

Wie man Komplikationen im Sinus vermeidet

Eine Literaturanalyse

Ein- oder zweizeitiges Vorgehen, lateraler oder krestaler Zugang, autologer Knochen oder Knochenersatz, mit oder ohne Membran? Die Variationsmöglichkeiten bei der Augmentation des Sinusbodens sind zahlreich. Eine Reihe neuer Publikationen hat die Erfolgsfaktoren analysiert.

DR. DR. WOLFGANG HÖRSTER/KÖLN, DR. BIRGIT WENZ/WOLHUSEN

Die wissenschaftliche Literatur kann Praktikern heute wichtige Entscheidungshilfen bei der Wahl des klinischen Vorgehens bei Sinusbodenaugmentation geben. Denn es gibt nicht nur eine große Zahl klinischer und experimenteller Studien zu diesem Thema: Umfassende wissenschaftliche Literaturanalysen, so genannte Metaanalysen, zeigen mit hohem Evidenzgrad, welche Faktoren und Vorgehensweisen bei der Augmentation im Sinus zu einem guten klinischen Ergebnis führen.

Augmentieren mit Knochenersatz

Braucht man autologes Transplantat bei der Augmentation des Sinusbodens? Autologer Knochen ist gut, aber

ebenso gut oder sogar besser ist Knochenersatz, wenn es um den Sinus geht. Das ist das Fazit verschiedener aktueller Studien und Analysen. Eine Metaanalyse zu diesem Thema, also eine Literaturanalyse mit hohem Evidenzgrad (Tab. 1), führte die Gruppe um MASSIMO DEL FABBRO aus Mailand durch.¹ Bei der Auswertung von 39 wissenschaftlichen Publikationen zur Sinusbodenaugmentation – die Datenbasis umfasste 6.913 Implantate und 2.046 Patienten – zeigten sich Implantat-Überlebensraten über 90%, wenn Knochenersatz allein oder in Mischung mit autologem Knochen verwendet wurde (Abb. 1). Die Überlebensrate in rein autologen Augmentaten dagegen betrug nur 87%. Möglicherweise spielt hier die vorzeitige Resorption des autologen Knochens eine Rolle. So fanden SCHLEGEL et al. bei einer Tierstudie

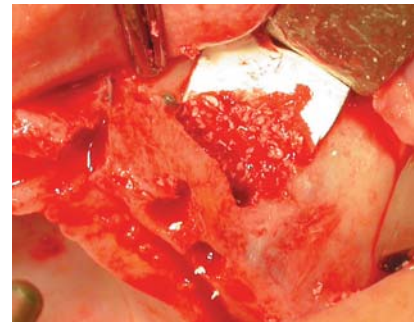
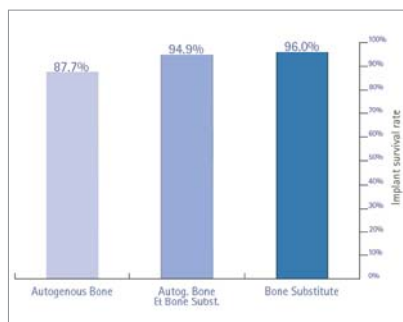


Abb. 1: Die klinische Erfolgsrate in der Sinusbodenaugmentation ist bei Verwendung von Knochenersatzmaterialien signifikant höher als mit autologem Knochen (Meta-Analyse Del Fabbro et al.). – Abb. 2: Nach Eröffnung der Kieferhöhle mit einem großen Rosenbohrer wird die Sinusmembran mit einem gewinkelten Elevatorium vorsichtig abgehoben. Abdrehen des Knochendeckels um 90° nach innen. – Abb. 3: Abdecken der Kieferhöhlenschleimhaut mit einer Kollagenmembran (Bio-Gide®) vor Implantatinsertion.

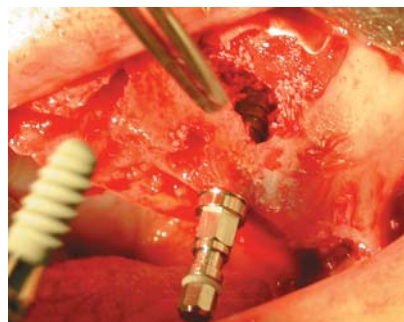
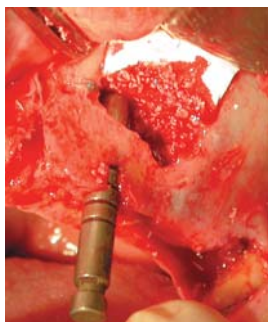


Abb. 4: Tiefenmesslehre bis zur Membran. – Abb. 5: Einbringen der Implantate. – Abb. 6: Implantate reichen apikal bis zur Membran. – Abb. 7: Implantate in situ, bukkaler Defekt an Implantat 23.