

Varianten odontogener Infektionen

Chronisch granulierende Parodontitis nach Partsch auf der Basis einer radikulären Zyste

Martin Kunkel, Torsten Reichert



Abb. 1:
Klinischer Aspekt der Fistelmündung im Bereich der rechten Wange mit zentralem Austritt von Pus bei leichter Kompression

Bei einem 52-jährigen Patienten bestand über viele Monate eine produktive Fistel im Bereich der rechten Wange. Wegen ausgeprägter Behandlungängste hatte der Patient zuvor über lange Zeit alle zahnärztlichen Sanierungsmaßnahmen vermieden. Klinisch (Abb. 1) zeigte sich eine Fistelmündung in der rechten Wange, zirka zwei Zentimeter dorsal der Nasolabialfalte mit einem palpablen Fistelgang zur Kieferhöhlenvorderwand. Der Zahnstatus war desolat. In der nativradiologischen Diagnostik (Abb. 2) ergab sich eine ausgedehnte radikuläre Zyste ausgehend von 16 mit weiter Vorwölbung in die Kieferhöhle. Die Nasennebenhöhlenaufnahme (Abb. 3) zeigte eine sehr auffällige knochendichte Doppelkontur, die einer durchgehenden Verkalkung der Zystenwandung innerhalb der Kieferhöhle entsprach. Die CT-Darstellung belegt diese vollständige Mineralisierung der Zystenwandung zur Kieferhöhle in der axialen und koronaren Darstellung (Abb. 4 a und b). Damit ergab sich das klinische Bild einer chronischen Parodontitis nach Partsch hier in einer ungewöhnlichen Variante, nämlich auf der Basis einer radikulären Zyste der Kieferhöhle.

Therapeutisch erfolgt die Sanierung im Sinne einer Antrozystektomie zusammen mit einer umfangreichen Zahnsanierung. Zur Verbindung von Zystenlumen und Restkieferhöhle wurde die hier ungewöhnlich stark verkalkte Zystenwandung in toto abgetragen (Abb. 5) und aufgrund der chronischen Infektion der Restkieferhöhle ein Nasenfenster angelegt. Da nach langzeitigem



Abb. 2: Im OPG des Patienten zeigt sich der desolante Gebisszustand. Eine radikuläre Zyste ausgehend von 16 wölbt sich weit in das Kieferhöhlenlumen vor. Bereits hier wird die zirkuläre Verkalkung der Zyste ansatzweise erkennbar.



In dieser Rubrik stellen Kliniker Fälle vor, die diagnostische Schwierigkeiten aufgeworfen haben. Die Falldarstellungen sollen den differentialdiagnostischen Blick unserer Leser schulen.

Verlauf mit einer Epithelisierung der Fistel zu rechnen war, wurde die Fistel umschnitten und zusammen mit der Zyste entfernt.

Diskussion

Obwohl die chronisch granulierende Parodontitis nach Partsch ein sehr charakteristisches klinisches Erscheinungsbild hat und sich meist unmittelbar aus der Kombination einer odontogenen chronisch entzündlichen Ursache, einer extraoralen Fistelmündung und palpablem Fistelgang erschließt, gestaltet sich die klinische Diagnosefindung



Neu: Ab sofort können Sie auch für den „Aktuellen klinischen Fall“ Fortbildungspunkte sammeln.
Mehr bei www.zm-online.de unter Fortbildung.



Abb. 3: In der Nasennebenhöhlenaufnahme des Patienten erscheint die verkalkte Zystenwandung als nach cranial konvexbogige Binnenstruktur der rechten Kieferhöhle.

manchmal recht langwierig. Häufig werden zunächst oberflächliche cutane Infektionen, beispielsweise im Sinne eines infizierten Atheroms, oder Mykosen der Haut vermutet [Buch et al., 2003] und erst die Persistenz der Fistel nach lokalen Maßnahmen an der Haut führt zu der Berücksichtigung möglicher odontogener Infektionsquellen [Nittal and Gupta, 2004]. Als Extremfall wurde in der Literatur über einen 16-jährigen Krankheitsverlauf einer chronisch granulierenden Parodontitis nach Partsch bis zur Verifizierung und korrekten Behandlung der dentogenen Ursache berichtet [Tidwell et al., 1997].

Fazit für die Praxis

- Die Diagnose der chronisch granulierenden Parodontitis nach Partsch ergibt sich aus der Trias: extraorale Fistel, apikaler dentogener Entzündungsherd und tastbarer Fistelstrang.
- Neben der klassischen Form, ausgehend von einer apikalen Parodontitis, können auch anderen entzündliche Zustände (Fremdkörper, Zahnfrakturen, Zysten) ursächlich sein.
- Die Therapie besteht in der Sanierung der dentogenen Ursache, eine chirurgische Exzision der Fistel ist nur bei langzeitigen Verläufen mit Epithelisierung des Ganges erforderlich.

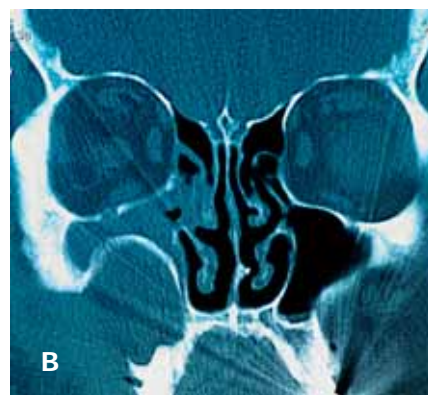


Abb. 4: Axiale (a) und coronare (b) CT-Bildgebung. Es zeigt sich ganz deutlich die bereits in der NNH-Aufnahme erkennbare vollständige Mineralisierung der Zystenwand.



Abb. 5: Resektat der Zystenwand. Im Zuge der Antrozystektomie wurde die Zystenwandung reseziert. Auf der Rückseite der glatten Kontur wird noch etwas Polyposa der okkludierten Restkieferhöhle erkennbar.

Letztlich ist diese diagnostische Problematik auf den gar nicht so selten symptomarmen Verlauf chronischer odontogener Infektionen zurückzuführen. Der Zusammenhang zwischen einer manchmal Monate oder Jahre zurückliegenden dentalen Entzündungsepisode wird für den Patienten selbst oder den häufig initial mit der Hauterscheinung befassten Dermatologen zunächst nicht ersichtlich [Cantatore et al., 2002]. Auch im vorliegenden Fall erfolgte die Zuweisung zum Ausschluss einer neoplastischen Ursache der therapierefraktären Fistelung.

Die im vorliegenden Fall bemerkenswerte Verkalkung der Zyste steht aller Wahrscheinlichkeit nach in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der chronischen Fistel. Durch die langfristige und konstante Drainage und Druckentlastung ist das expansive Wachstum der Zyste zum Stillstand gekommen, so dass eine gleichmäßige Knochenneubildung über die gesamte Circumferenz der Zyste möglich wurde. Für die zahnärztliche Praxis soll der Fall an das klassische Krankheitsbild der chronisch granulierenden Parodontitis nach Partsch erinnern, dass in den letzten Jahren vor allem durch die Zuwanderung aus Regionen mit einem niedrigen zahnärztlichen Versorgungsstandard wieder häufiger beobachtet wird.

Priv. Doz. Dr. Dr. Martin Kunkel
Poliklinik für Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie der Universität Mainz
Augustusplatz 2
55131 Mainz

Prof. Dr. Dr. Torsten Reichert
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Klinikum der Universität Regensburg
Franz-Josef-Strauss-Allee 11
93053 Regensburg



Die Literaturliste können Sie in der Redaktion anfordern. Den Kupon finden Sie auf den Nachrichtenseiten am Ende des Heftes.