

**JULIEN DUCOMMUN**  
**MICHAEL M. BORNSTEIN**  
**VALERIE G. A. SUTER**

Klinik für Oralchirurgie und  
 Stomatologie, Zahnmedizini-  
 sche Kliniken der Universität  
 Bern

#### KORRESPONDENZ

Dr. med. dent. Valérie Suter  
 Klinik für Oralchirurgie  
 und Stomatologie  
 Zahnmedizinische Kliniken  
 der Universität Bern  
 Freiburgstrasse 7  
 CH-3010 Bern  
 Tel. +41 31 632 25 45/66  
 Fax +41 31 632 09 14  
 E-Mail: valerie.suter@  
 zmk.unibe.ch

#### REDAKTION

Klinik für Zahnerhaltung,  
 Präventiv- und Kinder-  
 zahnmedizin, zmk bern

#### LAYOUT

Ressort für Multimedia und  
 Informatik, zmk bern

#### LITERATUR

**SLOOTWEG P J:** Osseous dysplasias.  
 In: BARNES L, EVESON J W, REICH-  
 ART P A, SIDRANSKY D (eds.): World  
 Health Organization Classification of  
 Tumours, Pathology and Genetics  
 of Head and Neck Tumours. IARC  
 Press, Lyon, p 323 (2005)

**EVERSOLE R, SU L, EL-MOFTY S:**  
 Benign fibro-osseous lesions of  
 the craniofacial complex: a review.  
 Head Neck Pathol 2: 177-202  
 (2008)

**REICHART P A, PHILIPSEN H P:** Odon-  
 togenic Tumors and allied lesions.  
 Quintessenz Publishing Co. Ltd,  
 London, pp 293-308 (2003)

## Die ossäre Dysplasie: ein radiologischer Zufallsbefund

**SCHLÜSSELWÖRTER:** Ossäre Dysplasie, fibro-ossäre Läsion, Kieferknochen, tumorähnliche Kieferläsion

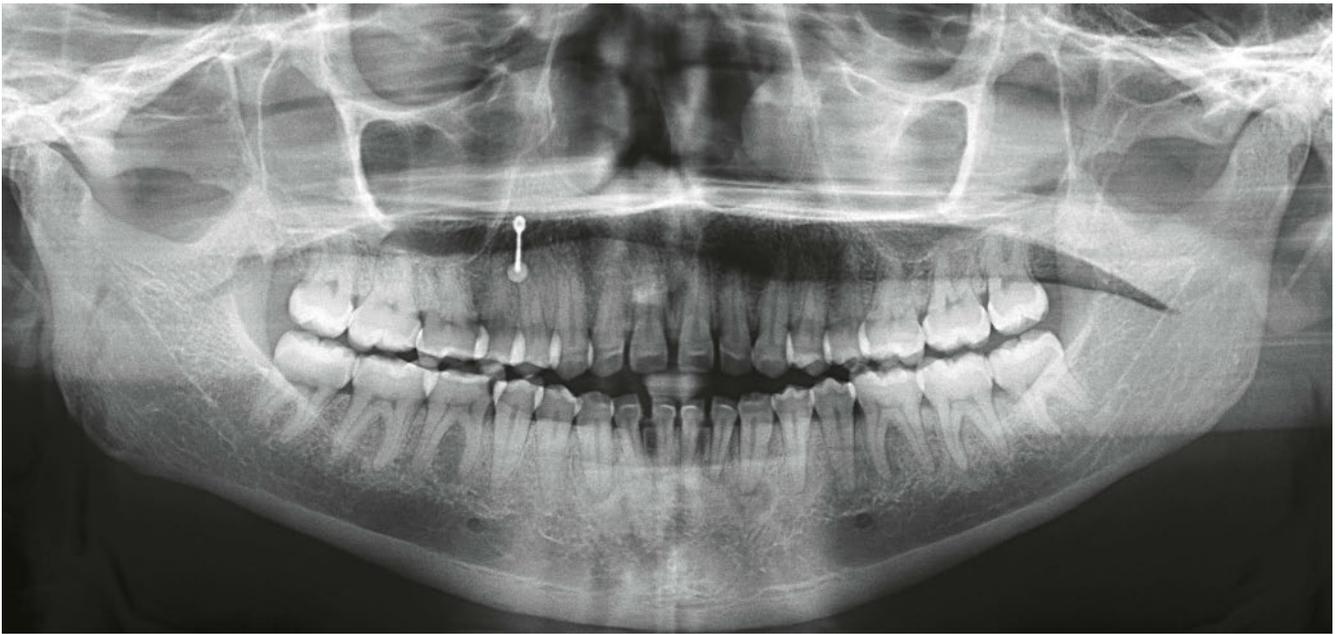


**Abb. 1** Intraoral waren im Unter- und Oberkiefer Rezessionen an der bukkalen Gingiva und ethnisch-bedingte Melanoplakien erkennbar. Es waren keine Entzündungen der Mukosa oder ossäre Auftreibungen erkennbar (A, B, C). Alle Zähne reagierten positiv auf den Test mit CO<sub>2</sub>-Schnee.

Ossäre Dysplasien (OD; frühere Bezeichnung: zemento-ossäre Dysplasien) sind idiopathische Veränderungen im Bereich des zahntragenden Alveolarfortsatzes. Die normale Knochenstruktur wird dabei durch Fibroblasten und Kollagenfasern und später wieder durch mineralisiertes Gewebe und Knochen ersetzt. OD werden in der aktuellen WHO-Klassifikation bei den Knochen-assoziierten Läsionen, respektive bei den nicht neoplastischen, fibro-ossären Läsionen des Kopf-Hals-Bereichs eingeteilt.

Aufgrund der meist unauffälligen Klinik und Symptombefreiheit werden OD häufig erst zufällig anlässlich einer radiologischen Routineuntersuchung entdeckt. Eine enge Lagebeziehung der OD zu einer oder mehreren Zahnwurzeln ist dabei typisch, wobei die betroffenen Zähne in der Regel vital sind. Die OD tritt vorwiegend bei schwarzen Frauen und in der Mandibula auf. Sie kann lokalisiert (fokal) oder multifokal auftreten. Eine Therapie ist nur in Ausnahmefällen (störende Auftreibungen) indiziert und ein «Wait & See»-Konzept meist ausreichend.

Eine 31-jährige Patientin afrikanischer Herkunft wurde im Rahmen einer Fokusabklärung vor einer geplanten Nierentransplantation zahnärztlich untersucht. Intraoral präsentierte sich eine gepflegte, vollständige und wenig restaurierte Dentition. Alle Zähne reagierten positiv auf den Sensibilitätstest mittels CO<sub>2</sub>-Schnee. Radiologisch fielen in der Panoramaschichtaufnahme (PSA) diffus abgegrenzte, gemischt osteolytisch-osteosklerotische Veränderungen apikal der Zähne 32 bis 37 sowie 43 und 46 auf. Zur weiterführenden radiologischen Diagnostik wurden apikale Zahnfilme angefertigt. Es waren an den anterioren Inzisivi der Mandibula, den Zähnen 33 bis 37 sowie 43 und 46 ähnliche Veränderungen wie auf der PSA um den Periapex erkennbar. Es wurde die Verdachtsdiagnose einer multifokalen OD gestellt. Eine aktive Therapie war aufgrund der Beschwerdefreiheit nicht indiziert. Wurzelkanalbehandlungen wären gar als Therapiefehler einzustufen. Die Patientin wird jedoch zu einer jährlichen klinisch-radiologischen Kontrolle aufgeboten.



**Abb. 2** Die Panoramaschichtaufnahme zeigte apikal des Zahnes 33 eine durch eine sklerotische Randzone begrenzte osteolytische Läsion auf. Bei genauerer Betrachtung waren mehrere gemischt osteolytisch-osteosklerotische Läsionen apikal der Zähne 34 bis 37, 43 und 46 erkennbar. Der abgebildete Fremdkörper im rechten Oberkiefer war ein Piercing, welches die Patientin nicht entfernen konnte.



**Abb. 3** In den Einzelzahnrontgenbildern waren die apikalen, gemischt osteolytisch-osteosklerotischen Veränderungen deutlich erkennbar. Besonders in der Region 33 bis 43 (A-C), aber auch bei den Zähnen 46 (D) und 34 bis 37 (E) waren im Apexbereich inhomogene, teils mit radioopaken Strukturen durchsetzte Osteolysen sichtbar.