

Sinusløft med osteotom



Med den korrekte teknik er løft af sinusbunden med osteotom en enkel og sikker teknik til at skabe knoglehøjde, som alternativ til det konventionelle, laterale sinusløft. På vor klinik har vi brugt teknikken de sidste 8 år, og den anvendes i dag hyppigt.

Der er i dag evidens for, at der opstår god knogletilvækst omkring implantatet uden anvendelse af supplerende knogleerstatning ("telt-stangeeffekten") Der findes kirurger, som stort set udelukkende anvender osteotomteknikken til sinusløft.

(Dr Robert Fermergård, Vesterviks sjukhus)
Det nedenfor beskrevne er vore egne erfaringer og behandlingsprotokol på Implantatklinik Bagsværd:

Fordele:

Hurtigere, billigere og enklere end traditionelt sinusløft.

Kondensering af spongiøs maxillær knogle i stedet for fjernelse.

Ulemper/Risici:

Risiko for perforation af sinuslimhinden.

Ubehag ved bearbejdning med hammer for nogle patienter, især med hård knogle.

Manglende overblik ved placering af implantatet.

Lobulær sinus og nylig ekstraktion af tænder med rødder inde i sinus kan øge risikoen for adhærence af sinus slimhinden og øget risiko for perforation.

Perforation konstateres med blæseprøve. I tilfælde af perforation udføres konventionel sinusløft, hvor perforationen dækkes med en Baxter slimhinde-membran (billig og god).

Indikationer:

Enkelte tænder: Knoglehøjde i overkæbens molar og præmolarområde fra 3-5 til 9 mm. Tandløs gumme: Knoglehøjde fra 5 mm. I særlige tilfælde kan løftet udføres helt ned til få mm, med indlæg af knoglesubstitut gennem det fremstillede hul (Biooss kollagen i blok-form), hvor der således ikke laves lateral åbning. Implantat indsættes efter 5-6 måneder. Indirekte løft: Mangler kun få (2-3 mm) kan Implantatet i visse tilfælde bruges som løft uden osteotomet. Det kræves her at knoglen ikke er for hård.

Sådan gør vi

1: Incision palatinalt for det valgte hul (fjerner efterfølgende sutur fra hullet).

2: Lamina dura gennembøres med rosenbor.

3: Det tyndeste osteotom bankes op til kontakt med sinusbundens lamina dura. Ved meget hård knogle bores for med 1,2 mm bor under rtg kontrol til dura kontakt.

4: Der udvides med 2-4 større osteotom diametre til 2,8-3,5 mm, afhængigt af den valgte implantatstørrelse. Ved denne teknik kondenseres den spongiøse maxillære knogle omkring det senere implantat.

5: Når endelig diameter er opnået, udføres selve løftet med en KONKAV (let hul-endet) osteotom og hammer til valgt implantatlængde, oftest 11-12 mm.

6: Ved normal/hård knogle bores efter til endelig valgt implantatdybde med sidste implantatbor med forsigtighed. Ved blød knogle bores ikke, der kan indsættes implantat umiddelbart.

7: Ved god primær stabilitet og min. 5-6 mm knoglehøjde kan transmucosalt healing abutment isættes.

Flere af Illustrationerne herunder er venligt stillet til disposition af over tandlæge Robert Fermergård, Oralkirurgisk klinik, Västervik´s Sjukhus, Sverige.

Se illustrationer på næste side:



Osteotom i brug



Sinus efter osteotomløft



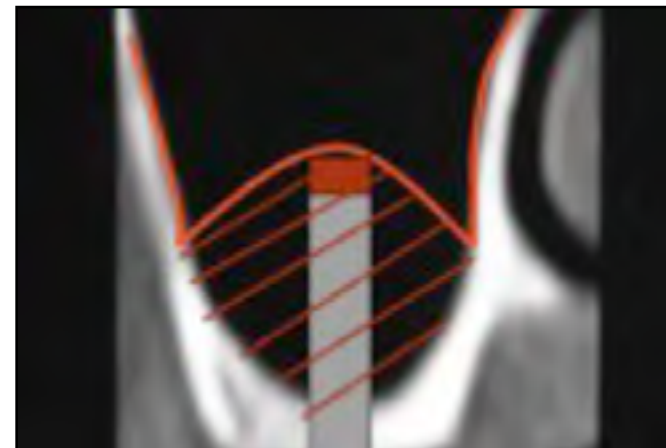
Implantat med osteotom-løft



Dyremodel



Sinus efter osteotomløft og 3 implantater



"Teltstangs-effekten"

BAGSVÆRD
TANDLÆGE
CENTER

BAGSVÆRD TANDLÆGE CENTER
Bagsværd Hovedgade 99 - DK 2880 Bagsværd
telefon: 4498 3420 - e-mail: tand@gutte.dk - web: www.tandgutte.dk