

Komplikationen während der Durchführung einer indirekten Sinusliftoperation

Die indirekte Sinuslifttechnik wurde vor ca. zehn Jahren von Summers beschrieben. Sie dient dazu, das Knochenangebot im seitlichen Oberkieferbereich so zu verbessern, dass enossale dentale Implantate eingebracht werden können. Im Wesentlichen besteht die Technik darin, über einen krestalen Zugang die Schneider Membran des Sinus maxillaris einige Millimeter anzuheben, Augmentationsmaterial unterhalb der Sinusmembran einzubringen und die Implantate zu inserieren.

DR. ROLF VOLLMER/WISSEN

Bei dieser Technik wird zunächst bis zur Gegenkortikalis eine Bohrung für das Implantatbett angelegt. Dann wird mit einem Osteotom mit kurzen kräftigen Hammerschlägen die Kortikalis unter Schonung der Sinusmembran in den Sinus hineingetrieben. Die Sinusmembran wird durch dieses Vorgehen vorsichtig angehoben. Inzwischen gibt es einige Modifikationen dieser Technik, die jedoch alle das Einklopfen der Kortikalis mittels Osteotom beinhalten.

Komplikation und Beschwerden

Die oben beschriebene Technik wird in der Regel sehr häufig im Oberkieferseitenzahnbereich angewandt. So auch bei einem ca. 55-jährigen Patienten zu Anfang des Jahres. Während des Einklopfens bekam der Patient einen krampfartigen Anfall und konnte nur mit Mühe auf dem Behandlungsstuhl liegen bleiben. Er war zunächst kaum noch ansprechbar und machte einen geistig verwirrten Eindruck. Der Patient klagte über Übelkeit, Gleichgewichtsstörungen, Kopfschmerz und Druckgefühl im Schädel. Nach einer gewissen Zeit beruhigte sich der Patient und die Operation konnte beendet werden. Der Patient wurde unter Begleitung nach Hause entlassen. Da nach ca. einer Woche immer noch Beschwerden bezüglich des

Gleichgewichtssinns bestanden, wurde ein HNO-Arzt konsultiert. Dieser mutmaßte, dass beim Klopfen auf Grund der anatomischen engen Beziehung des OP-Gebietes zum Innenohr sich eventuell Verkalkungen gelöst hätten, die sich nun in der Innenohrflüssigkeit befänden. Die Symptome seien teilweise ähnlich der sog. Menière-Krankheit. Man habe ähnliche Beschwerden auch nach Traumata wie z.B. Autounfällen. Die Befragung von Implantologen, die diese Technik ebenso wie Bonesplitting-Techniken sehr häufig anwenden, bestätigte die Aussage des HNO-Arztes. Eine Therapie sei nicht erforderlich. Die Beschwerden könnten allerdings Monate anhalten. *Sollten Sie ähnliches erlebt haben oder zu abweichender Diagnosestellung gekommen sein, dürfen wir Sie bitten, sich an unten genannte Kontaktadresse zu wenden. Für Ihre Mithilfe bedanken wir uns im Voraus.*

Vorläufige Diagnose

Lösen vom Kalkpartikeln und Abwandern derselben in die Innenohrflüssigkeit oder Schädigung der Sinneshärchen im Innenohr durch Krafteinwirkung.

Therapie

Keine bekannt.

Info zur Differenzialdiagnose	
Diagnose	Menière-Krankheit (Drehschwindel) Ihren Namen verdankt diese Erkrankung dem französischen Arzt Prosper Menière (1799 bis 1862), der sie als einen ausgeprägten Zustand von plötzlichen Drehschwindelanfällen, Übelkeit, Erbrechen, Ohrensausen begleitet von einem einseitigen Hörverlust beschrieb.
Symptome	Drehschwindel, Übelkeit, Erbrechen, plötzlicher Hörverlust, Tinnitus, Druckgefühl.
Wann zum Arzt?	Bei Verdacht zum HNO-Arzt.
Therapie	Symptomatisch mit Medikamenten gegen Übelkeit, Erbrechen und Schwindel, Glukokortikoide, Antibiotika, evtl. Operation.
Der Druck im Innenohr ist erhöht.	Ursachen und Symptome Die Menière-Krankheit (Morbus Menière) ist durch ein Druckgefühl im Ohr, Drehschwindel mit Erbrechen und zunehmende Schwerhörigkeit des betroffenen Ohres charakterisiert. Die Erkrankung hat ihre Ursache in einer vermehrten Flüssigkeitsbildung im Innenohr und der dadurch bedingten Druckerhöhung.