

Einzeitige Operation mit dem IntraLift zur subantralen Insertion

Der stetig steigende Wunsch der Patienten nach vollständig feststehendem Zahnersatz führt zu immer häufigeren augmentativen, präprothetischen Planungen aufseiten der Implantologen. Diese werden immer wieder mit der Indikation starker Atrophie im Oberkiefer-Seitenzahnbereich konfrontiert – vom Einzelzahnverlust bis hin zum vollständig unbezahnten Kiefer. Zur vertikalen Augmentation kommt der Sinuslift mit seinen unterschiedlichen Operationsverfahren zum Einsatz.

Dr. Andreas Kurrek/Ratingen, OA Dr. Angelo Troedhan/Wien, Dr. Marcel A. Wainwright/Düsseldorf

■ Der hier vorgestellte Patientenfall zeigt eine junge Frau mit Zahnverlust in Regio 16 nach einer therapieresistenten Wurzelbehandlung mit Längsfraktur der palatinalen Wurzel. Infolge dauerhafter Schmerzsymptomatik wurde der Zahn mithilfe von Periotomen und dem Ultraschallgerät Piezotome (Fa. Acteon Group) minimalinvasiv unter Schonung und Erhalt der vestibulären Knochenlamelle chirurgisch entfernt. Zur Unterstützung wurde Kollagen in die Alveole eingeführt und mikrochirurgisch übernäht. Acht Wochen post extractionem wurde dann mithilfe des IntraLift-Verfahrens (Fa. Acteon Group) eine vertikale Augmentation in Form eines Sinuslifts durchgeführt. Auf dem OPG (Abb. 1) ist deutlich zu erkennen, dass die Restknochenhöhe zwischen krestaler Oberfläche und Sinusboden nur 5 mm beträgt – eindeutig zu wenig, um eine sichere Implantation durchführen zu können. Intraoral zeigt sich der Situs völlig reizlos und gut ausgeheilt (Abb. 1; Abb. 2 spiegelbildlich). Hierauf erfolgte die operative Eröffnung in Form einer krestalen Schnittführung mit marginaler Extension über die angrenzenden Nachbarzähne (Abb. 3). Geringfügige Bindegewebeanteile werden kurretiert und vollständig aus den noch residierenden Alveolenanteilen

entfernt. Mit dem Ultraschalleinsatz TKW 1 aus dem IntraLift-Set wird eine „Pilotbohrung“ bis auf den Boden der Kieferhöhle vorgenommen. Diese erste Bohrung dient der Führung aller weiteren Arbeitsschritte (Abb. 4 und 5). Mithilfe der analog folgenden Instrumente TKW 2, 3 und 4 wird die Implantatkavität ultraschallaktiviert auf 3 mm ausgeweitet. Bei diesem OP-Verfahren ist bei einer Restknochenhöhe von bis zu 8 mm die Schneidersche Membran sehr gut zu sehen (Abb. 6). Somit ist eine optische Kontrolle einer möglichen Schleimhaut-Ruptur gegeben. Bei zweifelhafter Situation kann an dieser Stelle ein sanfter Valsalva-Versuch durchgeführt werden. Mit der TKW 5-Trumpet (Abb. 7 und 8) wird nun unter Ultraschalleinsatz ein hydrodynamischer Kavitationseffekt ausgelöst, der zu einer umfangreichen Ablösung der Schneiderschen Membran zentrifugal von der Eintrittskavität führt. Nach Einführen des TKW 5-Instruments in die Kavität (Abb. 9) wird dem OP-Protokoll folgend in Intervallen von etwa zehn Sekunden die Fördermenge an NaCl erhöht und somit der Druck unter der sich elevierenden Sinusmembran konstant gehalten. Hierbei ist zu beachten, dass die Arbeitsspitze zu keinem Zeitpunkt die Membran direkt berührt. Da der Druck,

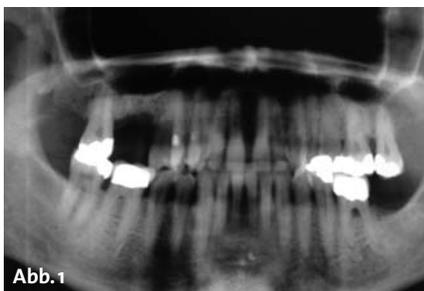


Abb. 1



Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4



Abb. 5



Abb. 6