

# Nicht ohne zahnärztliches Konsil

**Dieser Fall dokumentiert eine mehrjährige Patientenodyssee. Eine Zyste wurde zwar als solche behandelt, es wurde aber nicht weiter nach der Ursache gesucht. Diese war odontogen. Alles wäre so einfach gewesen.**

Eine chronische Entzündung einer Zahnwurzelspitze (apikale Parodontitis) kann weitgehend ohne die typischen Symptome – etwa Aufbissemphindlichkeit oder Perkussionsempfindlichkeit – auftreten. Oftmals ist der chronische, häufig klinisch stumme Verlauf einer apikalen Parodontitis durch die Bildung einer kleinen Zyste, die sich als Ausdruck einer intakten Immunantwort auf den periapikalen Bereich beschränkt, gekennzeichnet.

Diese sogenannten radikulären Zysten werden zumeist erst zufällig im Rahmen einer Röntgenroutine entdeckt. Ist die Immunabwehr des Patienten reduziert oder durch eine limitierte Mikroperfusion, zum Beispiel bei Diabetes, eingeschränkt, kann es zu einer Ausbreitung in die benachbarten Logen oder zu einer extraoralen Fistelbildung kommen (chronisch granulierende Parodontitis nach Partsch). Langjährige Verläufe sind beschrieben [Kunkel, M., Reichert, T.: *zm* 95, Nr. 4, 16.2.2005]

Im vorliegenden Fall wurde die Fistelbildung nicht mit einer odontogenen Ursache verknüpft und daher nicht kausal therapiert. So wurden dem Patienten erst nach einem über zweijährigen Leidensweg, nachdem er insgesamt viermal operiert worden war, die beiden, als ursächliche Infektionsquelle anzusehenden Zähne, extrahiert.

## Der Fall im Zeitraffer

- Juli 2013: Eine kirschkerngroße peri- mandibuläre Induration wird rechts, unterhalb des Kinns, am Halsansatz deutlich.
- Drei Monate nach Beginn der Beschwerden erfolgt die erste Röntgendiagnostik (OPT). Sie zeigt keine Besonderheiten.
- Vier Monate nach Beginn: Eine Sonografie und eine Probeexzision zur Dignitätsabklärung des wachsenden Tumors werden durchgeführt. Die operative Entfernung des Tumors wird geplant.

Fotos: Bertelsen



Abbildung 1:  
Zustand 18 Monate  
nach Beginn der ersten  
Beschwerden



Abbildung 2:  
20 Monate nach  
Beginn: Verätzung  
der Gewebewucherung  
mit Silbernitrat-  
Ätztift („Höllenstein“).  
Eine weitere  
Verätzung mit Silber-  
nitrat-Ätztift folgt,  
zusammen mit einer  
Wundbehandlung mit  
Salben.



Abbildung 3:  
24 Monate nach  
Beginn

■ Sechs Monate nach Beginn: Es erfolgt die operative Entfernung des Tumors bei klarer Abgrenzung der regionalen Lymphknoten.

■ Neun Monate nach Beginn: Erneut tritt ein derb tastbarer Tumor auf. Die Diagnose nach Durchführung der Magnetresonanztomografie lautet: „Geringgradig vergrößerter LK (1,1 cm) mit deutlicher Diffusionsrestriktion, ödematöse Infiltration des umgebenden subcutanen Fettgewebes und eine umgebende entzündlich veränderte Lymphadenitis. Keine Raumforderung in der Drüse selbst“. Es erfolgt ein Behandlungsversuch mittels Antibiose, jedoch ohne Besserung.

■ Zwölf Monate nach Beginn: Es erfolgt eine Re-OP, in der der Tumor und der benachbarte Lymphknoten entfernt werden. Der histologische Befund zeigt keine Malignität.

■ 14 Monate nach Beginn: Wieder werden vom Patienten eine Einziehung sowie eine blutige Sekretion im Bereich der OP-Narbe beobachtet.

■ 16 Monate nach Beginn: Es erfolgt eine zweite Re-OP mit Wundrevision mit Exstirpation einer Halsfistel. Die postoperative Diagnose lautet: „Partiell plattenepithelial ausgekleideter Fistelgang mit einer mäßiggradigen chronisch-vernarbenden, aber auch florider, kleinherdig phlegmonöser Entzündung. Keine Malignität“

■ Zustand 18 Monate nach Beginn (Abbildung 1)

■ 20 Monate nach Beginn: Es erfolgt eine Verätzung der Gewebewucherung mit Silbernitrat-Ätzzift („Höllenstein“). Diese wird wiederholt. Die weitere Wundbehandlung wird mit Salben durchgeführt (Abbildung 2).

■ 21 Monate nach Beginn: In der Nachschau wird die Wundheilung als so gut wie abgeschlossen beurteilt, da nur noch wenige Quadratmillimeter zuheilen mussten. Ein weiterer Termin schien nicht mehr erforderlich zu sein.

■ 22 Monate nach Beginn: Aufgrund einer erneuten Gewebeerfüllung meldet sich der Patient in der Praxis. Die Diagnose lautet Halsfistel. Es erfolgt die Planung eines neuen OP-Termins zur Fistelexzision.

■ 23 Monate nach Beginn: Wundrevision mit Exstirpation einer Halsfistel. Die postoperative Wundheilung erfolgt zuerst vollständig ohne jede Blutungen.



Abbildung 4:  
25 Monate nach  
Beginn: zweimalig  
sich plötzlich öffnende  
OP-Narbe mit Eiter-  
austritt

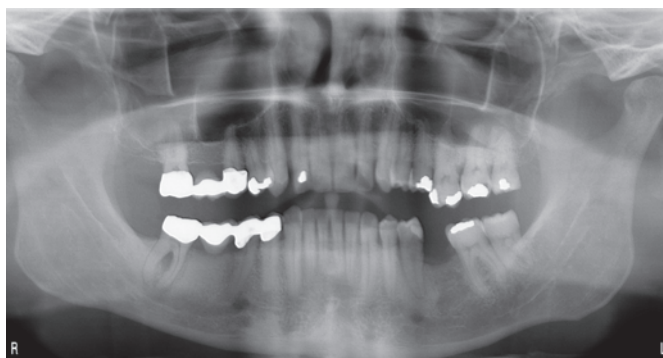


Abbildung 5:  
Zahnärztlicher Röntgenbefund (OPT):  
diffuse Aufhellung  
periradikulär 45,  
interradikuläre  
Aufhellung 47, peri-  
apikale Aufhellung  
der mesialen Wurzel-  
anteile 47



Abbildung 6:  
Erneute Einziehung  
des Narbengewebes  
im OP-Gebiet

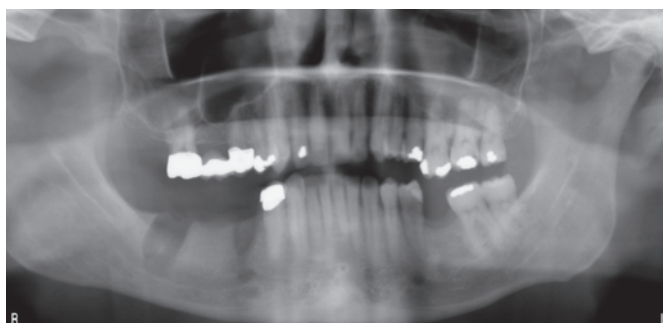


Abbildung 7:  
Die operative  
Entfernung des  
ankylosierten 45  
und die Extraktion  
47 sind erfolgt,  
Röntgenbild (OPT)  
eine Woche post op.

■ Zustand 24 Monate nach Beginn (Abbildung 3)

■ 25 Monate nach Beginn: Die OP-Narbe öffnet sich plötzlich zweimalig mit Eiteraustritt (Abbildung 4).

Die Behandlung besteht aus einer fortgesetzten Desinfektion und einer Salbenbehandlung. Der sonografische Befund zeigt eine mit Eiter gefüllte Unterkieferloge.

■ 27 Monate nach Beginn: Das zahnärztliche Konsil erfolgt. Der Röntgenbefund (OPT) zeigt eine diffuse Aufhellung periradikulär 45, eine interradiäre Aufhellung 47 sowie eine periapikale Aufhellung der mesialen Wurzelanteile 47 (Abbildung 5).

Die Therapie ist relativ einfach: Der ankylosierte 45 wird entfernt, ebenso erfolgt die Extraktion von 47 (Abbildungen 6 bis 9).

## Fazit

Langjährige Verläufe ergeben sich oft durch die Verknennung odontogener Einflüsse. Als häufigste Fehldiagnosen ohne Berücksichtigung odontogener Ursachen resultieren hierbei Tumore im Kopf- und im Halsbereich. Auch wird nach Perforation und Fistelbildung eine chronisch granulierende Parodontitis nach Partsch häufig mit einer kutanen Infektion verwechselt.

Eine Nichtberücksichtigung odontogener Ursachen kann, wie in diesem Fall, dadurch regelrechte Behandlungsmartyrien nach sich ziehen.

*Dr. Hans-Werner Bertelsen  
Ambulante Klinik am St. Joseph-Stift  
Schwachhauser Heerstr. 54  
28209 Bremen  
bertelsen@t-online.de*

*Prof. Dr. Wolfgang Bergler  
HNO-Klinik St. Joseph-Stift  
Schwachhauser Heerstr. 54  
28209 Bremen  
WBergler@sjs-bremen.de*

*Dieser Beitrag wurde in memoriam an  
Prof. Dr. Dr. Wolfgang Koberg erstellt.*

*Literatur:  
Kunkel, M., Reichert, T.: zm 95, Nr. 4,  
16.2.2005, (427): Chronisch granulierende  
Parodontitis nach Partsch auf der Basis einer  
radikulären Zyste*



Abbildung 8:  
Intraoraler Befund  
eine Woche post op



Abbildung 9:  
Extraoraler Befund  
eine Woche post op:  
deutlich gebesserter  
Lokalbefund – kein  
Flüssigkeitsaustritt  
mehr



Abbildung 10:  
Intraoraler Zustand  
nach fünf Wochen  
post operationem



Abbildung 11:  
Extraoraler Befund  
nach fünf Wochen

Fotos: Bertelsen