

Das K.S.I. Bauer-Implantatsystem wurde 1986 auf dem Markt eingeführt. Einteilig, sofortbelastbar und dank seines grazilen Designs minimalinvasiv und sogar transgingival inserierbar. Schon damals war es unser Bestreben, dem Patientenwunsch nach kurzen Behandlungszeiten und schmerzfreien, wenig belastbaren Eingriffen nachzukommen. Die ersten Erfahrungen mit Einzelzahnversorgungen im oberen Frontzahnbereich liegen gut zwölf Jahre zurück. Das folgende Fallbeispiel berichtet über eine verspätete Sofortimplantation mit K.S.I.-Implantaten nach einem Sportunfall bei einem Jugendlichen.



Abb. 1: Provisorische Versorgung.

Abb. 2: Klinische Ausgangssituation.

Verspätete Sofortimplantation nach einem Sportunfall

Autoren: Andrea Bauer, Renate Bauer-Küchle

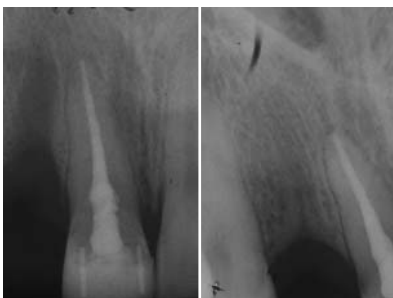


Abb. 3: Röntgenologische Ausgangssituation. –
Abb. 4: Röntgenbefund vor Implantation.

Der 23-jährige Patient stellte sich mit einer Interimsprothese als Ersatz des Zahnes 12 in unserer Praxis vor. Er hatte bei einem Eishockeywettkampf seinen Zahn 12 verloren und war zunächst von seinem Hauszahnarzt primär versorgt und dann mit der Frage einer Implantation an uns überwiesen worden (Abb. 1 und 2).

Der klinische Befund zeigte im Implantationsbereich ein ausreichendes Knochenangebot und eine feste Gingiva. Im Röntgenbild stellte sich entsprechend der relativ kurzen Verheilungszeit eine nur teilweise verknöcherte Alveole dar (Abb. 3 und 4). Der Patient wurde über die beiden möglichen chirurgischen Vorgehensweisen bei der Implantation aufgeklärt. Die transgingivale Implan-

tation bei genügender Knochendichte und Ausheilung des Limbus alveolaris nach einer weiteren Wartezeit von drei bis vier Monaten oder einer sofortigen Implantation mit Aufklappung, Augmentation im koronalen Bereich und Abdeckung mit einer Folie. Nach ausführlicher Besprechung der Vor- und Nachteile wurde auch aus Kostengründen die weitere Wartezeit in Kauf genommen, um dann eine transgingivale Implantation vornehmen zu können (Abb. 5). Die Infiltrationsanästhesie erfolgt bukkal und palatinal. Eine Präparation der Weichteile entfällt bei der transgingivalen Implantation. Die Aufbereitung des Implantatbettes erfolgt dank des guten Knochenangebotes komplikationslos in



Abb. 5: Geringer instrumenteller Aufwand.

nur zwei Schritten. Der speziell entwickelte Pilotbohrer 1 wird mittig auf dem Kieferkamm durch die Gingiva hindurch auf dem

Knochen aufgesetzt. Dank seiner Spitze kommt es nicht zu einem seitlichen Abgleiten. Mit drucklosen intermittierenden Aufwärtsbewegungen und guter Außenkühlung erfolgt die Aufbereitung des Implantatbettes bis zur geplanten Tiefenlänge. Unter Einsatz des Pilotbohrers als Messinstrument wird jetzt eine Röntgenkontrollaufnahme durchgeführt. Dieses Röntgenbild dient zur Überprüfung der Parallelität und der Lagebestimmung zu den Nachbarstrukturen: Nachbarzähne und Nasenboden (Abb. 6).

Zur Erweiterung des Bohrkanales findet der etwas größer dimensionierte Pilotbohrer 2



Abb. 6: Röntgenmessaufnahme. – Abb. 7: Abgeschlossene Implantation.

gleichen Designs Anwendung. Hiermit ist das Implantatbett zur Insertion vorbereitet: atraumatisch und minimalinvasiv mit kleiner