

# Minimalinvasive Therapie – Maximale Ästhetik

| Andrea Bauer, Renate Bauer-Küchle

Unsere schnelllebige Welt hat auch den Praxisalltag geprägt. Der Patient erwartet in möglichst kurzer Zeit ein optimales Ergebnis. Und das möglichst schmerzfrei und mit geringem Kostenaufwand.

Die 36-jährige Patientin mit gepflegtem Gebiss kam mit dem Anliegen in die Praxis, die Einzelzahnücke Regio 46 schließen zu lassen. Über Möglichkeiten einer Implantation und die Vorgehensweise war sie bereits aufgeklärt. Zeitmangel und Angst vor einem sogenannten „chirurgischen Eingriff“ hatten sie bisher vor einer Implantation abgeschreckt. Nach eingehender intraoraler Untersuchung und Anfertigung eines OPG (Abb. 1 und 2) konnte ich der Patientin guten Gewissens versprechen, dass in ihrem Fall eine sogenannte minimalinvasive Implantation machbar sei, das heißt Betäubung mit wenig Lokalanästhesie nur im Lückenbereich, keine nachfolgenden Schmerzen oder Schwellungen, keine berufliche Beeinträchtigung am Folgetag und nur zwei bis drei Behandlungstermine insgesamt. Auf die lokale Infiltrationsanästhesie lingual und bukkal folgend wurde die Implantatposition festgelegt und die Gingiva mit einer 5 mm Durchmesser Schleimhautstanze in Form eines kleinen Pfropfens entfernt (Abb. 3). Mit dem Pilotbohrer Durchmesser 2,7 mm erfolgte die Initialbohrung bis 12,5 mm Länge (Abb. 4). Das anschließend angefertigte Röntgenbild als sogenannte Messaufnahme (Abb. 5) bestätigt den richtigen Abstand zu den Nachbarstrukturen wie Mandibularkanal und Nachbarzähne. Danach wurde das Implantatbett mit zwei weiteren Bohrern aufsteigenden Durchmessers auf die finale Bohrung aufbereitet (Abb. 6).

Auf die lokale Infiltrationsanästhesie lingual und bukkal folgend wurde die Implantatposition festgelegt und die Gingiva mit einer 5 mm Durchmesser Schleimhautstanze in Form eines kleinen Pfropfens entfernt (Abb. 3). Mit dem Pilotbohrer Durchmesser 2,7 mm erfolgte die Initialbohrung bis 12,5 mm Länge (Abb. 4). Das anschließend angefertigte Röntgenbild als sogenannte Messaufnahme (Abb. 5) bestätigt den richtigen Abstand zu den Nachbarstrukturen wie Mandibularkanal und Nachbarzähne. Danach wurde das Implantatbett mit zwei weiteren Bohrern aufsteigenden Durchmessers auf die finale Bohrung aufbereitet (Abb. 6).

Abb. 7 zeigt die integrierte Eindrehhilfe. In Abb. 8 ist die Drehmomentratsche zu sehen, die die Drehmomente während der Implantation überwacht. In Abb. 9 ist die abgeschlossene Implantation in situ dargestellt. In Abb. 10 ist die Röntgenkontrolle zu sehen. In Abb. 11 ist die Übertragungskappe zur Abdrucknahme zu sehen. In Abb. 12 ist die Laboranalogsituation zu sehen.

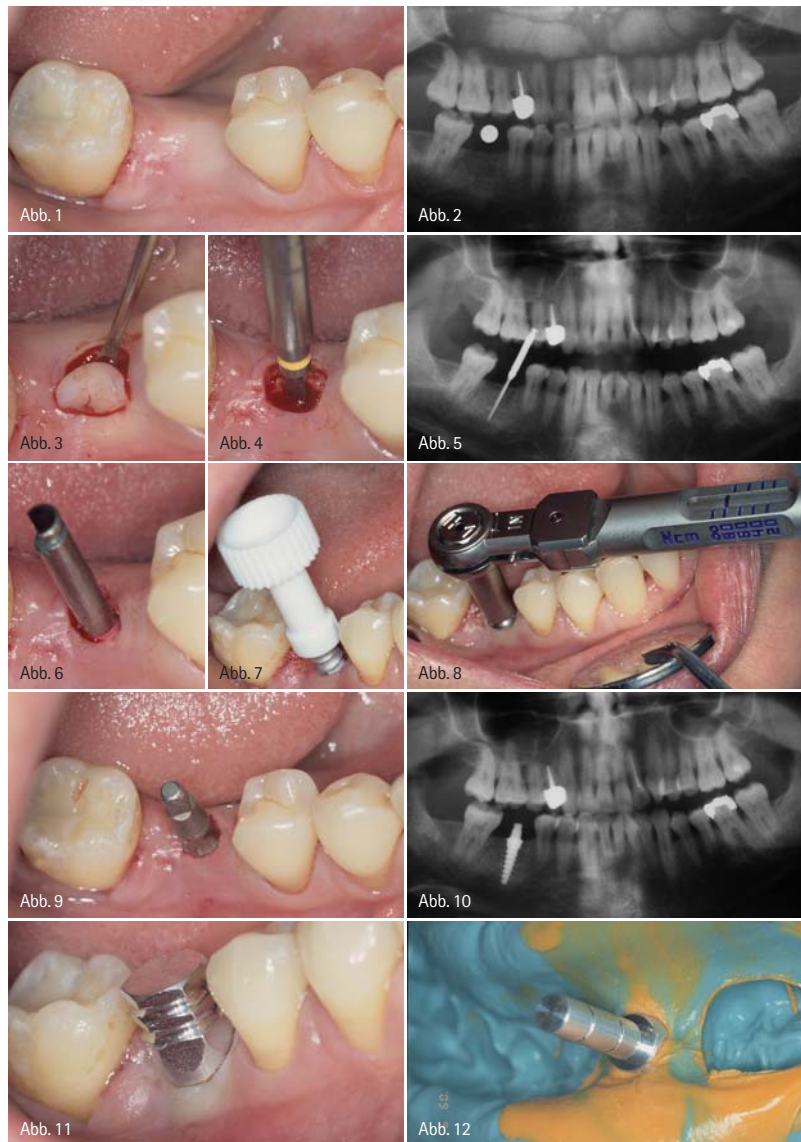


Abb. 1 und 2: Klinische und röntgenologische Ausgangssituation. – Abb. 3: Schleimhautstanzung. – Abb. 4: Initialbohrung. – Abb. 5: Röntgenmessaufnahme. – Abb. 6: Finalbohrung. – Abb. 7: Integrierte Eindrehhilfe. – Abb. 8: Drehmomentratsche. – Abb. 9: Abgeschlossene Implantation in situ. – Abb. 10: Röntgenkontrolle. – Abb. 11: Übertragungskappe zur Abdrucknahme. – Abb. 12: Laboranalog.

# Das DURAPLANT® Durchstartset. Alles inklusive für 170 €!

Der folgende Handgriff ist bereits das Eindrehen des Implantates mit der integrierten Einbringhilfe (Abb. 7). Bei 25 Ncm löst sich die Einbringhilfe und das Implantat wird mit der Drehmomentratsche (Abb. 8) weiter versenkt, bis der Teller der Hohlkehle leicht subgingival liegt (Abb. 9). Bei einem D2-Knochen wie im vorliegenden Fall erreichen wir mit gemessenen 70 Ncm eine optimale Primärstabilität. Das abschließende OPG zeigt die optimale Position des Implantates (Abb. 10).

Da nicht aufgeklappt wurde und somit keine Abheilung der Weichteile abgewartet werden muss, konnte der Abdruck für die Krone in gleicher Sitzung durchgeführt werden (Abb. 11 und 12). Die weiße Kunststoffkappe kann als verbrennbares Abutment verwendet werden und als passgenaue Grundlage für das Provisorium (Abb. 13).

Entscheidend für die reizlose Einheilung ist jetzt eine Ruhigstellung des Implantates durch Verblockung mit



Abb. 13: Weiße Kunststoffkappe mit Klickeffekt. – Abb. 14: Reizlose Gingiva.  
– Abb. 15: Harmonische Gingiva nach Eingliedern der Krone.

den Nachbarzähnen für circa sechs Wochen. Während der Einheilphase traten keinerlei Komplikationen auf. Das Weichgewebe hat sich durch das Provisorium optimal ausgeformt, wie durch Eingliedern eines Gingivaformers (Abb. 14). Nach sechs Wochen wurde das Provisorium gegen eine VMK-Krone ausgetauscht (Abb. 15).

## autorin.

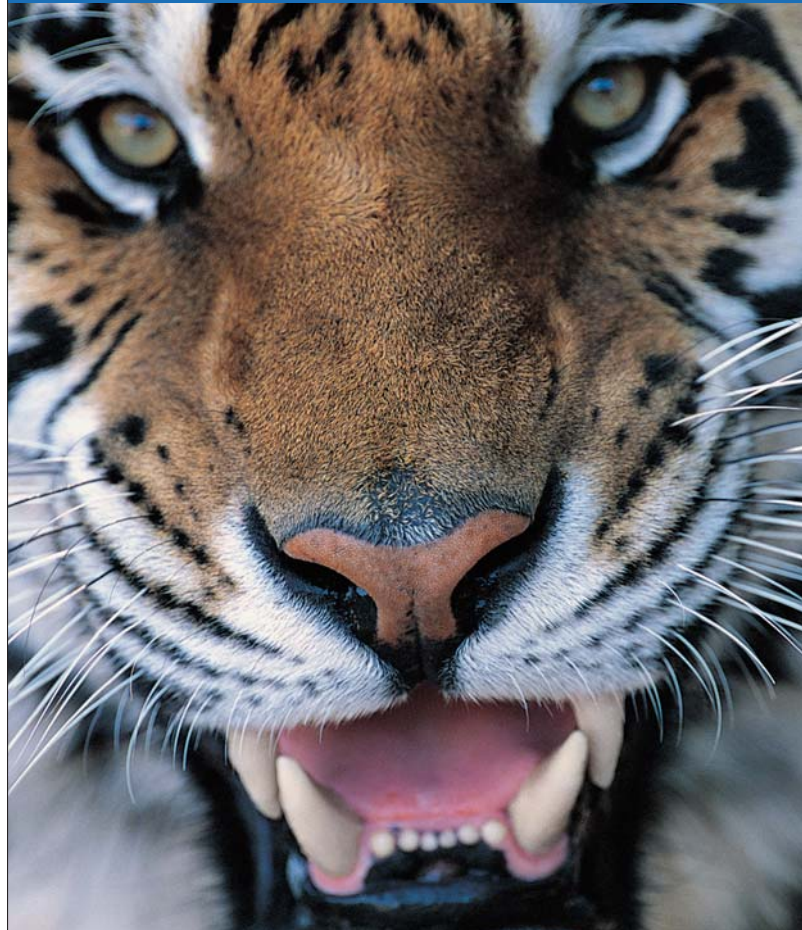
### Gemeinschaftspraxis Bauer – Bauer-Küchle

Eleonorenring 14, 61231 Bad Nauheim  
Tel.: 0 60 32/3 19 11

## kontakt.

### K.S.I. Bauer-Schraube GmbH

Eleonorenring 14, 61231 Bad Nauheim  
Tel.: 0 60 32/3 19 12, Fax: 0 60 32/45 07  
E-Mail: ksi-bauer-schraube@t-online.de



## DURAPLANT®

Das Durchstart-Set Ihrer Wahl enthält:

- ein DURAPLANT®-Implantat mit Einheilkappe,
- einen Sulkusformer,
- einen Abformpfosten,
- ein Laborimplantat,
- und einen Titanaufbau 0°.

Dieses Angebot gilt vom 01.02.2010  
bis zum 30.04.2010.

DURAPLANT® - für höchste  
Zuverlässigkeit und Sicherheit  
bei jedem Biss.

www.zl-microdent.de  
Telefon 02338 801-0

Präzision seit 1968

