

Weichteilzyste am Oberkiefer.

Von Dr. Adolf Blumenthal, Hals-, Nasen-, Ohrenarzt in Berlin.

Die eingehendste Arbeit über Kieferzysten verdanken wir Perthes. Er teilt die echten Zysten, wie es auch schon andere getan haben, in periostale und follikuläre. Periostale sind solche, die sich an der Zahnwurzel entwickeln nach völliger Ausbildung des Zahns, wobei die Entwicklung fast immer durch krankhafte Veränderungen am Zahn hervorgerufen wird, follikuläre sind solche, die sich entwickeln auf Kosten des vollwertigen Zahns, sodaß die Ausbildung des letzteren fast immer gestört ist. Beide Zysten nehmen in der Regel ihren Ursprung von den Epithelscheidenresten, womit der Teil des Schmelzorgans bezeichnet wird, der über die Schmelzgrenze herabreicht und einen Teil der Zahnwurzel bedeckt, bis er später nach erfolgter Schmelzproduktion als funktionslos und daher überflüssig verschwindet. Bleiben nun Reste dieser Epithelscheiden zurück, so können sich daraus Zysten entwickeln. Diese Zysten sind immer Knochenzysten, weil sie mit dem vollentwickelten, später pathologisch veränderten oder dem rudimentären Zahn in seinem ihn umgebenden Knochenbett liegen. Daraus ergeben sich die Bilder, wie sie die Literatur so zahlreich beschreibt. Es handelt sich um Knochenzysten, die eine meist nachweisbare Kommunikation mit dem Zahngebilde haben und sich stets in einem Knochenlager entwickelt haben. Daß sie gelegentlich die Knochenhülle durchbrechen, ändert im Prinzip nichts daran. Derartige Kieferveränderungen sind nach allen Richtungen hin eingehend genug beschrieben.

Eine reine Weichteilzyste am Oberkiefer findet sich meines Wissens

nicht eingehend in der Literatur beschrieben, sodaß ich einen einschlägigen Fall aus meiner Praxis mitteilen möchte.

Die 48 jährige Bauersfrau M. W. konsultierte mich, weil ihr fast jeden zweiten Tag die linke Backe anschwellte. Es bilde sich dann unter der Oberlippe auf dem Kiefer eine Geschwulst, die ihr bei stärkerem Wachsen heftige Schmerzen im linken Auge mache. Sie könne die Geschwulst ausdrücken, es entleere sich dabei aus einer kleinen Öffnung eine gelblich eitrige Flüssigkeit. Nach der Entleerung seien die Beschwerden verschwunden, bis sich nach zwei Tagen der Vorgang genau wiederhole. Das Leiden habe vor zwei Jahren ohne nachweisbare Ursache angefangen. Ein Arzt habe ihr den zunächst noch geschlossenen Sack aufgeschnitten, eine Zeitlang drainiert, aber der Sack selbst sei nie verschwunden. Die Wunde habe sich wieder verkleinert, aber die Absonderung sei stets dieselbe geblieben. Als ich die Kranke zum ersten Male sah, konnte ich keine deutliche Schwellung der Backe sehen, bei leiser Palpation jedoch eine Pseudofluktuations auf dem Processus alveolaris des linken Oberkiefers und höher hinauf feststellen. Die Patientin hatte sich angeblich kurz vorher die Geschwulst ausgedrückt. Die Ausflußöffnung war so klein, daß man sie kaum sehen konnte. Die Frau zeigte sich nun das nächste Mal, bevor sie den Inhalt ausgedrückt hatte, und jetzt war eine deutliche Schwellung des medialen unteren Teils der linken Backe zu sehen. Diese wölbte sogar die laterale Wand des linken Vestibulum naris nach dem Naseninnern zu vor. Fluktuations war sehr deutlich, die fluktuierende Schwellung saß breit dem linken Oberkiefer auf und ließ sich nach den Seiten zu gut abgrenzen. Unebenheiten auf dem Kiefer selbst waren nicht zu fühlen. Bei stärkerem Drucke entleerte sich aus einer stecknadelkopfgroßen, labial sitzenden Öffnung gelblich eitrige, fadenziehende Flüssigkeit. Besondere Rötung und Schmerzhaftigkeit waren nicht vorhanden. Der Inhalt der fluktuierenden Schwellung befand sich in einem Hohlraum, dessen Wandungen offenbar nichts direkt mit dem Knochen zu tun hatten, in einer Zyste innerhalb der Weichteilbedeckung des Oberkiefers.

Perthes schreibt: „Ebenso wie die Reste der Epithelscheiden bleiben als Reste der Zahnleiste epitheliale Nester zurück, welche ganz frei im Schleimhautstroma liegen.“

Die Zahnleiste verkümmert später, nachdem sie die Schmelzlamellen zur Bildung des Schmelzes abgegeben hat. Dabei bleiben mitunter Reste von ihr in Form von epithelialen Zellsträngen im Stroma liegen, und aus diesen können sich später Tumoren und Zysten bilden, die nicht im Knochen eingebettet sind und sich dadurch wesentlich von den Zahnzysten unterscheiden.

Für die Therapie ist das wichtig. Solche Weichteilzysten am Oberkiefer sind nicht so leicht radikal auszuschälen wie die Knochenzysten. Läßt man Epithelreste in einer Bucht stehen, kann es leicht ein Rezidiv geben.

Ich erweiterte in Lokalanästhesie die kleine Öffnung der Zyste durch einen breiten Horizontalschnitt nach rechts und links und präparierte die Schleimhaut über der Geschwulst von den tieferen Schichten, die gleichzeitig einen Teil der Zystenwand bildeten, nach oben und unten zurück. Die dadurch zum Teil isolierte Wand der Zyste trug ich so weit wie möglich ab und verödete mit dem scharfen Löffel energisch alle noch stehenden Buchten mit ihrer epithelialen Auskleidung. Die Ränder des Schnittes vereinigte ich zum Teil durch Nähte und tamponierte nach dem lateralen Winkel hin. In den ersten Tagen nach Entfernung des Tampons entleerten sich noch spärliche Tropfen faden-

ziehender Flüssigkeit, der Hohlraum wurde täglich mit H_2O_2 ausgespült, blieb als solcher noch eine Zeitlang erhalten. Jetzt hat er sich fast ganz geschlossen und sondert nichts mehr ab. Ein Rezidiv ist also bisher (vier Monate post operationem) nicht eingetreten. Therapeutisch ist die gänzliche Zerstörung des Zystenepithels von größter Wichtigkeit. Bleibt viel erhalten, ist ein Rezidiv zu erwarten. Man muß außerdem den Knochen nach Lücken abtasten, weil es nach der Entstehungsart der Zysten denkbar wäre, daß eine Weichteilzyste mit einer Knochenzyste kombiniert ist.
