

Interner Sinuslift und Knochenaufbau mit der Piezochirurgie

| Dr. Marcel A. Wainwright, Dr. Angelo Troedhan, Dr. Andreas Kurrek

Im folgenden Fallbericht wird eine neue Technologie zur Augmentation des Sinus maxillaris mithilfe der Piezo-Chirurgie und speziellen Aufsätzen zur atraumatischen Sinusbodenelevation und -augmentation vorgestellt.

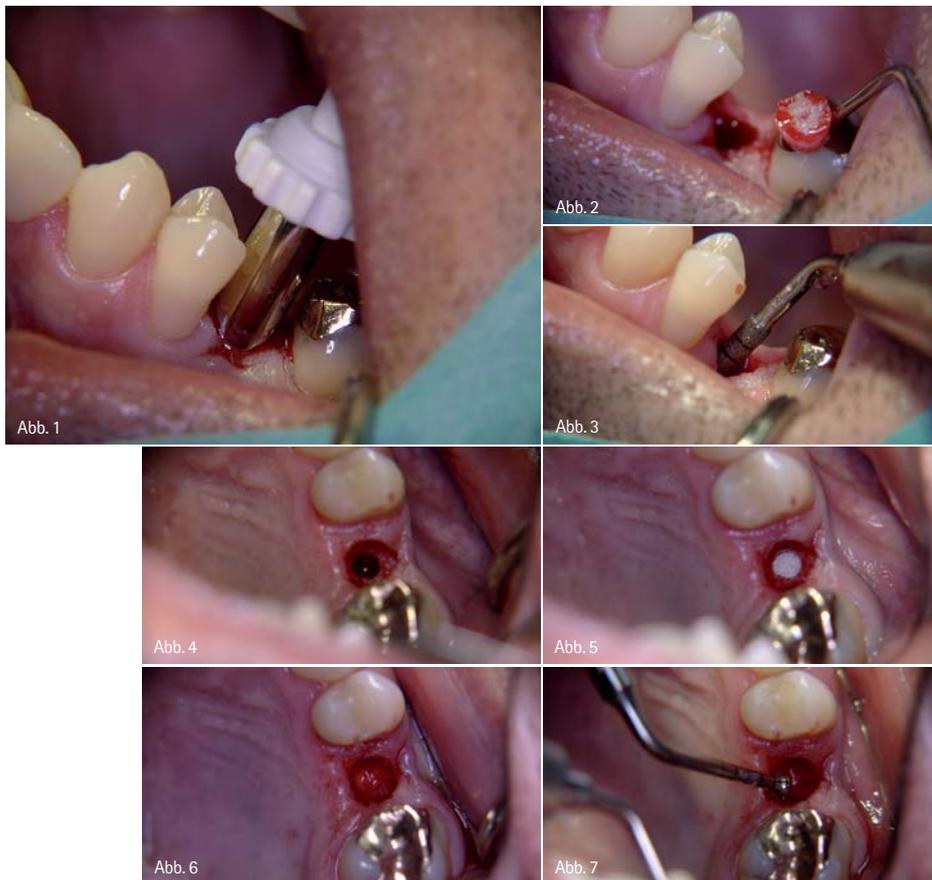


Abb. 1: Die Biopsie-Schleimhautstanze in situ. – Abb. 2: Der entnommene Schleimhautblock. – Abb. 3: Das Intralift-Instrument TWK 3 mit der Lasermarkierung in der Osteotomie. – Abb. 4: Von okklusal betrachtet erkennt man in der Tiefe der Osteotomie die schimmernde Schleimhaut der Schneiderschen Membran. – Abb. 5: Das eingebrachte Kollagenvlies in der Osteotomie. – Abb. 6: Das Bild zeigt den Zustand nach dem ersten Befüllen der Osteotomie mit Knochenersatzmaterial. – Abb. 7: Mit dem Stopf- oder Trompeten-Instrument TKW 5 wird erneut Augmentationsmaterial in die Osteotomie gedrückt.

Die beste Werbung für Angstpatienten: keine Schwellungen, Schmerzen oder Blutungen! Ein 37 Jahre alter Patient stellte sich in unserer Praxis vor. Er ist

starker Raucher (circa 30 Zigaretten täglich), hat eine Zahnarztphobie und sein Zahnersatz ist mehr als zehn Jahre alt. Die Röntgenaufnahme zeigte einen desolaten Zustand seiner

Zähne. Der Patient wollte zunächst nur ein Implantat in Regio 15. Da die vertikale Restknochenhöhe hier jedoch nur noch drei Millimeter betrug, wurde als erstes ein interner Sinuslift zur Knochenaugmentation vorgenommen, um die anatomischen Voraussetzungen für eine Implantatinsertion zu schaffen. Verwendet wurde hierzu das neue Intralift-Verfahren in Kombination mit dem Piezotome der Firma Satelec (Acteon Group). Anschließend erfolgte eine einzeitige Implantatversorgung.

Chirurgisches Vorgehen

Mit einer Biopsie-Schleimhautstanze wird zunächst der Gingivalbereich, wo das Implantat gesetzt werden soll, entfernt (Abb. 1). Mit den diamantierten Intralift-Instrumenten TKW 1, 2 und 3 wird dann eine stufenweise Pilotbohrung vorgenommen (Abb. 3). Zur Absicherung und als Vorsichtsmaßnahme gegen Rupturen der Kieferhöhlenschleimhaut wird ein Kollagenvlies, das zuvor mit der Hand geformt wurde, in die Osteotomie eingebracht (Abb. 5). Mit dem Stopf- oder Trompeten-Instrument TKW 5 wird es vorsichtig in die Kavität gedrückt. Durch den Kontakt mit Blut quillt das Kollagenvlies auf und adaptiert sich sofort an die Kieferhöhlenschleimhaut.

Zum behutsamen Abheben der Schneiderschen Membran und zum gleichzeitigen Befüllen der Osteotomie kommt erneut die TKW 5-Spitze