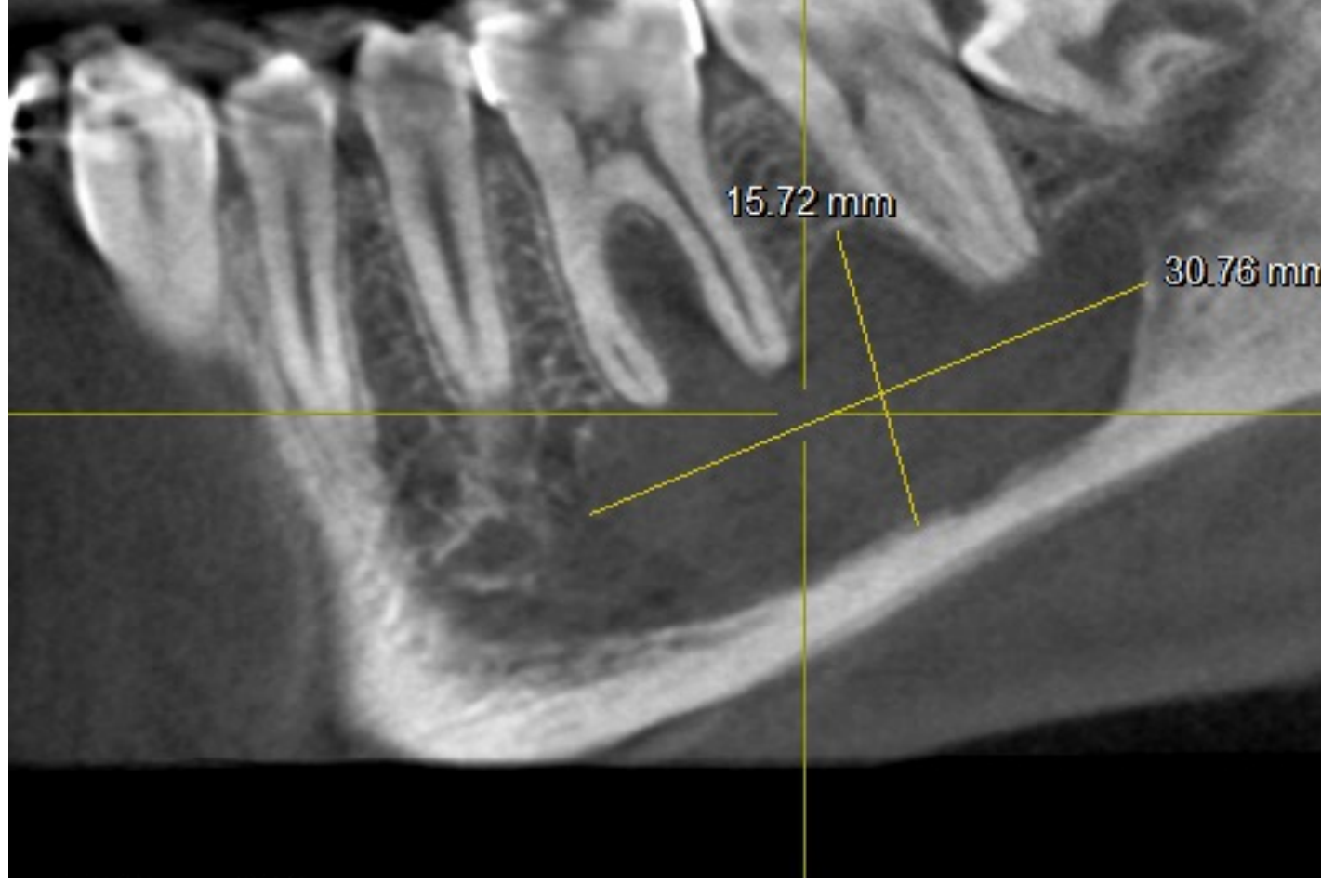
Präoperative Panoramaaufnahme



Diagnostische DVT-Aufnahme: Koronare Ansicht

FALLBESCHREIBUNG

Der 17-jährige Patient stellt sich zur weiteren Diagnostik mit Überweisung durch den Hauszahnarzt nach Zufallsbefund auf dem Orthopantomogramm vor. Anamnestisch ohne Auffälligkeiten oder akute Beschwerden. Die Zähne des dritten Quadranten reagierten unauffällig auf Kälte. Die DVT-Aufnahme zeigte eine zystische Läsion im linken Unterkieferkörper in der Größe 3,0 × 1,5 cm zwischen 34 und 37. Die Eröffnung der Zyste wurde unter Sedierung durchgeführt. Nach Bildung eines Mukoperiostlappens mit einem Entlastungsschnitt 34 (vestibulär) bis zu der mucogingivale Linie und 37 (distal) wurde zuerst eine Osteosynthese-Platte adaptiert und fixiert und wieder entfernt. Danach sind drei Osteotomielinien und eine krestale Osteotomielinie als Sollbruchstelle angebracht. Mit Meißel und Hammer wurde der Knochendeckel luxiert. Nach Entfernung des Knochendeckels zeigte sich ein mit Blut gefüllter Hohlraum. Der N. alveolaris inferior befand sich unbeschädigt im Zentrum des Hohlraums. Nach Spülung der Kavität mit NaCl wurden zur Füllung mehrere PRF-Membranen eingebracht. Nach Adaptation wurde die Osteosyntheseplatte wieder repositioniert und den Knochendeckel mit Osteosynthese-Schrauben fixiert und stabilisiert.



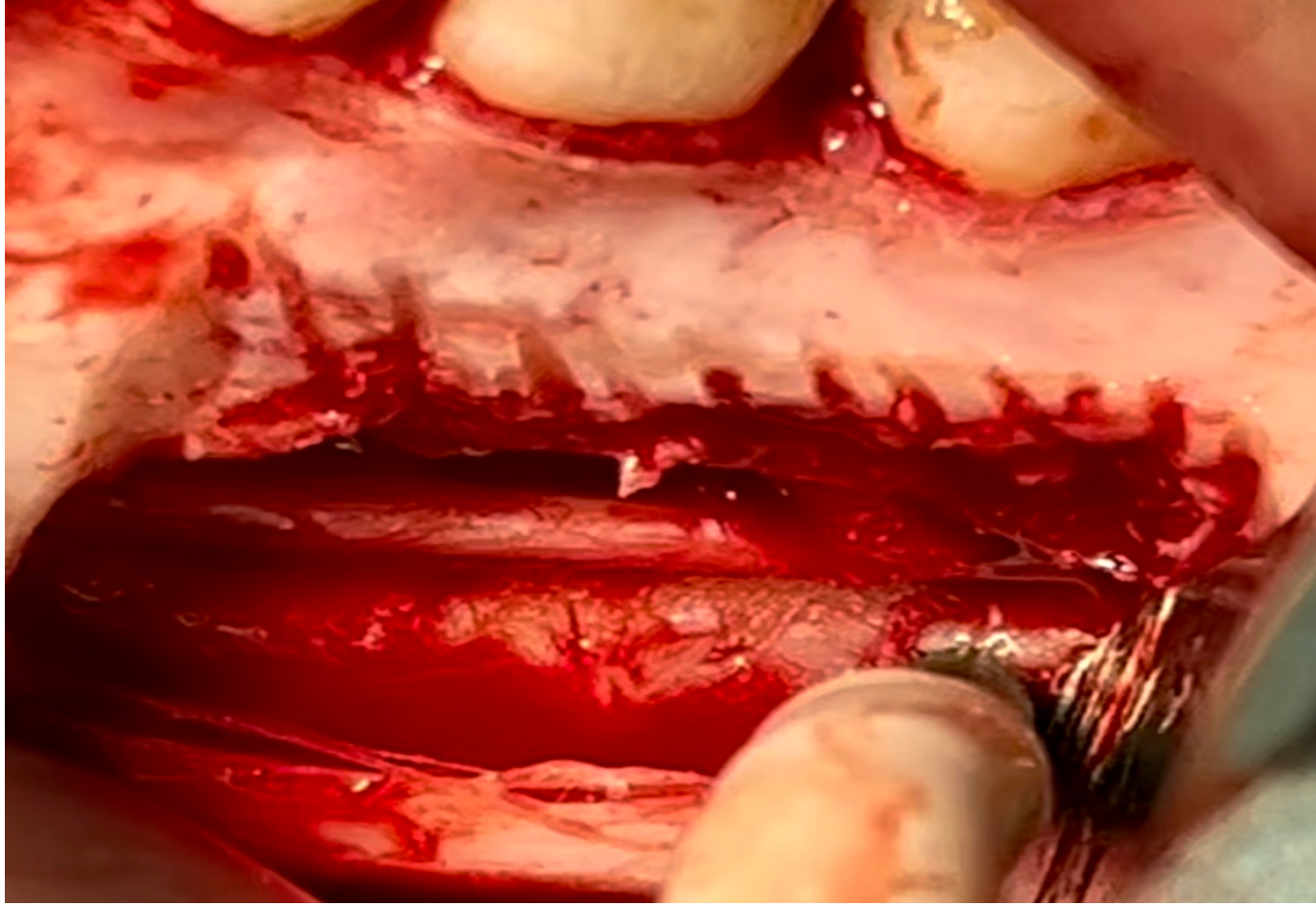
Diagnostische DVT-Aufnahme: Sagittale Ansicht



Präparation der Knochendeckeltechnik nach Prof. Khoury



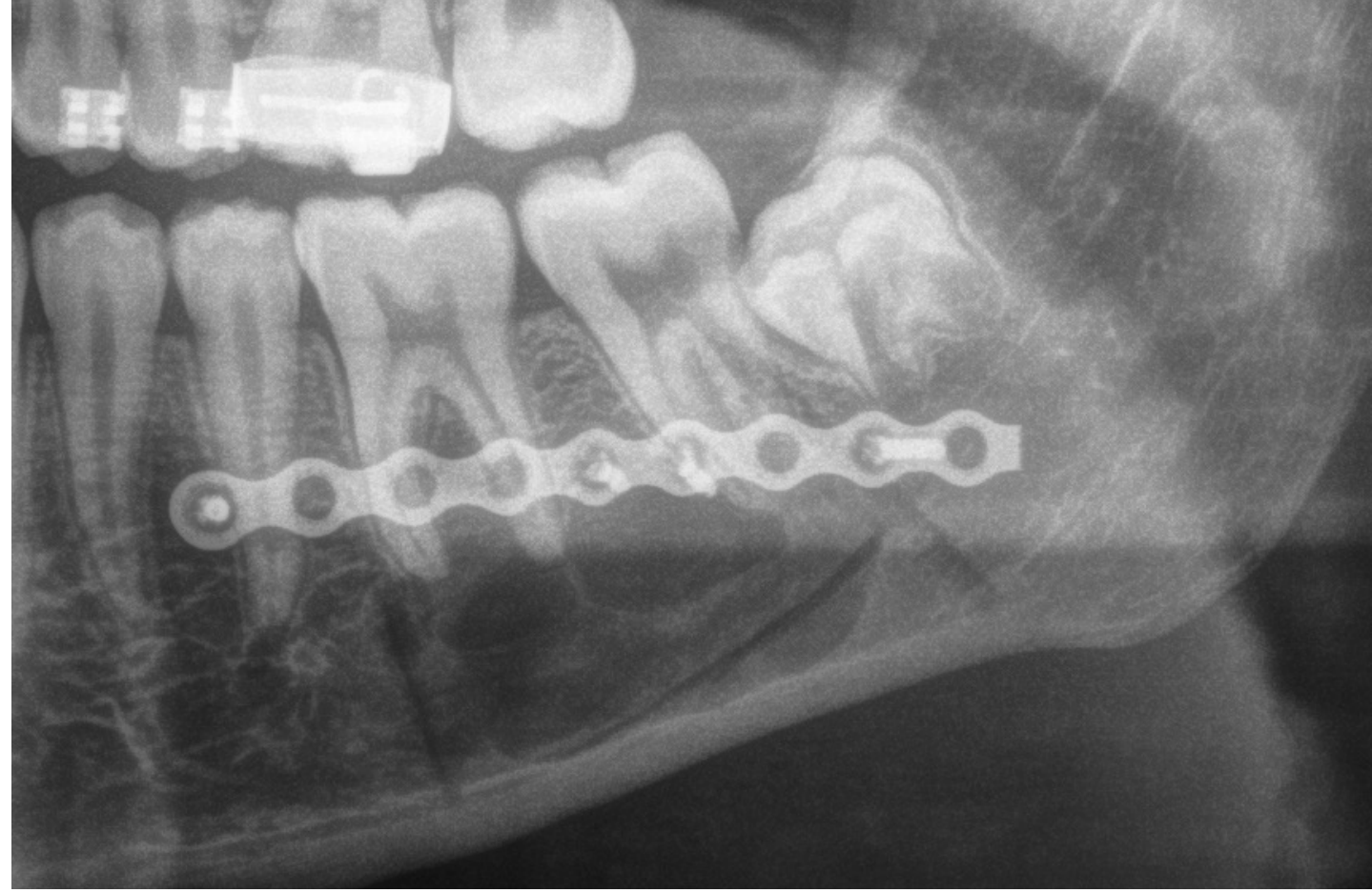
Darstellung des Zystenlumens



Betrachtung des Nervus alveolaris inferior



Repositionierung des Knochendeckels mittels Osteosynthese Platte



Postoperative Panoramaaufnahme nach Darstellung des Zystenlumens

ERGEBNIS SCHLUSSFOLGERUNG

Die therapeutische Strategie verfolgte das Ziel, die aneurysmatische Knochenzyste zu entfernen, das Risiko eines Rezidivs zu minimieren und die funktionelle Integrität des betroffenen Knochens wiederherzustellen. Anstelle einer konventionellen, großflächigen Knochenabtragung, die zum Erreichen des Zystenlumens erforderlich ist, wurde hier die Knochendeckelmethode nach Prof. Khoury angewendet. Im Vergleich zu herkömmlichen Knochenersatzmaterialien erfüllt der rekonstruierte autologe Knochendeckel, der in dieser Methode verwendet wird, neben den Kriterien der Osteokonduktion und Osteogenese auch die Anforderungen der Osteoinduktion. Nach einer postoperativen Beobachtungszeit von drei Monaten konnte bei diesem Patienten eine vollständige Ossifikation des betroffenen Bereichs festgestellt werden.

Die Prognose für Patienten mit aneurysmatischen Knochenzysten ist insgesamt günstig, jedoch besteht ein gewisses Risiko für ein Rezidiv, insbesondere im Falle einer unvollständigen Zystenentfernung. Eine kontinuierliche, langfristige Nachsorge ist daher von entscheidender Bedeutung, um mögliche Rückfälle frühzeitig zu erkennen und den betroffenen Patienten eine optimale Versorgung und Unterstützung zu gewährleisten.

Literatur:

1. Struthers P, Shear M. Aneurysmal bone cyst of the jaws. Pathogenesis. Int J Oral Surg 1984;13:85-91.
2. Motamedi MHK. Aneurysmal bone cysts of the jaws: Clinicopathological features, radiographic evaluation and treatment analysis of 17 cases. J Craniomaxillofac Surg 1998;26:56-62.
3. Motamedi MHK, Yazdi E. Aneurysmal bone cysts of the jaws: Analysis of 11 cases. J Oral Maxillofac Surg 1994;52:471-5.
4. Svenson B, Isacson G. Benign osteoblastoma associated with an aneurysmal bone cyst of the mandibular ramus and condyle. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1993;76:433-5.

FOLLOW - UP

Auf dem Weg einer vollständigen Ossifikation und Integration des Knochendeckels nach 3 Monaten

