

Migration eines Implantats in den Sinus maxillaris nach 30 Jahren

Belastung aufgrund einer Periimplantitis: ein Fallbericht



Sophia Hüggenberg¹, Tristan Hampe¹, Fouad Khoury^{1,2}

1: Privatzahnklinik Schloss Schellenstein, Olsberg

2: Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Universität Münster

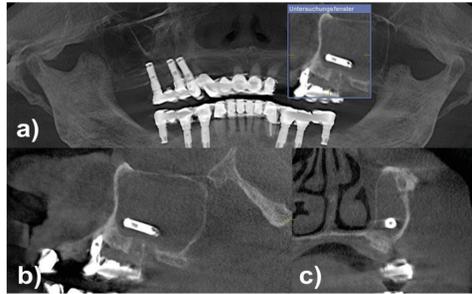
Kontakt: SopHue@web.de

EINLEITUNG

Die Migration von Implantaten in die Kieferhöhle erfolgt in der Regel während der Operation oder in der frühen postoperativen Phase. In dieser Fallstudie wird ein Fall von Implantatmigration nach 30 Jahren unter funktioneller Belastung aufgrund einer Periimplantitis vorgestellt.



Ausgangssituation: Das preoperative OPG zeigt das in die Kieferhöhle luxierte Implantat in regio 27



Die präoperative DVT-Aufnahme zeigt das in die Kieferhöhle luxierte Implantat umgeben von einer röntgenopaken Masse in der a) Panorama, b) sagittal und c) horizontal Ebene

MATERIAL UND METHODEN

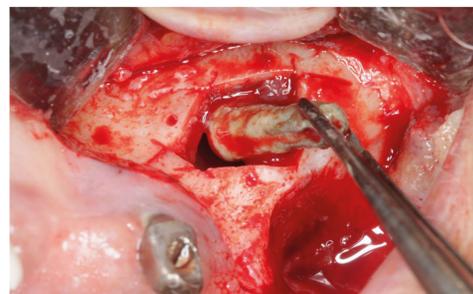
Eine 87-jährige Patientin stellte sich mit einer gelockerten Brücke vor. Bei der klinischen Untersuchung wurde ein fehlendes Implantat in Regio 26 festgestellt. Die Patientin zeigte keine Anzeichen einer Sinusitis. Die Bildgebung (OPG und DVT) bestätigte die Dislokation in den Sinus. Die Revision der Kieferhöhle wurde über einen knöchernen Deckel unter Lokalanästhesie und intravenöser Sedierung durchgeführt. Das Implantat wurde zusammen mit einer polypösen Masse entfernt. Die Sinusdesinfektion bestand aus einer Spülung mit Wasserstoffperoxid (3%) und Kochsalzlösung, gefolgt von einer photodynamischen Dekontamination. Die oroantrale Fistel wurde durch einen zweischichtigen Verschluss mit einem gestielten Bindegewebstransplantat und dem Mukoperiostlappen verschlossen. Der postoperative Verlauf war komplikationslos. Eine zwei Monate postoperativ durchgeführte DVT-Aufnahme, zeigte einen gesunden Sinus, sodass eine Augmentation und Implantation in regio 23,25 und 27 erfolgte.



Darstellung der oroantralen Fistelung nach Abnahme der prothetischen Suprakonstruktion



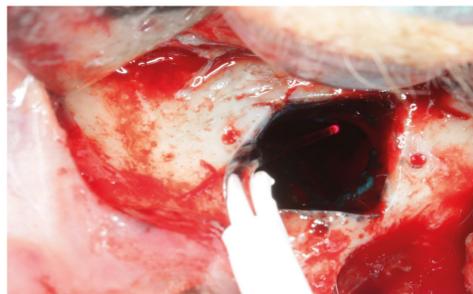
Präparation des Knochendeckels mittels MicroSaw (DENTSPLY Implants, Mannheim, Germany). Rechts sichtbar ist die MAV.



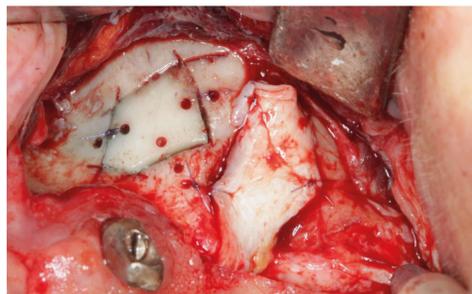
Entfernung des luxierten Implantates



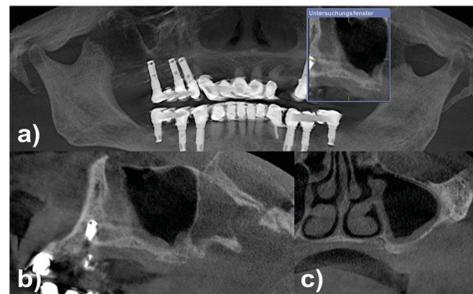
Spülung des Sinus maxillaris mit H2O2 3%ig



Photodynamische Dekontamination des Sinus maxillaris mit dem HELBO System (Bredent, Medical GmbH, Germany)



Repositionierung des Knochendeckels und Fixierung mit 6-0- resorbierbarer Naht, Verschluss der oroantralen Fistelung mit einem palatinal gestielten Bindegewebs-transplantat



Die DVT-Aufnahme zwei Monate postoperativ zeigt eine gesunde Schleimhaut im Sinus maxillaris in der a) Panorama-, b) Sagittal- und c) Horizontal-ebene, in c) ist außerdem das weit offene Ostium naturale zu sehen



Das postoperative OPG zeigt die Implantate in regio 23, 25 und 27 nach der Freilegung der Implantate.

ERGEBNIS

Die Bergung des Implantates und die Revision der Kieferhöhle, kann wie in diesem Fall beschrieben, mittels transoralem Knochendeckel oder mittels transnasalen endoskopischen Ansatzes behandelt werden^(1,2). Der transorale Zugang bietet eine gute Übersicht und ermöglicht den zeitgleichen Verschluss der oroantralen Fistel^(3,4). Die durchgeführte Desinfektion ist eine wirksame Therapie gegen die histopathologisch nachgewiesenen Bakterien der chronischen Sinusitis.

SCHLUSSFOLGERUNG

Die Dislokation von Zahnimplantaten in die Kieferhöhle tritt meist innerhalb der ersten sechs Monate nach dem Eingriff auf^(5,6); der vorgestellte Fall zeigt jedoch, dass solche Dislokationen auch als Spät komplikation auftreten können. Darüber hinaus unterstreicht dieser Fall die Bedeutung von routinemäßigen Recall-Terminen, nicht nur um technische Komplikationen wie das Versagen der Implantat-Abutment-Verbindung zu verhindern, sondern auch um eine frühzeitige Intervention in Fällen von Periimplantitis sicherzustellen. Bei Implantaten mit fortgeschrittener Periimplantitis, insbesondere im Oberkieferseitenzahnbereich, sollte eine Explantation erwogen werden, um eine Dislokation in die Kieferhöhle und die Entwicklung einer chronischen Sinusitis zu vermeiden.

Literatur:

- (1) Lindorf HH. Osteoplastic surgery of the sinus maxillaris—the "bone lid"-method. Journal of maxillofacial surgery. 1984;12(6):271-6
- (2) Chiapasco M, Felisati G, Maccari A, Borloni R, Gatti F, Di Leo F. The management of complications following displacement of oral implants in the paranasal sinuses: a multicenter clinical report and proposed treatment protocols. Int J Oral Maxillofac Surg. 2009;38(12):1273-8.
- (3) Khoury, Fouad. "The bony lid approach in pre-implant and implant surgery: a prospective study." European journal of oral implantology vol. 6,4 (2013): 375-84.
- (4) Khoury, Fouad. Bone and Soft Tissue Augmentation in Implantology, Quintessence Publishing, 1. Auflage, 2022, S. 100ff.
- (5) Manor Y, Anavi Y, Gershonovitch R, Lorean A, Mijiritsky E. Complications and Management of Implants Migrated into the Maxillary Sinus. The International journal of periodontics & restorative dentistry. 2018;38(6):e112-e8.
- (6) Ding X, Wang Q, Guo X, Yu Y. Displacement of a dental implant into the maxillary sinus after internal sinus floor elevation: report of a case and review of literature. International journal of clinical and experimental medicine. 2015;8(4):4826-36.