

Deckung einer chronischen Mund-Antrum-Verbindung mit einer nicht resorbierbaren Membran

Nach mehrfachen chirurgisch-endodontischen Erhaltungsversuchen an einem zweiten, oberen Prämolaren war es durch ein erhebliches Hart- und Weichgewebsdefizit zu einer chronischen Kieferhöhlenfistelung gekommen. Diese konnte mit einer nicht resorbierbaren Membran bei offener Wundheilung geschlossen werden.

DR. MED. DENT. LUTZ RICKEN/BAD WILDUNGEN

Anlässlich der Neuversorgung der Schaltlücke 14, 15 mit einer Brücke von 13 auf 16 wurde der Patient zum Verschluss der bestehenden Mund-Antrum-Verbindung unserer Praxis zugewiesen. Vorausgegangen waren mehrere Versuche der Erhaltung von 15 durch Wurzelspitzenresektionen, die letztlich aber nicht den Erhalt des Zahnes ermöglichten. Seit sieben Jahren bestand ein Fistelgang zur Kieferhöhle, der nach einer der vorangegangenen Resektionen entstanden war. Die Beseitigung des Fistelganges war, nach Aussage des Patienten, schon mehrfach versucht worden. Klinisch zeigte sich mesial von 16 ein Fistelgang bei positivem Valsalva-Versuch. Das Vestibulum war stark abgeflacht, was auf eine vorausgegangene plastische Deckung mit Periostschlitzen schließen ließ.

Der Patient litt unter einer chronischen, rechtsseitigen Sinusitis mit phasenweiser Sekret und Pusentleerung in die Mundhöhle. Die Nasenatmung war uneingeschränkt möglich.

Bei Exploration des Defekts durch einen Mukoperiostlappen nach REHRMANN zeigte sich ein ca. 10 x 15 mm großer knöcherner Defekt der fazialen Kieferhöhlenwand sowie reichlich granulomatöses und mukozelenartiges Gewebe in der Kieferhöhle (Abb. 1).

Nach Entfernung des pathologisch veränderten Gewebes aus dem Sinus wurde der knöcherne Defekt mit einer PTFE-Membran (TefGen) bedeckt. Um eine sichere Adaptation der Membran über dem Defekt zu gewährleisten, wurde eine Fixierung mit sieben Titannägeln durchgeführt (Abb. 2). Da das Weichgewebe von starken Narben durchzogen war, und eine erneute Periostschlitzen vermieden werden sollte, wurde lediglich eine

bestmögliche Adaptation des Weichgewebes an die Wundränder herbeigeführt, ohne allerdings die Membran komplett zu decken. Postoperativ wurde dem Patienten eine fünftägige Antibiose (Amoclav 500 Plus Filmtabletten) sowie bei Bedarf Otriven Nasenspray verordnet. Für die ersten zehn postoperativen Tage wurde er angewiesen mit Chlorhexidinlösung 0,2 % zu spülen und danach den OP-Bereich mit einem in Chlorhexidin getränkten Wattestäbchen zu reinigen. Die Nahtentfernung erfolgte nach zehn Tagen bei reizlosen Wundverhältnissen. Die Symptome der Sinusitis verschwanden innerhalb dieses Zeitraumes. Die Membran und die Titannägel konnte nach 14 Wochen in Lokalanästhesie entfernt werden. Weitere drei Wochen zeigte sich die in Abbildung 3 erkennbare Situation. Es hatte sich kein neuer Fistelgang gebildet. Der Nasen-Blas-Versuch war negativ, die Kieferhöhlenbeschwerden des Patienten waren nicht wieder aufgetreten. Lediglich an Zahn 16 war eine Rezession der Gingiva von ca. 1 mm festzustellen.

Diskussion

Nach Exploration des Defekts in der angegebenen Weise stellte sich die Frage der Deckung. Eine klassische plastische Deckung mit Periostschlitzen erschien uns aus zwei Gründen ungeeignet. Zum einen war es auf Grund der gewählten Schnittführung und der Defektgröße nicht möglich, eine knöcherne Auflage der Wundränder zu erzielen, was vermutlich zu einer erneuten Fistelbildung geführt hätte. Zum anderen hätte eine Periostschlitzen



Abb. 1



Abb. 2



Abb. 3