✓138

Verh. Dtsch. Ges. Path. 76, 371 (1992)

Diagnose und Therapie des unizystischen Ameloblastoms

Hiam Kecho (a. G.)[1], M. Makek[2], und H. F. Sailer[1]

Das unizystische Ameloblastom ist ein relativ seltener, benigner Tumor, welcher 1933 erstmals von Cahn beschrieben wurde. Im Röntgengbild imponiert der Tumor als Zyste, histologisch ist er durch proliferativ-epitheliales Gewebe charakterisiert.

Während in der Literatur bei verschiedener Namensgebung die Läsion häufig als untypisch beschrieben wird, handelt es sich um ein typisches Ameloblastom, welches zwar ein wenig aggressives Verhalten zeigt, infolge verschiedener Besonderheiten aber leicht fehldiagnostiziert werden kann.

An der Klinik und Poliklinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie des Universitätsspitals Zürich wurden von 1959 bis 1986 22 Patienten mit der Diagnose unizystisches Ameloblastom registriert.

Es erschien uns sinnvoll, das unizystische Ameloblastom histologisch in zwei Typen zu unterteilen. Typ I zeigt das gesamte Epithel ameloblastisch verändert. Eine Probebiopsie an irgendeiner Stelle des Epithels sollte immer aussagekräftig sein. Typ II ist durch Ameloblastom – Epithel innerhalb einer follikulären Zyste gekennzeichnet. Mittels einer Probebiopsie gewonnenes Material weist entweder odontogenes Epithelgewebe oder Ameloblastomepithel auf.

Während beide Geschlechter gleichermaßen betroffen sind, finden sich deutliche Altersunterschiede. Das Durchschnittsalter der vom Typ I betroffenen Patienten lag bei 39 Jahren und damit um 20 Jahre höher als bei den Patienten mit Typ II-Ameloblastomen.

Beide Typen fanden sich fast ausschließlich im Unterkiefer, vorwiegend im aufsteigenden Ast und in der Molarenregion. Die klinische Symptomatik zeichnete sich im allgemeinen durch eine schmerzlose Schwellung aus.

Das unizystische Ameloblastom wird häufig fehldiagnostiziert. Als Ursache der Fehldiagnosen fanden wir vor allem:

1. Fehlende histologische Untersuchungen.
2. Entnahme von nicht ausreichendem Biopsiematerial oder ungenügende histologische Durchuntersuchung.
3. Verschleierung der Diagnose durch Entzündungsprozesse, insbesondere durch unerfahrene Histologen.

Deshalb betonen wir, daß eine definitive radiologische Diagnose eines Ameloblastoms nicht möglich ist, und daß jede follikuläre Zyste potentiell auf ein unizystisches Ameloblastom verdächtig ist.

Das unizystische Ameloblastom verhält sich bezüglich Dignität und Aggressivität sehr unterschiedlich. Es ist möglich, daß das unizystische Ameloblastom das Anfangsstadium eines klassischen Ameloblastoms ist. Deshalb kommt die konservative, chirurgische Entfernung als Therapie der Wahl in der Regel nicht in Frage.

Solange das Bindegewebe durch die ameloblastischen Proliferationen nicht infiltriert ist, kann man das unizystische Ameloblastom konservativ behandeln; ansonsten muß eine radikale Therapie durchgeführt werden.

[1] Klinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie der Universität Zürich.
[2] Pathologie-Institut für bioptische Diagnostik, Zürich.