

Der ballonassistierte indirekte Sinuslift (Teil 2)

Im ersten Teil dieses Fachbeitrages wurden die theoretischen Grundlagen einer modifizierten Anwendungsmöglichkeit von Ballonexpandern beschrieben und als Step-by-Step-Vorgehen bildlich dargestellt. Die Fortsetzung dieses Artikels beschäftigt sich mit der klinischen Umsetzung des Einsatzes von Silikonexpandern als Präparationshilfsmittel bei der atraumatischen Sinusschleimhautpräparation.

DR. ROLF VOLLMER, DR. MARTINA VOLLMER/WISSEN,
DR. RAINER VALENTIN/KÖLN

Die In-vitro-Vorversuche führten wir auch in der Anatomie mit einer entsprechenden röntgenologischen Nachuntersuchung durch. Es ergaben sich die im 1. Teil des Fachbeitrages beschriebenen Erkenntnisse, die recht gute Erfolgsaussichten versprachen. So wurde die Technik in die Praxis umgesetzt. Ziel sollte es sein, Perforationen der Schneiderschen Membran und Knochensplitterbildungen zu vermeiden und eine gewisse Standardisierung des Verfahrens zu erreichen.

Fallbeschreibung

Bei der 51-jährigen Patientin soll eine Implantatinsertion im rechten Oberkiefer vorgenommen werden. Die ballonassistierte Präparationstechnik wird als 1. Schritt durchgeführt, um anschließend drei Implantate in die Position 14, 15, 16 einzubringen. Bewusst wird hier die

ursprüngliche Indikationsbeschränkung der Misch-Kategorie SA 2, die eine Anhebung des Sinusbodens auf eine Höhe von 2–3 mm vorsieht, überschritten, da zusätzlich eine endoskopische Kontrolle des Eingriffes erfolgt. Die Implantate sollen mit der Stabilisierungstechnik nach VOLLMER/VALENTIN fixiert und ein optimaler interimplantärer Abstand gewährleistet werden. Zu diesem Zweck verwenden wir eine so genannte Lochschiene als Bohrschablone. Nach der Aufbereitung des Bohrschachtes mit Osteotomen und Infrakturierung der Sinuskortikalis kann sodann das Röhrchen mit dem integrierten Ballonexpander in situ gebracht werden und die ballonassistierte Präparation unter Verwendung eines Röntgenkontrastmittels beginnen. Die korrekte Präparation der Sinusschleimhaut wird endoskopisch kontrolliert. Eine weitere Präparation erfolgt im Bereich des Implantates in Regio 16, sodass eine vollständige Ablösung der Sinusschleimhaut erreicht wird. Die Implantate werden nur



Abb. 1: Röntgenausgangssituation. – Abb. 2: Klinische Ausgangssituation – Schalltlücke OK rechts. – Abb. 3: Röhrchen in situ.



Abb. 4: Vorbereitung unter Verwendung einer Lochschiene. – Abb. 5: Osteotomie-Instrument zur Fraktur der Kompakta. – Abb. 6: Endoskopischer Blick in Richtung Sinus der Kompakta. – Abb. 7: Positionierung des Silikonballons.