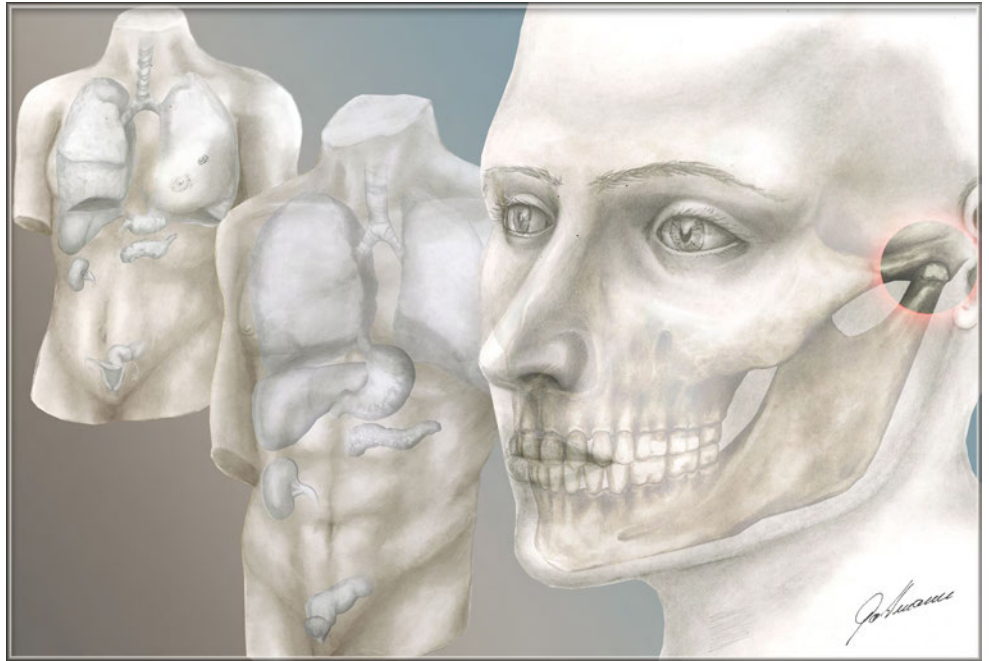


CHRISTINE PRETZL
HEINZ-THEO LÜBBERS
KLAUS W. GRÄTZ
ASTRID L. KRUSE

Klinik und Poliklinik für Mund-,
 Kiefer- und Gesichtschirurgie,
 Universitätsspital Zürich

KORRESPONDENZ

Dr. med. univ. Dr. med. dent.
 Christine Pretzl
 Klinik für Mund-, Kiefer- und
 Gesichtschirurgie
 Universitätsspital Zürich
 Frauenklinikstrasse 24
 8091 Zürich
 Tel. 044 255 11 11
 Fax 044 255 41 79
 E-Mail: christine.pretzl@
 usz.ch



Fallpräsentation: Kiefergelenk- beschwerden als erstes Zeichen einer malignen Erkrankung

Eine Tumormetastase als seltene Ursache

SCHLÜSSELWÖRTER

Tumor, Metastase, Kiefergelenk, Kondylus,
 kranio-mandibuläre Dysfunktion, digitale
 Volumetomografie, Computertomografie,
 MRI, orofaziale Schmerzen

Illustration oben von Ruth Gottmann, freie Grafikerin

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke sind ein häufiges Symptom; jedoch ist eine Metastase als Ursache eine Rarität.

Fallbericht: Ein 65-Jähriger wurde im September 2012 am Universitätsspital Zürich, Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, vorstellig mit den Symptomen einer präaurikulären Schwellung und einer mentalen Hypästhesie der betroffenen Seite. Nach gründlicher klinischer Untersuchung sowie additionaler Diagnostik mittels Bildgebung und schliesslich Feinnadelpunk-

tion konnte die Diagnose einer Kiefergelenkmetastase als Ableger eines bereits multipel metastasierten Prostatakarzinoms gesichert werden.

Schlussfolgerung: Bei Kiefergelenkbeschwerden und gleichzeitigem Bestehen einer malignen Grunderkrankung, Schwellung, eventuell in Kombination mit Nachtschweiss und Gewichtsverlust, sollte als Differenzialdiagnose das Vorliegen einer Kiefergelenkmetastase in Betracht gezogen werden.

Einleitung

Das myoarthropathische Beschwerdebild präsentiert sich als klinische Problematik, die Kaumuskulatur, Kiefergelenke und/oder assoziierte Strukturen involviert. Leitsymptome sind eine limitierte Mundöffnung bzw. eine eingeschränkte Kiefergelenkfunktion, Schmerzen und Gelenkgeräusche. Betroffen sind häufig Frauen im gebärfähigen Alter. LeResche sowie Marklund und Wanman berichten von einem doppelt so häufigen Auftreten bei Frauen im Gegensatz zu Männern (LERESCHÉ 1997; MARKLUND & WANMAN 2007). Dym und Israel beschreiben das Auftreten von Kiefergelenkbeschwerden sogar in einem Verhältnis von 4:1 bis 6:1 (weibliche zu männliche Patienten) (DYM & ISRAEL 2012). Der Anteil, den dieses Krankheitsbild an der Gesamtpopulation einnimmt, wurde in Studien mit bis zu 12 Prozent angegeben (LIU & STEINKELER 2013).

Deutlich seltener sind dagegen neoplastische Erkrankungen im Kiefergelenkbereich. Neben den Myoarthropathien und psychiatrischen Problemen als begleitende Auslöser sollten sie jedoch aufgrund der schwerwiegenden Konsequenzen bei Nichterkennung differenzialdiagnostisch unbedingt berücksichtigt werden.

Um die Bedeutung einer umfassenden anamnestischen und klinischen Befunderhebung hervorzuheben, ebenso um den differenzialdiagnostischen Einbezug auch seltener Diagnosen zu betonen, soll ein Patientenfall demonstriert werden.

Fallpräsentation

Anamnese, klinischer und radiologischer Ausgangsbefund

Ein 65-jähriger Patient wurde im September 2012 mit einer Schwellung präaurikulär rechts und einer Hypästhesie mental rechts der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Universitätsspital Zürich zugewiesen. Zum Zeitpunkt der Vorstellung berichtete der Patient über ein erstmaliges Auftreten einer indolenten Schwellung in diesem Bereich, die seit etwa zwei Wochen progredient sei.

In der klinischen Untersuchung zeigte sich ein intakter Hautbereich ohne Rötung oder Druckdolenz im Bereich der Schwellung. Zudem liess sich eine Verminderung der Berührungs- und Drucksensibilität mental rechts feststellen. Die Fazialisfunktion zeigte sich intakt. Intraoral präsentierten sich die Zähne 48 bis 41 mit negativer Vitalitätsreaktion bei ungestörter Okklusion und reizlosen Schleimhautverhältnissen. Die Mundöffnung, ebenso wie die Latero- und die Protrusionsbewegung, war uningeschränkt möglich.

Im Rahmen der allgemeinen Anamnese gab der Patient ein Prostatakarzinom an, mit Erstdiagnose im August 2011. Metastasen im Schädelbereich, eine diffuse Metastasierung im lumbalen und Beckenskelett sowie pathologisch vergrösserte Lymphknoten paraaortal, interaortocaval und retroperitoneal waren bekannt.

Zur weiteren Abklärung der Beschwerden wurde eine digitale Volumentomografie durchgeführt, bei der sich ein sklerotisches Areal im Bereich des Collum mandibulae rechts zeigte (Abb. 1 und 2). Bei der anschliessenden Magnetresonanztomografie zeigte sich eine Gewebsmasse in diesem Bereich (Abb. 3), die mittels Feinnadelpunktion genauer untersucht wurde.

Der zytomorphologische Befund entsprach der Manifestation des klinisch bekannten Adenokarzinoms der Prostata. Bei bekannter ossärer und lymphatischer Metastasierung wurde eine lokale Bestrahlung sowie eine Chemotherapie eingeleitet.

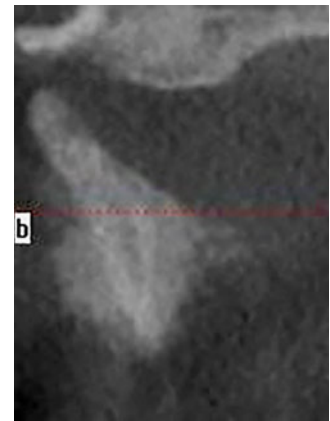


Abb. 1 DVT – Sagittalschnitt durch das rechte Kiefergelenk mit ausgeprägter diffuser Sklerosierung bis in den aufsteigenden Unterkieferast

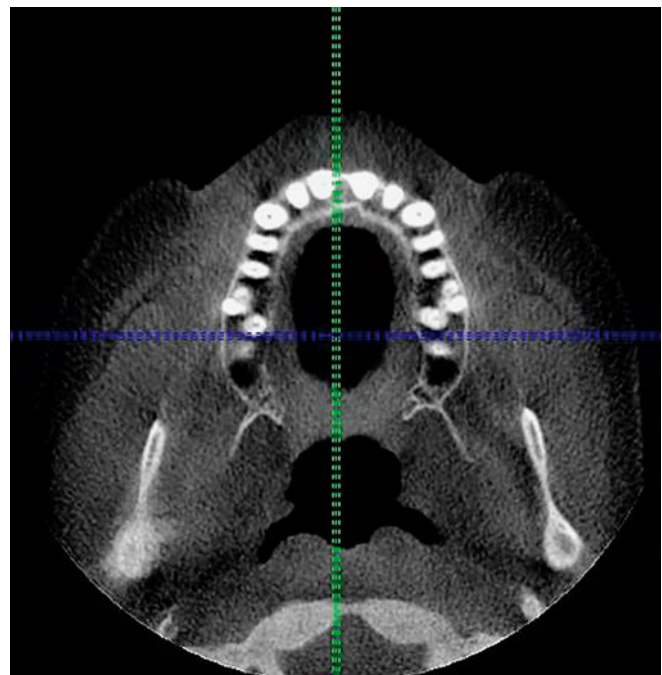


Abb. 2 DVT – axiale Schnittebene mit im Seitenvergleich deutlich erkennbarer diffuser Sklerosierung im Bereich des aufsteigenden Unterkieferastes/Gelenkfortsatzes rechts

Diskussion

Metastasen im Kiefergelenkbereich, als sekundärer Manifestationsort eines Malignoms, stellen eine seltene Diagnose dar. Von daher werden sie nicht häufig als primäre Arbeitsdiagnose in Betracht gezogen werden. Eine Hypästhesie als Leitsymptom, wie in diesem Fallbeispiel vorliegend, kann ebenso bei einer Osteomyelitis oder im Rahmen einer Bisphosphonat-assoziierten Osteonekrose auftreten (OTTO ET AL. 2009). Beide stellen Erkrankungen dar, die sicher im Vergleich häufiger anzutreffen sind.

Die zusätzlich bestehende Schwellung kann infolge eines Gelenkergusses im Rahmen einer rheumatologischen Erkrankung, eines Traumas oder einer Erkrankung der Parotis auftreten. Als wichtige Unterscheidungshilfen dienen Anamnese, klinische Untersuchung und gezielte, auf das Krankheitsbild bezogene, weitergehende diagnostische Massnahmen. Bei Verdacht auf eine rheumatologische Ursache können initial die Krankengeschichte und eine spezifische Analyse der Blutwerte hilfreich sein. Hinweise auf eine traumatische Genese gibt der Patient zumeist selbst im Rahmen der Anam-

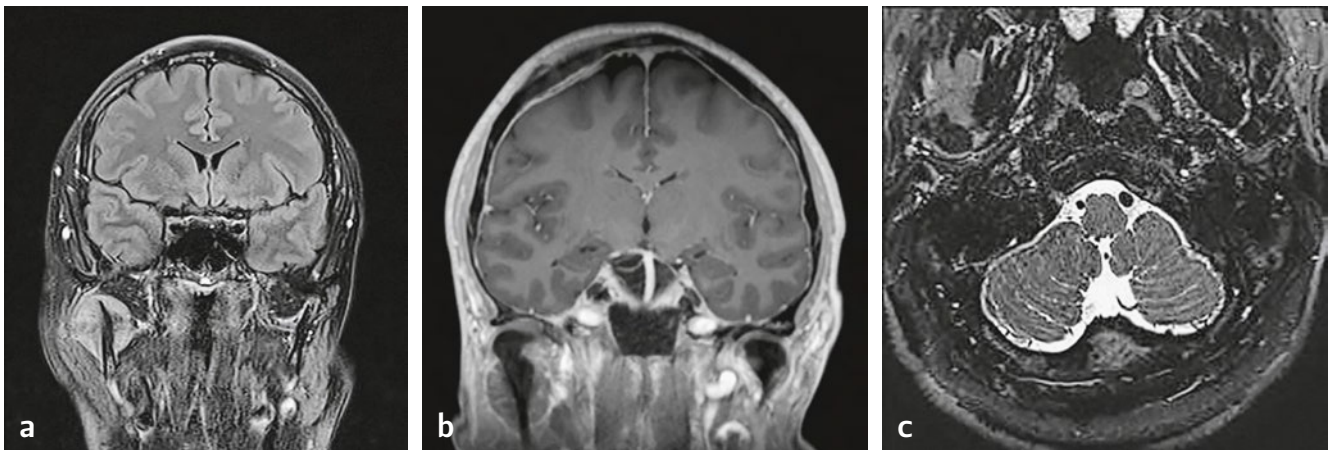


Abb. 3a–c Magnetresonanztomografie (MRI) in koronarer (a und b) und axialer (c) Schicht. T1-Gewichtung in b; T2-Gewichtung in a und c

nese. Auf jeden Fall muss explizit danach gefragt werden. Eine neu aufgetretene Okklusionsstörung lässt sich häufig nachweisen. Die akute Parotitis ist gekennzeichnet durch eine schmerzhafte Schwellung der Drüse, die bis zum Abstehen des Ohrläppchens führen kann. Bei Palpation zeigt sich oft eine Fluktuation der Drüse, und es entleert sich eitriges Sekret aus dem Ausführungsgang. Die Papille ist gerötet und ödematös.

Im vorliegenden Fall war neben der völligen Schmerzlosigkeit selbstverständlich die Anamnese des bekannt metastasierenden Prostatakarzinoms hinweisend. Die umgehende durchgeführte digitale Volumentomografie (DVT) erhärtete den Verdacht auf ein malignes Geschehen.

Als weitaus häufigere Ursache für Kiefergelenkbeschwerden lässt sich eine Myo- und/oder Arthropathie feststellen. Aufgrund der ähnlichen Klinik kann die initiale Differenzierung erschwert sein. Durchgesetzt hat sich international mit den Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders

(RDC/TMD) ein Klassifikationssystem aus dem Jahre 1992 (DWORKIN & LERESCHE 1992; DWORKIN 2010).

Die Kenntnis der möglichen Erscheinungsformen ist ein wichtiger Bestandteil zur Erstellung eines genauen Befundes wie auch zur differenzialdiagnostischen Beurteilung bei Abweichung bzw. additionaler oder atypischer Symptomatik. Bei Erhebung eines Beschwerdebildes sind folgende Komponenten einzubeziehen (DYM & ISRAEL 2012):

- Hauptbeschwerden
- Verlauf der gegenwärtigen Erkrankung
- allgemeine ärztliche und zahnärztliche Anamnese
- klinische Untersuchung

Eine eventuelle Bildgebung dient der Identifizierung, Bestätigung bzw. des Ausschlusses bei Verdacht auf eine bestimmte Erkrankung. Hierbei kann das als Basisuntersuchung angesehene Orthopantomogramm (OPT) nur grobe Veränderungen der knöchernen Strukturen aufzeigen. Wesentlich sensitiver

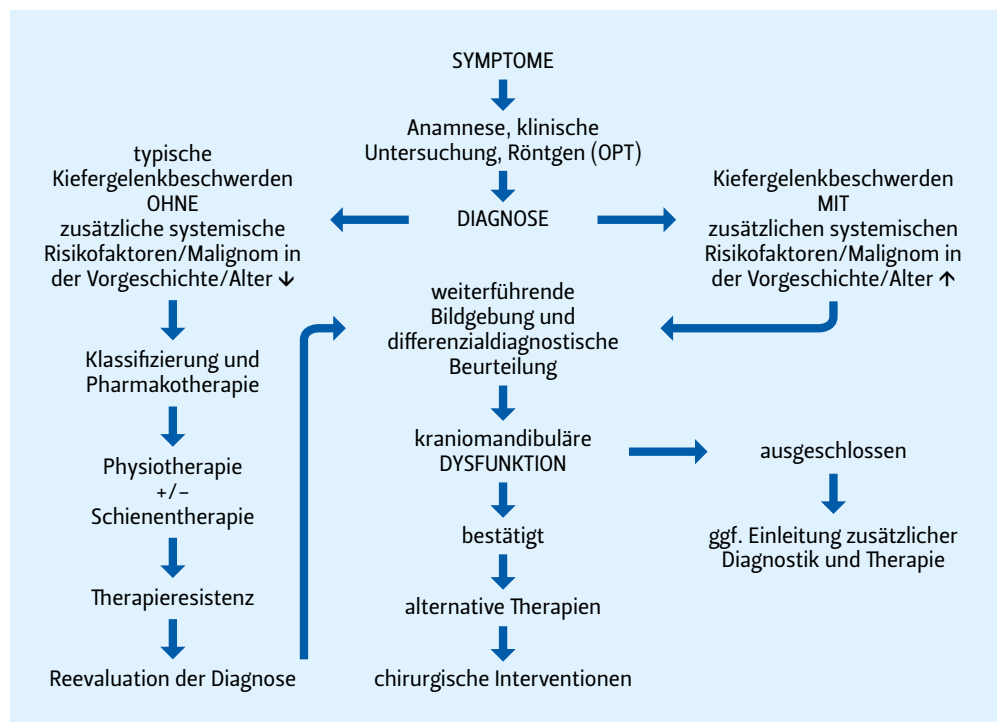


Abb. 4 Algorithmische Vorgehensweise bei Kiefergelenkbeschwerden

ist die digitale Volumentomografie (DVT), welche vor allem auch im Vergleich zum Computertomogramm (CT) die niedrigere Strahlenbelastung mit sich bringt. Mit seiner detailgetreuen Wiedergabe auch des Weichgewebes ist die Magnetresonanztomografie (MRT) Goldstandard zur Visualisierung des Kiefergelenkes.

Besteht der Verdacht auf eine Neoplasie im Bereich eines Kiefergelenkes, sind gegebenenfalls zusätzliche Untersuchungen erforderlich. Bei bekanntem Malignom sollte eine Feinnadelbiopsie oder offene Biopsie Bestätigung geben. Abbildung 4 zeigt einen diagnostischen Algorithmus zur Kiefergelenkabklärung, wie er häufig Verwendung findet.

Schlussfolgerung

Eine Verzögerung der Diagnosestellung, des Therapiebeginns und folglich eine Verschlechterung der Prognose bei malignem Geschehen im Kiefergelenkbereich ist unbedingt zu vermeiden. Daher ist es wichtig, auch bei unspezifischer Symptomatik im Bereich der Kiefergelenke die Differenzialdiagnose einer Kiefergelenkmetastase abzuklären. Dies gilt insbesondere bei Therapieresistenz oder zusätzlichen Risikofaktoren wie bekanntem Malignom, B-Symptomatik (Fieber, Nachtschweiss oder Gewichtsverlust) sowie atypischem Alter oder Geschlecht des Patienten.

Literatur

DWORKIN S F: Research Diagnostic criteria for Temporomandibular Disorders: current status & future relevance. *J Oral Rehabil* 37: 734–743 (2010)

DWORKIN S F, LERESCHE L: Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomandib Disord* 6: 301–355 (1992)

DYM H, ISRAEL H: Diagnosis and treatment of temporomandibular disorders. *Dent Clin North Am* 56: 149–161, ix (2012)

LERESCHE L: Epidemiology of temporomandibular disorders: implications for the investigation of etiologic factors. *Crit Rev Oral Biol Med* 8: 291–305 (1997)

LIU F, STEINKELER A: Epidemiology, diagnosis, and treatment of temporomandibular disorders. *Dent Clin North Am* 57: 465–479 (2013)

MARKLUND S, WANMAN A: Incidence and prevalence of temporomandibular joint pain and dysfunction. A one-year prospective study of university students. *Acta Odontol Scand* 65: 119–127 (2007)

OTTO S, HAFNER S, GROTZ K A: The role of inferior alveolar nerve involvement in bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw. *J Oral Maxillofac Surg* 67: 589–592 (2009)

Abstract

PRETZL C, LÜBBERS H-T, GRÄTZ K W, KRUSE A L: **Case report: TMJ-like symptoms as first sign of a tumorous disease. Metastasis as an uncommon origin of the symptoms** (in German). *SWISS DENTAL JOURNAL SSO* 125: 1107–1110 (2015)

Introduction

Temporomandibular joint (TMJ) disorders are frequent; metastases in this region as a reason for the complaints a rarity.

Material and Methods

A 65-year-old male presented in September 2012 with initial symptoms of preauricular swelling and mental hypoesthesia of the affected side. After detailed clinical examination and additional diagnostics as well as fine-needle biopsy, the diagnosis was a temporomandibular metastatic lesion of an already multiple, metastasizing adenocarcinoma of the prostate.

Conclusion and Significance

In a case of TMJ complaints and simultaneous presence of a malignant disease, swelling, eventually in combination with night sweats and weight loss, the examining physician should consider a differential diagnosis of TMJ metastases.