

IMPLANTS ÉTROITS



Manuel D'UTILISATION



Chirurgie
& Prothèse

euroteknika représente le bilan de 20 années d'applications cliniques, et de 24 années de recherche et développement confirmées par l'aide précieuse de laboratoires de recherche reconnus au plan international.

La conception de nos implants s'appuie sur la triple compétence d'une équipe réactive et expérimentée en implantologie :

- ▶ Compétence technique et bio-mécanique de nos ingénieurs permettant de garantir la résistance des composants et leur adaptation aux sollicitations buccales grâce aux moyens modernes de simulation.
- ▶ Compétence biologique et physiologique des laboratoires associés permettant de valider la capacité d'ostéo-intégration de nos systèmes.
- ▶ Compétence clinique et pratique de nos dentistes et prothésistes conseils assurant l'ergonomie de nos produits, la rationalisation de nos protocoles et la définition des gammes adaptées aux différents cas cliniques rencontrés.

Les implants **naturactis** & **naturall+ Ø3** s'appuient en outre sur les avancées les plus récentes de la connaissance scientifique du traitement implantaire, ce qui leur confère un pouvoir d'ancrage optimum avec une attache osseuse haute dans la zone corticale la plus sollicitée.

Afin de vous permettre de tirer le meilleur parti des implants **naturactis** & **naturall+ Ø3**, nous avons réalisé ce manuel avec un souci de professionnalisme et vous invitons à y accorder un oeil attentif. Le moindre détail a son importance et souligne d'autant plus la différence entre l'amateur et le spécialiste.



Avertissement	p. 6
Informations générales	p. 7 à 9
Étude pré-implantaire	p. 11 à 14
La procédure chirurgicale	p. 15 à 40
AVANT-PROPOS	P. 16
L'IMPLANT NATURALL+ Ø3	P. 18
L'IMPLANT NATURACTIS Ø3	P. 26
LES TROUSSES	P. 22
LE PROTOCOLE	
Naturall+ Ø3	P. 28
Naturactis Ø3	P. 29
protocole pas à pas	P. 30
LA PHASE DE CICATRISATION	P. 39
Les techniques de prise d'empreinte	p. 41 à 44
AVEC TRANSFERT PICK-UP	P. 43
AVEC TRANSFERT POP-IN	P. 44
La procédure prothétique	p. 45 à 61
AVANT-PROPOS	P. 45
LA PROTHÈSE SCELLÉE	
sur pilier transvissé	P. 46
LA PROTHÈSE SCELLÉE	
sur pilier plein	P. 50
LA PROTHÈSE ZIRCON	
sur pilier titane	P. 57
LA PROTHÈSE AMOVIBLE	
sur attachements O'Ring	P. 60

**Pour de plus amples informations sur les implants euroteknika,
nous vous invitons à visiter notre site Internet complet,
www.euroteknika-implants.com**



La pose des implants **euroteknika** doit être effectuée par un praticien préalablement formé aux techniques de l'implantologie dentaire, et dans des conditions d'asepsie adaptées à ce type d'intervention.

Les instructions qui suivent vous guideront dans le déroulement des différentes phases à mettre en œuvre pour réaliser vos traitements implantaires. Elles sont assorties de conseils les plus précis possible, mais ne peuvent servir de "recettes", chaque cas clinique étant un cas particulier. Un très grand nombre de facteurs agissent en interdépendance pour aboutir à la réussite d'un traitement implantaire. Il appartient au praticien d'en connaître les principales clés, et de tirer parti de son expérience clinique. D'autre part, la coordination entre le laboratoire de prothèse et le praticien doit être parfaite afin que le plan de traitement global soit cohérent. Le praticien reste seul responsable de ses différents choix et décisions quant à la faisabilité du traitement, aux implants, pièces prothétiques et matériaux utilisés, réglages... Les spécifications techniques et conseils cliniques contenus dans le présent manuel sont donnés à titre purement indicatif dans le but d'assistance, et ne peuvent donner lieu à aucune réclamation. L'ensemble des informations primordiales sont indiquées sur la notice fournie avec les produits.

Nous avons apporté un soin particulier à la conception et à la réalisation de nos produits ; nous nous réservons néanmoins le droit d'apporter des modifications ou améliorations découlant de nouveaux développements techniques de notre système implantaire. Toute modification ayant une incidence sur le mode opératoire vous sera signalée. Selon l'importance de ces modifications, un nouveau manuel pourra vous être remis. En effet, un indice au dos indique la date d'édition de votre manuel d'utilisation, et nous permet de vérifier que vous possédez toujours les dernières mises à jour. Vous pourrez vous même trouver sur notre site web quelle est la version en vigueur de ce manuel.

La reproduction et la diffusion de tout ou partie de cet ouvrage nécessitent l'accord préalable de la société **euroteknika**.

INFORMATIONS GÉNÉRALES



Indications DES IMPLANTS

- ▶ Manque de rétention d'une prothèse adjointe.
- ▶ Instabilité d'une prothèse adjointe.
- ▶ Inconfort fonctionnel avec les prothèses adjointes.
- ▶ Refus psychologique de port d'une prothèse adjointe.
- ▶ Habitudes parafunctionnelles qui compromettent la stabilité d'une prothèse adjointe.
- ▶ Localisation et nombre inadéquats de piliers résiduels.
- ▶ Absence de piliers dentaires pour réaliser une prothèse fixée.
- ▶ Edentement unitaire avec des dents adjacentes saines.
- ▶ Agénésie dentaire.
- ▶ Demande d'une thérapie conservatrice (refus de mutilation des dents saines).

C'est un implant conçu pour être posé en 2 temps chirurgicaux. La mise en place immédiate d'un pilier de cicatrisation permettra néanmoins de travailler en 1 temps.

La forme conique des implants **naturactis** & **naturall+ Ø3** et leur col droit les rend particulièrement adapté pour :

- ▶ les espaces mésio-distaux réduits;
- ▶ la chirurgie post-extractionnelle;
- ▶ la gestion de l'esthétique en zone antérieure.

Les implants coniques **naturactis Ø3** sont très intéressants lors de la pose d'implant post-extractionnelle et dans des os de type D3 - D4 pour leur excellente stabilité primaire.

Les implants **naturactis** & **naturall+ Ø3** sont exclusivement réservés aux implantations unitaires des incisives mandibulaires et des incisives latérales maxillaires.

Contre-indications DES IMPLANTS (RAPPEL)

Contre-indications absolues

- ▶ les troubles psychologiques majeurs
- ▶ les cardiopathies à risque
- ▶ les pathologies systémiques non contrôlées
- ▶ la dépendance alcoolique ou médicamenteuse
- ▶ l'âge du patient (patient jeune en période de croissance).
- ▶ une mauvaise hygiène du patient

- ▶ Les implants **naturactis** & **naturall+ Ø3** sont contre-indiqués pour les restaurations prothétiques sur barres ou armatures.
- ▶ Les implants **naturactis** & **naturall+ Ø3** sont contre-indiqués pour les secteurs autres que les incisives mandibulaires et les incisives latérales maxillaires.

Contre-indications relatives

Elle sont représentées par :

- ▶ un volume et/ou une qualité osseuse insuffisants,
- ▶ une distance interocclusale insuffisante,
- ▶ un patient à risque (patient irradié, bruxomane, parodontite non contrôlée, tabagisme).

Garanties

En cas de non ostéointégration, vous devrez en informer votre conseiller commercial, afin que nous puissions analyser les causes de cet échec, et apporter les actions correctives nécessaires.

Un échange pourra avoir lieu dans le cas où un défaut du produit est en cause ; si l'échec résulte d'une mauvaise analyse du cas clinique, d'un protocole opératoire non adapté à ce cas, de l'utilisation de forêts usés... Ou toute autre raison indépendante de la qualité de nos produits, la garantie ne pourra être prise en compte.

Conditionnement DES PIÈCES

Stérilité & règles d'asepsie

► La plupart de nos pièces sont livrées stériles, et par conséquent utilisables dès réception. Une pastille témoin indique la stérilité effective des composants sur leur emballage. La stérilité est garantie 5 années (à partir de la date de stérilisation après emballage complet de nos produits). Une date de péremption normalisée est mentionnée sur l'étiquetage.

C'est pourquoi nos emballages mentionnent une date de péremption.

► Seul un emballage intact permet de garantir l'étanchéité et la stérilité des produits. Ne pas utiliser des implants dont l'emballage aurait été endommagé ou ouvert prématurément.

► Nos produits ont été conçus afin que leur manipulation permette de les maintenir à l'état stérile. Il est donc important de respecter une gestuelle précise pour ne pas compromettre les conditions d'asepsie conventionnelles de la pratique implantaire.

► Les pièces et instruments livrés non-stériles utilisés pour le traitement implantaire doivent être décontaminés et, selon un processus validé, stérilisés au cabinet.

	Stérile	Non stérile
Implants	X	
Vis de couverture (fournie avec l'implant)	X	
Forets		X

Étiquettes

Nos implants sont livrés avec 1 étiquette principale et 2 étiquettes décollables mentionnant clairement la marque, la référence et le n° de lot (soit 3 étiquettes) :

► 2 étiquettes pour le dossier patient du praticien ayant posé les implants et/ou du correspondant.

► 1 étiquette pour le patient.

QR code pour accès simple et rapide au manuel d'utilisation



	Fabrication		Conserver à l'abri de la lumière
	Attention voir notice d'instruction		Conserver au sec
	Date de fabrication		Conforme aux exigences de la directive européenne relative aux dispositifs médicaux 93/42 CEE
	A utiliser jusqu'au		Ne pas utiliser si l'emballage est endommagé
	Consulter le manuel d'utilisation		Méthode de stérilisation utilisant l'irradiation
	Référence du produit		Ne pas réutiliser
	Numéro de série		Ne pas restériliser

Stockage DES PIÈCES

Les implants doivent être conservés, dans un endroit propre, sec et frais.

Précaution D'UTILISATION

► Il est fortement recommandé d'avoir un stock d'implants permettant de couvrir les principaux diamètres, ainsi que les différentes longueurs. Il est indispensable de pouvoir corriger son choix d'implant en cours d'intervention, remplacer un implant souillé qu'elles qu'en soient les raisons que soit, mettre un implant supplémentaire dans certains cas pour assurer le traitement à long terme...

► Nous recommandons d'utiliser un "parachute" sur les instruments afin d'éviter la chute accidentelle d'outils dans la gorge du patient.

► Il est impératif de mettre en forme le site receveur avec les instruments **euroteknika** présentés dans ce manuel.



ÉTUDE PRÉ-IMPLANTAIRE



Faisabilité du traitement IMPLANTAIRE

Cette étude s'appuie sur différents éléments

- ▶ Un questionnaire patient pour mettre en évidence d'éventuels problèmes de santé/ médications, qui pourraient avoir une incidence sur le succès du traitement, la consommation d'alcool, de tabac, ou de drogues, l'hygiène buccale générale...
- ▶ Un examen buccal qui renseigne sur l'ouverture buccale, la ligne de sourire du patient (s'agit-il d'un sourire gingival ?), les hauteurs coronaires et le volume osseux disponible, le type d'occlusion...
- ▶ Des examens biologiques (glycémie, ...)
- ▶ Un dossier radiologique complet permettant d'apprécier les volumes osseux disponibles.
- ▶ Des modèles d'étude complets avec les deux arcades en occlusion.
- ▶ Un traitement implantaire ne pourra être amorcé avant l'assainissement complet de tous les foyers infectieux du patient.

Guide pour le choix DES IMPLANTS

Volume osseux disponible

Dans le plan méso-distal

- ▶ Prévoir 2 mm entre les spires d'un implant et les dents naturelles adjacentes.
- ▶ Prévoir 3 mm entre les spires de deux implants adjacents.

Dans le sens vestibulo palatin-lingual

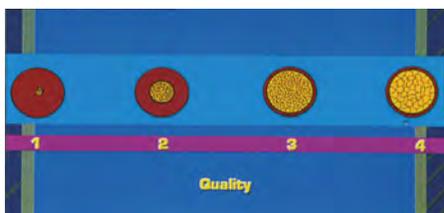
Laisser, si possible, 1.5 à 2 mm d'épaisseur d'os autour des faces vestibulaires, palatines et linguales.

Densité osseuse

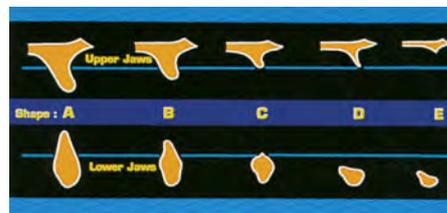
Favoriser l'utilisation d'implants de plus grandes dimensions dans les os de faible densité afin de compenser la perte de surface de contact os/implant due aux cavités.

		Longueur d'enfouissement recommandée
Qualité osseuse	D1	8 mm
	D2	10 - 12 mm
	D3	12 - 14 mm
	D4	14 mm

Classification des structures osseuses*



- 1 : très forte densité d'os compact
- 2 : couche épaisse d'os cortical autour d'un noyau dense de tissu spongieux
- 3 : fine couche d'os cortical autour d'un noyau important de trabécules (spongiosa dense)
- 4 : fine couche d'os cortical autour d'un noyau important de trabécules très lâches (faible densité)

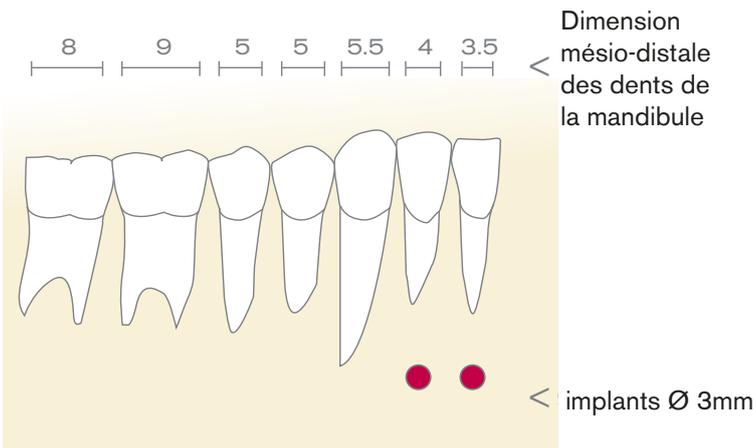
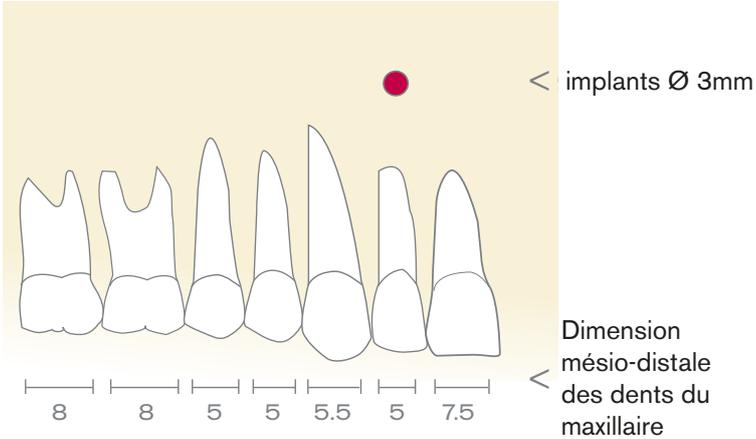


- A : os alvéolaire résiduel suffisamment important
 B : résorption modérée de la crête alvéolaire
 C : résorption importante de la crête
 D : début de résorption de l'os basal
 E : résorption importante de l'os basal

* Misch, (1998) Lekholm et Zarb (1985), Classification of partially edentulous arches for implant dentistry.



Maxillaire



Mandibule

Dimensions de la couronne et charges occlusales

► La table de l'implant doit être idéalement un peu plus petite que la dent prothétique afin d'assurer l'évasement des tissus mous et l'émergence de la prothèse. Le rapport hauteur couronne / hauteur implant devra toujours être inférieur à 1.



Utilisation DES TRANSPARENTS DE CHIRURGIE

Afin de vous guider dans le choix de l'implant, en terme de longueur et de diamètre, **euroteknika** a mis au point des transparents de chirurgie reprenant les dimensions de ses différents implants. Ainsi, les implants sont représentés à des facteurs d'échelle de 1:1, 1.3:1 et 1.7:1 (ces grossissements correspondent aux grossissements conventionnels des différents types de dispositifs d'imagerie médicale : rétro-alvéolaire, radiographie panoramique SCANORA, CBCT (Cone Beam)).

Quand le praticien connaît avec précision le grossissement de son cliché préopératoire, et si ce grossissement est de 1:1, 1.3:1 ou 1.7:1, il peut par simple superposition du transparent sur le cliché déterminer quel type d'implant peut s'intégrer dans le volume qui lui est disponible (transparent portant la mention d'échelle 1:1 pour un grossissement du cliché de 1:1, transparent portant la mention d'échelle 1.3:1 pour un grossissement du cliché de 1.3:1 et transparent portant la mention d'échelle 1.7:1 pour un grossissement du cliché de 1.7:1).

Lorsque le facteur d'échelle n'est pas connu avec précision par le praticien ou pour éviter toute erreur de grossissement, il est possible d'utiliser un objet de référence en bouche de dimensions connues, lors de la prise du cliché et par calcul ainsi déterminer ensuite le grossissement associé.

$$\text{grossissement} = \frac{\text{dimensions de l'objet de référence mesurées sur cliché}}{\text{dimensions réelles de l'objet de référence}}$$

Les dimensions réelles de l'objet de référence devront être connues avec une précision minimale de $\pm 15\mu\text{m}$. L'objet de référence devra être placé en bouche dans le même plan que le plan osseux dont on voudra déterminer le volume. Une attention particulière sera apportée pour que le patient n'avale pas cet objet de référence (on pourra par exemple englober cet objet dans du matériau d'empreinte et faire mordre le patient ou utiliser un fil parachute si la géométrie de l'objet de référence en permet l'attache).

Ainsi, si ce facteur d'échelle est de 1:1, 1.3:1 ou 1.7:1, les transparents peuvent être utilisés.

Dans tous les cas, si le grossissement est différent de 1:1, 1.3:1 ou 1.7:1, il ne sera pas possible d'utiliser les transparents de chirurgie fournis par **euroteknika** mais le volume d'os disponible pourra être déterminé grâce à des calculs de proportionnalité à partir de la radio et du grossissement calculé.

C'est à ce stade de planification pré-implantaire que le praticien doit également opérer une planification pré-prothétique, car l'implantologie est un projet prothético-guidé. En effet, planification pré-prothétique et planification chirurgicale sont étroitement liées et toute modification de l'une de ces planifications a un impact sur l'autre. Ainsi, le nombre, le diamètre, la longueur, l'emplacement et l'orientation des implants doivent être déterminés à ce stade en fonction de la reconstruction prothétique visée.

PROCÉDURE CHIRURGICALE



Avant-propos

Mise en garde

La planification du traitement et la pose d'implants dentaires exigent la prise en compte de considérations spécifiques. Il est conseillé aux praticiens de suivre des formations pratiques afin d'acquérir les techniques adéquates, y compris en matière de critères biomécaniques et d'évaluation radiographique.

Des techniques inappropriées, aussi bien au niveau de la pose de l'implant que de la restauration, peuvent entraîner une défaillance de l'implant et une perte substantielle de l'os environnant. Les procédures de forage pour la mise en place des implants recourent à un système spécifique de mesure de profondeur de foret et à des repères uniques pour chacun des systèmes.

Le praticien est tenu de consulter dans le manuel correspondant la description du système de mesure propre au produit utilisé avant de procéder à son application sur patient. A chaque système d'implant correspondent des caractéristiques spécifiques de mesure. Le chirurgien doit dès lors être familiarisé avec le système de mesure utilisé afin de pouvoir évaluer les marges de sécurité appropriées par rapport aux structures anatomiques adjacentes. L'inadéquation des mesures peuvent causer des lésions permanentes.

Chaque système implantaire possède des caractéristiques de conception spécifiques. La combinaison de composants non compatibles peut provoquer des défaillances mécaniques, des dommages tissulaires ou des résultats non satisfaisants sur le plan clinique et esthétique.

Pour tous les implants euroteknika, la préparation du site implantaire s'effectue en 3 phases distinctes :

1. Préparation initial du site implantaire (marquage de l'os et forage initial)
2. Calibration du site implantaire (alésages, fraisages et/ou taraudage)
3. Insertion de l'implant (préhension, vissage, stabilisation et suture)

Précautions d'utilisation

Pour toute la procédure chirurgicale, les recommandations suivantes seront observées & respectées :

- ▶ S'assurer d'avoir à disposition une quantité suffisante d'implants et d'instruments de rechange stériles.
- ▶ Tous les instruments doivent être stériles, complets, vérifiés et fonctionnels, en particulier pour les instruments de mesure (calibrés et/ou étalonnés selon les recommandations des fabricants) et les instruments tranchants doivent présenter un faible niveau d'usure : pas plus de 10 utilisations.
- ▶ Tous les produits réutilisables doivent être pré-désinfectés, nettoyés, décontaminés et stérilisés.
- ▶ Tous les composants à usage unique livrés non stériles sont impérativement nettoyés, désinfectés et stérilisés avant d'entrer dans la bouche du patient. L'utilisation d'un thermo-désinfecteur et d'un autoclave de classe B est possible sur les composants hors de leur emballage d'origine dans un sachet adapté selon les recommandations des fabricants.
- ▶ Dans le cas de composant plastique ou céramique, toujours désinfecter et stériliser à froid avec de la CHLORHEXIDINE
- ▶ Tout produit livré stérile (par radiation gamma) ne doit pas être re-stérilisé.
- ▶ Respecter les parties stériles des emballages lors du déconditionnement et placer le contenu sur un champ stérile.
- ▶ Respecter la date de péremption du produit.
- ▶ Pour les aciers inoxydables, l'utilisation de l'hypochlorite de sodium (eau de Javel) est strictement interdite: risque élevé de corrosion
- ▶ Respecter les différentes combinaisons de matériaux traités lors du nettoyage et de la décontamination afin de ne pas détériorer ou endommager les composants.
- ▶ Solutions détergentes et désinfectant doivent être de pH neutre ou faiblement alcalin.
- ▶ Toute préparation du site implantaire avec l'instrumentation coupante tournante sur contre angle doit se faire avec une irrigation abondante au sérum physiologique (NaCl) stérile.
- ▶ Respecter les vitesses de rotations et/ou les couples de torsions indiqués pour limiter les risques de lésion des tissus et la détérioration des dispositifs
- ▶ Respecter les séquences des instruments recommandées avec un contrôle permanent des profondeurs et axes implantaires en accord avec la restauration prothétique envisagée.
- ▶ Veiller à minimiser les traumatismes thermiques et chirurgicaux et à éliminer tout contaminant et toute source d'infection pouvant compromettre l'ostéointégration ou le résultat esthétique.
- ▶ Sécuriser les manipulations des composants implantaires et des instruments contre les risques de chute en bouche ou hors du champ stérile en raison de leurs dimensions réduites. Vérifier leur bonne préhension sur les instruments de manipulation.

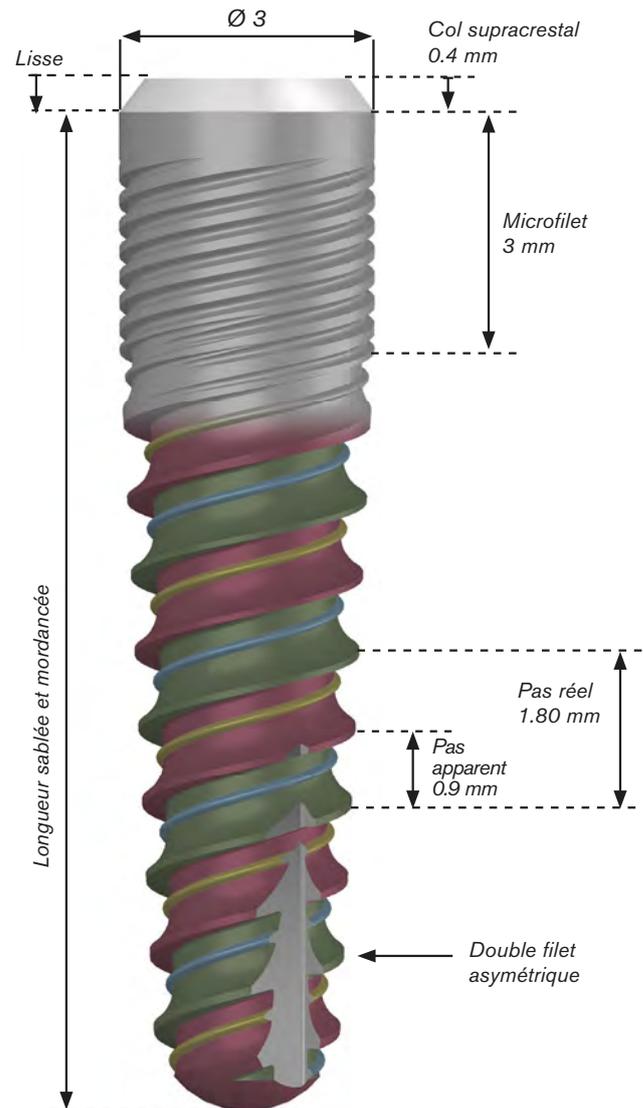


L'IMPLANT NATURALL+ Ø 3mm

Applications

Utilisé en un ou deux temps chirurgicaux, l'implant **naturall+ Ø3** a une connexion interne type « cône Morse », son diamètre étroit à l'apex rend cet implant parfaitement adapté pour les restaurations d'incisives centrales ou latérales lorsque les racines sont convergentes.

Caractéristiques



Références

Les implants sont livrés avec une vis de couverture.

Longueur	● Ø 3
8 mm	NICP 30 080
10 mm	NICP 30 100
12 mm	NICP 30 120
14 mm	NICP 30 140

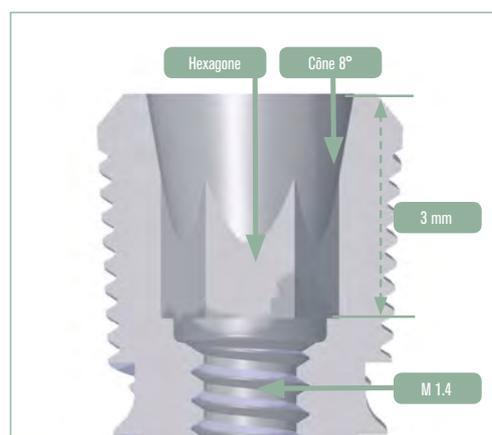
Prise directe de l'implant au mandrin

- ▶ Permet de gagner du temps durant la chirurgie.
- ▶ Facilite la visibilité du niveau de pose.
- ▶ Renseigne sur la hauteur gingivale.
- ▶ Facilite la visibilité de l'orientation de la connexion.



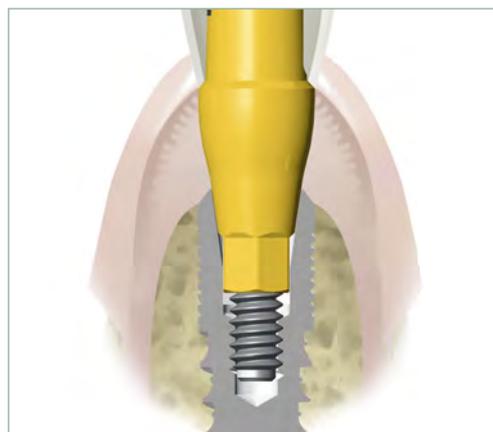
Compatibilité Naturactis Ø 3mm

L'implant **naturall+ Ø 3mm** est muni d'une connexion conique (cône Morse) interne avec hexagone et bénéficie d'une gamme prothétique commune avec les implants **naturactis Ø 3mm**.



Étanchéité & stabilité

La connexion conique (type cône Morse) interne garantit l'étanchéité du joint prothétique ainsi que la stabilité de l'ensemble (S. Dibart, M. Warbington, M. Fan Su, Z. Skobe). La connexion comporte également un hexagone pour l'orientation angulaire des éléments prothétiques. La profondeur importante de la connexion (3 mm) et la qualité des ajustements confèrent une grande stabilité à l'assemblage et évitent les risques de dévissage prothétique.



Émergence switching

L'assemblage implant-pièce prothétique n'est pas linéaire mais présente une concavité, laquelle agit comme **une chambre de développement de tissu conjonctif**. On obtient ainsi un anneau de tissu conjonctif qui apporte :

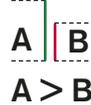
- ▶ Une **stabilité mécanique des tissus mous**,
- ▶ Une **protection du joint biologique** en limitant le **risque de déchirure** (épaisseur des tissus mous plus importante),
- ▶ La concavité **augmente la longueur de l'interface entre le pilier et le tissu conjonctif**. Ainsi, les 3 mm d'espace biologique nécessaires pour isoler et protéger l'os de l'environnement extérieur sont obtenus «**en déployé**» (A) et non en ligne directe (B). On a donc un joint biologique plus efficace malgré une distance couronne/os (B) courte.

La concavité formée par la jonction prothétique permet d'isoler les tissus inflammatoires de la crête osseuse (Voir figure 2). Richard J. Lazzara, Stephan S. Poter (PDR, volume 26 n°1, 2006).

Fig. 1

Assemblage de type «platform switching»

Surface déployée



B = distance couronne / os
A = surface d'attache muqueuse

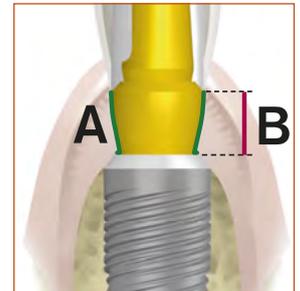
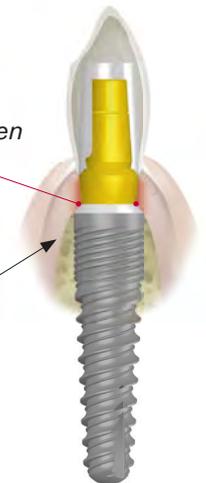


Fig. 2

Zone inflammatoire en retrait de l'os

Gencive saine en regard de l'os

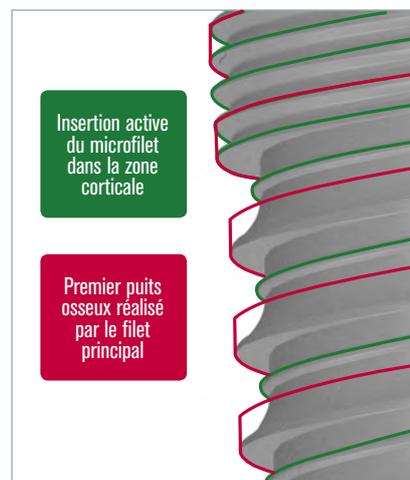


Microfilet exclusif euroteknika

- ▶ **Ancrage mécanique** permettant de renforcer la stabilité de l'implant dans la zone critique que constitue le col endo-osseux subissant la plus grande partie des efforts masticatoires,
- ▶ Surépaisseur conférant à l'implant **une plus grande résistance aux contraintes** de cisaillement,
- ▶ Synchronicité avec le filet principal de manière à ne pas arracher l'os sous l'effet de l'entraînement exercé par le filet principal,
- ▶ **Conception unique à sextuple entrée** qui permet de garantir l'ancrage du microfilet dans une empreinte précise, calibrée, homothétique et non détériorée,
- ▶ **Continuité entre les microfilets, les protrusions, et les macrofilets** pour une meilleure répartition des charges tout au long de l'implant.

Insertion active du microfilet dans la zone corticale

Premier puits osseux réalisés par le filet principal



Un corps d'implant conique

- ▶ Condense l'os latéralement afin d'augmenter la stabilité primaire de l'implant.

Double-filets

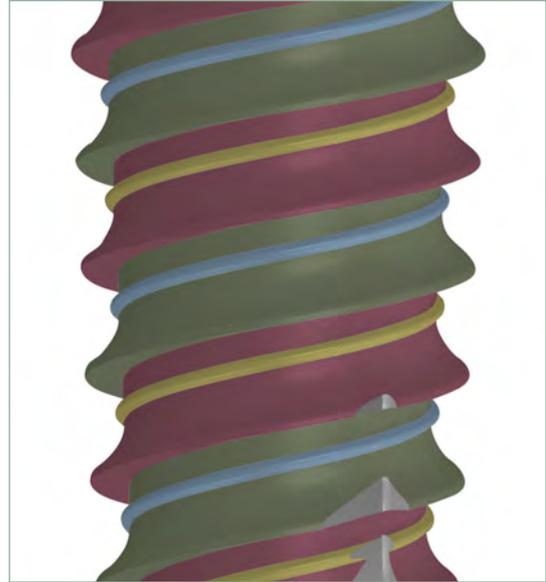
- ▶ Rapidité lors du vissage de l'implant.
- ▶ Réduction de l'échauffement de l'os lors du vissage.

Une protrusion centrale entre les filets

- ▶ Augmentation de 15% de la surface de contact avec les tissus osseux pour faciliter l'ostéogénèse. La reconstruction cellulaire est activée par ce changement de géométrie.

Un filetage asymétrique

- ▶ Le filetage influe directement sur la « surface de contact » de l'implant (B.I.C).
- ▶ Meilleure répartition des charges occlusales.



Apex atraumatique et engageant

- ▶ Une goujure plus proche de l'apex pour améliorer l'effet auto-taraudant des spires.
- ▶ Un départ des filets dès l'apex pour une grande capacité autotaraudante de l'implant et pour une meilleure accroche apicale.
- ▶ Une utilisation en toute sécurité dans les zones à risques.

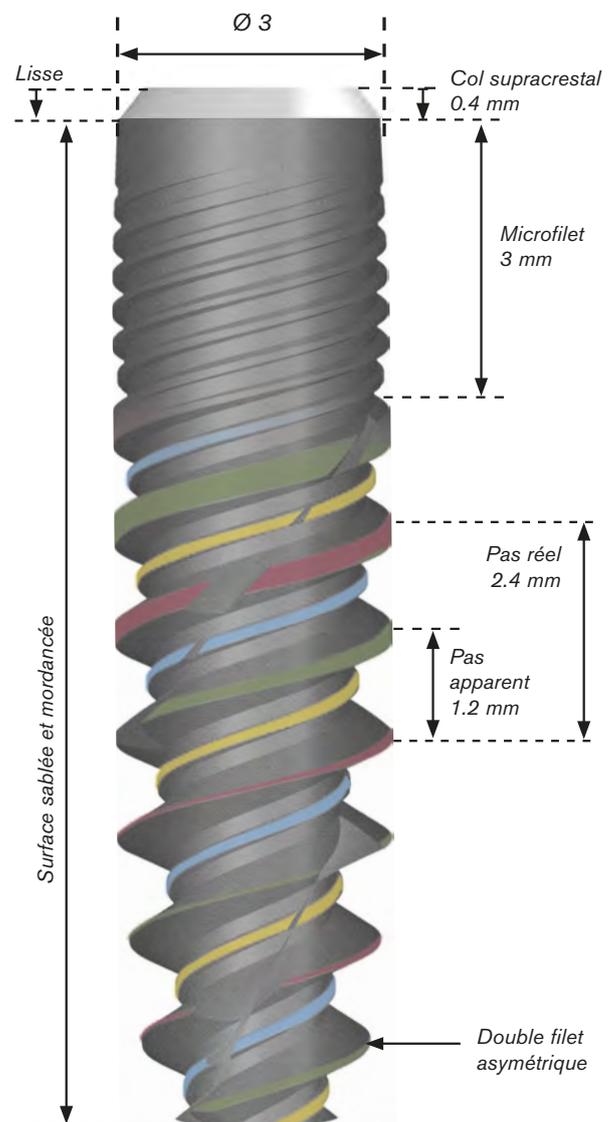


L'IMPLANT NATURACTIS Ø 3mm

Applications

Utilisé en un ou deux temps chirurgicaux, l'implant **naturactis Ø3** a une connexion interne de type « cône Morse », son diamètre de 3 mm rend cet implant parfaitement adapté pour les restaurations d'incisives centrales ou latérales. Son corps cylindro-conique et sa profondeur de filet importante le rendent particulièrement adapté aux chirurgies post-extractionnelles et à une densité osseuse faible.

Caractéristiques



Références

Les implants sont livrés avec une vis de couverture.

Longueur	● Ø 3
8 mm	NIP 30 080
10 mm	NIP 30 100
12 mm	NIP 30 120
14 mm	NIP 30 140

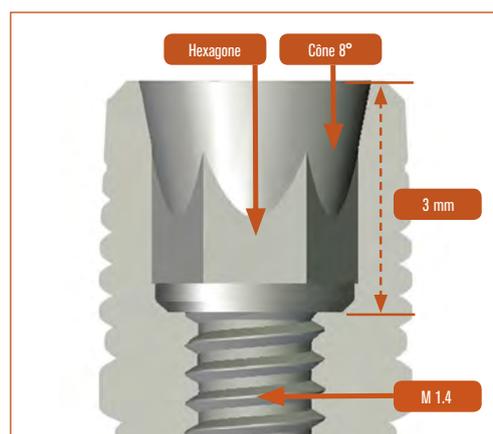
Prise directe de l'implant au mandrin

- ▶ Permet de gagner du temps durant la chirurgie.
- ▶ Facilite la visibilité du niveau de pose.
- ▶ Renseigne sur la hauteur gingivale.
- ▶ Facilite la visibilité de l'orientation de la connexion.



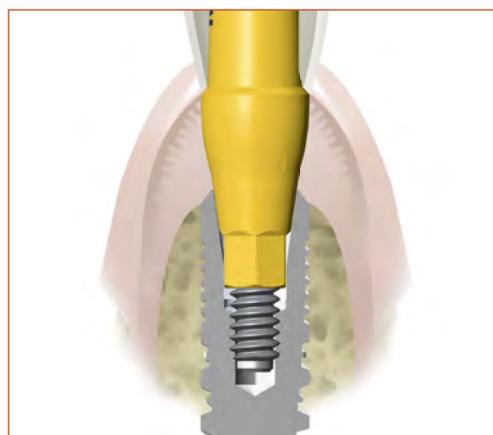
Compatibilité Naturall+ Ø 3mm

L'implant **naturactis Ø 3mm** est muni d'une connexion conique (cône Morse) interne avec hexagone et bénéficie d'une gamme prothétique commune avec les implants **naturall+ Ø 3mm**.



Étanchéité & stabilité

La connexion conique (type cône Morse) interne garantit l'étanchéité du joint prothétique ainsi que la stabilité de l'ensemble (S. Dibart, M. Warbington, M. Fan Su, Z. Skobe). La connexion comporte également un hexagone pour l'orientation angulaire des éléments prothétiques. La profondeur importante de la connexion (3 mm) et la qualité des ajustements confèrent une grande stabilité à l'assemblage et évitent les risques de dévissage prothétique.



Émergence switching

L'assemblage implant-pièce prothétique n'est pas linéaire mais présente une concavité, laquelle agit comme **une chambre de développement de tissu conjonctif**. On obtient ainsi un anneau de tissu conjonctif qui apporte :

- ▶ Une **stabilité mécanique des tissus mous**,
- ▶ Une **protection du joint biologique** en limitant le **risque de déchirure** (épaisseur des tissus mous plus importante),
- ▶ La concavité **augmente la longueur de l'interface entre le pilier et le tissu conjonctif**. Ainsi, les 3 mm d'espace biologique nécessaires pour isoler et protéger l'os de l'environnement extérieur sont obtenus «**en déployé**» (A) et non en ligne directe (B). On a donc un joint biologique plus efficace malgré une distance couronne/os (B) courte.

La concavité formée par la jonction prothétique permet d'isoler les tissus inflammatoires de la crête osseuse (Voir figure 2). Richard J. Lazzara, Stephan S. Poter (PDR, volume 26 n°1, 2006).

Fig. 1 Assemblage de type «platform switching»

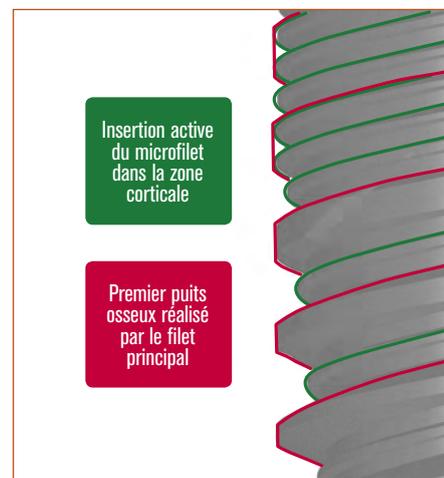


Fig. 2



Microfilet exclusif euroteknika

- ▶ **Ancrage mécanique** permettant de renforcer la stabilité de l'implant dans la zone critique que constitue le col endo-osseux subissant la plus grande partie des efforts masticatoires,
- ▶ Surépaisseur conférant à l'implant **une plus grande résistance aux contraintes** de cisaillement,
- ▶ Synchronicité avec le filet principal de manière à ne pas arracher l'os sous l'effet de l'entraînement exercé par le filet principal,
- ▶ **Conception unique à sextuple entrée** qui permet de garantir l'ancrage du microfilet dans une empreinte précise, calibrée, homothétique et non détériorée,
- ▶ **Continuité entre les microfilets, les protrusions, et les macrofilets** pour une meilleure répartition des charges tout au long de l'implant.



Double-filets

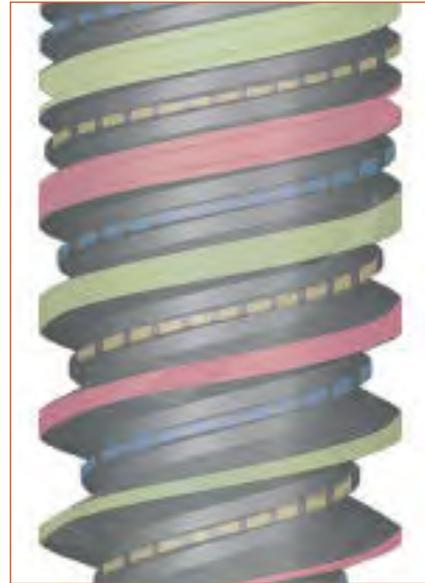
- ▶ Rapidité lors du vissage de l'implant.
- ▶ Réduction de l'échauffement de l'os lors du vissage.

Une protrusion centrale entre les filets

- ▶ Augmentation de 15% la surface de contact avec les tissus osseux pour faciliter l'ostéogénèse. La reconstruction cellulaire est activée par ce changement de géométrie.

Un filetage asymétrique

- ▶ Le filetage influe directement sur la « surface de contact » de l'implant (B.I.C).
- ▶ Meilleure répartition des charges occlusales.



Apex atraumatique et engageant

- ▶ Une goujure plus proche de l'apex pour améliorer l'effet auto-taroudant des spires.
- ▶ Un départ des filets dès l'apex pour une grande capacité autotaroudante de l'implant et pour une meilleure accroche apicale.



LES TROUSSES

L'enjeu de la réalisation du puits implantaire se situe à deux niveaux :

- ▶ un calibrage du puits permettant d'obtenir une bonne stabilité primaire de l'implant, condition essentielle pour l'ostéo-intégration.
- ▶ un échauffement minimum afin d'éviter toute nécrose osseuse irréversible. La préparation du site sera donc réalisée sous irrigation externe constante de chlorure de sodium à 0,9 %. Le seuil de température critique se situe à 47°C pendant 1 mn. A 50°C, la nécrose est irréversible.
- ▶ l'obtention d'un site calibré garantissant une bonne étanchéité.

▶ Les instruments sont présentés dans leur ordre d'utilisation matérialisé par un parcours fléché sur la trousse. Des numéros indiquent les principales étapes de chaque séquence.

AVERTISSEMENT

Il convient d'avoir choisi les pièces prothétiques destinées aux implants que vous allez poser avant la préparation du puits implantaire, et ce, afin de positionner le plus précisément possible les implants.

ATTENTION

Au-delà de la qualité de l'irrigation, il convient également d'utiliser des forets dont le pouvoir de coupe n'a pas été altéré par un nombre d'utilisations excessif.

Séquenceur CHIRURGICAL

Réf. CSC 7 20 - livré vide

Il permet de préparer et de placer dans leur ordre d'utilisation les instruments et les implants nécessaires à votre chirurgie.



Mini-trousses de chirurgie SPÉCIALES IMPLANTS Ø3

Ces trousses offrent tous les instruments nécessaires à la réalisation du protocole chirurgical et à la gestion de toutes les densités osseuses pour les implants **naturactis** & **naturall+ Ø3**.

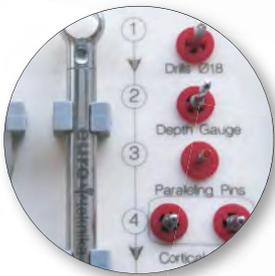
naturactis
Ø 3 MM



Réf. NIPKP 30

CONTENU :

Clés prise directe courte, moyenne et longue
Clé hexagonale externe
Clé de réglage de la cloche porte-implant
Clé contre-couple
Clé à cliquet
Mandrin hexagonal externe
Mandrins prise directe court et long
Rallonge mandrin
Axes de parallélisme
Jauge de profondeur
Foret pointeur Ø 1.5 - 2.2
Foret initial Ø 1.8
Foret cortical
Forets terminaux coniques avec butées montées pour gérer les densités osseuses D2 - D3, longueurs : 8 - 10 - 12 - 14 mm
Foret os dur Ø 2.2 - 2.8
Réglette de montage et extraction des butées



Lisibilité des séquences
> présentation dans l'ordre d'utilisation
> marquages fléchés

naturall+
Ø 3 MM



Réf. NICKP 30

CONTENU :

Clés prise directe courte, moyenne et longue
Clé hexagonale externe
Clé de réglage de la cloche porte-implant
Clé contre-couple
Clé à cliquet
Mandrin hexagonal externe
Mandrins prise directe court et long
Rallonge mandrin
Axes de parallélisme
Jauge de profondeur
Foret pointeur Ø 1.5 - 2.2
Foret initial Ø 1.8
Foret cortical
Forets terminaux coniques avec butées montées pour gérer les densités osseuses D2 - D3, longueurs : 8 - 10 - 12 - 14 mm
Foret os dur
Réglette de montage et extraction des butées

Photo non contractuelle

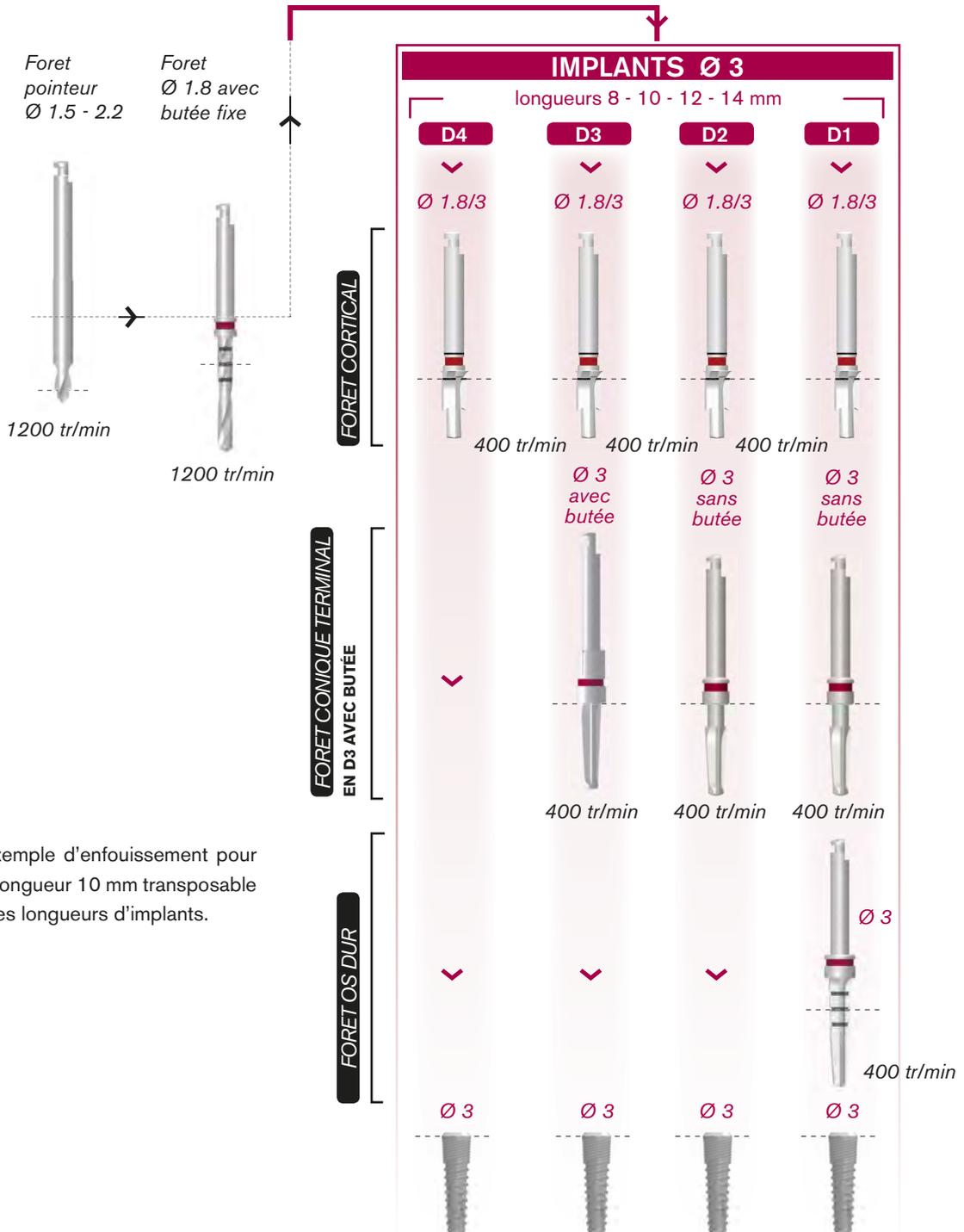


LE PROTOCOLE



Ø 3mm

PAR DENSITÉ OSSEUSE



-----Exemple d'enfouissement pour implant longueur 10 mm transposable aux autres longueurs d'implants.



Un simple mouvement de va-et-vient bien contrôlé afin de pas ovaliser le site, permettra une progression plus fluide du foret.

Sur les forets, pensez à nettoyer et récupérer les copeaux osseux résiduels en permanence.

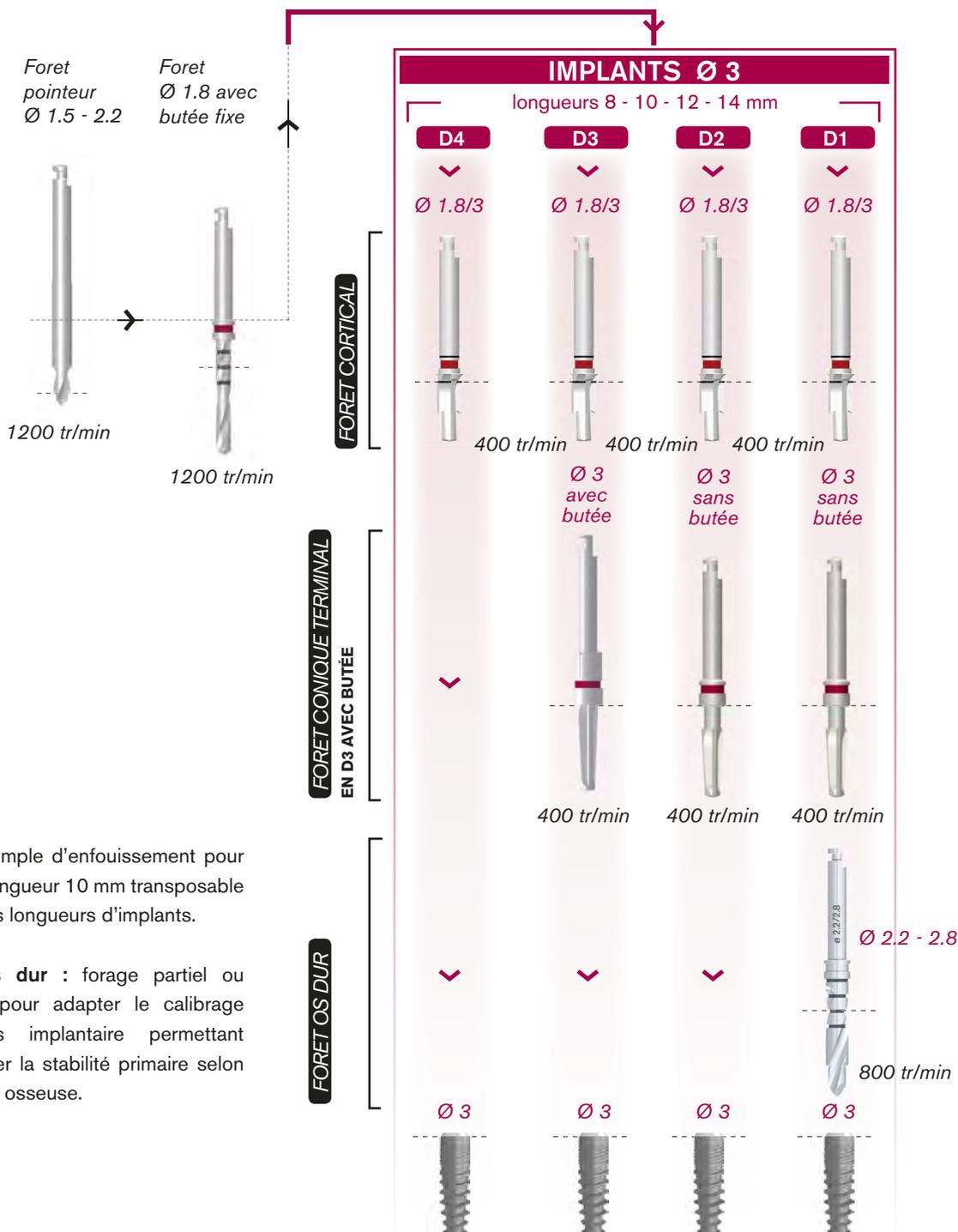
Lorsque la jauge de profondeur ou le foret (lorsque vous travaillez sans butée) est en place dans l'os, vous ne devez pas voir le trait de marquage.

Renouvelez vos forets régulièrement (10 utilisations recommandées).

LE PROTOCOLE

PAR DENSITÉ OSSEUSE

Ø 3mm



-----Exemple d'enfouissement pour implant longueur 10 mm transposable aux autres longueurs d'implants.



Foret os dur : forage partiel ou complet pour adapter le calibrage du puits implantaire permettant d'optimiser la stabilité primaire selon la densité osseuse.



Un simple mouvement de va-et-vient bien contrôlé afin de pas ovaliser le site, permettra une progression plus fluide du foret.

Sur les forets, pensez à nettoyer et récupérer les copeaux osseux résiduels en permanence.

Lorsque la jauge de profondeur ou le foret (lorsque vous travaillez sans butée) est en place dans l'os, vous ne devez pas voir le trait de marquage.

Renouvelez vos forets régulièrement (10 utilisations recommandées).

Protocole PAS À PAS

1 Incision

Préparer l'accès du site d'implantation en réalisant une incision crestale à travers la gencive attachée et soulever un lambeau mucopériosté rattaché du côté lingual. Les incisions de décharge dans la muqueuse sont réalisées sur une épaisseur partielle. Leur tracé doit permettre de voir les racines adjacentes tout en contournant la papille pour la conserver. Lorsque la gencive est très fine, éviter de trop décoller le sulcus afin de conserver de la gencive attachée. L'incision crestale est souvent décalée en direction palatine lors d'une exigence esthétique, ou lorsque la quantité de gencive attachée vestibulaire est insuffisante.

 *Chaque fois qu'il est possible et s'il n'y a pas de contre-indications cliniques, il sera préférable d'araser la partie de la crête osseuse où viendront s'appuyer les butées et l'épaulement des forets, ceci afin de garantir la précision du puits implantaire notamment dans les cas où les forages successifs révéleraient une densité osseuse importante.*

2 Marquage DE L'OS

Régler la vitesse du moteur de 1000 à 1200 tr/mn en fonction de la qualité osseuse et mettre en marche l'irrigation. Repérer visuellement le ou les sites d'implantation.

Le marquage de l'os est réalisé à l'aide d'un foret pointeur de diamètre 1,5 mm, plus efficace qu'une fraise boule. Celui-ci est muni d'une pointe à 90° permettant de passer aisément la corticale. Il doit être utilisé uniquement sur la partie coupante inférieure (profondeur de perçage = 2 mm), la partie haute ayant un diamètre supérieur (Ø 2,2 mm) au foret suivant (Ø 1,8 mm) (voir schéma 1).

En cas d'implants multiples dans le même secteur, procédez au repérage des sites adjacents en respectant les règles d'espacement énoncées ci-contre (cf encadré).

Pour l'implant Ø 3, descendez au maximum à 2 mm, c'est à dire jusqu'à l'épaulement Ø 2.2 mm (voir schéma 1) afin d'assurer un guidage correct du foret suivant de Ø 1,8 mm.

ATTENTION

Ménager un espace minimum autour des implants selon les règles communément admises en implantologie.

- ▶ Dans le sens vestibulo-palatin ou lingual : laisser 1,5 à 2 mm d'épaisseur d'os.
- ▶ Dans le plan mésio-distal : prévoir 2 mm entre les spires d'un implant et une dent naturelle adjacente, et 3 mm entre les spires de deux implants.

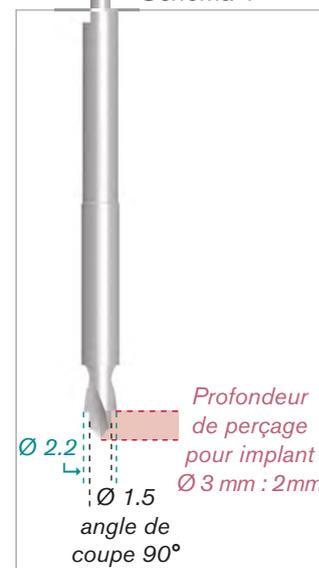
Ménager l'espace nécessaire entre les cols d'implants :

Ø implant	● 3
Ø col	3

- ▶ L'épaulement de Ø 4,5 des jauges de parallélisme permet de prévisualiser l'espacement entre les implants et ainsi de placer les implants adjacents en laissant suffisamment de place entre eux.



Schéma 1



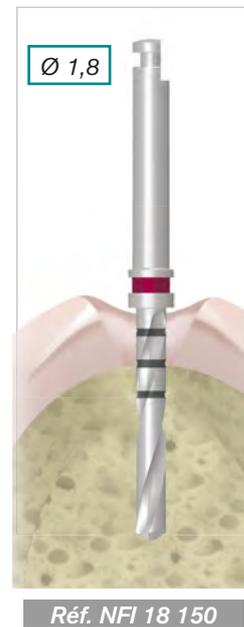
3 Premier FORET

Choix de la longueur du foret Ø 1.8 mm

Le foret préparatoire va permettre de déterminer l'axe et la profondeur du puits implantaire correspondant à la longueur de l'implant donnée sur l'emballage.

Utiliser le foret gradué Ø 1,8 et repérer la graduation correspondant à la longueur de l'implant à poser.

Réaliser le forage, sous irrigation externe constante de chlorure de sodium, et à une vitesse comprise entre 1000 et 1200 tr/mn en fonction de la qualité de l'os. La progression, du foret doit se faire sans forcer. Si tel n'est pas le cas, cela indique que des débris osseux n'arrivent pas à s'évacuer en remontant le long de l'hélice. Un simple mouvement de va-et-vient bien contrôlé afin de ne pas ovaliser le site, permettra d'obtenir une progression plus fluide du foret. Ce mouvement ne requiert pas d'inversion du sens moteur s'il est fait au bon moment. Si le foret est bloqué, il pourra être dégagé en mode "reverse".



ATTENTION

L'extrémité arrondie de l'implant ne s'inscrit pas totalement dans la pointe du foret. Le forage réalisé est donc légèrement plus profond que la longueur de l'implant. Ceci permet d'éviter toute compression apicale et de garantir l'étanchéité du site par l'appui du col de l'implant au niveau de la zone corticale.

4 Contrôle de la PROFONDEUR

Vérifier la profondeur du site à l'aide de la jauge de profondeur graduée Ø 1,8.

 Lorsque la jauge de profondeur est en place dans l'os vous ne devez pas voir le trait de marquage, il ne doit pas être au-dessus de l'os.

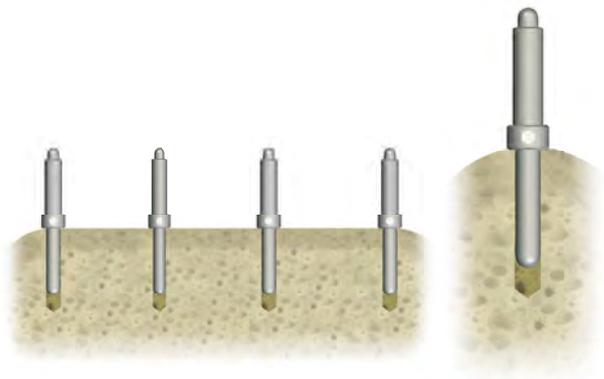
Jauge de profondeur Ø 1.8 ———



Protocole PAS À PAS

5 Contrôle des axes DES Puits IMPLANTAIRES

Insérer le côté le plus fin de la / des jauge(s) de parallélisme (Ø 1,8) dans le(s) puits implantaire(s) pour apprécier le(s) axe(s) d'émergence des implants. Les jauges ainsi positionnées peuvent aussi permettre de contrôler un flux hémorragique.



6 Récupération D'OS

Nous vous conseillons de récupérer les débris osseux issus de chaque forage afin de pouvoir parer à tout défaut osseux, ou d'améliorer les contours d'une crête irrégulière. Le volume de l'os ainsi récupéré est dans la plupart des cas suffisant pour corriger des défauts modérés. Il évite

une greffe, et n'aura même pas besoin d'être stabilisé si le défaut osseux comporte plusieurs parois. Attention, cet os doit être préservé de toute contamination et traité dans les mêmes conditions d'asepsie que l'implant.

7 Forages SUIVANTS

Utiliser les schémas pages 28 et 29 afin de déterminer la succession de forets correspondants pour la pose d'implants diamètre 3mm et d'adapter le puits implantaire à la qualité osseuse du site (voir pages 33 et 34).

Lors des forages, vérifier que l'os saigne. Dans le cas contraire, gratter un peu l'os pour le faire saigner. En l'absence de vascularisation, il est préférable de refermer et d'attendre une revascularisation.

7.a Forage cortical

ATTENTION

Cette étape est obligatoire dans tous les cas, quelle que soit la dureté de l'os afin de garantir l'appui cortical en compression du col de l'implant.

 Exceptionnellement dans le cas d'os très spongieux, on pourra ne pas l'utiliser ou utiliser un ostéotome (à l'appréciation du praticien).



Réf. NFC 30 120

 Passez le foret cortical en réglant la vitesse du moteur de 300 à 400 tr/mn maximum et avec le couple moteur maximum.

7.b Mise en forme finale avec le foret conique terminal

Os tendre D4

Ne pas passer de foret terminal conique afin de garantir la stabilité primaire de l'implant. La compression ainsi obtenue varie de 0 à 0.35 mm au rayon.

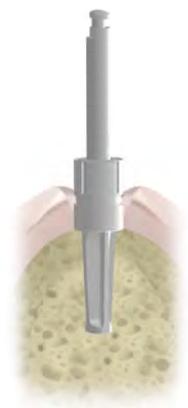
 La vitesse du moteur doit être comprise entre 300 et 600 tr/mn pour ne pas risquer de surforer en profondeur.

 Dans le cas d'un os très spongieux, et avec une corticale très fine, il peut-être intéressant de ne pas passer le foret cortical.

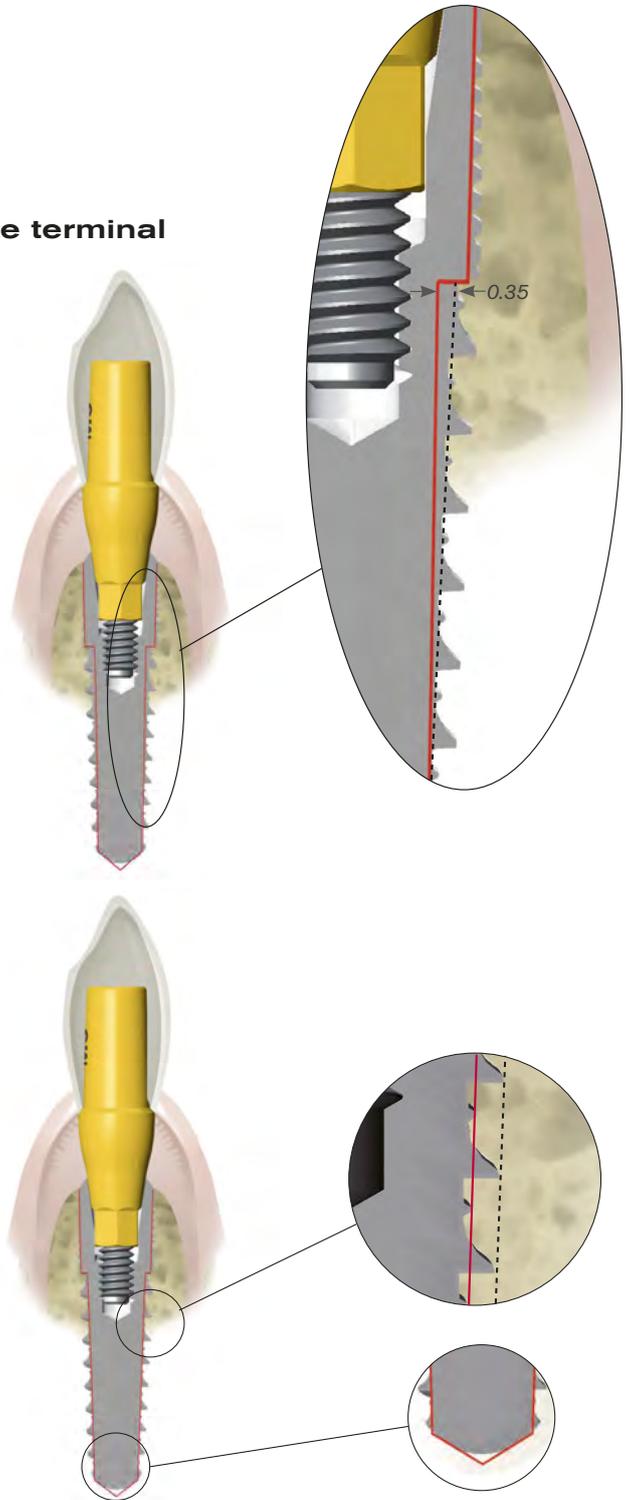
Os normal D3

Utilisation du foret terminal conique **avec la butée**.

Dans la trousse, les forets sont livrés avec les butées prémontées et réglées à la bonne hauteur. La compression latérale obtenue sera moindre au niveau apical et répartie le long du corps de l'implant. La prise de filet est de 0.25 mm à 0.35 mm au rayon.



 La longueur indiquée sur les butées correspond à la longueur des implants auxquels elle est destinée et non à sa longueur réelle.



Butées stérilisables et amovibles

Des butées de forage stérilisables sont livrées dans la trousse, prémontées sur les forets coniques terminaux. À chacun de ces 4 forets correspond une butée spécifique qui permet d'adapter le calibre du puits implantaire et d'ajuster ainsi la compression de l'implant dans le site. Chaque butée comporte un marquage de diamètre et de longueur.

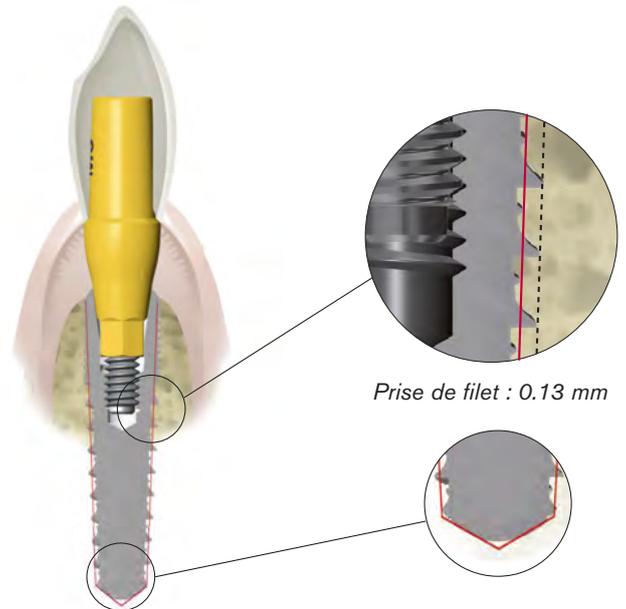
Les butées sont utilisées sur les forets coniques terminaux dans le cas d'os moyen (D3). Ce système de butées amovibles permet de ne pas multiplier le nombre des forets pour gérer les différentes densités osseuses.



Protocole PAS À PAS

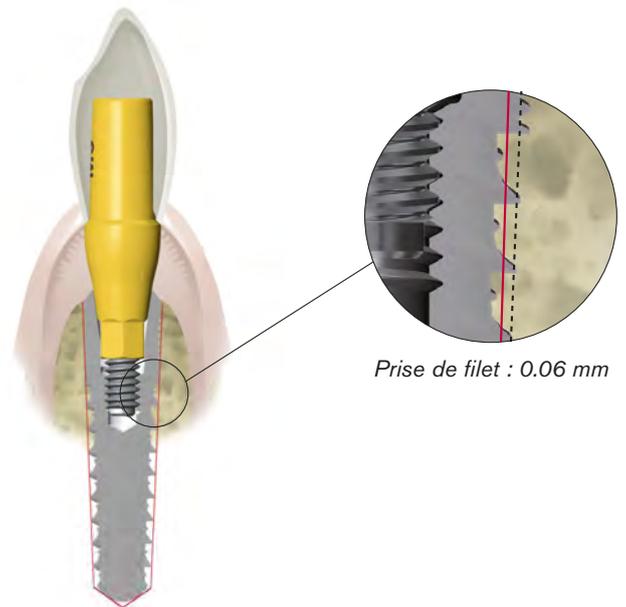
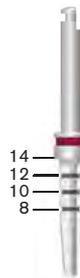
Os dur D2

Utilisation du foret terminal conique **sans butée** afin de réaliser un puits pour lequel la compression restera réduite ainsi que l'échauffement induit par l'insertion de l'implant. La prise du filet est limitée à 0.13 mm au rayon. Pour retirer une butée, introduire la clé de montage/démontage des butées (fournie dans la trousse) dans la rainure sur la butée et pousser la butée vers l'extrémité du foret.



Os très dur D1 pour implants Naturall+ ø3 mm

Dans le cas d'un os très corticalisé, utiliser le foret os très dur jusqu'au marquage correspondant à la longueur de l'implant à poser. La prise du filet est limitée à 0.06 mm au rayon.



Os très dur D1 pour implants Naturactis ø3 mm

Dans le cas d'un os très corticalisé, utiliser le foret os dur ø2,2/2,8 en réalisant un forage partiel ou complet pour adapter le calibre du puits implantaire permettant d'optimiser la stabilité primaire selon la densité osseuse.



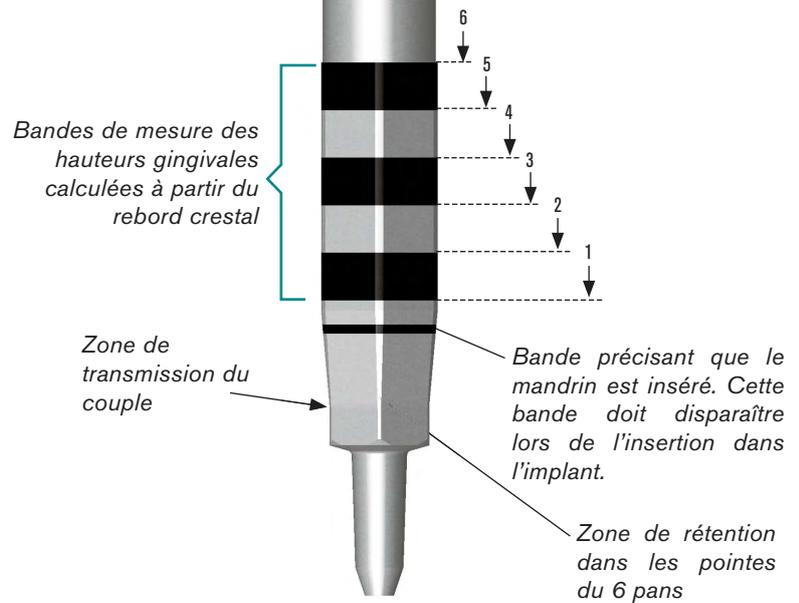
! Pour l'os D1, effectuer de nombreux va-et-vient successifs pour bien évacuer les débris osseux.

Après utilisation, les forets sont placés dans un bac en acier inox rempli de sérum physiologique.



8 Insertion DE L'IMPLANT

L'implant peut être placé manuellement ou au contre-angle. Cette opération doit être réalisée avec le plus grand soin pour éliminer les risques de chutes de l'implant et s'assurer qu'il ne rentre pas en contact avec un quelconque élément non stérile avant insertion dans le site osseux. Pour ce faire, utilisez la clé ou le mandrin de vissage. Après ouverture du tube stérile, connectez l'extrémité de la clé ou du mandrin directement sur l'implant sans le sortir du tube.



8.a La préhension de l'implant dans le tube doit s'effectuer de la manière suivante :

Etape 1 - Aligned l'hexagone du mandrin ou de la clé avec l'hexagone interne de l'implant.

Etape 2 - Pour saisir l'implant, effectuez une rotation du mandrin ou de la clé dans la connexion de l'implant, dans le sens horaire, jusqu'à sentir un arrêt en rotation de l'implant dans son insert (un dispositif dans l'insert permet de limiter la rotation de l'implant pendant sa manipulation).

Etape 3 - Insérez le mandrin dans l'implant en appliquant un léger effort sur le mandrin pour qu'il soit rétentif sur l'implant (5N= 500g).

a. Le marquage de positionnement n'est plus visible, l'instrument est inséré correctement dans l'implant.

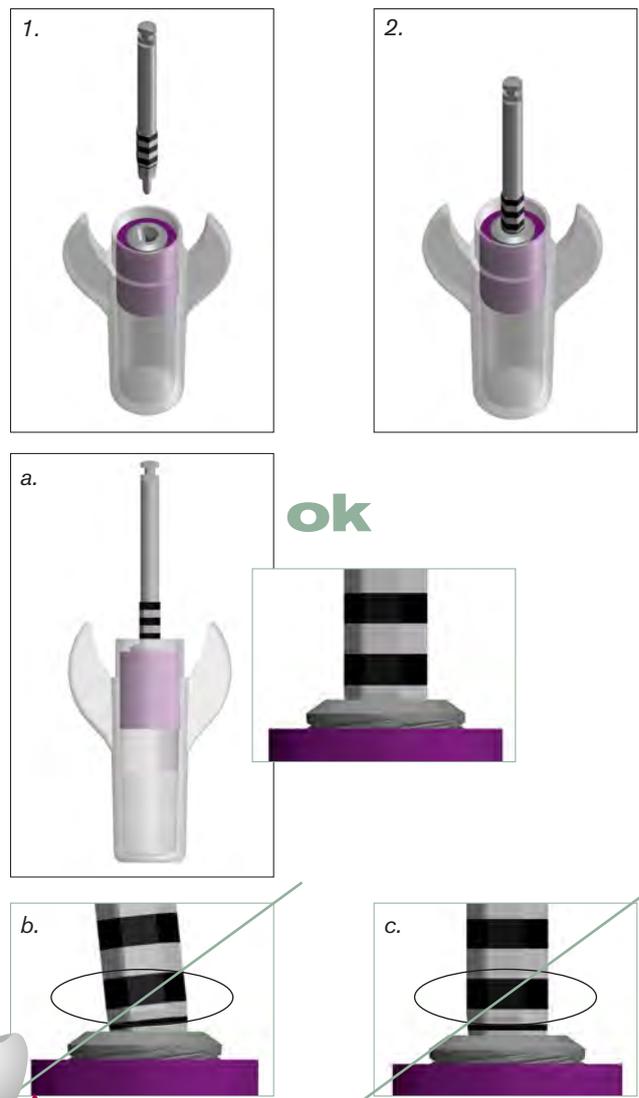
b. Le marquage de positionnement est visible, l'instrument n'est pas aligné ni inséré. Dans ce cas, revenir à l'étape 1.

c. Le marquage de positionnement est visible, l'instrument n'est pas orienté et inséré. Dans ce cas, revenir à l'étape 2.

Etape 4 - Le mandrin bien inséré dans l'implant, appliquez une légère rotation dans le sens anti-horaire et retirez délicatement l'implant délicatement de son conditionnement.

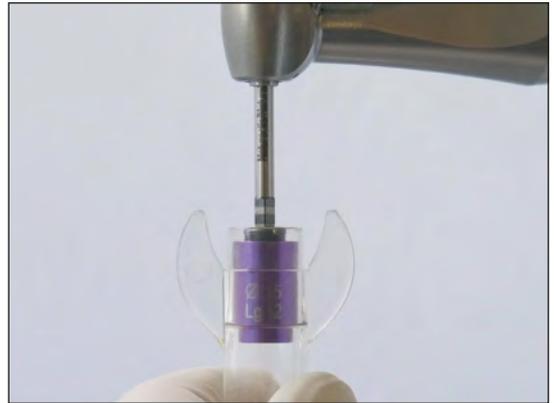
Etape 5 - Transportez l'implant jusqu'au site receveur et le présenter à l'entrée du puits.

Note : Sécurisez vos manipulations contre le risque de chute de l'implant à terre ou en bouche.



Protocole PAS À PAS

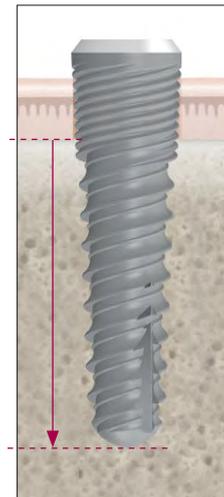
8.b Pour une mise en place au contre-angle, nous recommandons une vitesse de 15 à 25 tr/mn afin de bien contrôler la descente de l'implant. La mise en place au contre-angle permet de mesurer le couple d'insertion de l'implant, et d'apprécier sa stabilité primaire. Nous conseillons de mettre en place l'implant à 30 N.cm minimum pour faire une mise en charge différée et supérieur à 40 N.cm pour une mise en charge immédiate ou précoce. Ne pas dépasser un couple supérieur à 70 N.cm.



Dans un os D1 - D2

Pour un os D1 - D2, il est recommandé lors du vissage de l'implant au contre-angle, de le finaliser à la clé à cliquet ou à la clé dynamométrique afin de s'assurer de la bonne insertion de l'implant.

1
*Vissez au
contre angle*



2
*Finir le vissage à la
clé à cliquet ou à la
clé dynamométrique*



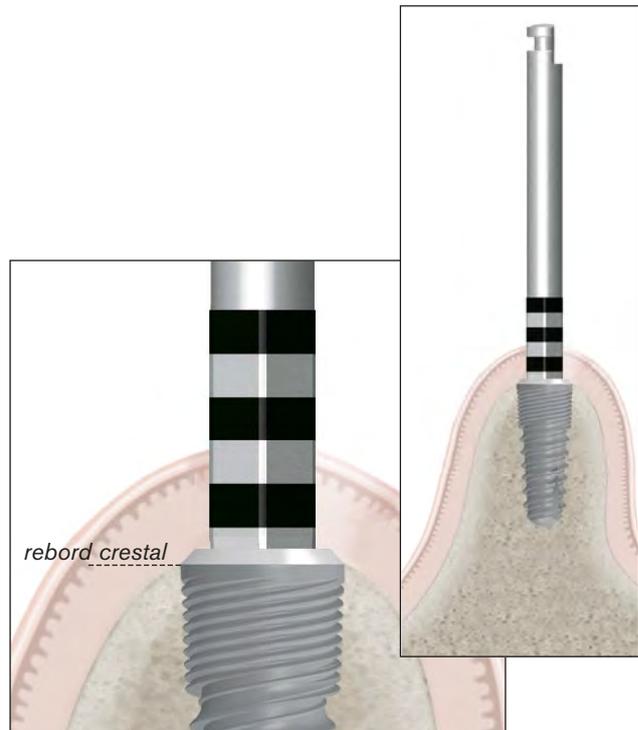
8.c Dans le cas où la mise en place est réalisée manuellement, le pré-vissage de l'implant est réalisé avec la clé de prise directe. Il est finalisé soit avec la clé à cliquet, soit avec la clé dynamométrique. Il est recommandé de tester la stabilité primaire de l'implant en fin de vissage en essayant de le mobiliser. Si l'implant est mobile, sa stabilité primaire est insuffisante et compromettra l'ostéointégration ; mieux vaut le déposer, et envisager l'utilisation d'un implant de diamètre supérieur si le volume osseux le permet.



Eviter de forcer lors de la pose de l'implant. Un vissage excessif peut endommager l'intégrité de la connexion interne et créer une surcompression de l'os environnant pouvant compromettre l'ostéointégration. En cas de forte résistance, dévisser légèrement l'implant puis reprendre l'insertion de l'implant ou retirer l'implant pour le replacer dans l'insert titane de son conditionnement et reprendre le protocole de forage pour élargir le site implantaire en respectant le protocole.

8.d Pose finale de l'implant

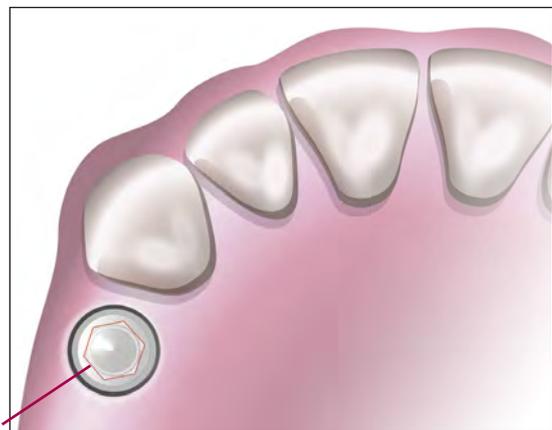
- Pour des résultats esthétiques optimisés, positionner l'implant juxtacrestal au niveau de l'os vestibulaire. Utiliser le repère de profondeur présent sur la clé ou le mandrin de vissage.



- Lors de la pose de l'implant, aligner l'une des faces de l'hexagone de la clé ou du mandrin de vissage parallèlement à la paroi vestibulaire, ce qui garantit que l'un des pans de l'hexagone de l'implant est orienté en adéquation des éléments prothétiques côté vestibulaire.

8.e Désinsertion du mandrin de prise directe

- Pour désinsérer le mandrin de prise directe, effectuer un mouvement circconférentiel et non un mouvement de la gauche vers la droite ou du haut vers le bas.



Plat vestibulaire



Protocole PAS À PAS

9 Protection DE LA CONNEXION

Elle est assurée :

► **Soit par une vis de couverture dans le cas d'une chirurgie en 2 temps.**

La vis est fournie avec l'implant ; elle est logée dans le bouchon et sera mise en place sur l'implant à l'aide de la clé hexagonale externe à 10N.cm. Dans ce cas, le site est suturé en veillant à ne pas trop tirer sur les tissus mous afin d'éviter une operculisation. On procédera à des points de suture individuels environ tous les 2 mm en les serrant bien. Si le patient porte une prothèse amovible, il est recommandé d'éviter l'intrados de la prothèse et de le rebaser avec une résine molle.

► **Soit par un pilier de cicatrisation si l'on veut travailler en 1 temps chirurgical.**

Choisir la pièce en fonction de la mise en forme du berceau prothétique que vous souhaitez obtenir, et du pilier prothétique que vous voulez utiliser par la suite.

Visser manuellement le pilier choisi à l'aide de la clé hexagonale externe à 10 N.cm, ou à la clé dynamométrique (Réf.CCC 35) pour plus de précision.

10 Osteo-intégration

La période habituelle pour obtenir une bonne ostéo-intégration est :

- 3 mois à la mandibule
- 6 mois au maxillaire dû à une qualité osseuse différente

Le praticien doit définir cette période en prenant en compte la qualité osseuse, la stabilité primaire de l'implant et le plan prothétique.

Dans certains cas, le praticien peut décider de connecter les parties prothétiques sans attendre l'ostéo-intégration.

Cependant, le praticien doit être capable d'analyser si les conditions du cas clinique permettent une mise en charge immédiate.

Les études et les données scientifiques prouvent que la mise en charge immédiate sur mandibule quand la prothèse est construite sur 4 implants reliés ensemble est possible.

La mise en charge immédiate n'est pas recommandée sur un implant unitaire.

En cas d'échec

Pour déposer un implant, essayez de le dévisser avec la clé prise-directe. Si cette solution est insuffisante, veuillez-vous reporter à la notice du kit d'extraction **euroteknika**.

Le site pourra éventuellement être ré-implanté*, si le patient est apte à recevoir un nouvel implant, à l'aide d'un implant de diamètre supérieur, dans le cas où la pose de cet implant a lieu dans le même temps.

Pour ré-implanter le site avec un implant de plus petit diamètre, il convient d'attendre la cicatrisation complète du puits réalisé**.

* Il est important d'analyser les causes de l'échec avant d'envisager une ré-implantation éventuelle.

** Le praticien détermine s'il est opportun d'utiliser un matériau de comblement.

LA PHASE DE CICATRISATION

Dans le cas où l'implant a été mis en nourrice, LE SITE EST RÉ-OUVERT ENVIRON 3 À 6 MOIS PLUS TARD

- ▶ Utiliser une sonde pour localiser l'emplacement de la vis de couverture.
- ▶ Ouvrir le site avec une tréphine à gencive s'il y a suffisamment de gencive attachée de part et d'autre de la crête.
- ▶ Si nécessaire repousser l'os qui a pu pousser sur la vis de couverture avec des petits ciseaux à émail ou un petit trépan à os.
- ▶ Retirer la vis de couverture avec une clé ou un

- mandrin hexagonal (en marche arrière à basse vitesse).
- ▶ Nettoyer le sommet de la surface de l'implant et rincer avec du sérum physiologique.
- ▶ Mesurer la profondeur du manchon gingival en introduisant une sonde à travers les tissus mous jusqu'à la base du cône lisse qui se trouve au sommet de l'implant.
- ▶ Choisir un pilier de cicatrisation en fonction du projet prothétique.

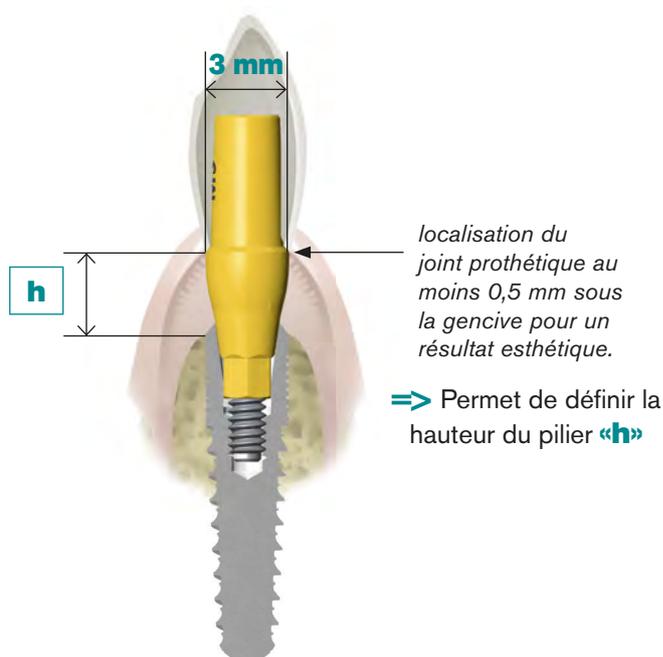
Choix du pilier DE CICATRISATION

Le pilier de cicatrisation permet de mettre en forme le futur profil d'émergence prothétique en attendant la stabilisation de la hauteur gingivale.

- ▶ Il convient d'avoir défini la profondeur d'enfouissement du joint prothétique pour pouvoir sélectionner le pilier de cicatrisation le plus approprié.

«h» permet de déterminer le pilier le plus approprié. Le tableau de correspondance ci-contre vous indique le pilier de cicatrisation correspondant.

1. *Projet prothétique final à atteindre*



- ▶ Les piliers de cicatrisation ont un diamètre légèrement supérieur (0,2 mm) au pilier définitif pour :
 - permettre d'éviter des coincements de gencive et améliorer le confort du patient,
 - augmenter la rapidité d'intervention,
 - une insertion plus facile et moins douloureuse des transferts et des piliers définitifs (évite l'anesthésie).

Hauteur gingivale «h»	Piliers de cicatrisation (Serrage à 10 N.cm à la clé hexagonale externe)	Piliers titane droits avec profil d'émergence correspondant	Code d'identification laser
1 mm	NCI 30 23	NPS PD 30 06	M1
3 mm	NCI 30 45	NPS PD 30 26	M3
5 mm	NCI 30 67	NPS PD 30 46	M5

M = Micro platform

TECHNIQUES DE PRISE D'EMPRESSE



Techniques de PRISE D'EMPREINTE

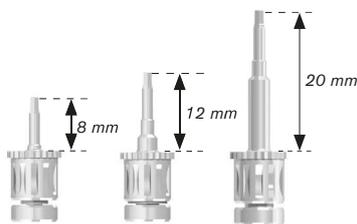
Selon le cas clinique, vous pouvez choisir de réaliser la prise d'empreinte selon 2 techniques différentes :

Technique AVEC TRANSFERT PICK-UP



Matériel nécessaire

Clés hexagonales externes



courte

CCL HE 12 18

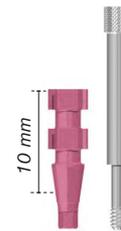
moyenne

CCL HE 12 22

longue

CCL HE 12 30

Transfert pick-up



court

NPE T30

Analogue d'implant

Ø 3 mm



NLA H30

Mandrins hexagonaux externes

court

CMA HE 12 22

22 mm

26 mm

long

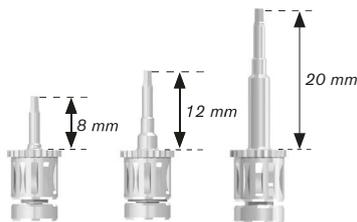
CMA HE 12 26

Technique AVEC TRANSFERT POP-IN



Matériel nécessaire

Clés hexagonales externes



courte

CCL HE 12 18

moyenne

CCL HE 12 22

longue

CCL HE 12 30

Transfert pop-in

Ø 3.1 mm



NPI 31

Analogue d'implant

Ø 3 mm



NLA H 30

Mandrins hexagonaux externes

court

CMA HE 12 22

22 mm

26 mm

long

CMA HE 12 26

1 Technique avec TRANSFERT PICK-UP

PROTOCOLE

▶ Après avoir dévissé le pilier de cicatrisation, visser manuellement le transfert pick-up dans l'implant à l'aide de la clé hexagonale externe. Respecter le couple de serrage de 10 N.cm maximum.

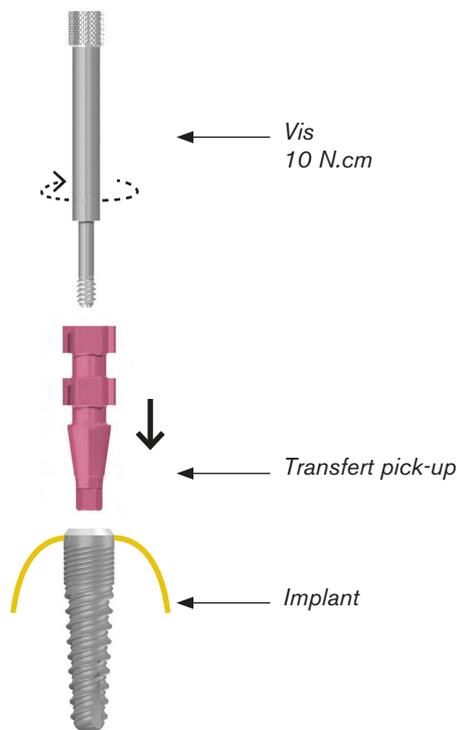
▶ Après s'être assuré du bon positionnement du transfert, procéder à la prise de l'empreinte avec un porte-empreinte à ciel ouvert sans oublier de dégager la tête de la vis.

▶ Lorsque la prise du matériau d'empreinte est effective, dévisser le transfert pick-up à l'aide de la clé hexagonale externe.

▶ Retirer l'empreinte

▶ Visser l'analogue au transfert.

Attention à toujours tenir l'analogue et non le porte-empreinte.



À savoir

Avantages

- ▶ Précision
- ▶ Divergence d'axes mieux acceptée
- ▶ Pas d'erreur de repositionnement possible (sauf analogue)
- ▶ Idéal pour les cas unitaires et pluraux

Inconvénients

- ▶ Temps de dévissage long avec porte-empreinte en bouche = inconfortable pour les patients assujettis à des problèmes de déglutition et vomissement
- ▶ Mise en œuvre plus importante avec le dégagement des têtes de la gouttière et du produit d'empreinte
- ▶ Ouverture buccale faible contre-indiquée sur les sites implantaires en secteurs postérieurs



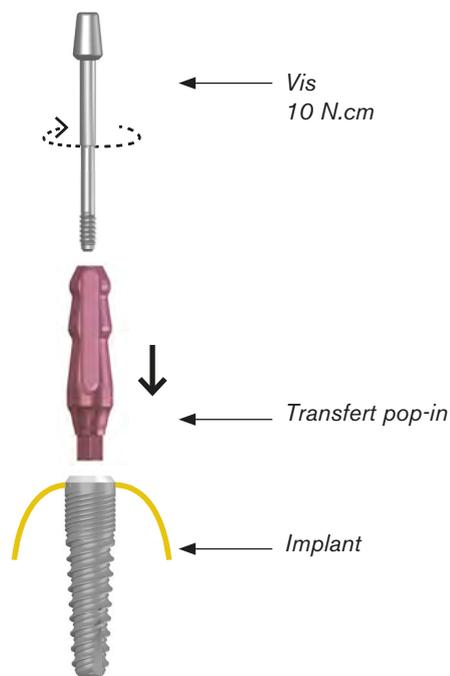
2 Technique avec TRANSFERT POP-IN

PROTOCOLE

- ▶ Après avoir dévissé le pilier de cicatrisation, visser manuellement le transfert pop-in dans l'implant à l'aide de la clé hexagonale externe. Respecter le couple de serrage de 10 N.cm maximum.
- ▶ Après s'être assuré du bon positionnement du transfert, procéder à la prise de l'empreinte avec un porte-empreinte à ciel fermé.
- ▶ Lorsque la prise du matériau d'empreinte est effective, dégager l'empreinte, idéalement dans l'axe du transfert.
- ▶ Dévisser le transfert pop-in à l'aide de la clé hexagonale externe.
- ▶ Visser l'analogue au transfert, orienter et repositionner ensuite le transfert dans l'empreinte.



Assurez-vous de la bonne insertion et orientation du transfert dans l'empreinte.



À savoir

Avantages

- ▶ Ouverture buccale faible
- ▶ Dévissage après avoir retiré le porte-empreinte = plus confortable pour le patient
- ▶ Idéal pour les cas unitaires

Inconvénients

- ▶ Précision variant en fonction de la qualité des matériaux d'empreinte
- ▶ Défaut de repositionnement possible
- ▶ La divergence entre les implants doit être inférieure à 20°
- ▶ Non recommandé pour les cas pluraux en prothèse vissée

LA PROCÉDURE PROTHÉTIQUE

Avant-propos

Précautions d'utilisation :

- ▶ Respecter les couples de serrage indiqués dans ce manuel pour limiter les risques de détérioration, de casse et de dysfonctionnement des dispositifs
- ▶ Vérifier le bon ajustement des assemblages de pièces afin de ne pas compromettre la réalisation de la prothèse et de garantir ses performances mécaniques
- ▶ Sécuriser les manipulations des composants prothétiques et des instruments contre les risques de chute en bouche ou hors du champ stérile en raison de leurs dimensions réduites. Vérifier leur bonne préhension sur les instruments de manipulation
- ▶ Certains composants prothétiques sont livrés stériles pour permettre leur utilisation en chirurgie : ATTENTION ne pas re- stériliser.
- ▶ Tous les composants à usage unique livrés non stériles sont impérativement nettoyés et désinfectés avant d'entrer dans la bouche du patient (et stérilisés en phase de chirurgie).
- ▶ Respecter les règles de décontamination et/ou de stérilisation (les composants plastiques et céramiques ne peuvent pas être stérilisés par autoclave)
- ▶ Dans le cas de composant plastique ou céramique, toujours désinfecter et stériliser à froid avec de la CHLORHEXIDINE
- ▶ Tout produit livré stérile (par radiation gamma) ne doit pas être re-stérilisé.
- ▶ Respecter les parties stériles des emballages lors du déconditionnement et placer le contenu sur un champ stérile.
- ▶ Respecter la date de péremption du produit.
- ▶ Vérifier le bon assemblage et le bon ajustement des composants interconnectés afin de ne pas compromettre la réalisation de la prothèse, les performances mécaniques des composants et le résultat esthétique en bouche.

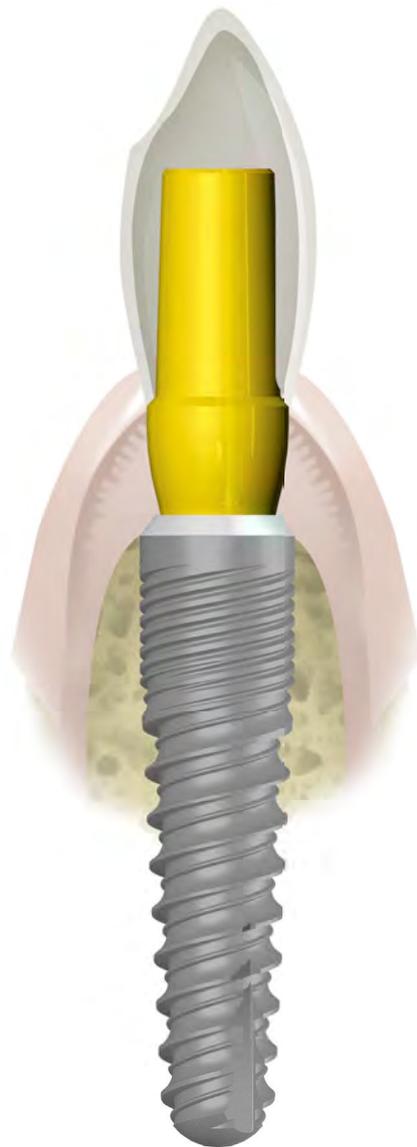


Une connexion unique commune

Les implants **naturactis** & **naturall+ Ø3** présentent une connexion unique commune pour toutes les références.



LA PROTHÈSE SCELLÉE SUR PILIER TRANSVISSÉ



Gamme PROTHÉTIQUE

PILIER DROITS 20 N.cm

Livrés avec une vis de fixation en titane (NPV 31)

h (mm)

1	NPS PD 30 06
3	NPS PD 30 26
5	NPS PD 30 46

h : hauteur supracrestale (mm)

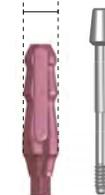


TRANSFERT POP-IN 10 N.cm

Livré avec une vis de fixation en titane (NPS VTB 14 156)

NPI 31

Ø 3 mm

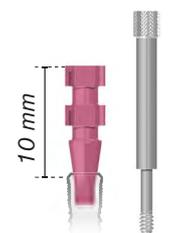


TRANSFERT PICK-UP 10 N.cm

Livré avec une vis de fixation (NPS VG 14 200)

Référence Court

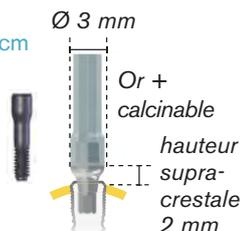
Transfert **NPE T30**



PILIER DE SURCOULÉE OR 20 N.cm

Livrés avec une vis de fixation en titane (NPV 31)

NPS PS 30 16



ANALOGUE D'IMPLANT

Sécable

NLA H30

Ø 3 mm



PILIER ANGULÉS 7° 20 N.cm

Livrés avec une vis de fixation en titane (NPV 31)

h (mm)

1	NPS PA 30 07 1
3	NPS PA 30 07 3

h : hauteur supracrestale (mm)



PILIER TEMPORAIRE ANTI-ROTATIONNEL 20 N.cm

Livré avec une vis de fixation en titane (NPV 31)

NPS PPT 30 1

Ø 3 mm

hauteur 1 mm



PILIER ANGULÉS 15° 20 N.cm

Livrés avec une vis de fixation en titane (NPV 31)

h (mm)

1	NPS PA 30 15 1
3	NPS PA 30 15 3

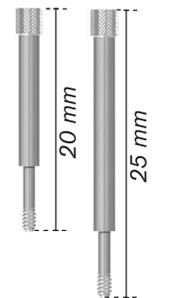
h : hauteur supracrestale (mm)



VIS GUIDE DE LABORATOIRE

Moyenne Longue

NPS VG 14 200 NPS VG 14 250



PILIER PERSONNALISÉ 20 N.cm

Personnalisé à votre cas et réalisé par notre centre CAD-CAM

Livrés avec une vis de fixation en titane (NPV 31)



Protocole prothèse scellée SUR PILIER TRANSVISSÉ

1. Après retrait des piliers de cicatrisation, prise d'empreinte sur les transferts (pick-up ou pop-in) vissés dans les implants.
2. Retrait de l'empreinte
 - ▶ si un **pop-in** a été utilisé, l'empreinte peut être retirée directement. Le transfert est ensuite dévissé, connecté à l'analogue, puis replacé dans l'empreinte.
 - ▶ si un **pick-up** a été utilisé, le transfert doit être dévissé pour retirer l'empreinte. L'analogue est ensuite connecté aux pick-up dans l'intrados de l'empreinte (cf schéma 2).
3. Envoi de l'empreinte au laboratoire.
4. Coulée du modèle en plâtre.
5. Choix du pilier : droit ou angulé (7 ou 15° - voir panorama prothétique).
Les piliers pourront être retouchés si nécessaire. Ils sont montés sur le modèle à l'aide d'une vis de laboratoire (cf schéma 3).
6. Façonnage de la chape sur le pilier monté sur l'analogue d'implant.
7. Coulée de la chape et réalisation du parement cosmétique.
8. Fixation du pilier en bouche avec la vis de pilier livrée dans l'emballage à l'aide d'une clé dynamométrique à 20 N.cm (cf schéma 4).
Dans le cas où le pilier est déjà en bouche depuis quelques temps, procéder à un resserrage calibré à la même valeur à l'aide d'une clé dynamométrique avant le scellement de la prothèse.
9. Vérification radiographique de l'ajustement pilier sur implant.
10. Essayage final de la prothèse définitive.
11. Scellement de la prothèse sur le pilier.

** La vis de fixation définitive du pilier transvissé ne doit pas être utilisée pour les essayages & manipulations de laboratoire afin de ne pas altérer son coefficient d'élasticité. Utiliser une vis guide Réf. NPS VG 14 200, NPS VG 14 250.
Utiliser une vis neuve pour le vissage final en bouche.*



Nous recommandons l'usage de clé dynamométrique pour le serrage calibré des éléments prothétiques à 20 N.cm.

SCHÉMA 1. FIXATION TRANSFERT

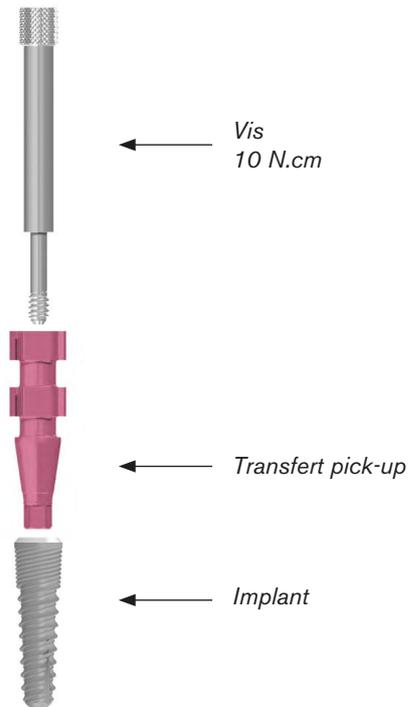


SCHÉMA 2. FIXATION ANALOGUE

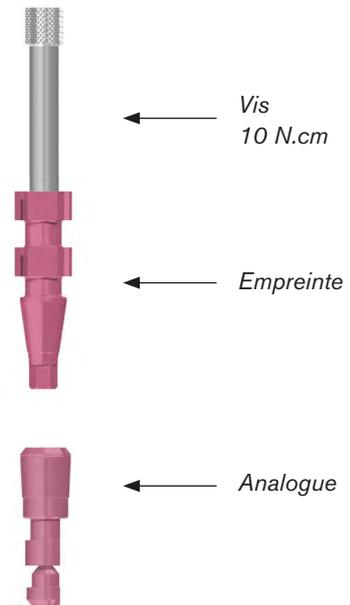


SCHÉMA 3. SUR MODÈLE

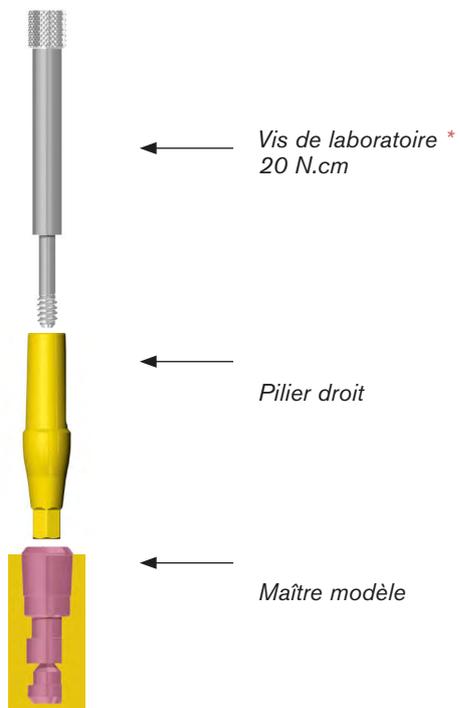
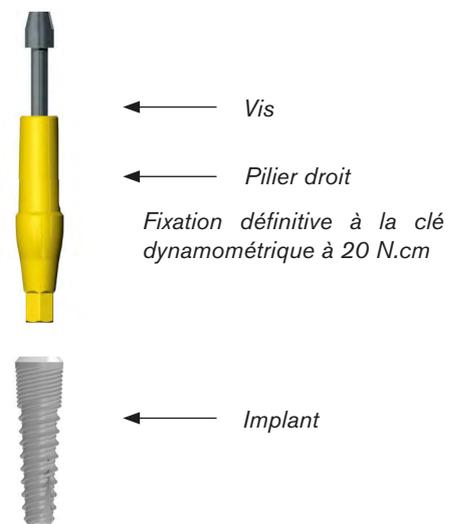
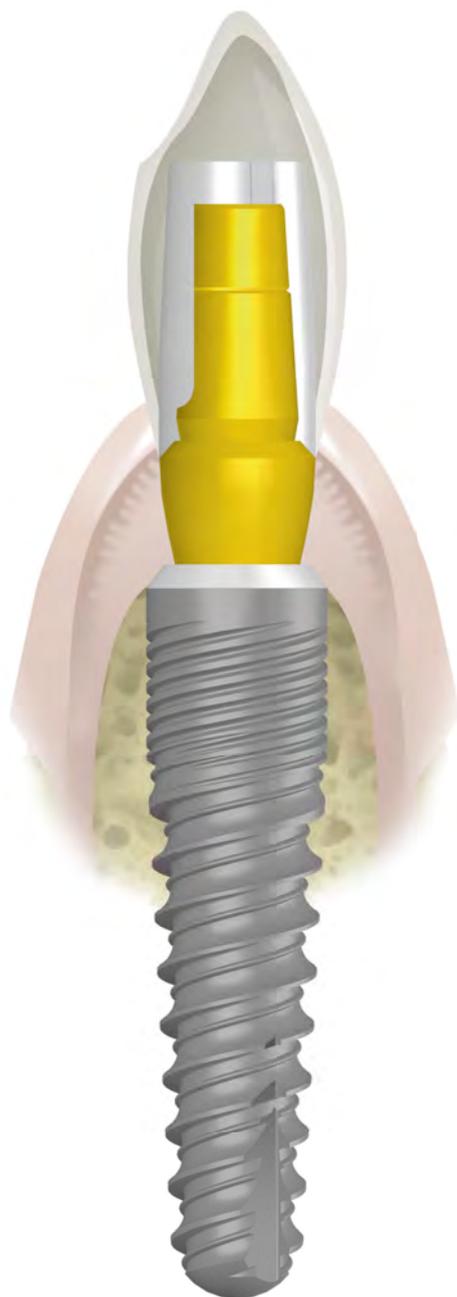


SCHÉMA 4. EN BOUCHE

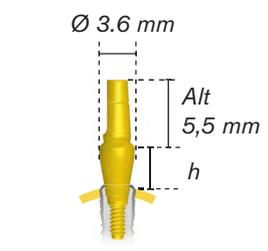


LA PROTHÈSE SCELLÉE SUR PILIER PLEIN



PILIER PLEINS 30 N.cm

	Ø 3
	H 5.5 mm
h (mm)	
1	NPS PP 30 55 1
3	NPS PP 30 55 3
5	NPS PP 30 55 5



h : hauteur supracrestale (mm)

TRANSFERT CLIPSABLE

Ø 3.6
H 5.5 mm
APS TCP 36 55



CAPUCHON DE PROTECTION

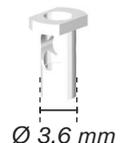
Ø 3.6
H 5.5 mm uniquement rotationnel
APS CP 36 55



TRANSFERT CLIPSABLE ÉVIDÉ

pour piliers pleins retouchés

Ø 3.6
APS TCP 36



ANALOGUE DE PILIER PLEIN

Ø 3.6
H 5.5 mm
APS H 36 55



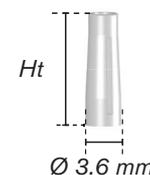
KITS

	Ø 3.6
	H 5.5 mm
Prothèse unitaire	NPS KIT E05
Prothèse plurale	NPS KIT EC5

Livrés sans pilier plein. Le kit contient un capuchon de protection, un transfert clipsable, un transfert clipsable évidé, un analogue, et une chape calcinable. Précisez la hauteur du pilier plein et le type de prothèse (unitaire ou plurale).

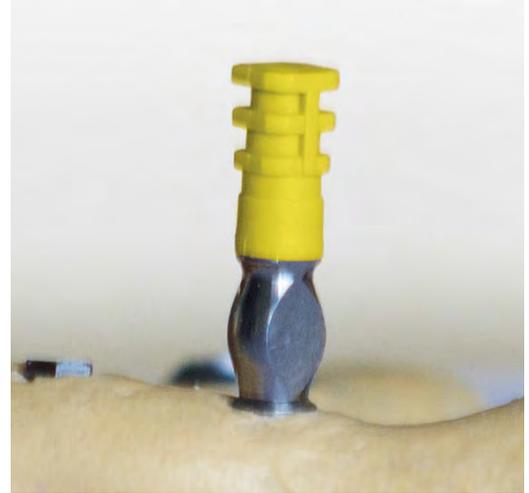
CHAPES CALCINABLES

	Ø 3.6
Ht	10 mm
Embase anti-rotationnelle pour prothèse unitaire	APS BCO 36 100
Embase rotationnelle pour prothèse plurale	APS BCC 36 100



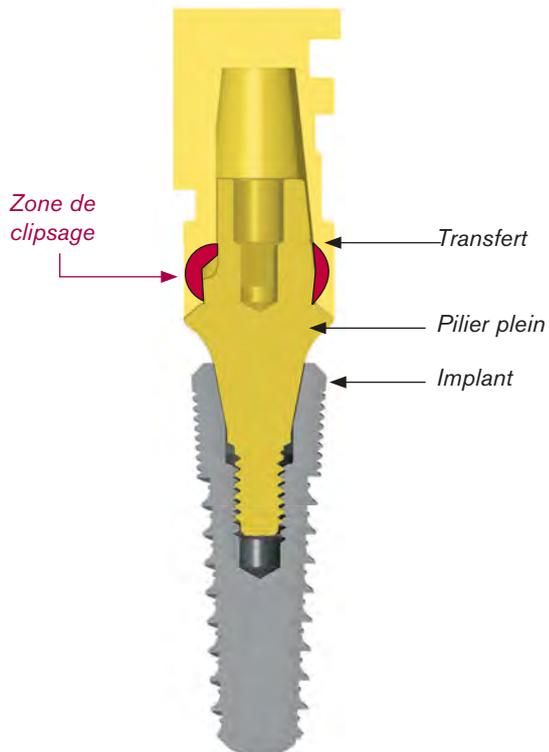
Utilisation D'UN PILIER PLEIN

- ▶ Les aléas de la prise d'empreinte sont évités grâce à un protocole standardisé mettant en œuvre des transferts clipsés reproduisant le pilier.
- ▶ Les zones de clipsage du transfert sont situées au-dessus du rebord prothétique du pilier (voir les zones rouges de l'image ci-dessous).
- ▶ Les chapes calcinables ne sont pas clipsées sur le pilier afin de faciliter les manipulations au laboratoire, et d'éviter toute retouche qui pourrait nuire à l'étanchéité du joint prothétique.



Empreinte

Facilité de mise en place du transfert **sans dégager le sulcus**



 Assurez-vous d'aligner le méplat du pilier avec le méplat intérieur du transfert.

Deux types de transferts sont proposés :

- ▶ Un transfert homothétique au pilier plein choisi si celui-ci n'est pas retouché.
- ▶ Un transfert évidé en cas de retouche du pilier (voir page 58).

Protocole SUR PILIER PLEIN NON RETOUCHÉ

1. Mise en place du pilier et serrage définitif à 35 N.cm à l'aide de la clé dynamométrique (Réf CCC 35).
2. Prise d'empreinte à l'aide du transfert. Le transfert est orienté (aligner le plat du transfert avec le plat du pilier), puis clipsé sur le pilier plein par simple pression (le transfert sera ensuite noyé dans le matériau d'empreinte). Cette technique permet d'enregistrer précisément l'épaule du pilier, puisque l'information est donnée par des pièces et non par le matériau d'empreinte dont on connaît les limites. (cf schéma 1)
3. Retrait de l'empreinte et mise en place de l'analogue correspondant au pilier plein (4 - 5,5 - 7) sur le transfert pris dans l'intrados de l'empreinte (aligner le plat du transfert avec le plat de l'analogue). La précision du repositionnement est garantie par clipsage. (cf schéma 2)
4. Mise en place d'un capuchon de protection sur le pilier plein. (cf schéma 3)

ÉTAPES DE LABORATOIRE

5. Au laboratoire, le modèle est coulé.
6. Mise en place de la chape calcinable sur le modèle et façonnage de la chape définitive. (cf schéma 4)
7. Coulée de la chape.
8. Réalisation du parement cosmétique céramique sur la chape.
9. Scellement de la couronne après retrait du capuchon de protection.

SCHÉMA 1. EMPREINTE SUR PILIER INTACT

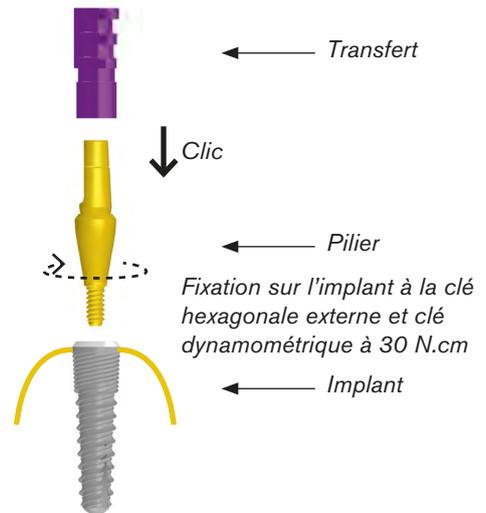


SCHÉMA 2. FIXATION ANALOGUE

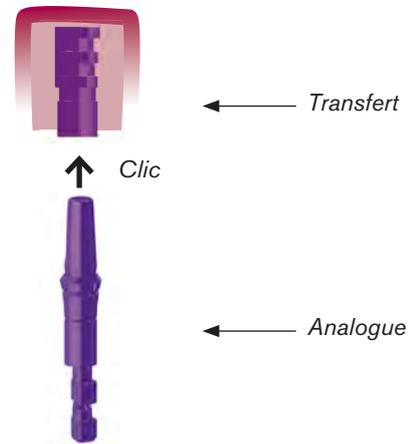


SCHÉMA 3. CAPUCHON DE PROTECTION

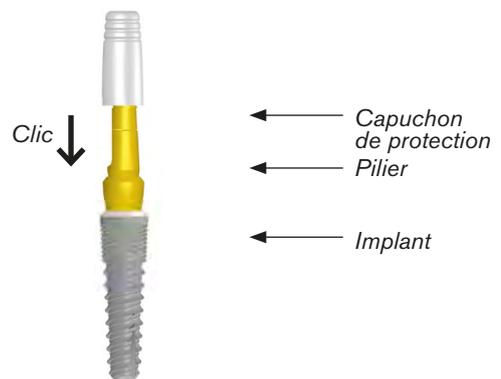
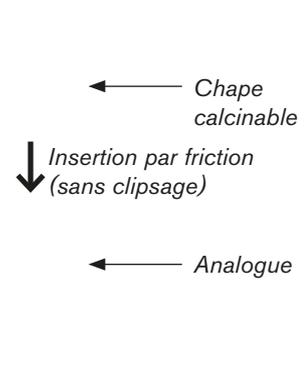


SCHÉMA 4. SUR MODÈLE



Protocole SUR PILIER PLEIN RETOUCHÉ

Les retouches effectuées sur les piliers pleins ne permettent pas de jouir à 100 % des bénéfices du système d'empreinte standardisé, il est conseillé de réserver cette technique aux cas de prothèse unitaire pour lesquels l'adaptation prothétique est moins sensible aux imprécisions d'empreinte, aussi minimisées soient elles.

1. Retouche du pilier (ne pas aller au-delà de la piqûre de limite de retouche).
2. Mise en place du pilier et serrage définitif à 35 N.cm.
3. Prise d'empreinte à l'aide du transfert évidé clipsé sur le pilier plein par simple pression. Après vérification de l'adaptation du transfert sur le pilier, le matériau d'empreinte est inséré à l'intérieur du transfert, puis tout autour afin de l'englober complètement. (cf schéma 1)
4. Mise en place du capuchon de protection sur le pilier pendant le temps de fabrication de la prothèse. (cf schéma 2)

ÉTAPES DE LABORATOIRE

5. Retrait de l'empreinte qui est envoyée telle quelle au laboratoire.
6. Coulée du maître modèle à partir de l'empreinte sans analogue.
7. Mise en place de la chape calcinable sur le modèle et façonnage de la chape définitive.
8. Coulée de la chape. (cf schéma 3)
9. Montage de la céramique et cuisson.
10. Scellement de la couronne après retrait du capuchon de protection.

Cas de la prothèse plurale

Une adaptation très précise de la prothèse est nécessaire pour éviter toute tension / fracture. C'est pourquoi nous recommandons d'utiliser, des piliers pleins de hauteur adaptée (les plus courts possibles pour tolérer les divergences axiales des implants) non retouchés. Si aucun pilier plein ne convient, il est préférable de travailler avec des piliers transvissés, et de réaliser l'empreinte sur les implants.

SCHÉMA 1. EMPREINTE SUR PILIER RETOUCHÉ

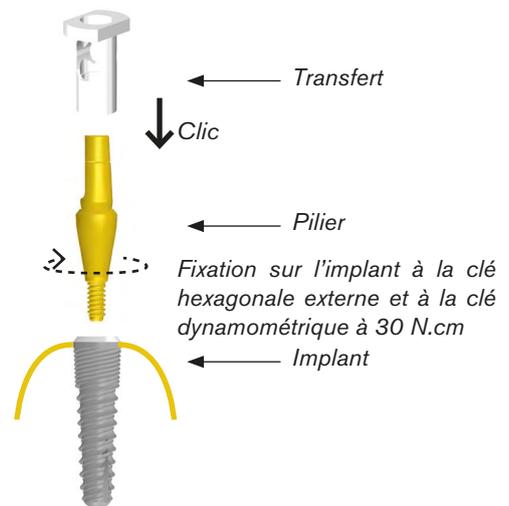


SCHÉMA 2. CAPUCHON DE PROTECTION

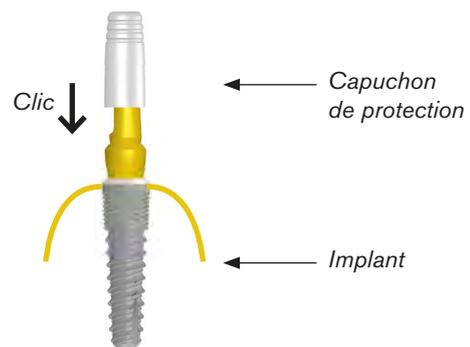
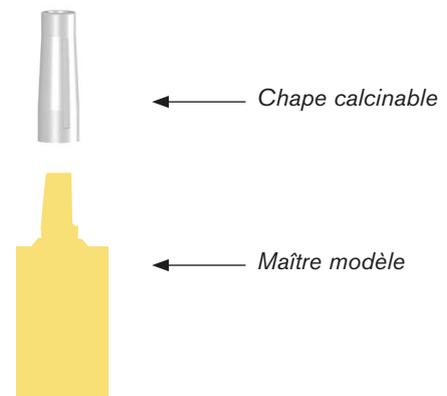


SCHÉMA 3. SUR MODÈLE



Protocole PROTHÈSE PROVISOIRE

► La prothèse provisoire pourra être réalisée sur le capuchon de protection du pilier plein, celui-ci sera par la suite scellé sur le pilier plein.



1. Choisir le capuchon de protection adapté au pilier utilisé.
2. Créer si nécessaire quelques rétentions (rainures) sur les faces externes pour améliorer la rétention de la dent provisoire.
3. Déposer un peu de ciment de scellement provisoire à l'intérieur du capuchon et sur les pans du pilier plein.
4. Enfoncer le capuchon sur le pilier plein jusqu'à l'obtention du clipsage sur l'embase du pilier.
5. Vérifier l'adaptation et retirer l'excès de ciment.
6. Réaliser la dent provisoire sur le capuchon.

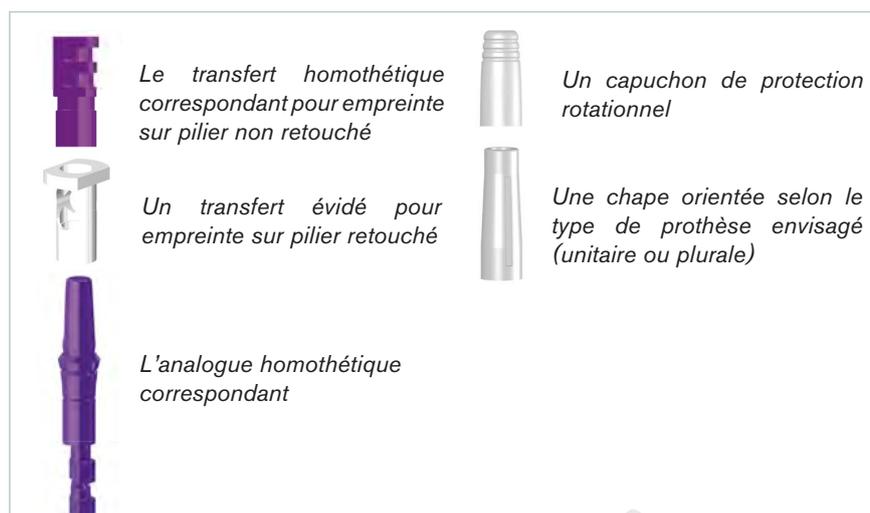
Kits PILIERS PLEINS

Ces kits comprennent l'ensemble des pièces nécessaires à une restauration prothétique scellée sur le pilier plein de la hauteur sélectionnée.

Ils facilitent l'identification des pièces nécessaires et permettent d'éviter le manquement d'une des pièces le jour de l'intervention.

Ce kit est livré sans pilier plein.

Ce kit inclut:



PROTHÈSE ZIRCON SUR PILIER TITANE



INTERFACE ESTHÉTIBASE POUR RÉALISATION DE PROTHÈSE EN ZIRCON 20 N.cm

Taille S
Livrée avec une vis de fixation
en titane (NPV VPA 35)

Cas unitaire (non-rotationnel)

NPC PTO 30 16



L'utilisation de piliers en zircone permet d'améliorer significativement le résultat esthétique des restaurations sur implant, mais constitue à long terme un risque de déformation pour la connectique (affaissement des connexions internes et perte de l'étanchéité, ...) sous l'effet des contraintes masticatoires répétées. D'où l'idée de préserver une interface en titane entre la connectique de l'implant et l'élément prothétique, la plus petite possible, laquelle servira de base à la construction du pilier zircone.

Discrétion

Dimensions réduites de l'interface titane

- ▶ Colerette fine et hauteur réduite.
- ▶ Invisible dans la restauration finale.

Encore plus discret

- ▶ Revêtement TiN biocompatible (Nitrure de titane jaune).
- ▶ Se fond mieux dans les teintes des tissus mous.



Fiabilité

Contact titane sur titane

- ▶ L'interface évite le contact zircone sur titane.
- ▶ De même dureté que l'implant, elle n'entraîne pas de déformation de la connectique et permet de conserver une bonne étanchéité.



Applications

Cas unitaires

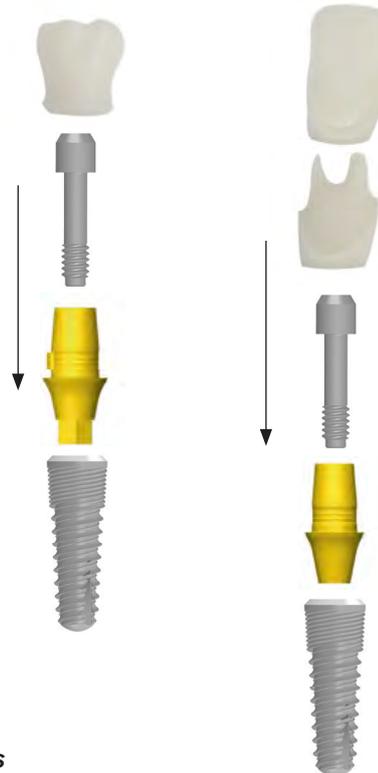
Permet de réaliser des éléments prothétiques (piliers ou chapes) en zircone ou en céramique pressé.



© Laboratoire ALFONSI (France)

Chape

Pilier



Armatures



© Laboratoire ALFONSI (Paris - France)

Protocole

1. Conception de l'élément prothétique

- en céramique pressée (chape) selon la technique de la cire perdue habituelle.
- en zircone usinée (pilier). La maquette de l'élément à usiner sera remise soit sur modèle physique traditionnel, soit sous format numérique (scanner ou CAO).

2. Sablage de l'interface

Après avoir protégé la connexion et la zone gingivale, sabler la surface qui sera en contact avec le composite de collage avec un média de granulométrie inférieur à 50 microns sous une pression de 2 bars.

3. Nettoyage à l'éthanol de l'interface.

4. Collage

Utiliser un composite de collage universel auto-adhésif. Appliquer le composite de collage sur l'interface en titane et le moignon en zircone ou la chape, puis assembler les deux pièces. Pour obtenir la polymérisation complète du matériau suivre les instructions du fabricant du produit.

5. Vissage

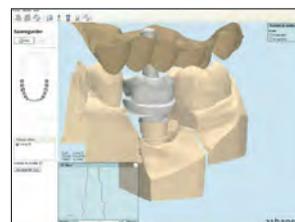
A 20 N.cm. Ne pas utiliser la même vis pour les essayages sur le maître modèle et pour le vissage définitif. Les embases se vissent à l'aide des clés hexagonales externes :

Court 8 mm : *réf. CCL HE 12 18*

Moyen 12 mm : *réf. CCL HE 12 22*

Long 20 mm : *réf. CCL HE 12 30*

1. CONCEPTION DE L'ÉLÉMENT PROTHÉTIQUE



© Laboratoire ALFONSI (Paris - France)

2. SABLAGE DE L'INTERFACE



© Laboratoire GARCZAREK (Sallanches - France)

3. NETTOYAGE À L'ÉTHANOL DE L'INTERFACE



© Laboratoire GARCZAREK (Sallanches - France)

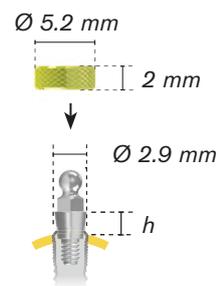


LA PROTHÈSE AMOVIBLE SUR ATTACHEMENTS O'RING

PILIER O'RING 30 N.cm

h (mm)	Avec anneau O'Ring	Vendu seul
2	NPA OR 31 29	NPA OR 31 29 MALE

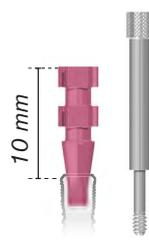
h : hauteur supracrestale (mm)



TRANSFERT PICK-UP 10 N.cm

Livré avec une vis de fixation

Référence	Court
Transfert	NPE T30
Vis de fixation	NPS VG 14 200



ANALOGUE D'IMPLANT

Sécable

NLA H30



TRANSFERT POP-IN 10 N.cm

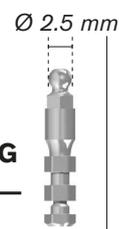
Livré avec une vis de fixation en titane (réf. NPS VTB 14 156)

NPI 31



ANALOGUE DE PILIER O'RING

OPS HOBI



ANNEAU O'RING

UPA FOR 52

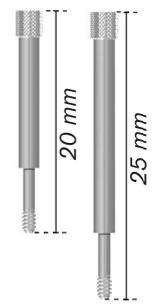


Livré avec 3 joints O'Ring de dureté différente

Souple 50 shores	Moyen 60 shores	Dur 70 shores
UPA JOR 50	UPA JOR 60	UPA JOR 70

VIS GUIDE DE LABORATOIRE

Moyenne	NPS VG 14 200
Longue	NPS VG 14 250



Protocole PROTHÈSE AMOVIBLE AVEC PILIERS BOULES

1. Vissage manuel ou à l'aide de la clé hexagonale externe des transferts pick-up sur les implants pour la prise d'empreinte (cf schéma 1).
2. Dévissage des transferts et retrait de l'empreinte.
3. Connexion des analogues aux transferts pris dans l'empreinte par vissage (cf schéma 2).
4. Coulé du maître modèle au laboratoire.
5. Mise en place des piliers O'Ring sur le modèle par vissage sur les analogues d'implants. Utiliser la clé hexagonale interne O'Ring (*réf. CCL HI 25 26*) (cf schéma 3).
6. Clipsage des attachements sur les piliers O'Ring du modèle.
7. Réalisation prothétique de l'overdenture à l'aide de dents en résine positionnées dans la cire selon le même procédé qu'une prothèse complète à l'appui exclusivement muqueux.
8. Mise en moufle pour l'intégration des attachements à l'overdenture.
9. Après essayage, rebasage et réglage de l'occlusion.
10. Fixation des piliers O'Ring sur les implants à l'aide d'une clé dynamométrique (*réf. CCC 35*) à 30 N.cm. Clipsage de la prothèse en bouche. Vérification de l'appui muqueux.



Il est aussi possible de faire l'empreinte sur le pilier boule, auquel cas l'utilisation du transfert n'est pas nécessaire. Dans ce cas, utiliser un analogue de pilier boule (Réf. OPS HOBI).

SCHÉMA 1. FIXATION TRANSFERT

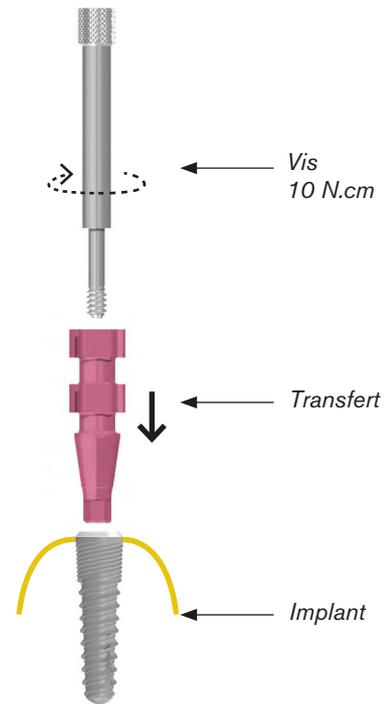


SCHÉMA 2. FIXATION ANALOGUE

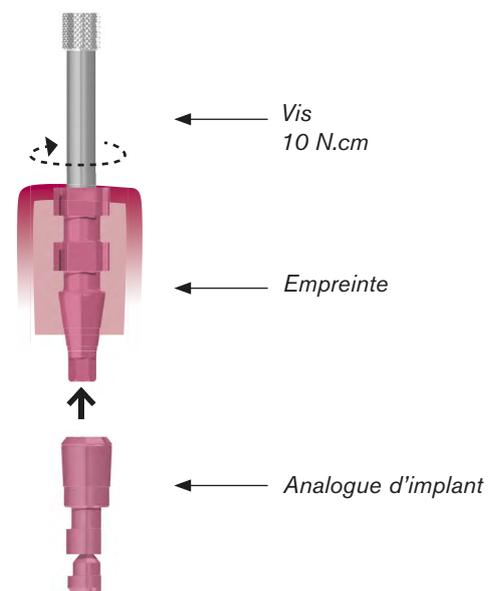
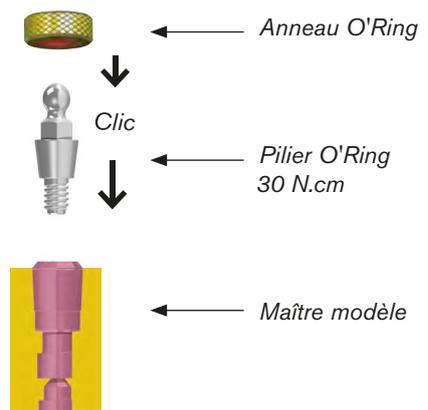


SCHÉMA 3. SUR MODÈLE



Études & PUBLICATIONS

- Pose d'implants dans une mandibule reconstruite d'une partie de péroné non vascularisé : comparaison de 2 cas sur implants Aesthetica+ – Université de Cukurova (Turquie) – 2008
- Implants étroits géométriques pour les porteurs de prothèses complètes : aspects cliniques et perspectives avec les mini-implants OBI – Université d'Auvergne (Clermont-Ferrand – France) – 2013
- Étude clinique des implants dentaires Naturactis placés en situation post-extractionnelle – Université de Madrid (Espagne) – 2013
- Apport d'un produit synthétique hybride innovant dans la chirurgie osseuse et les comblements : Matri™ BONE avec des implants Natea et Naturall – Université Henri Poincaré (Nancy-France) – 2012
- Solution prothétique implanto-portée dans le cas d'une distance inter alvéolaire étroite sur les implants Aesthetica+ – Polyclinic Kiev (Ukraine) – 2009
- Histologie et histomorphométrie - Étude comparative de l'implant Universal – Laboratoire d'Histologie d'Angers (France) – 1993
- Étude multicentrique sur l'évolution de 3000 implants euroteknika et Nobel Biocare de 1984 à 1997 – Comparaison des résultats – Faculté de Médecine d'Angers (France) – 1997
- Étude quantitative de la rugosité de la surface d'implants dentaires base titane et leurs microstructures – Université Henri Poincaré (Nancy - France) – 2011
- Analyse de la pureté des états de surface des implants euroteknika et concurrents – Université de Barcelone (Espagne) – 2006
- Évaluation de l'étanchéité des connexions des implants euroteknika – Université de Catalogne (Espagne) – 2008
- Comparaison entre la planification numérique et la position finale des implants avec le système teknika3D – Université de Bordeaux (France) – 2013
- Analyse de la fréquence de résonance, le torque d'insertion et le contact os-implant de 4 surfaces d'implants : étude de comparaison et de corrélation chez le mouton – Université Saint Joseph (Liban)
- Comparaison de deux types d'allogreffes osseuses lyophilisées dans le traitement des défauts de déhiscence osseuse autour d'implants Natea chez le chien – Université d'Iran – 2011
- Une comparaison du couple d'insertion et de dépose de deux types d'implants dentaires avec des designs de filets différents sur trois matériaux différents – Université de Catalogne (Espagne) – 2008

Téléchargez les études complètes



Nancy-Université
Université Henri Poincaré



Université d'Auvergne



UNIVERSITÉ
BORDEAUX
S E G A L E N

Inserm

Université Saint-Joseph
Beyrouth - Liban



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

UNE SOLUTION GLOBALE POUR L'IMPLANTOLOGIE

726 rue du Général De Gaulle - 74700 SALLANCHES - France
Tel : +33 (0)4 50 91 49 20 - Fax : +33 (0)4 50 91 98 66
www.euroteknika.com

Notre gamme d'implants bénéficie de la marque CE, conformément à Directive Européenne n° 93/42/CEE - N° CE 0499

VERSION : MU_NAT_3MM.FR 1401

