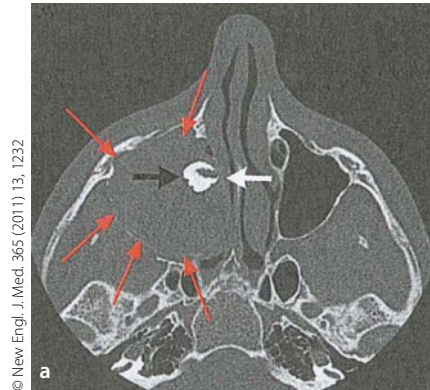


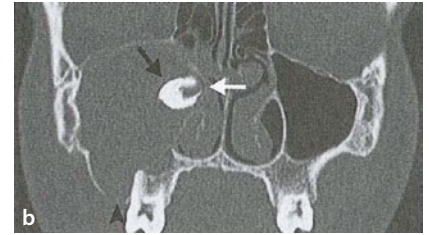
Nebenhöhlenzahn

Ein 15-jähriger Junge wurde von seinem Zahnarzt zur Abklärung rezidivierender Schmerzepisoden im Bereich des rechten Oberkiefers verbunden mit eitrigem Sekret in der Mundhöhle überwiesen. Bei der Untersuchung der Mundhöhle stellte man am Gaumen eine Fistelöffnung in der Nähe des ersten Molaren fest, aus der sich eitriges Sekret entleerte.

— Unter der Verdachtsdiagnose einer oroantralen Fistel, wahrscheinlich mit Ausdehnung bis in den Sinus maxillaris, führte man eine Computertomografie des Gesichtsschädels durch. Dabei zeigte sich ein ektopter Zahn im rechten Sinus maxillaris (Abb. A: axiale Schnittführung; Abb. B: koronare Schnittführung; schwarzer Pfeil: ektopter Zahn). Der ektopte Zahn hatte die Öffnungen des osteomeatalen Komplexes der Kieferhöhle verschlossen, worauf eine große Muko-



zele entstanden war (Abbildung A, rote Pfeile), die schließlich zur Destruktionen des knöchernen Kieferhöhlenbodens und Entstehung einer oroantralen Fistel geführt hatte. Ektopte Zähne in der Kieferhöhle treten nur sehr selten auf und führen meistens nicht zu Symptomen. Der ektopte Zahn wurde endoskopisch-chirurgisch entfernt. Der Patient ist seitdem beschwerdefrei.



Der ektopte Zahn im CT. a: Axiale, b: koronare Schnittführung.

Fabula docet: Leidet ein Patient unter rezidivierenden Sinusitiden, so könnte ein ektopter Zahn in der Kieferhöhle dahinter stecken.

H. S. FÜESSL ■

■ **L. Nisa, R. Giger**
(Hôpital de Sion, Sion, Schweiz) Ectopic tooth in the maxillary sinus. *New Engl. J. Med.* 365 (2011) 13, 1232

Akuter Schlaganfall: Bessert Aortenballon die Prognose?

Untersuchungen an älteren Menschen hatten gezeigt, dass eine partielle Okklusion der Aorta mit zwei Ballons, die infra- und suprarenal angebracht werden, zur signifikanten Zunahme des zerebralen Blutflusses führt. In der SENTIS-Studie sollte jetzt untersucht werden, ob dieser Therapieansatz die Prognose beim akuten ischämischen Insult verbessert.

— Zwischen Oktober 2005 und Januar 2010 wurden in 68 Zentren in neun Ländern 515 Patienten eingeschlossen und randomisiert. Bei der einen Hälfte wurden die Ballons in die Aorta platziert und soweit aufgeblasen, dass sie etwa 70% des Lumens verschlossen. Die andere Hälfte der Patienten diente als Kontrolle. Der primäre Endpunkt war ein Wert auf der NIHSS von 0–1, auf der modifizierten Rankin-Skala von 0–1,

ein Barthel-Index von 95–100 und eine Glasgow Outcome Scale von 5. Für den primären Endpunkt ergab sich eine Odds Ratio von 1,23, die statistisch nicht signifikant war. Bei den Nebenwirkungen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. Die Sterblichkeit nach 90 Tagen betrug 11,3% in der Behandlungsgruppe und 16,3% in der Kontrollgruppe. Dieser Unterschied erreichte fast Signifikanz. Post-hoc-Analysen zeigten, dass Patienten, die innerhalb von fünf Stunden behandelt wurden, Patienten, die älter als 70 Jahre waren, und Patienten mit einem NIHSS-Score zwischen 8 und 14 von der Behandlung signifikant profitierten.

Kommentar

In der Zwischenzeit gibt es eine Vielzahl von Devices zur Rekanalisation beim akuten ischämischen Insult, wobei für keines dieser Devices bisher randomisierte kontrollierte

Studien vorliegen. Die SENTIS-Studie war die erste Studie, die ein Device zur zerebralen Flussverbesserung bei Patienten mit akutem ischämischen Insult untersuchte. Für den primären Endpunkt war die Studie negativ. Allerdings zeigten sich interessante Ergebnisse in Post-hoc-Analysen, und es gab einen starken Trend für eine reduzierte Sterblichkeit bei den mit dem Aortenballon behandelten Patienten. Wie in diesen Fällen üblich, müsste jetzt eine größere randomisierte Studie erfolgen, um zu zeigen, dass dieser Therapieeffekt reproduzierbar ist und bei einer Studie mit einer größeren Patientenzahl auch statistische Signifikanz aufweist.

H.-C. DIENER ■

■ **A. Shuaib et al. for the SENTIS Trial Investigators:**
Partial Aortic occlusion for cerebral perfusion augmentation: Safety and efficacy of NeuroFlo in acute ischemic stroke trial. *Stroke* 42 (2011) 42: 1680–1690