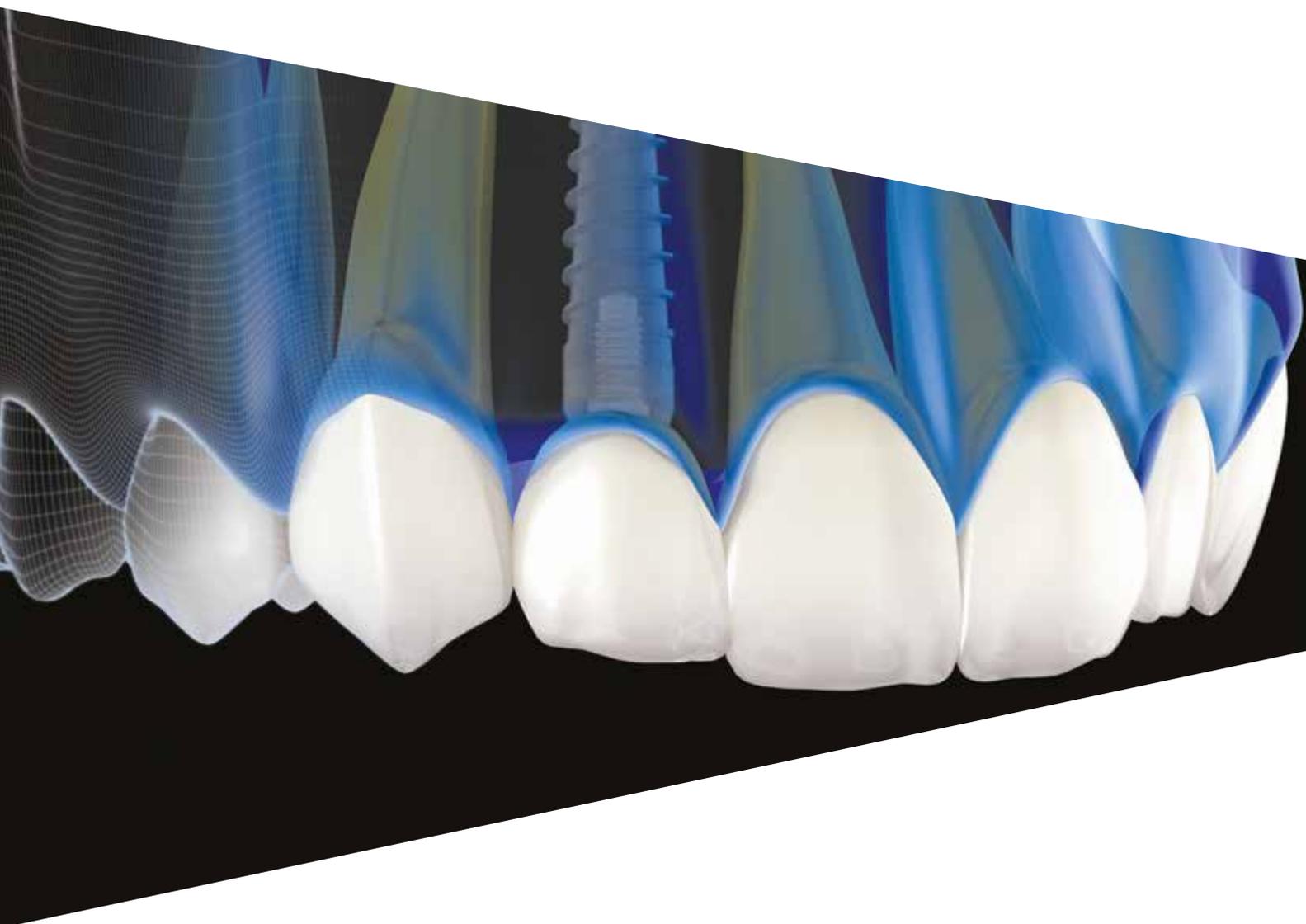
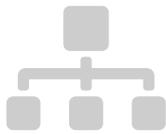


Manuel Prothétique

PRAMA



PRAMA



Guide des séquences d'utilisation des composants prothétiques

4



Plate-forme de connexion

18

Grille guide de la connexion prothétique unique

18

Détails de la connexion

19

Scellement contre-cône

20

Vis prothétiques à appui conique

21

Col Prama

22

Composants prothétiques Prama IN

23



Instruments prothétiques

24

Trousse chirurgicale Prama

24

Tournevis pour vis de serrage

25

Screw Kit

30

Clé à cliquet dynamométrique CRI5-KIT

32



Protocoles d'utilisation

34

Techniques de prise d'empreinte et réalisation du modèle

34

Conditionnement des tissus mous avec des vis de cicatrisation Prama IN

46

Conditionnement des tissus mous avec des vis de cicatrisation standard

48

Conditionnement des tissus mous avec piliers provisoires

52

Réhabilitation définitive avec piliers préformés

70

Réhabilitation définitive avec piliers fraisables

80

Réhabilitation définitive avec piliers Dynamic Abutment

86

Piliers calcinables standard à surcouler avec base en métal

94

Réhabilitation définitive avec piliers calcinables Prama IN à surcouler avec base en métal

96

Réhabilitation définitive avec piliers entièrement calcinables

98

Réhabilitation définitive avec piliers intermédiaires

108

Réhabilitation provisoire et définitive avec piliers PLAIN

112

Réhabilitation provisoire et définitive avec piliers P.A.D.

120

Chapes pour structures multiples transvissées avec technique de collage

146

Réhabilitation provisoire et définitive avec technique conométrique Conoweld

150

Réhabilitation définitive avec T-Connect

178

Ancrage avec piliers Locator

184

Ancrage avec attachements boules

200

Barres coulées ou soudées

224



Indications générales

236

Composition des matériaux

236

Conseils pour la surcoulée d'alliages vils

244

Indications cliniques générales

245



Bibliographie relative aux implants Sweden & Martina depuis 2013

256

Guide des séquences d'utilisation des composants prothétiques

Réhabilitation unitaire scellée

insertion de l'implant

conditionnement des tissus avec une vis de cicatrisation



en titane
(pag. 50)



en résine REEF
(pag. 51)

empreinte avec transfert Pick-up

(pag. 36)



réalisation du provisoire avec piliers Simple



en PEEK
(pag. 66)



en titane
(pag. 58)

réalisation du modèle



pilier préformé

(pag. 72)



pilier fraisable

(pag. 82)



pilier calcinable avec base en métal modelé en faux moignon

(pag. 104)



insertion du pilier sur le modèle

réduction du pilier

modelage de la couronne

production de la couronne par coulée ou par technologie CAD CAM

finalisation de la couronne

positionnement du pilier en bouche et cimentation de la couronne sur celui-ci

insertion du pilier sur le modèle

adaptation de la chape, modelage du pilier et surcoulée

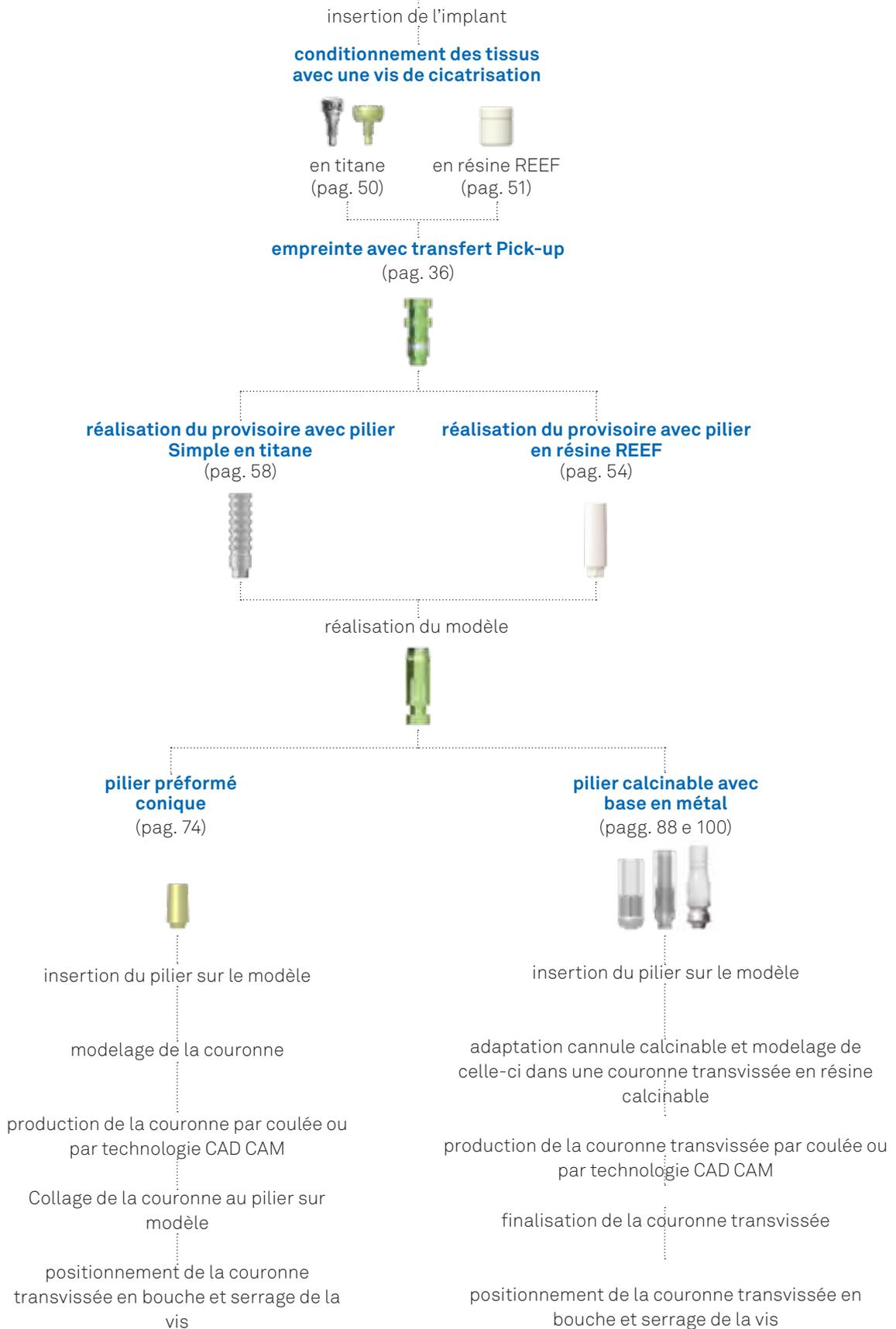
modelage de la couronne

production de la couronne par coulée ou par technologie CAD CAM

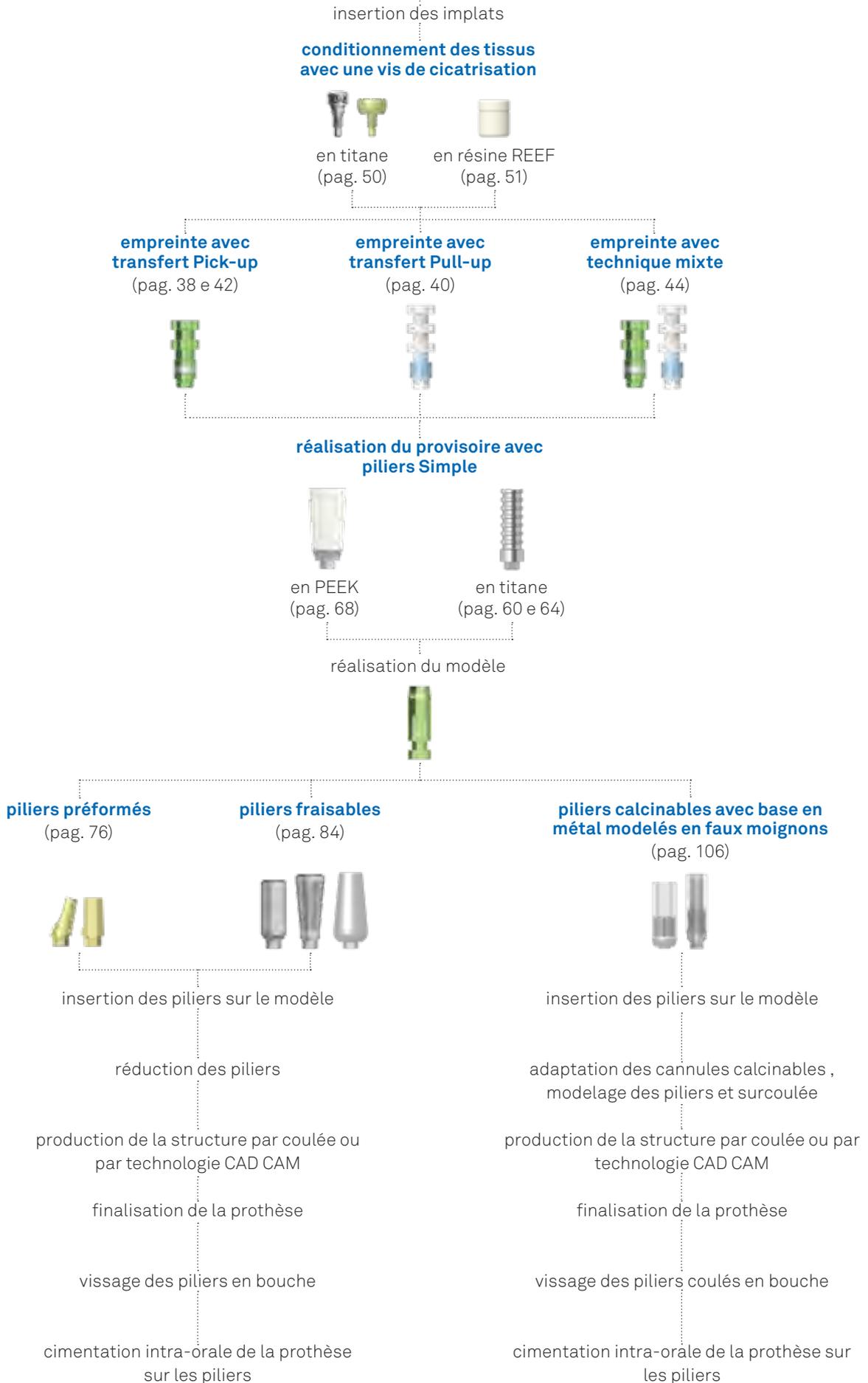
finalisation de la couronne

positionnement du pilier en bouche et cimentation de la couronne sur celui-ci

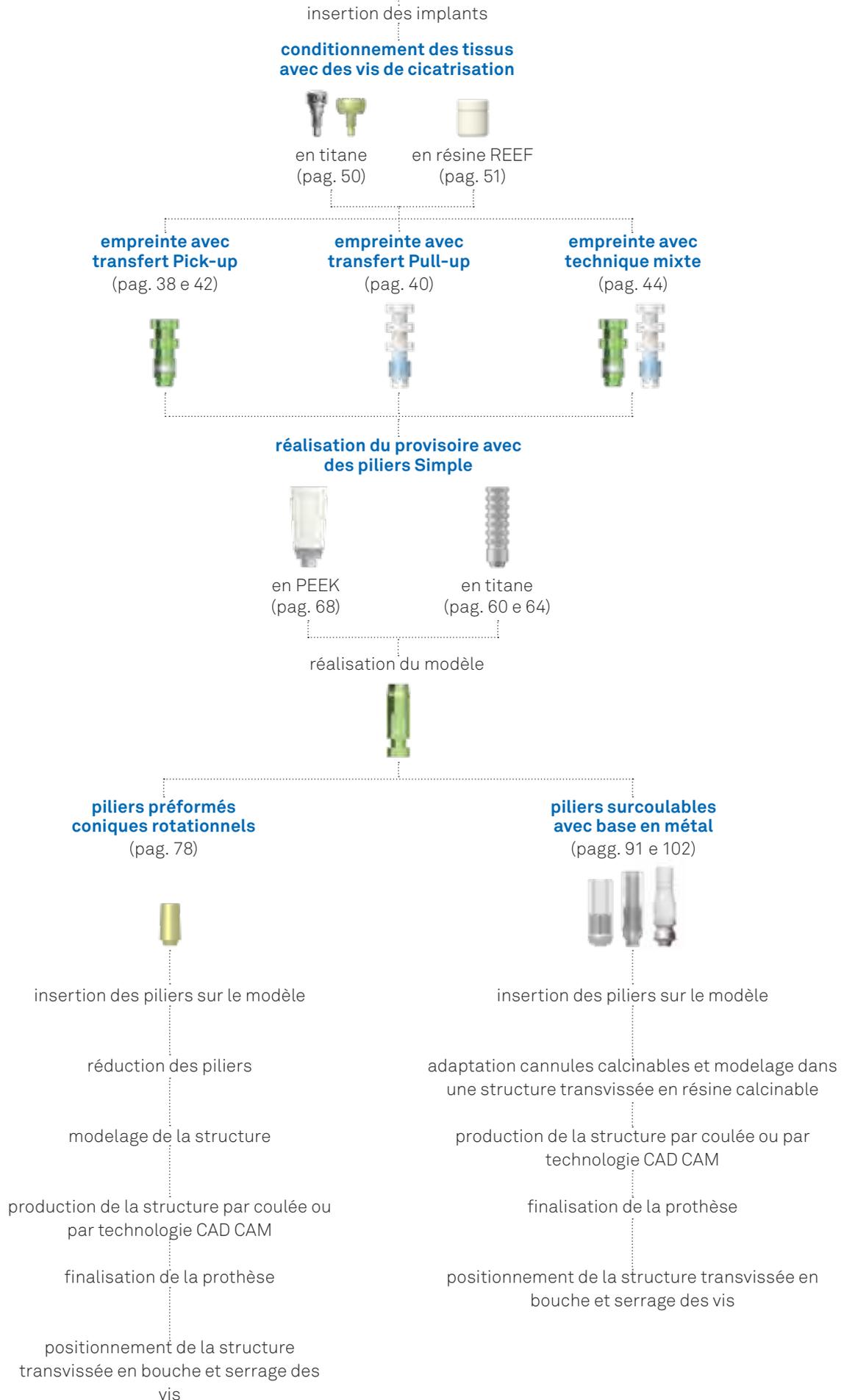
Réhabilitation unitaire transvissée



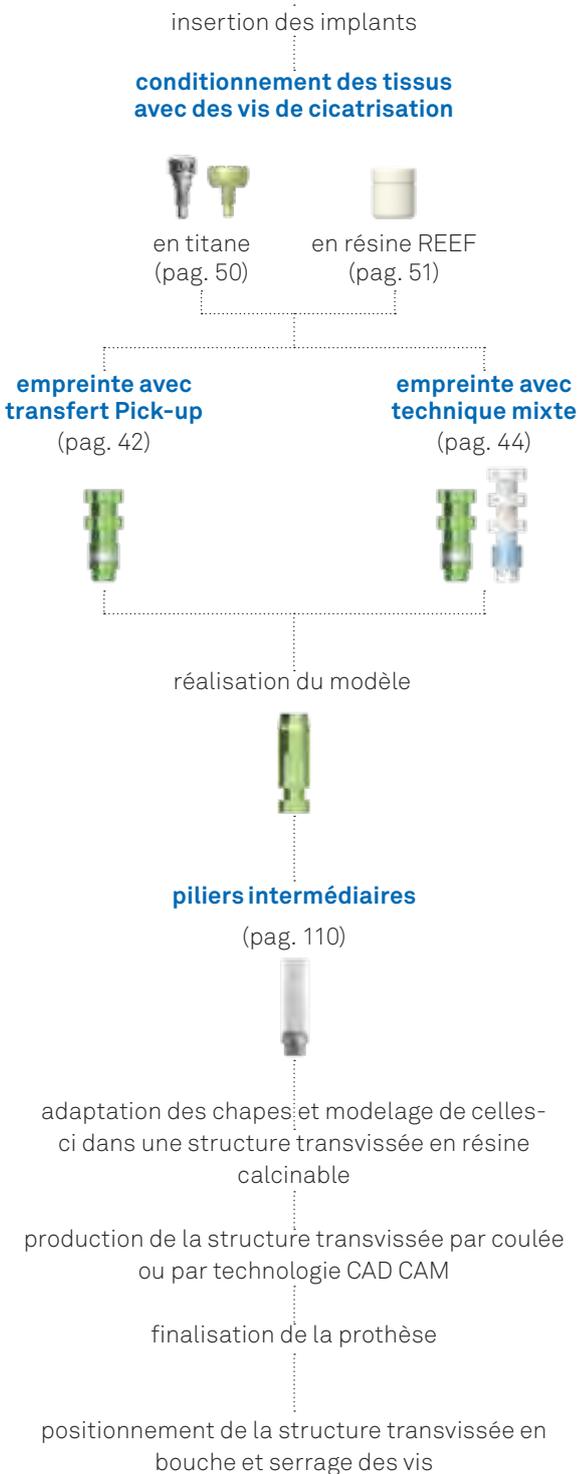
Réhabilitation multiple ou d'arcade complète scellée



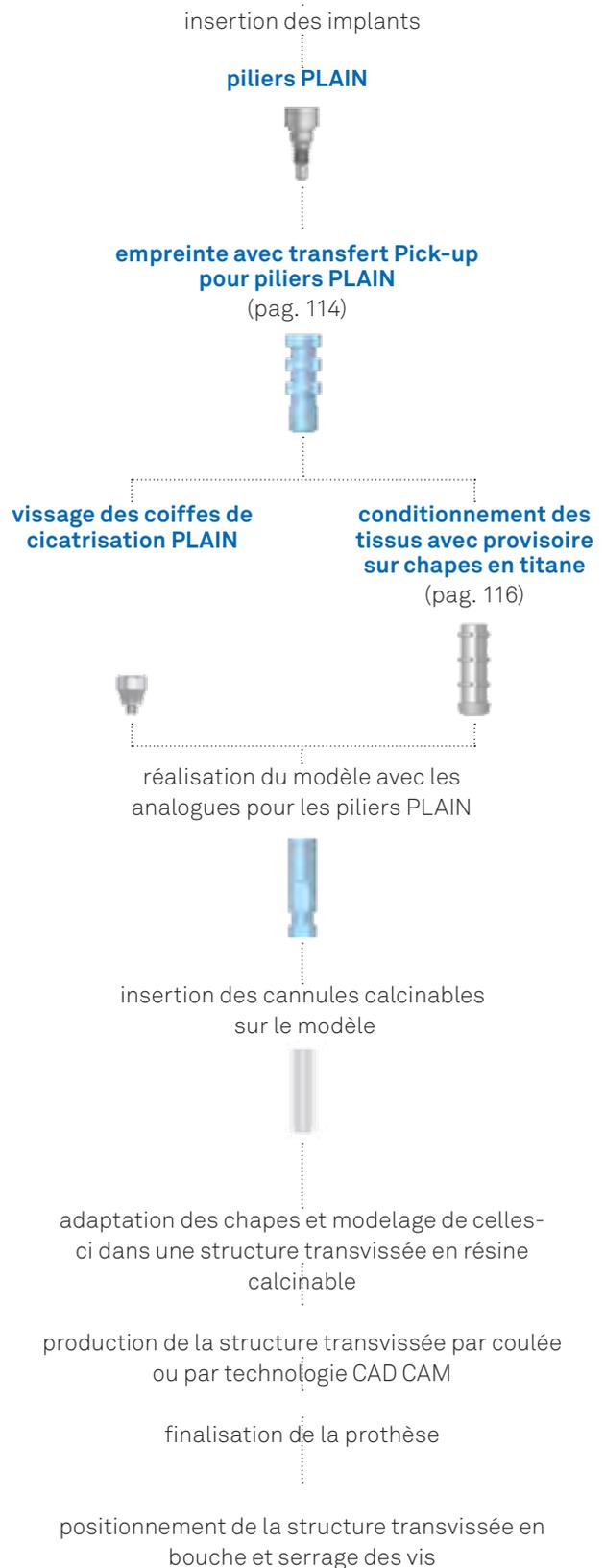
Réhabilitation multiple ou d'arcade complète transvissée



Réhabilitation multiple ou d'arcade complète transvissée avec piliers intermédiaires



Réhabilitation multiple ou d'arcade complète transvissée avec piliers PLAIN



Réhabilitation multiple ou d'arcade complète provisoire avec chapes pour structures multiples transvissées

insertion des implants

conditionnement des tissus avec des vis de cicatrisation



en titane
(pag. 50)



en résine REEF
(pag. 51)

empreinte avec transfert Pick-up

(pag. 42)



empreinte avec transfert Pull-up

(pag. 40)



empreinte avec technique mixte

(pag. 44)



réalisation du modèle



chapes pour structures multiples transvissées
(pag. 148)



soudage des chapes au banc

réalisation de la structure provisoire

vissage de la structure sur les implants

modelage de la structure calcifiable autour des chapes

coulée de la structure calcifiable autour des chapes

réalisation de la structure provisoire

vissage de la structure sur les implants

Réhabilitation multiple ou d'arcade complète avec piliers P.A.D. (Prothèse transvissée disparallèle)

insertion des implants

insertion de piliers P.A.D. droits



(pag. 124)

insertion de piliers P.A.D. angulés



(pag. 126)

Mise en charge immédiate sur 4 ou 6 implants:
technique de collage

Empreinte sur piliers P.A.D. avec coiffes en POM



(pag. 128)

Empreinte sur piliers P.A.D. avec transfert Pick-up



(pag. 130)

Insertion des coiffes de cicatrisation en titane en PEEK



Réalisation d'une prothèse avec armature

(pag. 132)

coulée du modèle avec analogues P.A.D.



vissage des chapes en titane



insertion des cylindres calcinables sur les cannuels en titane



réduction des chapes et des cylindres

modelage et réalisation de la travée par coulée ou par technique Cad Cam

finalisation de la prothèse perforée au niveau des piliers

transfert dans la cavité orale des chapes en titane

vérification et collage intra-oral de la prothèse sur les chapes en titane

Mise en charge immédiate sur 4 ou 6 implants:
technique D.P.F. (Direct Prosthetic Framework)

Réalisation d'une prothèse avec armature

(pag. 138)

insertion des chapes D.P.F. et des centreurs calcinables



solidarisation à la résine des centreurs et retrait des chapes et de la structure en résine de la cavité orale

modelage et épaissement de la structure en résine et réduction des chapes D.P.F.

coulée de la travée

cimentation intra-orale de la travée sur les chapes

empreinte qui englobe la travée

repositionnement des analogues P.A.D. dans l'empreinte



coulée du modèle

recupération de la travée dans l'empreinte et finalisation de la prothèse

Vérification et vissage intra-oral de la prothèse sur les piliers P.A.D.

Mise en charge différée sur 4 ou 6 implants
(pag. 144)

**Réalisation d'une prothèse définitive par
coulée ou par technique CAD CAM**

retrait du provisoire

empreinte sur P.A.D. avec transfert Pick-up



repositionnement du provisoire en bouche
coulée du modèle de précision avec analogues P.A.D.



positionnement des piliers calcinables avec ou sans
base en métal sur le modèle



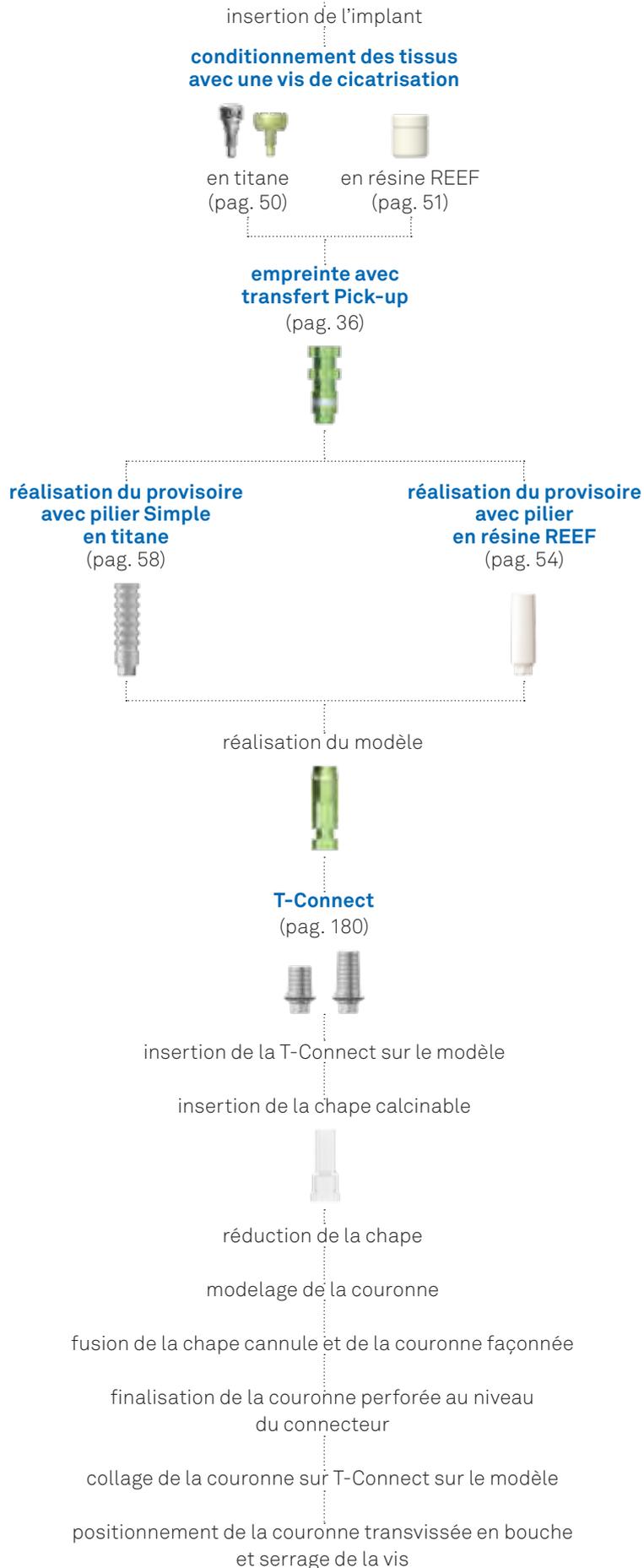
modelage de la structure

réalisation de la structure par coulée ou par technologie
CAD CAM

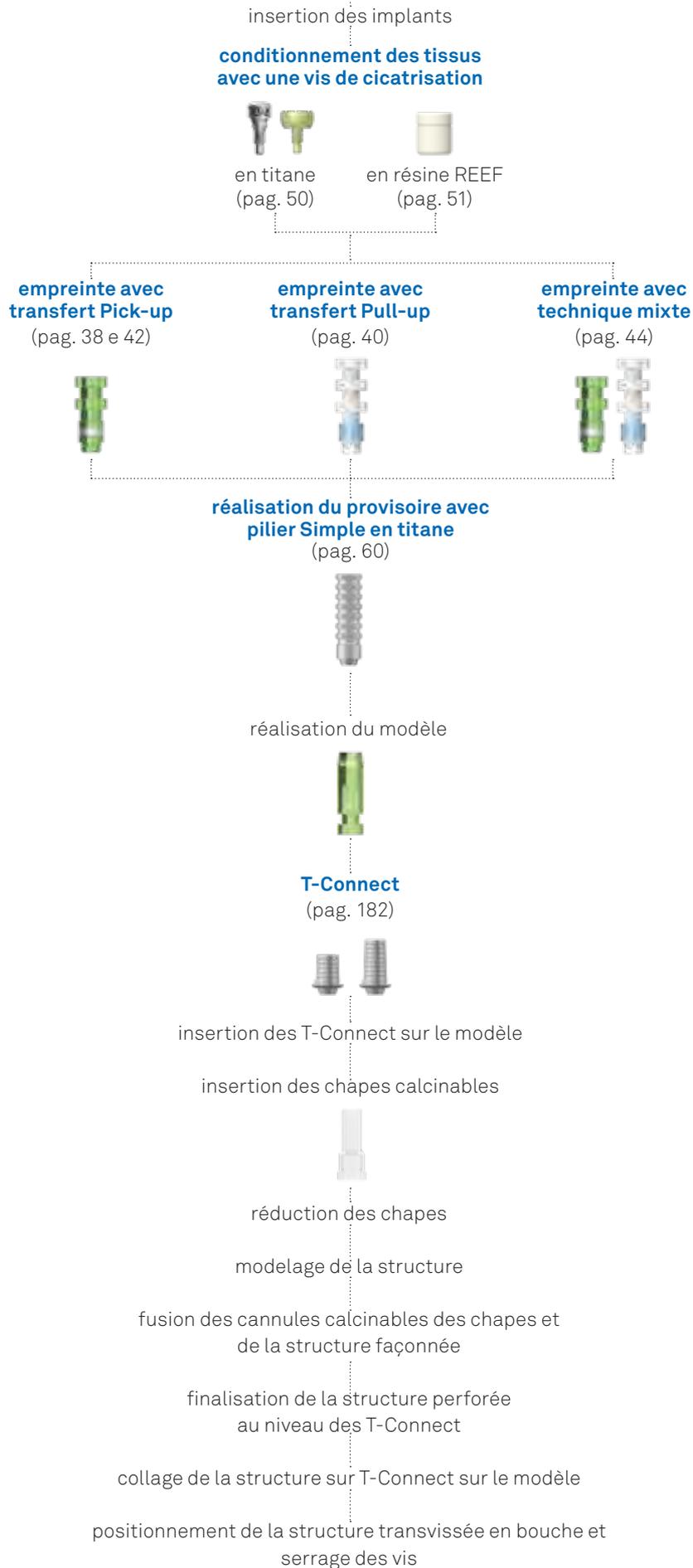
finalisation de la prothèse

insertion de la prothèse en bouche et serrage des vis

Réhabilitation unitaire transvissée avec T-Connect: technique de collage



Réhabilitation multiple ou d'arcade complète transvissée avec T-Connect: technique de collage



Réhabilitation multiple ou d'arcade complète avec technique conométrique Conoweld

insertion des implants

piliers Conoweld



insertion des piliers Conoweld en bouche

réalisation d'un provisoire avec soudage intra-oral
(pag. 156 e 164)



empreinte sur structure soudée

empreinte avec coiffes en PMMA
(pag. 158 e 172)



réalisation d'un provisoire

insertion des coiffes définitives par collage sur les piliers sur le modèle
(pag. 160 e 174)



modelage de la structure

production de la structure par coulée ou par technologie CAD CAM

finalisation de la prothèse

collage de la structure sur les coiffes

positionnement en bouche de la structure sur les piliers Conoweld par conométrie

insertion des coiffes en PMMA sur les analogues sur le modèle
(pag. 162 e 176)



réduction des coiffes

modelage de la structure

production de la structure par coulée ou par technologie CAD CAM

finalisation de la prothèse

vérification et collage de la prothèse sur les piliers Conoweld

positionnement en bouche de la structure sur les piliers Conoweld par conométrie

Overdenture: méthode directe

insertion des implants

insertion des piliers Locator (pagg. 192 e 194)



positionnement des bagues espaceurs et des coiffes de logement sur les piliers Locator



perçage de la prothèse overdenture existante et rebasage en bouche sur les coiffes de logement

finition de la prothèse overdenture et remplacement des bagues de rétention de zéro degré par ceux d'un degré plus approprié.

insertion des attachements boules (pag. 202)



positionnement des bagues de rétention et décharge d'éventuelles contre-dépouilles avec du matériel plastique



perçage de la prothèse overdenture existante et rebasage en bouche sur les bagues de rétention choisis

finition de la prothèse overdenture

Overdenture: méthode indirecte

insertion des implants

insertion des piliers Locator (pagg. 192 e 194)



empreinte avec transfert Locator et réalisation du modèle



positionnement des bagues espaceurs et des coiffes de logement de 0 degré sur les analogues



réalisation de la prothèse overdenture avec les coiffes de logement englobées à l'intérieur

insertion des attachements boules (pag. 202)



empreinte sur attachements boules et réalisation du modèle avec analogues dédiés



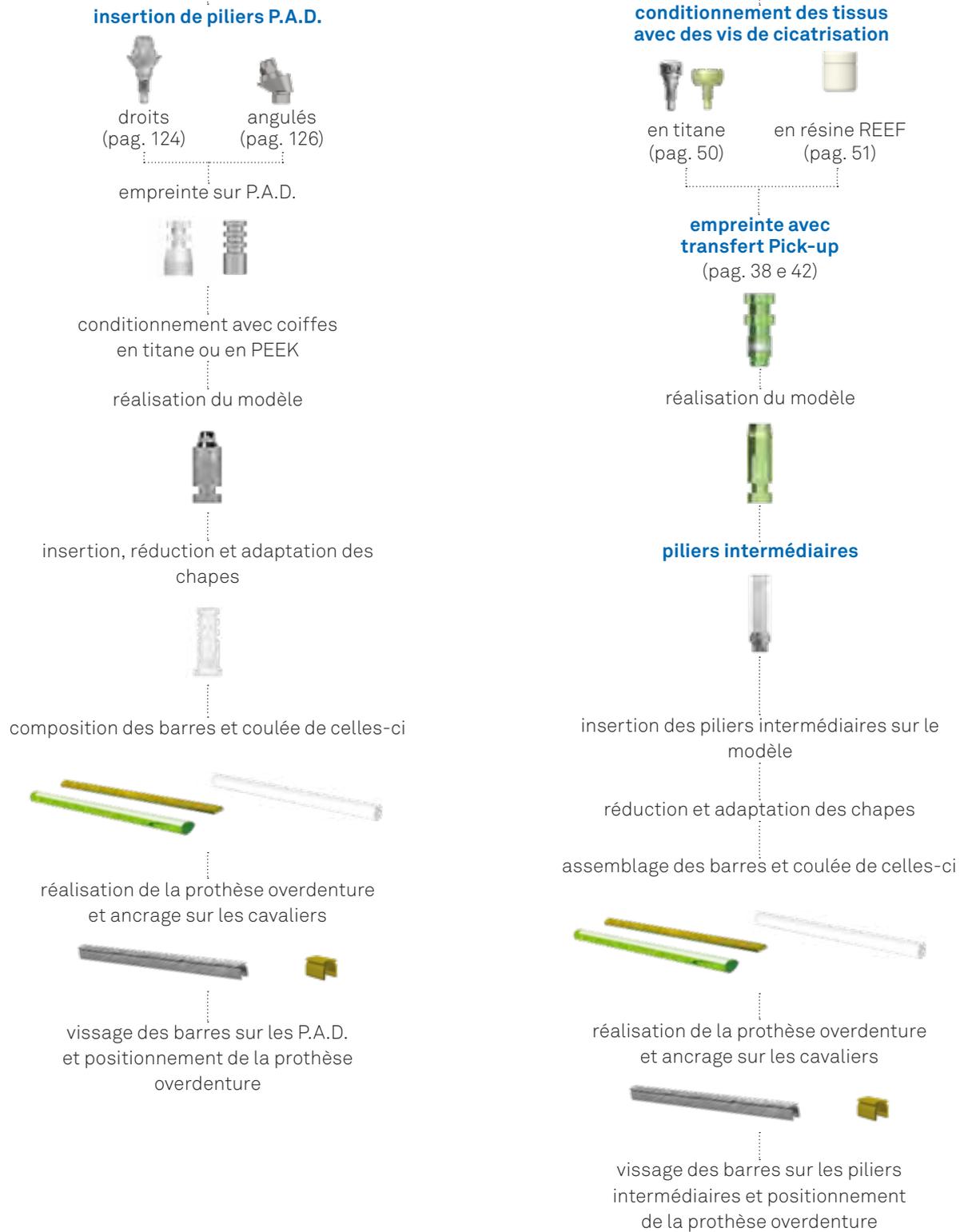
Positionnement des bagues de rétention



réalisation de la prothèse overdenture avec bagues de rétention englobés à l'intérieur

Overdenture ancrée sur barres

insertion des implants



**conditionnement des tissus
avec une vis de cicatrisation**



en titane
(pag. 50)



en résine REEF
(pag. 51)

**empreinte avec
transfert Pick-up**

(pag. 38 e 42)



réalisation du modèle



**piliers avec base en métal ou
complètement calcinables**

(pag. 102)



insertion des piliers

réduction et adaptation des chapes

assemblage des barres et
coulée de l'ensemble



surcoulée des barres

réalisation de la prothèse overdenture
et ancrage sur les cavaliers



vissage des barres sur les implants
et positionnement de la prothèse
overdenture

**empreinte avec transfert
pour piliers PLAIN**

(pag. 114)



**conditionnement des tissus avec
des vis de cicatrisation PLAIN**



réalisation du modèle



Piliers PLAIN



insertion des piliers PLAIN
sur le modèle

composition des barres et coulée de celles-ci

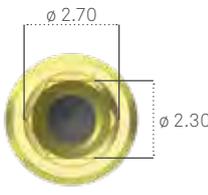
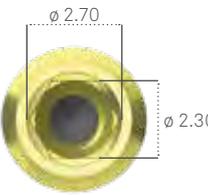
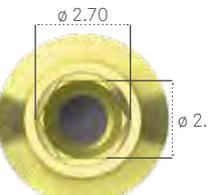


réalisation de la prothèse overdenture
et ancrage sur les cavaliers



vissage des barres sur les piliers PLAIN
et positionnement de la prothèse
overdenture

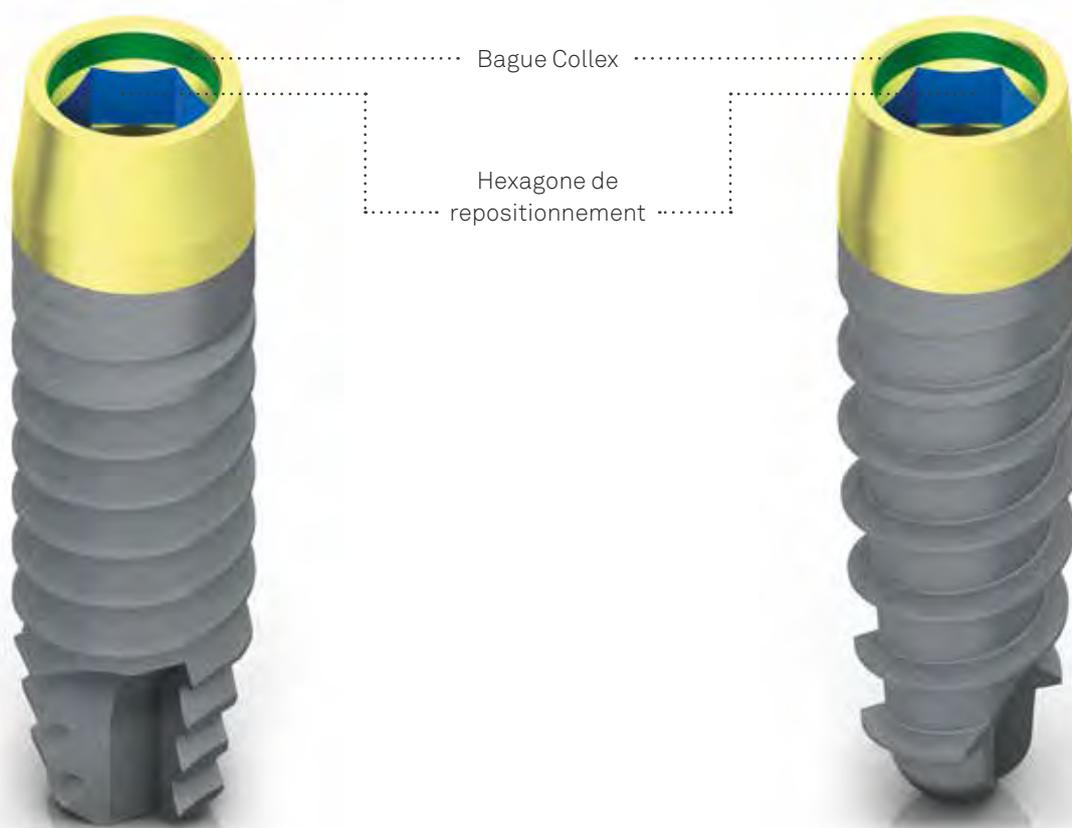
Tableau guide de la connexion prothétique unique

ø implantaire endo-osseux	3.80 mm	4.25 mm	5.00 mm
Code couleur			
ø maximal d'émergence ø plate-forme de connexion			
ø intérieur de la bague			
Interface implant/pilier			
Analogues des implants			
Transfert Pick-up			
Transfert Pull-up			
Vis de serrage à appui conique pour piliers définitifs			
Vis de serrage pour piliers provisoires			

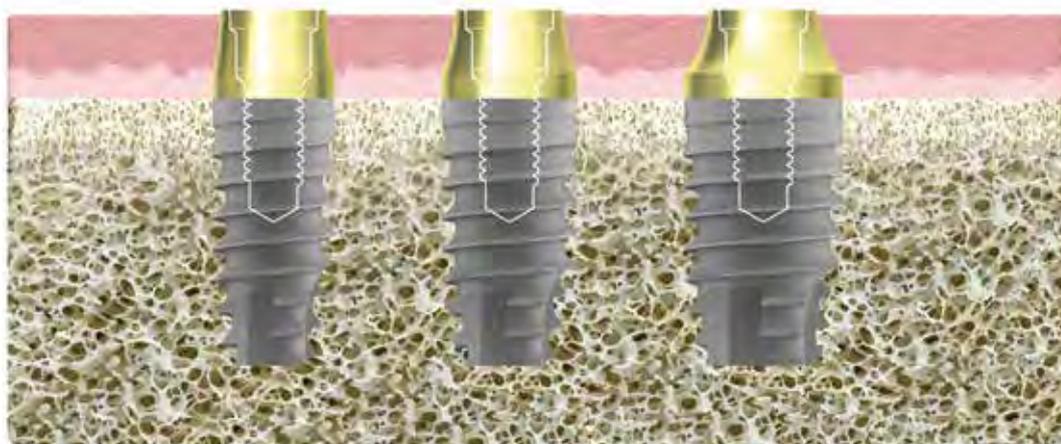
Détails de la connexion

La connexion se caractérise par une bague Collex - documentée par des dizaines d'années de succès cliniques - qui exerce une fonction de stabilisation de la prothèse et de distribution correcte des charges masticatoires. Sous la bague se trouve un hexagone de repositionnement prothétique. Pour documenter et quantifier les bénéfices de la connexion Collex, il a été effectué une analyse comparative FEM entre un implant Premium et un modèle virtuel avec la même connexion à hexagone interne mais sans la bague de support prothétique. Les valeurs de résistance du complexe implanto-prothétique avec connexion Collex se sont révélés supérieurs dans la mesure de 25% par rapport à ceux avec connexion standard, sans bague.

(Covani U., Ricci M., Tonelli P., Barone A. - An evaluation of new designs in implant-abutment connections: a finite element method assessment - Implant Dentistry Volume 22, Number 3 2013).

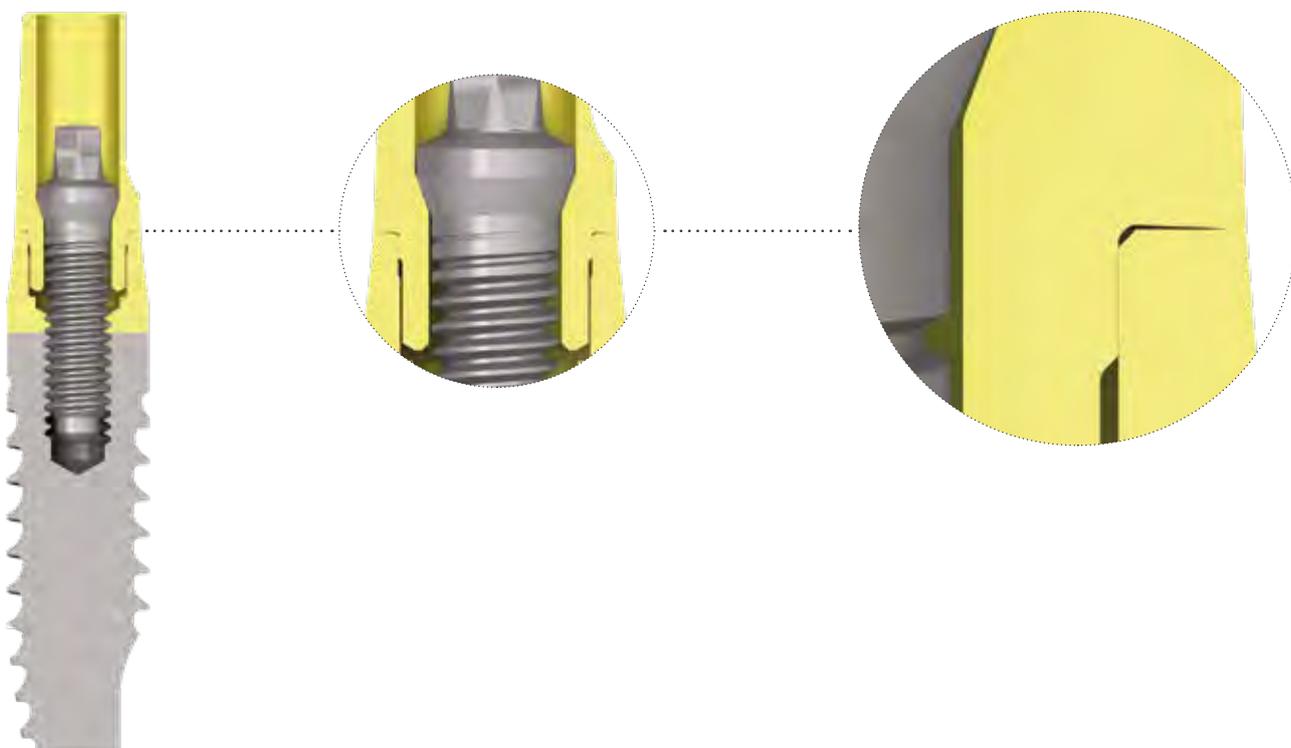


La connexion dans son ensemble occupe la portion émergente de l'implant et est bien visible pendant les manœuvres prothétiques. La plate-forme est unique pour tous les diamètres implantaires, simplifiant nettement la gestion des composants prothétiques.



Sceau contre-cône

Un des facteurs clés dans la détermination du succès d'une réhabilitation implanto-prothétique implique l'absence d'infiltrat bactérien. La charge bactérienne, pénétrant au niveau de la jonction implant-pilier, elle prolifère jusqu'à la création d'un véritable réservoir de bactéries en mesure de déclencher un processus inflammatoire à la charge des tissus péri-implantaires. L'usinage micro-mécanique particulier Sweden & Martina assure la conicité tant du bord coronaire de l'implant que du bord du pilier qui s'y appuie, créant ainsi un «sceau» périphérique en mesure de contraster énormément l'infiltrat bactérien dans la jonction implant-pilier.

**Avertissement important**

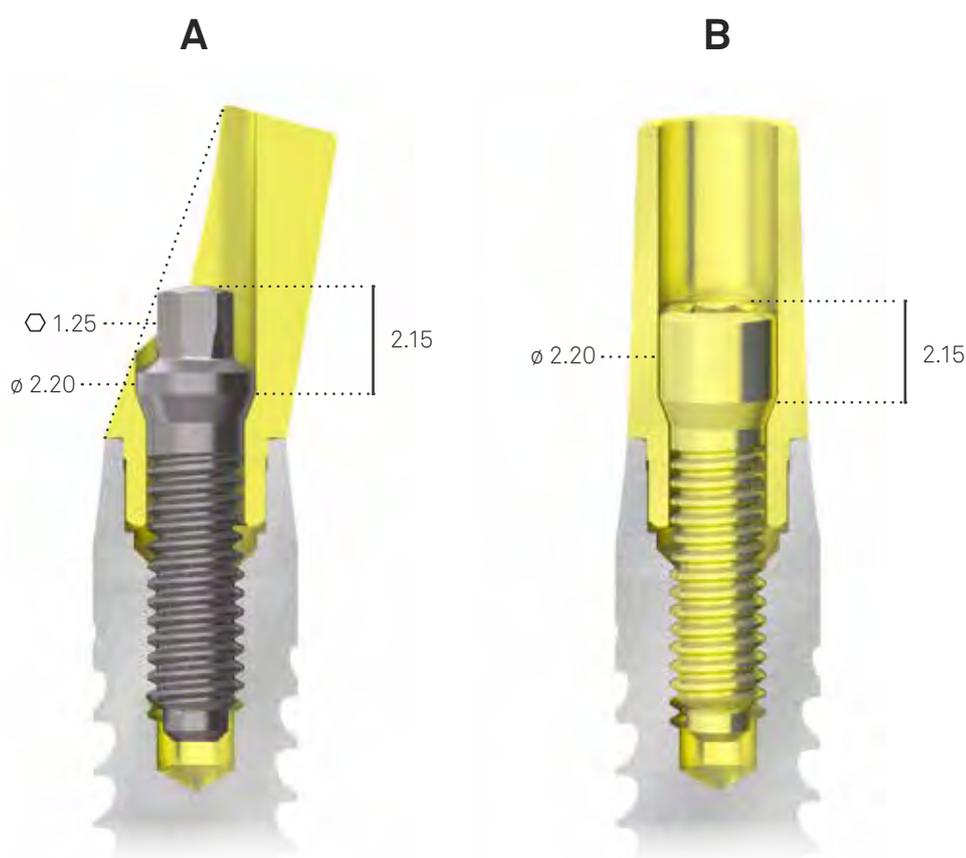
La précision de cet accouplement est uniquement rendu possible grâce à une étude rigoureuse des tolérances d'usinage ; aussi, les bénéfices du scellement contre-cône ne peuvent être obtenus qu'en utilisant des composants prothétiques Sweden & Martina originaux. Non seulement l'emploi de produits non originaux affecte le concept du contre-cône mais, en outre, il risque d'entraîner la formation de gaps importants au niveau de la connexion.

Vis prothétiques à appui conique

Les vis prothétiques à appui conique des piliers Prama sont disponibles en deux versions: Full Head et avec tête standard. Ces deux vis ont été spécialement conçues pour permettre une grande liberté de personnalisation des piliers. La butée des vis présente un appui conique qui améliore le serrage prothétique sans en empêcher l'éventuel retrait.

La tête de la vis Full Head (img. **A**), incluse dans les piliers préformés angulés, c'est pleine et présente un hexagone externe de dimensions réduites par rapport à celles d'une vis prothétique correspondante à hexagone interne. Les manœuvres de vissage et de dévissage de cette vis prothétique spécifique, peuvent être effectuées grâce à des tournevis à douille en acier à usage chirurgical, ceux-ci étant disponibles en trois longueurs différentes avec raccords pour clé à cliquet dynamométrique et un avec connexion pour contre-angle (voir pag.26).

Les vis à appui conique avec tête standard (img. **B**) présentent un engagement à embout hexagonal interne pour les tournevis traditionnels de la série HSM (voir pag. 27). Ces vis sont particulièrement utiles dans le cas où la hauteur totale des piliers doit être nettement réduite et qu'il n'y pas la hauteur suffisante pour fermer le trou de la vis à l'aide d'un matériau éliminable. L'encombrement de la tête de la vis, matériel égal à celui du trou de vis des piliers prothétiques, permet en effet de ne pas laisser d'espaces dans lesquels le ciment utilisé pour fixer la couronne pourrait pénétrer.



Col Prama

Le col transgingival Prama se caractérise par un trajet cylindrique de 0,80 mm et par une portion hyperbolique de 2,00 mm de hauteur, spécialement créée pour garantir une vraie continuité avec le pilier. Cette absence d'angles vifs permettra aux muqueuses de glisser sur le titane sans trouver d'empêchements et d'atteindre le profil d'adaptation établi par le prothésiste. En outre, elle facilitera le positionnement de la fermeture de la couronne prothétique dans n'importe quelle portion du trajet transgingival. Dans le respect de l'espace biologique, **la partie cylindrique pourra être gérée par un positionnement juxta-osseux ou submergé**, de façon à ne pas couvrir, avec la couronne, une portion excessive du col Prama, en annulant les bénéfices biologiques.



Le rayonnement suit les rayons différents dans les trois diamètres implantaire, de façon à amener toujours le diamètre de la connexion à 3,40 mm et à pouvoir utiliser les mêmes composants prothétiques pour les trois diamètres implantaires, exception faite pour les composants Prama IN (voir page suivante).

Surface ZirTi Gold UTM: Le trajet transgingival de l'implant est soumis à un processus de passivation contrôlée qui donne au métal une couleur jaune doré, hautement mimétique, tant sous les tissus mous que sous les nouveaux matériaux translucides utilisés dans le domaine de la prothèse implanto-portée. Des études histologiques ont démontré que cette surface est en mesure de garantir également d'excellents résultats au contact de tissus durs, en cas d'implant submergé.



Image au MEB de la surface ZirTi Gold UTM

Recommandations prothétiques

Les limites d'utilisation pour la mise en charge prothétique d'une famille d'implants dentaires sont obtenues à partir des résultats des tests mécaniques de fatigue selon la norme UNI EN ISO 14801. En ce qui concerne les implants Prama, il a été constaté que, en cas de structures multiples et pour arcades complètes, il n'existe pas de restrictions d'utilisation :

- tant dans les secteurs antérieurs que dans les secteurs distaux ;
- tant en cas de prothèse scellée qu'en cas de prothèse transvissée ;
- tant dans le cas où la prothèse s'appuie sur le col de l'implant que dans le cas où elle s'appuie sur le pilier.

Dans les cas de couronnes simples, tant vissées que scellées, il n'existe pas de restrictions dans les secteurs antérieurs, alors que dans les secteurs distaux, il est nécessaire que la prothèse s'appuie sur le col de l'implant.

Composants prothétiques Prama IN

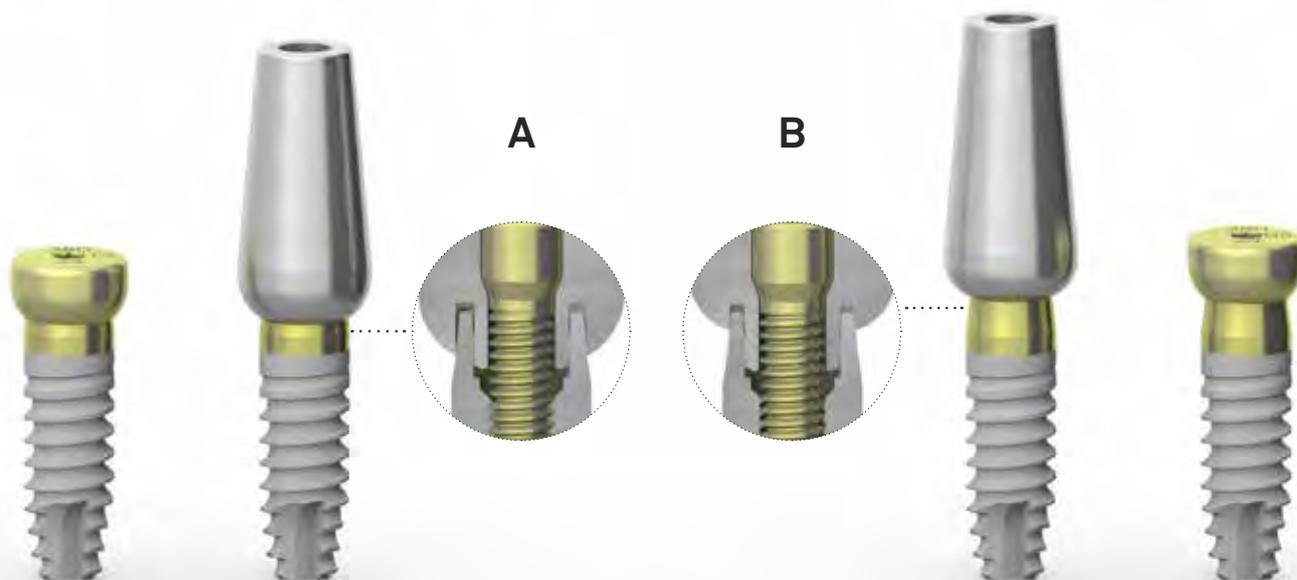
A partir des vis de cicatrisation, en titane à vissage direct ou en résine REEF avec vis traversante et usinables en bouche, les tissus mous sont conditionnés en créant un tunnel muqueuse, de façon à garantir un espace approprié pour la réhabilitation prothétique provisoire et définitive. Cela permet également d'éviter toute douleur ou gêne au patient au moment de la mise en charge prothétique.

Les deux typologies de vis de cicatrisation suivent la géométrie du col hyperbolique de l'implant Prama: elles sont donc disponibles dans les diamètres de 3,80 mm, 4,25 mm et 5,00 mm, et ne sont pas interchangeables entre eux.

Les composants Prama IN sont projetées pour des fermetures en sous-gingival à 0,50 mm (**img. A**) ou à 1,50 mm (**img. B**) englobant une partie du col transgingival. **Les deux hauteurs garantissent l'effet férule complet de l'implant.** La première est utilisée lors des procédures clinico-prothétiques de mise en charge différée ordinaires, alors que la seconde est indiquée pour les mises en charge immédiates, dans le cas où la prothèse soit réalisée dans les 72 heures.

La réhabilitation peut être poursuivie au moyen de piliers fraisables ou de piliers calcinables avec base en alliage pour surcoulée, en fonction des nécessités de chaque cas.

Spécialement développés suivant les principes Prama IN et disponibles dans les trois diamètres implantaire, ces piliers sont disponibles dans les versions avec ou sans hexagone de repositionnement et dans les deux hauteurs de fermeture sous-gingivales sur le col de l'implant h 0,50 mm et h 1,50 mm, exception faite pour les piliers calcinables avec base en alliage d'or uniquement disponibles dans la hauteur de fermeture sur le col de l'implant h 0,50 mm et uniquement dans la version sans hexagone de repositionnement.



Trousse chirurgicale Prama

La trousse chirurgicale Prama contient tous les instruments chirurgicaux et prothétiques utiles pour la gestion de toutes les phases opératoires, de l'insertion de l'implant à la prothèse définitive.

Pour les détails relatifs aux instruments chirurgicaux, consulter le catalogue et le manuel chirurgical relatifs à l'implant Prama.

1

L-HSM-EX



L-HSMXL-EX



L-HSML-EX



L-HSM-CA



2

HSM-20-CA



3

HSMXS-20-DG



4

BPM-15



5

AVV-CA-DG-EX



HSM-20-EX



HSM-20-DG



6

CR15



HSML-20-EX



HSML-20-DG



Notez bien: pour garantir la plus grande durée de vie des instruments chirurgicaux et prothétiques, il est conseillé de suivre les procédures de déterSION et de stérilisation recommandées.

Tournevis pour vis de serrage

Tous les tournevis sont réalisés en acier inox pour usage chirurgical.

Il existe deux typologies de tournevis différentes pour les implants Prama: les tournevis traditionnels (**img. A et B**) et les tournevis pour vis avec technologie Full Head (**img. C**).

Ils se différencient par le dessin de leur pointe, étudié, dans le premier cas, pour engager une vis avec connexion hexagonale interne et, dans l'autre, avec connexion hexagonale externe ; par conséquent, ils ne sont pas interchangeables. Dans les deux cas, l'accouplement légèrement conique entre tournevis et vis permet une rétention appropriée au transport de cette dernière dans la cavité orale.

Vérifier régulièrement que l'usure n'ait pas compromis cette même fonctionnalité.

Les deux familles de tournevis sont disponibles avec des tiges de plusieurs longueurs afin d'en faciliter l'ergonomie en fonction de l'anatomie du patient.

Les tournevis standard sont également disponibles en version manuelle mono-pièce, à savoir, solidaires avec la poignée qui en permet la prise.

A



Tournevis et vis standard

B



Tournevis standard et vis à appui conique avec tête standard

C



Tournevis spécifiques pour vis avec technologie Full Head

Avertissement important

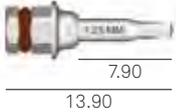
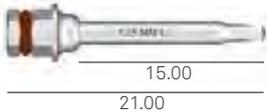
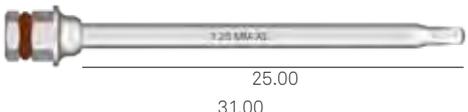
Des couples de serrage excessifs peuvent endommager le pas des vis de serrage et les angles des tournevis, causant des complications intra-opératoires ou prothétiques même graves. Les couples de serrage recommandés pour les différents composants sont récapitulés dans le tableau suivant:

vis de couverture, vis de cicatrisation	(manuellement) 8-10 Ncm
toutes les vis prothétiques	20-25 Ncm
tous les composants prothétiques à vissage direct sur implant	25-30 Ncm
vis de serrage transfert	(manuellement) 8-10 Ncm

Etant donné l'importance des couples de serrage, il est conseillé d'utiliser toujours les tournevis avec raccord hexagonal, en contrôlant le couple de serrage exercé au moyen de la clé à cliquet dynamométrique. Pour faciliter l'engagement des vis ou, quoi qu'il en soit, des portions filetées des composants prothétiques, le vissage peut être de toute façon entrepris avec les tournevis manuels.

Tournevis utilisables avec la clé à cliquet dynamométrique

Les tournevis présentant le raccord hexagonal supérieur sont conçus pour être utilisés avec la clé à cliquet dynamométrique avec fonction de contrôle du couple de serrage. Ils sont compris dans le Screw Kit, dans les versions courte, longue et extra-longue, cette dernière étant nécessaire lorsque la longueur de l'orifice de passage de la vis à l'intérieur des piliers est supérieure à 13,00 mm. Quelques-uns de ces tournevis sont également compris dans le kit chirurgical Prama. Se référer aux catalogues et aux manuels chirurgicaux de chaque système pour les détails.

description	code
Tournevis avec raccord hexagonal pour clé dynamométrique ou poignée manuelle, court	HSM-20-EX 
Tournevis avec raccord hexagonal pour clé dynamométrique ou poignée manuelle, long	HSML-20-EX 
Tournevis avec raccord pour clé à cliquet dynamométrique ou raccord manuel, extra-long	HSMXL-20-EX 
Tournevis pour piliers P.A.D. droits, avec raccord hexagonal pour clé dynamométrique	AVV2-ABUT 

Avertissement important

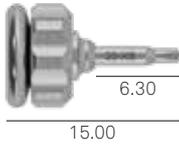
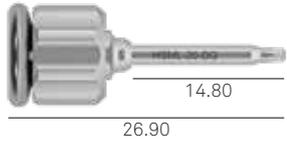
Tous les tournevis pour clé à cliquet présentent, dans l'hexagone de connexion, un O-ring en polymère rouge qui garantit la friction entre les instruments et, par là-même, une étanchéité correcte des composants. Cet O-ring doit être périodiquement contrôlé et remplacé lorsqu'il est usé et qu'il n'est plus en mesure d'exercer une friction correcte.

Un kit de 5 O-rings de rechange remplacement est disponible et peut être commandé sous le code **ORING180-088**.



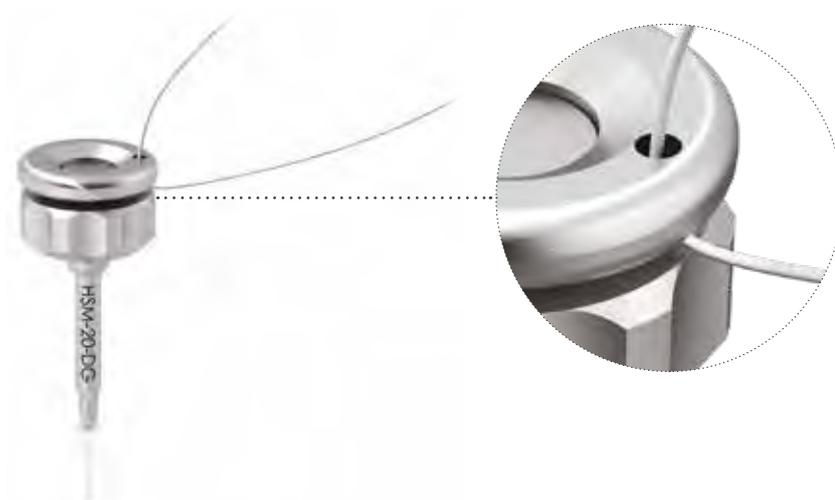
Tournevis manuels

Leur conception leur permet d'être très pratiques dans les phases chirurgicales et pour découvrir et gérer les vis de cicatrisation. Ils ne doivent pas être utilisés dans les phases prothétiques définitives car ils ne permettent pas de contrôler le couple de serrage. Ces tournevis, dans les 3 longueurs différentes, font partie du kit chirurgical Prama et du Screw Kit.

description	code
Tournevis pour vis de couverture et vis de serrage, manuel, extra-court	HSMXS-20-DG 
Tournevis pour vis de couverture et vis de serrage, manuel, court	HSM-20-DG 
Tournevis pour vis de couverture et vis de serrage, manuel, long	HSML-20-DG 

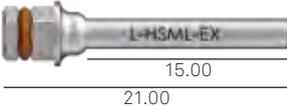
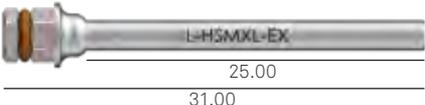
Avertissement important

Il est conseillé de passer un fil antichute à travers le petit orifice ménagé à cet effet au sommet de la poignée.



Tournevis pour vis Full Head Prama

Les tournevis spécifiques pour les vis avec technologie Full Head sont disponibles en version avec raccord hexagonal pour clé à cliquet, avec des tiges de plusieurs longueurs. Un tournevis avec raccord pour contre-angle est également disponible. La pointe des instruments présente un évidement hexagonal qui engage l'hexagone plein des vis Full Head, assurant la rétention nécessaire pour le transport de la même vis. Ces tournevis ne peuvent pas être utilisés pour les vis de serrage des piliers provisoires ou pour d'autres typologies de vis figurant sur le catalogue.

description	code
Tournevis avec raccord hexagonal pour clé dynamométrique ou poignée manuelle, court	L-HSM-EX 
Tournevis avec raccord hexagonal pour clé dynamométrique ou poignée manuelle, long	L-HSML-EX 
Tournevis avec raccord pour clé à cliquet dynamométrique ou raccord manuel, extra-long	L-HSMXL-EX 

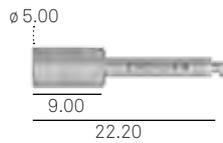
Tournevis contre-angle

Le Screw Kit et le kit chirurgical Prama contiennent également un tournevis avec tige pour contre-angle, très pratique lors des phases tant chirurgicale que prothétique, au cas où il soit utilisé avec un micromoteur muni de contrôle du couple de serrage. Ce tournevis ne peut être utilisé que pour le serrage de piliers dont l'orifice de passage de la vis ne soit pas plus long que 11,00 mm.

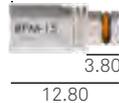
description	code
Tournevis avec tige pour contre-angle	HSM-20-CA 

Autres instruments

Les instruments indiqués ci-après sont compris dans le Screw kit ou peuvent être commandés séparément. L'adaptateur avec tige pour contre-angle pour instruments avec raccord hexagonal fait partie du kit Prama.

description	code
Adaptateur avec tige pour contre-angle pour instruments avec raccord hexagonal	B-AVV-CA3 
Poignée manuelle pour tournevis, embouts hexagonaux et drivers manuels	AVV3-MAN-DG 
Porte-pilier pour transporter les piliers angulés dans la cavité orale, stérilisable et réutilisable. Il doit être fixé aux piliers au moyen de la vis PAD-VTRAL-140	PAV-CAR 

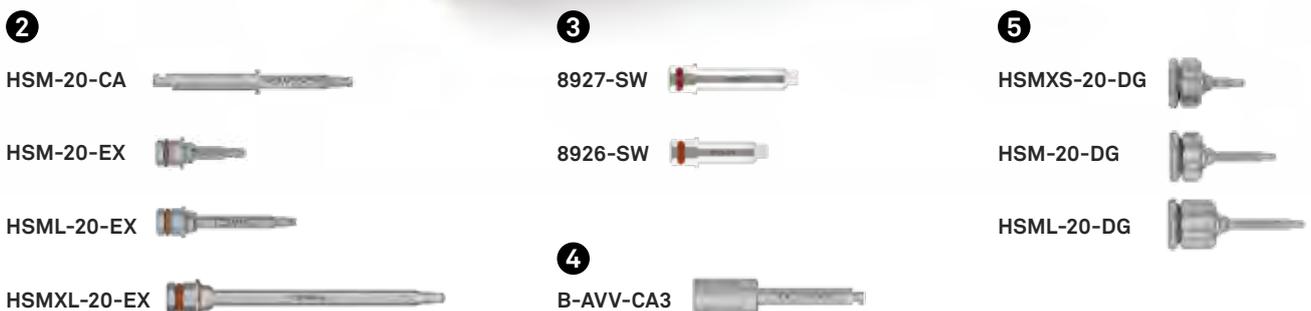
Le prolongateur BPM-15, qui peut être utile dans certaines situations cliniques, ne fait pas partie du Screw kit; il peut être commandé séparément et est compris dans le kit Prama.

description	code
Prolongateur pour embouts hexagonaux, tournevis et drivers manuels, avec raccord hexagonal pour clé dynamométrique.	BPM-15 

Screw Kit

Le Screw Kit Sweden & Martina est un set pratique contenant les tournevis nécessaires pour les phases prothétiques des implants Prama, outre celles des implants Premium, Kohno et Shelta, pour les différentes solutions prothétiques: pour piliers standard, pour abutment, pour la prothèse P.A.D., pour piliers Locator, pour attachements boules et coiffes de rétention correspondantes. Outre les tournevis manuels et pour contre-angle, le Screw Kit comprend un porte-pilier pour le transport des piliers P.A.D. angulés. Le kit contient des tournevis manuels et pour contre-angle, ainsi qu'une clé à cliquet dynamométrique ; il ne contient toutefois pas les tournevis Prama pour vis Full Head.

De dimensions réduites et facilement transportable, le kit permet de gérer d'une manière simple et immédiate la phase de réhabilitation prothétique post-chirurgicale.



Notez bien: pour garantir la plus grande durée de vie des instruments chirurgicaux, il est conseillé de suivre les procédures de déterSION et de stérilisation recommandées.

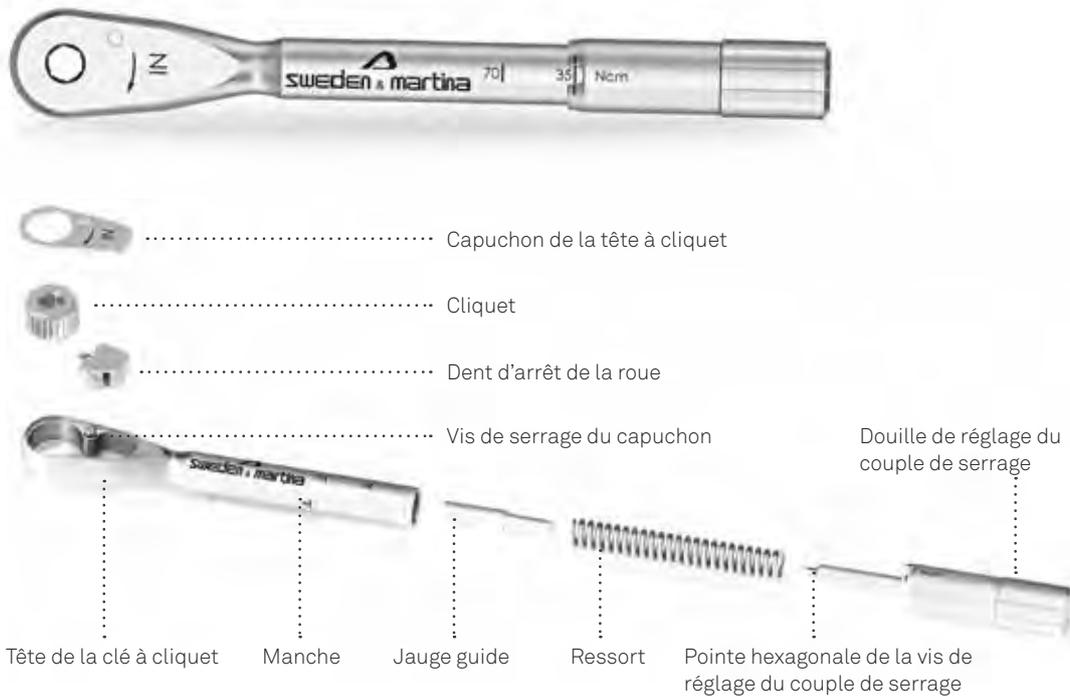
description	code
Kit Screw Kit complet	ZSCREW-INT 
Coffret porte-instruments pour Screw Kit	SCREW-TRAY 
Kit de 5 supports en silicone de remplacement pour plateau chirurgical, pour forets ou instruments avec tige pour contre-angle.	GROMMET-CA-1 
Kit de 5 supports en silicone de remplacement pour plateau chirurgical, pour instruments dotés d'hexagone de raccord	GROMMET-CA-2 

Avertissement important

Certains des instruments nécessaires pour effectuer les protocoles prothétiques sont également contenus dans le kit chirurgical. Se référer au catalogue pour vérifier le contenu mis à jour du kit susdit.

Clé à cliquet dynamométrique CRI5-KIT

La trousse chirurgicale du système d'implantologie contient une clé à cliquet particulière (CRI5-KIT), ainsi que la clé de réglage qui s'y rapporte, pour visser rapidement la douille de réglage du couple de serrage, et le lubrifiant en gel pour la maintenance. La clé à cliquet peut être utilisée avec un réglage du couple de serrage de 10 à 70 Ncm ou en position bloquée, sans contrôle du couple de serrage. Pour l'emploi comme clé à cliquet prothétique pour le serrage des vis, se référer aux valeurs de couple de serrage figurant dans le tableau de la pag. 249. La clé à cliquet CRI5 est un instrument démontable, multiusage, vendu non stérile.



Avant chaque utilisation, nettoyer et stériliser cet instrument selon les indications figurant à la pag. 251. Une maintenance appropriée, effectuée en suivant pas à pas et à la lettre toutes les phases de démontage et d'assemblage correct du dispositif pendant les opérations de nettoyage, est fondamentale pour le bon fonctionnement du dispositif et pour en préserver la durée. Le personnel préposé à l'utilisation de cet instrument doit avoir reçu une formation adéquate et avoir lu les instructions figurant dans ce manuel avant toute manipulation de ce même instrument. Après la stérilisation, la clé est prête à l'emploi. Un test de contrôle du montage correct et du bon fonctionnement de la clé est nécessaire avant toute intervention, de type tant chirurgical que prothétique.

Le réglage du couple s'effectue en alignant le marquage du couple souhaité dans l'ouverture circulaire du manche. La flèche "IN" lisible sur la tête vue de dessus indique la position de la clé qui permet le vissage. La flèche "OUT" lisible sur la tête vue de dessus indique la position de desserrage. Une position de couple illimitée s'obtient en positionnant le dispositif de réglage du couple jusqu'à l'encoche en portant la lettre "R" placée sur le manche du corps de la clé à cliquet.



La douille peut être vissée et dévissée manuellement mais, pour accélérer ces opérations, le kit contient également une clé hexagonale permettant de la tourner rapidement. Toute détérioration des mécanismes de vissage, d'insertion et de couple doit être contrôlée par le personnel responsable de l'utilisation et de la maintenance de ce dispositif dentaire. Les pièces de ce mécanisme ne sont pas interchangeables ; il n'est pas possible de prendre une pièce d'une clé et de la placer sur une autre, car chaque clé à cliquet est étalonnée INDIVIDUELLEMENT. En cas de perte d'une pièce, nous vous prions de bien vouloir restituer l'instrument concerné à Sweden & Martina pour la réparation de ce dernier. Aucun composant pour l'assemblage de la clé à cliquet ne peut être vendu séparément. Le non-respect des indications fournies peut donner lieu à des problèmes de maintenance et de stabilité de la prothèse.



Avertissement important

Le réglage du couple se fait toujours au moyen du vissage/dévissage de la douille située au bout du manche de l'instrument. Le couple doit toujours se régler en augmentation, en commençant à visser à partir d'une valeur plus basse jusqu'à parvenir au couple de serrage voulu, à savoir, en vissant la douille dans le sens horaire. Pour cela, s'il est nécessaire de régler un couple inférieur au dernier ayant été utilisé, il faut alors dévisser de deux tours en dessous de la valeur du nouveau couple voulu et remonter jusqu'à cette valeur en revissant la douille dans le sens horaire.



Pour régler le couple de serrage en augmentation, il suffit de tourner la douille dans le sens horaire.

Pour régler le couple de serrage sur une valeur inférieure à celle utilisée précédemment, il est nécessaire de tourner de deux tours la douille dans le sens antihoraire en dessous de la valeur voulue puis de procéder au vissage dans le sens horaire jusqu'à la valeur de couple de serrage désirée.

Techniques de prise d'empreinte et réalisation du modèle

Dans la réalisation des prothèses implanto-portées, la phase de la prise d'empreinte est à la base du succès de tout plan de traitement, car la transmission, au laboratoire, des informations les plus exactes possibles, permet une réduction des temps de travail et surtout de créer des produits sans tension, qui ne transmettent pas de sollicitations indésirables aux implants. L'empreinte peut être prise en plusieurs temps chirurgicaux, en fonction des protocoles et/ou des usages.

Tous les implants Prama permettent de prendre l'empreinte selon la technique à ciel ouverte avec transfert Pick-up. Pour les zones distales dans lesquelles les manœuvres de vissage et de dévissage de la vis s'avèrent difficiles, ainsi que dans les cas d'ouverture buccale limitée, il est également possible d'utiliser, avec les transferts Pick-up, les transferts Pull-up, réalisés en PEEK, ceux-ci présentant un petit bague en titane anodisé en bleu clair autour de la base et permettant de vérifier l'insertion correcte dans la plate-forme implantaire à travers un examen radiologique.

Les composants pour l'empreinte et pour la réalisation du modèle sont produits avec les mêmes machines qui réalisent les implants. Cela garantit la plus haute précision, en ce que concerne la tolérance et de la fidélité, dans la reproduction de la situation clinique. L'anodisation des analogues selon le code couleur facilite l'identification du diamètre implantaire et simplifie les phases de laboratoire.

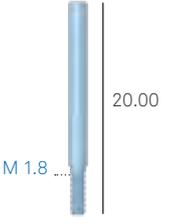
Transfert Pick-up: le design de la portion supérieure garantit une rétention optimale et donc une fixation extrêmement stable dans l'empreinte.

Transfert Pull-up: la connexion par ailettes se clipse à l'intérieur de l'hexagone de connexion de l'implant, sans nécessiter de vis.



Avertissement important

Il est recommandé d'utiliser, pour chaque cas, des transferts et des analogues neufs, de façon à garantir la plus grande précision d'accouplement au niveau de la connexion. Les transferts et les analogues utilisés plusieurs fois déforment réciproquement les parois des hexagones respectifs, transférant une erreur dans l'empreinte qui, surtout dans les cas de structures multiples, peut entraîner la formation de tensions de la prothèse qui se transfèrent aux implants et en compromettent le bon résultat clinique.

ø implant	3.80 mm	4.25 mm	5.00 mm
Transfert Pick-up Emergence droite Vis de serrage incluse	L-TRA-380  ø 3.30... 9.00	L-TRA-425  ø 3.30... 9.00	L-TRA-500  ø 3.30... 9.00
Emballage individuel Vis de serrage pour transfert Pick-up Incluse avec les transferts et pouvant être également commandée séparément comme pièce de remplacement	VTRA2-180-15  M 1.8... 15.00	Utiliser VTRA2-180-15	Utiliser VTRA2-180-15
Emballage individuel Vis de serrage longue pour transfert Pick-up Pas comprise avec les transferts, disponible en option	VTRA2-180-20  M 1.8... 20.00	Utiliser VTRA2-180-20	Utiliser VTRA2-180-20
Emballage individuel Vis de serrage pour transfert Pick-up à vissage manuel Pas comprise avec les transferts, disponible en option	VTRA2-180-MAN  M 1.8... 17.00	Utiliser VTRA2-180-MAN	Utiliser VTRA2-180-MAN
Transfert Pull-up en PEEK et chemise en titane Gr. 5 Emergence droite	A-TRAP-330  ø 3.30... 11.50	Utiliser A-TRAP-330	Utiliser A-TRAP-330
Analogues	L-ANA-380  ø 3.40... ø 3.80... 12.00	L-ANA-425  ø 3.40... ø 4.25... 12.00	L-ANA-500  ø 3.40... ø 5.00... 12.00

Couple de serrage recommandé pour les vis de transfert: 8-10 Ncm.

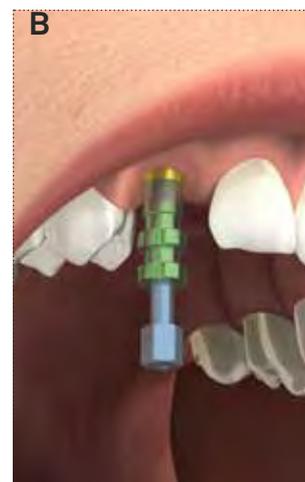
Empreinte avec porte-empreinte ouvert et transfert Pick-up - couronne unitaire

L'implant Prama présente une émergence transgingivale ; par conséquent, il est consacré à des techniques à phase chirurgicale unique. En cas de nécessité d'une prise d'empreinte successive à une période de cicatrisation, enlever la vis de couverture ou la vis de cicatrisation.



Fixer le transfert Pick-up au moyen de la vis incluse à cet effet et du tournevis le plus approprié de la série HSM, sans dépasser le couple de serrage de 8-10 Ncm (**img. A**).

Remarque: Les transferts Pick-up peuvent être également vissés manuellement à l'aide de la vis de transfert spéciale de 17,00 mm de longueur, dont l'extrémité présente un hexagone (**img. B**).



Vérifier que le porte-empreinte personnalisé, positionné en bouche, contienne toute la hauteur du transfert à l'intérieur de ses parois, et que le sommet de la vis de transfert sorte d'une longueur appropriée et suffisante de l'orifice se trouvant dans le porte-empreinte. Si nécessaire, le transfert peut être raccourci d'une ailette.

Injecter un matériel d'empreinte de précision (SKY IMPLANT LIGHT, cod. SKY14) autour du transfert et de la portion émergente de l'implant.



Remplir le cuiller du porte-empreinte d'un matériel consistant (SKY IMPLANT ONEMIX-ED, cod. SKY08) dans toute l'arcade. Placer ensuite le porte-empreinte *in situ* et attendre les temps de durcissement selon les instructions.



Dévisser la vis de transfert et l'extraire de l'empreinte pour éviter que, lors du retrait du porte-empreinte, elle puisse tomber accidentellement dans la bouche du patient. Retirer le porte-empreinte: le transfert Pick-up reste englobé dans l'empreinte.



Visser l'analogue de laboratoire (L-ANA-*) sur le transfert au moyen de la vis de transfert, replacée dans les trous laissés par celle-ci dans le matériel d'empreinte. Le couple de serrage recommandé est de 8-10 Ncm. Couler le modèle de la manière habituelle.



Empreinte avec porte-empreinte ouvert et transfert Pick-up - multiple

Les implants Prama présentent une émergence transgingivale ; par conséquent, ils sont consacrés à des techniques à phase chirurgicale unique. En cas de nécessité d'une prise d'empreinte successive à une période de cicatrisation, enlever les vis de couverture ou les vis de cicatrisation.



Fixer les transferts Pick-up au moyen de la vis incluse à cet effet et du tournevis de la longueur la plus appropriée de la série HSM, sans dépasser le couple de serrage de 8-10 Ncm (**img. A**).

Eventuellement, solidariser les transferts avec du fil et de la résine ou du composite, en attendant les temps de polymérisation indiqués par le producteur.

Remarque: Les transferts Pick-up peuvent être également vissés manuellement à l'aide de la vis de transfert spéciale de 17,00 mm de longueur, dont l'extrémité présente un hexagone (**img. B**).



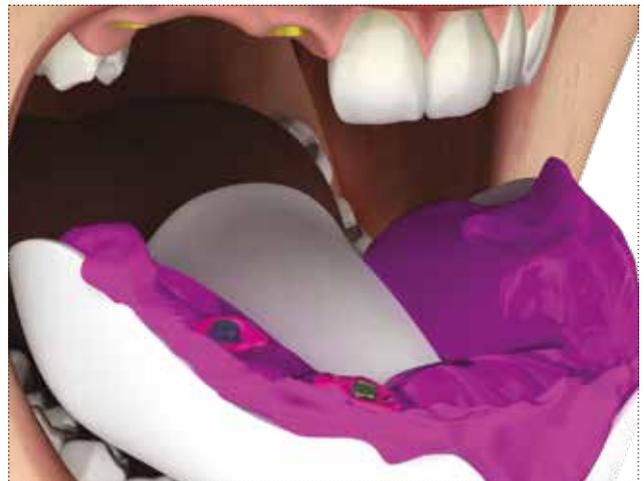
Vérifier que le porte-empreinte personnalisé, positionné en bouche, contienne toute la hauteur des transferts à l'intérieur de ses parois, et que le sommet des vis de transfert sorte d'une longueur appropriée et suffisante des orifices se trouvant dans le porte-empreinte. Si nécessaire, le transfert peut être raccourci d'une ailette. Injecter un matériel d'empreinte de précision (SKY IMPLANT LIGHT, cod. SKY14) uniquement autour du transfert et de la portion émergente des implants.



Remplir le cuiller du porte-empreinte d'un matériel consistant (SKY IMPLANT ONEMIX-ED, cod. SKY08) dans toute l'arcade. Placer ensuite le porte-empreinte in situ et attendre les temps de durcissement selon les instructions.



Dévisser les vis de transfert et les extraire de l'empreinte pour éviter que, lors du retrait du porte-empreinte, elles puissent tomber accidentellement dans la bouche du patient.
Retirer le porte-empreinte: les transferts Pick-up restent englobés dans l'empreinte.

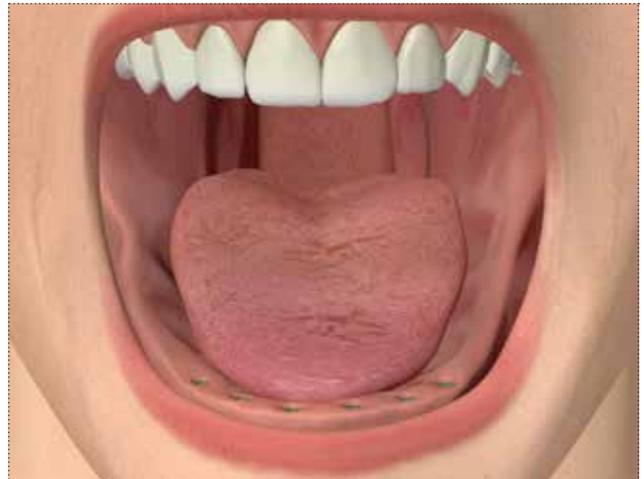


Visser les analogues de laboratoire (L-ANA-*) sur les transferts au moyen des vis de transfert, replacées dans les trous laissés par celles-ci dans le matériel d'empreinte. Le couple de serrage recommandé est de 8-10 Ncm.
Couler le modèle de la manière habituelle.



Empreinte avec transfert Pull-up - arcade complète

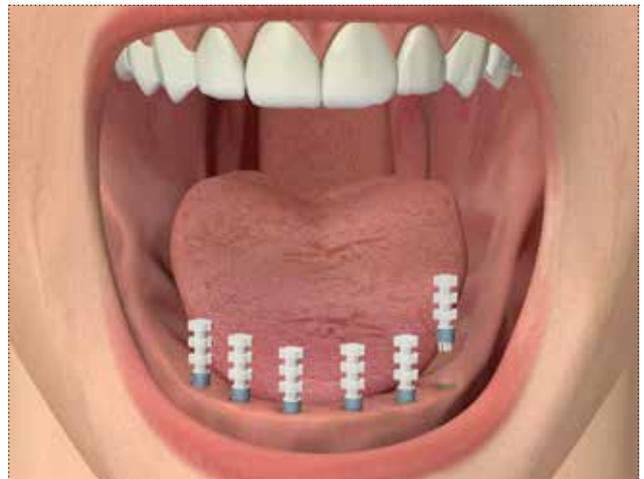
Enlever les vis de cicatrisation ou les vis de couverture.



Positionner les transferts Pull-up et les fixer par une simple pression à main libre, sans nécessité d'instruments. Le clic caractéristique des ailettes du transfert indique que celui-ci a été inséré correctement dans la connexion de l'implant.

Avertissement important

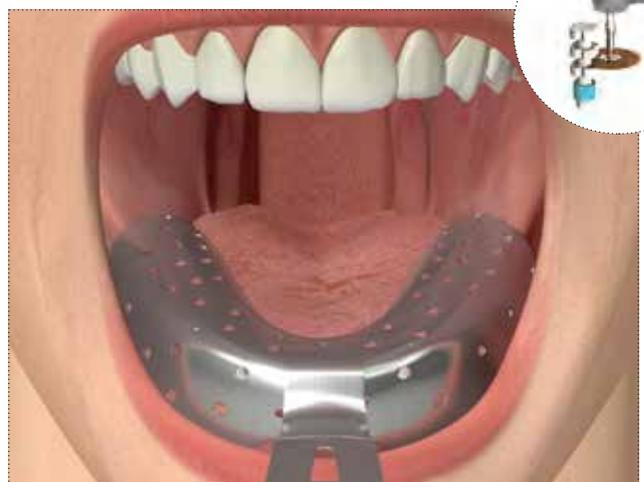
En cas de visibilité réduite ou de doute sur l'accouplement complet entre le transfert et l'implant, effectuer une vérification radiographique. Le petit u bague en titane à la base du transfert le rend visible sur les radiographies.



Positionner le porte-empreinte et vérifier que toute la hauteur du transfert soit contenue à l'intérieur des parois du même porte-empreinte.

Avertissement important

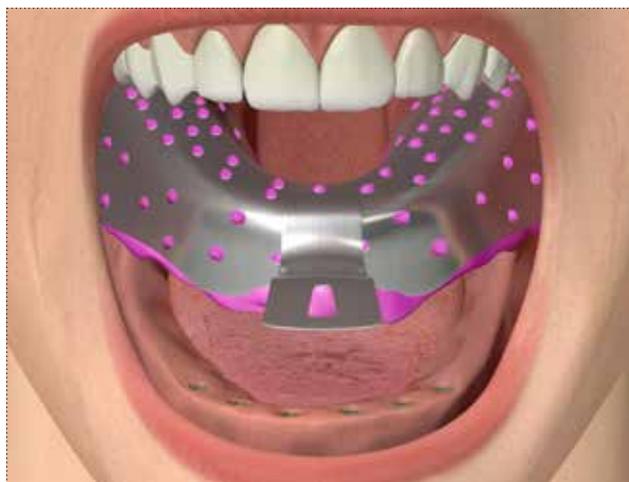
Si nécessaire, il est possible de raccourcir les transferts Pull-up en éliminant un ou deux modules verticaux hors de la cavité orale ou en enlevant les portions des ailettes horizontales de rétention qui créent une interférence. La portion de transfert restant dans le matériel d'empreinte est de toute façon suffisant pour garantir une prise d'empreinte correcte.



Injecter un matériel d'empreinte de précision (SKY IMPLANT LIGHT, cod. SKY14) uniquement autour des transferts et remplir simultanément le porte-empreinte d'un matériel plus consistant (SKY IMPLANT ONEMIX-ED, cod. SKY08) dans toute l'arcade. Placer ensuite le porte-empreinte *in situ* et attendre les temps de durcissement selon les instructions.



Soulever le porte-empreinte verticalement: les transferts Pull-up resteront englobés dans l'empreinte.



Accoupler chaque transfert avec un analogue de laboratoire d'un diamètre correspondant à celui de l'implant inséré dans la cavité orale du patient. Couler le modèle préliminaire et réaliser un porte-empreinte individuel selon la manière habituelle.

Avertissement important

Les transferts Pull-up étant disponibles en un seul diamètre avec le petit bague anodisé bleu clair seulement, s'écartant ainsi du code couleur, il sera nécessaire d'indiquer au laboratoire le diamètre de l'analogue qui devra être solidarisé aux transferts susdits.

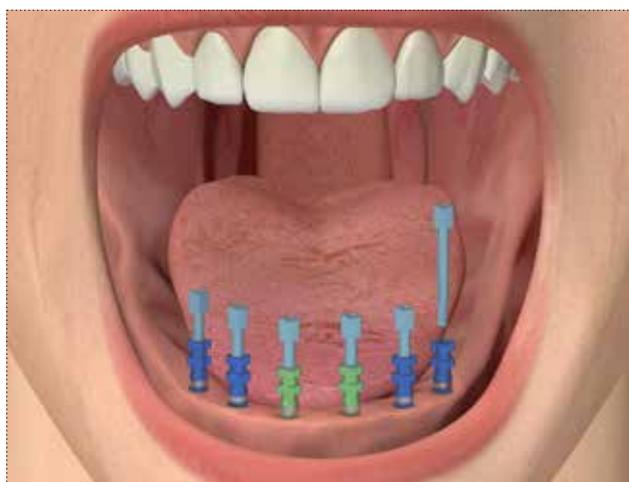


Empreinte avec porte-empreinte ouvert et transfert Pick-up - arcade complète

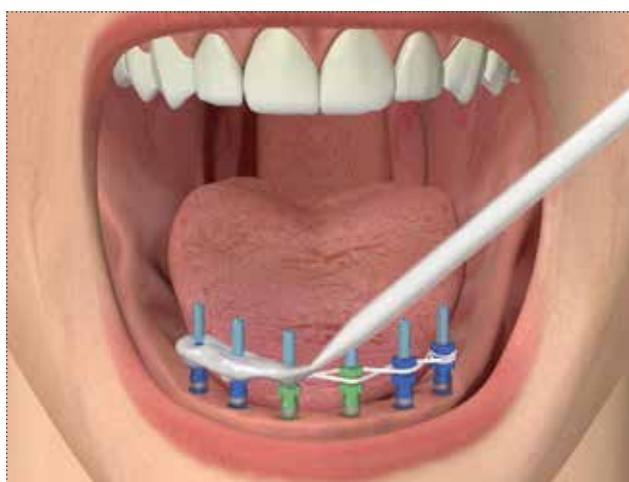
Fixer les transferts Pick-up au moyen de la vis incluse à cet effet et du tournevis le plus approprié sans dépasser le couple de serrage de 8-10 Ncm.



Les transferts Pick-up peuvent être également vissés manuellement à l'aide de la vis de transfert spéciale de 17,00 mm de longueur, dont l'extrémité présente un hexagone.

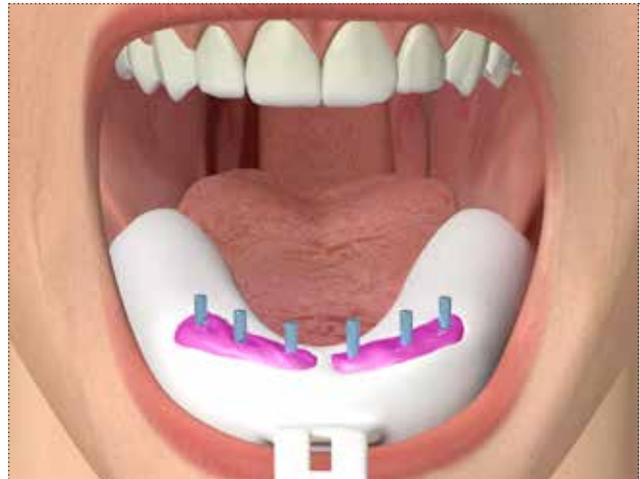


Eventuellement, solidariser les transferts avec du fil et de la résine ou un composite et en attendre la polymérisation selon les indications du fabricant (ex. résine SUN, cod. SUN-A2 ou SUN-A3).



Vérifier que le porte-empreinte personnalisé, positionné en bouche, contienne toute la hauteur du transfert à l'intérieur de ses parois, et que le sommet de la vis de transfert sorte d'une longueur appropriée et suffisante de l'orifice se trouvant dans le porte-empreinte. Injecter un matériel d'empreinte de précision (SKY IMPLANT LIGHT, cod. SKY14) uniquement autour des transferts et remplir simultanément le porte-empreinte d'un matériel plus consistant (SKY IMPLANT ONEMIX-ED, cod. SKY08) dans toute l'arcade.

Placer ensuite le porte-empreinte *in situ* et attendre les temps de durcissement selon les instructions.



Dévisser les vis de transfert et les extraire de l'empreinte pour éviter que, lors du retrait du porte-empreinte, elles puissent tomber accidentellement dans la bouche du patient.

Retirer le porte-empreinte: les transferts Pick-up restent englobés dans l'empreinte.

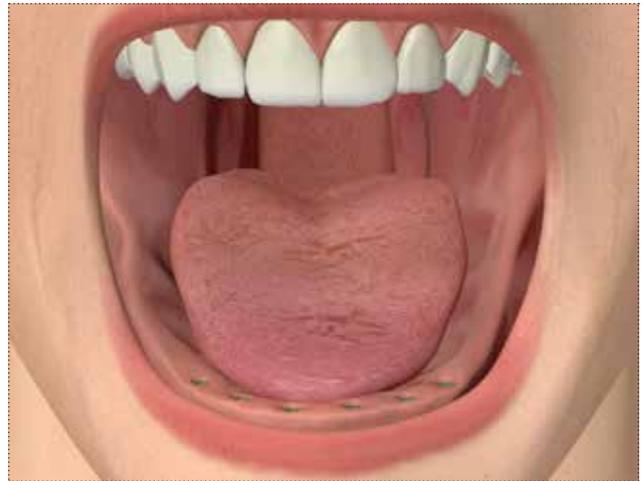


Visser les analogues de laboratoire (L-ANA-*) sur les transferts au moyen des vis de transfert, replacées dans les trous laissés par celles-ci dans le matériel d'empreinte. Le couple de serrage recommandé est de 8-10 Ncm. Couler le modèle de la manière habituelle.

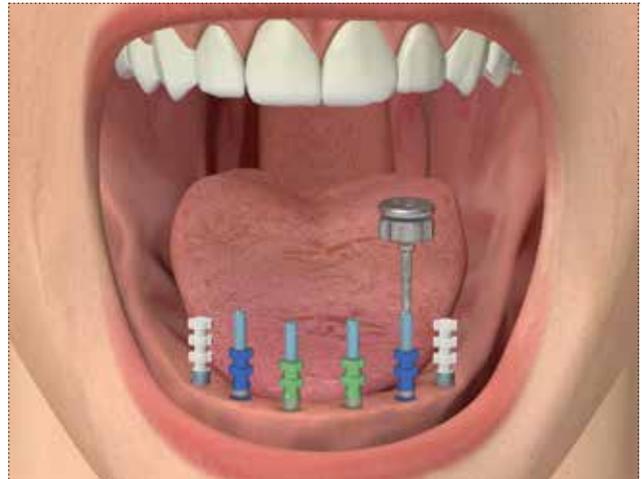


Empreinte avec porte-empreinte ouvert avec transfert Pick-up et Pull-up et technique mixte - arcade complète

Les implants Prama présentent une émergence transgingivale ; par conséquent, ils sont consacrés à des techniques à phase chirurgicale unique. En cas de nécessité d'une prise d'empreinte successive à une période de cicatrisation, enlever les vis de couverture ou les vis de cicatrisation.



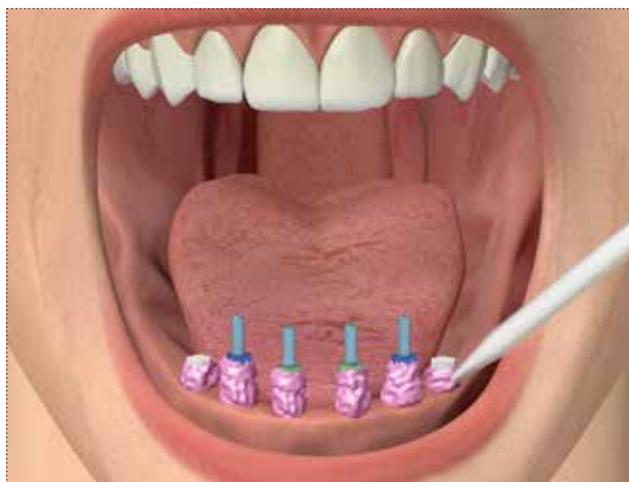
Pour faciliter la phase d'empreinte dans les secteurs distaux et par des patients présentant une ouverture buccale limitée, les transferts Pull-up peuvent être utilisés avec les transferts Pick-up. Les transferts Pull-up exercent une rétention à l'intérieur de la connexion avec des ailettes, alors que les transferts Pick-up doivent être fixés à l'implant par la vis de transfert fournie à cet effet, avec un couple de serrage de 8-10 Ncm. Pour effectuer cette opération, utiliser le tournevis de la série HSM présentant la longueur la plus appropriée.



Si nécessaire, il est possible de réduire la hauteur des transferts Pull-up en coupant un ou deux modules à l'aide d'un disque hors de la cavité orale: la rétention de la portion de transfert restant dans le matériel d'empreinte est de toute façon suffisante pour garantir une prise d'empreinte correcte.



Injecter un matériel d'empreinte de précision (SKY IMPLANT LIGHT, cod. SKY14) uniquement autour du transfert et de la portion émergente des implants.



Remplir la cuiller du porte-empreinte d'un matériel consistant (SKY IMPLANT ONEMIX-ED, cod. SKY08) dans toute l'arcade. Placer ensuite le porte-empreinte in situ et attendre les temps de durcissement selon les instructions.

Dévisser les vis de transfert et les extraire de l'empreinte pour éviter que, lors du retrait du porte-empreinte, elles puissent tomber accidentellement dans la bouche du patient.



Retirer le porte-empreinte: les transferts Pick-up et les transferts Pull-up restent englobés dans l'empreinte. Visser les analogues de laboratoire (L-ANA-*) sur les transferts Pick-up au moyen des vis dédiées, replacées dans les trous laissés par celles-ci dans le matériel d'empreinte. Le couple de serrage recommandé est de 8-10 Ncm. Dans le cas des transferts Pull-up, le clic caractéristique des ailettes du transfert indique que l'analogue a été inséré correctement. Couler le modèle de la manière habituelle.

Avertissement important

Les transferts Pull-up étant disponibles en un seul diamètre avec le petit bague anodisé bleu clair seulement, s'écartant ainsi du code couleur, il sera nécessaire d'indiquer au laboratoire le diamètre de l'analogue qui devra être solidarisé aux transferts susdits.



Conditionnement des tissus mous avec des vis de cicatrisation Prama IN

La morphologie particulière des vis de cicatrisation Prama IN favorise le conditionnement des tissus mous pendant leur cicatrisation, de façon à faciliter la phase d'empreinte et à laisser l'espace adéquat à la réhabilitation en évitant douleur et gêne au patient au moment de la mise en charge prothétique.

Les vis de cicatrisation Prama IN en titane, conçues pour des fermetures en sous-gingival à 0,50 mm ou à 1,50 mm en englobant une partie du col transgingival de l'implant Prama, sont disponibles en trois diamètres correspondant à ceux des implants, de façon à suivre le rayonnement du col hyperbolique.

Les vis de cicatrisation Prama IN produites en résine REEF, dont la conformation nano-stœchiométrique particulière offre une haute capacité de résistance à l'attaque bactérienne qui se maintient dans le temps et rend l'adhésion de la plaque plus difficile, sont également disponibles dans les deux hauteurs de fermeture sur le col de l'implant différentes, à 0,50 mm ou à 1,50 mm. Voir les indications concernant leur utilisation à la pag. 23.

La vis de cicatrisation englobe l'interface implant-pilier sur 0,50 mm. Le marquage au laser sur la face supérieure indique le diamètre de connexion (dans l'exemple 380 = 3,80), la hauteur transgingivale (dans l'exemple 25 = 2,50) et la fermeture sur le col (dans l'exemple 05 = 0,50).

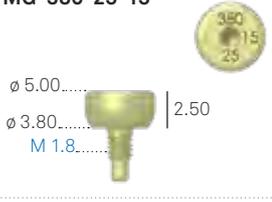
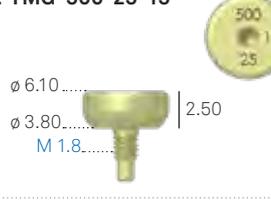
La vis de cicatrisation englobe l'interface implant-pilier sur 1,50 mm. Le marquage au laser sur la face supérieure indique le diamètre de connexion (dans l'exemple 380 = 3,80), la hauteur transgingivale (dans l'exemple 25 = 2,50) et la fermeture sur le col (dans l'exemple 15 = 1,50).



Vis de cicatrisation en résine REEF qui englobe l'interface implant-pilier sur 0,50 mm.

Vis de cicatrisation en résine REEF qui englobe l'interface implant-pilier sur 1,50 mm.

Vis de cicatrisation Prama IN en titane

∅ implant	3.80 mm	4.25 mm	5.00 mm
Vis de cicatrisation Prama IN En titane Gr. 5 Fermeture sur le col 0.50 mm H. vis de cicatrisation 2.50 mm	L-TMG-380-25-05 	L-TMG-425-25-05 	L-TMG-500-25-05 
Vis de cicatrisation Prama IN En titane Gr. 5 Fermeture sur le col 1.50 mm H. vis de cicatrisation 2.50 mm	L-TMG-380-25-15 	L-TMG-425-25-15 	L-TMG-500-25-15 
Vis de cicatrisation Prama IN En titane Gr. 5 Fermeture sur le col 0.50 mm H. vis de cicatrisation 3.50 mm	L-TMG-380-35-05 	L-TMG-425-35-05 	L-TMG-500-35-05 
Vis de cicatrisation Prama IN En titane Gr. 5 Fermeture sur le col 1.50 mm H. vis de cicatrisation 3.50 mm	L-TMG-380-35-15 	L-TMG-425-35-15 	L-TMG-500-35-15 

Vis de cicatrisation Prama IN en résine REEF

∅ implant	3.80 mm	4.25 mm	5.00 mm
Vis de cicatrisation Prama IN En résine REEF Fermeture sur le col 0.50 mm H. transgingivale 6.00 mm Vis de serrage standard incluse	L-TMGPF-380-05 	L-TMGPF-425-05 	L-TMGPF-500-05 
Vis de cicatrisation Prama IN En résine REEF Fermeture sur le col 1.50 mm H. transgingivale 6.00 mm Vis de serrage standard incluse	L-TMGPF-380-15 	L-TMGPF-425-15 	L-TMGPF-500-15 
Emballage individuel Emballage de 10 pièces Vis de serrage standard incluse et pouvant être également commandée séparément comme pièce échange remplacement	VM2-180 VM2-180-10 	Utiliser VM2-180 VM2-180-10	Utiliser VM2-180 VM2-180-10

Couple de serrage recommandé pour les vis de cicatrisation: 8-10 Ncm.

Voir les caractéristiques techniques du titane Gr. 5 et de la résine REEF en pag. 238.

Conditionnement des tissus mous avec des vis de cicatrisation standard

Les implants Prama présentent un col transgingival qui leur permet d'être adaptés à des protocoles à phase chirurgicale unique. Pendant la phase de cicatrisation en présence d'un biotype, il peut être souvent utile de conditionner les tissus mous avec une vis de cicatrisation droite.

Ces vis de cicatrisation sont disponibles en plusieurs hauteurs et en un seul diamètre, compatible avec tous les diamètres implantaire de la gamme Prama.

Le marquage au laser indique le diamètre (dans l'exemple 33=3,30 mm) et la hauteur transgingivale (dans l'exemple 3=3,0 mm), qui peut être de 2,00, 3,00 et 5,00 mm.

Les vis de cicatrisation à émergence droite sont disponibles en un diamètre unique de 3,30 mm pour toutes les plates-formes de l'implant Prama.



ø 3.80



ø 4.25



ø 5.00

Vis de cicatrisation standard

description	code
Vis de cicatrisation Emergence droite H. transgingivale 2.00 mm	A-TMG-330-2 
Vis de cicatrisation Emergence droite H. transgingivale 3.00 mm	A-TMG-330-3 
Vis de cicatrisation Emergence droite H. transgingivale 5.00 mm	A-TMG-330-5 

Couple de serrage recommandé pour les vis de cicatrisation: 8-10 Ncm.

Conditionnement des tissus mous avec une vis de cicatrisation Prama IN - couronne unitaire

La vis de cicatrisation doit être insérée en utilisant les tournevis de la série HSM, sans dépasser le couple de serrage de 8-10 Ncm.

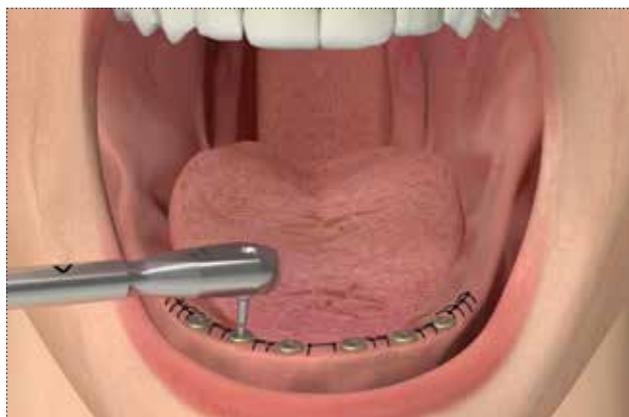


Pendant la période de cicatrisation des tissus mous, l'esthétique, aux endroits nécessaires, est préservée en collant un bridge Maryland sur les dents adjacentes, de façon à ne pas soumettre la vis de cicatrisation, et donc l'implant, à une mise en charge.



Prothèse d'arcade complète: conditionnement des tissus avec des vis de cicatrisation Prama IN

La vis de cicatrisation doit être insérée en utilisant les tournevis de la série HSM, sans dépasser le couple de serrage de 8-10 Ncm.



Dans les cas de prothèses d'arcade complète transvissées ou scellées, les tissus peuvent être conditionnés avec les vis de cicatrisation de façon congrue avec les piliers qui seront utilisés. Les vis de cicatrisation peuvent être couvertes, pendant la phase de cicatrisation, par une prothèse overdenture très déchargée au niveau des implants, et donc des vis de cicatrisation, et rebasée avec un matériel souple.



Conditionnement des tissus mous avec une vis de cicatrisation Prama IN en résine REEF - couronne unitaire

La vis de cicatrisation doit être insérée en utilisant les tournevis de la série HSM, sans dépasser le couple de serrage de 8-10 Ncm.

Avertissement important

Il est toujours approprié d'usiner la vis de cicatrisation hors de la cavité orale, en la vissant éventuellement à un analogue, afin d'éviter que les vibrations puissent compromettre la stabilité primaire de l'implant, surtout en cas de mise en charge immédiate.



Dans la cavité orale du patient, modeler la vis de cicatrisation selon l'espace disponible.



Avertissement important

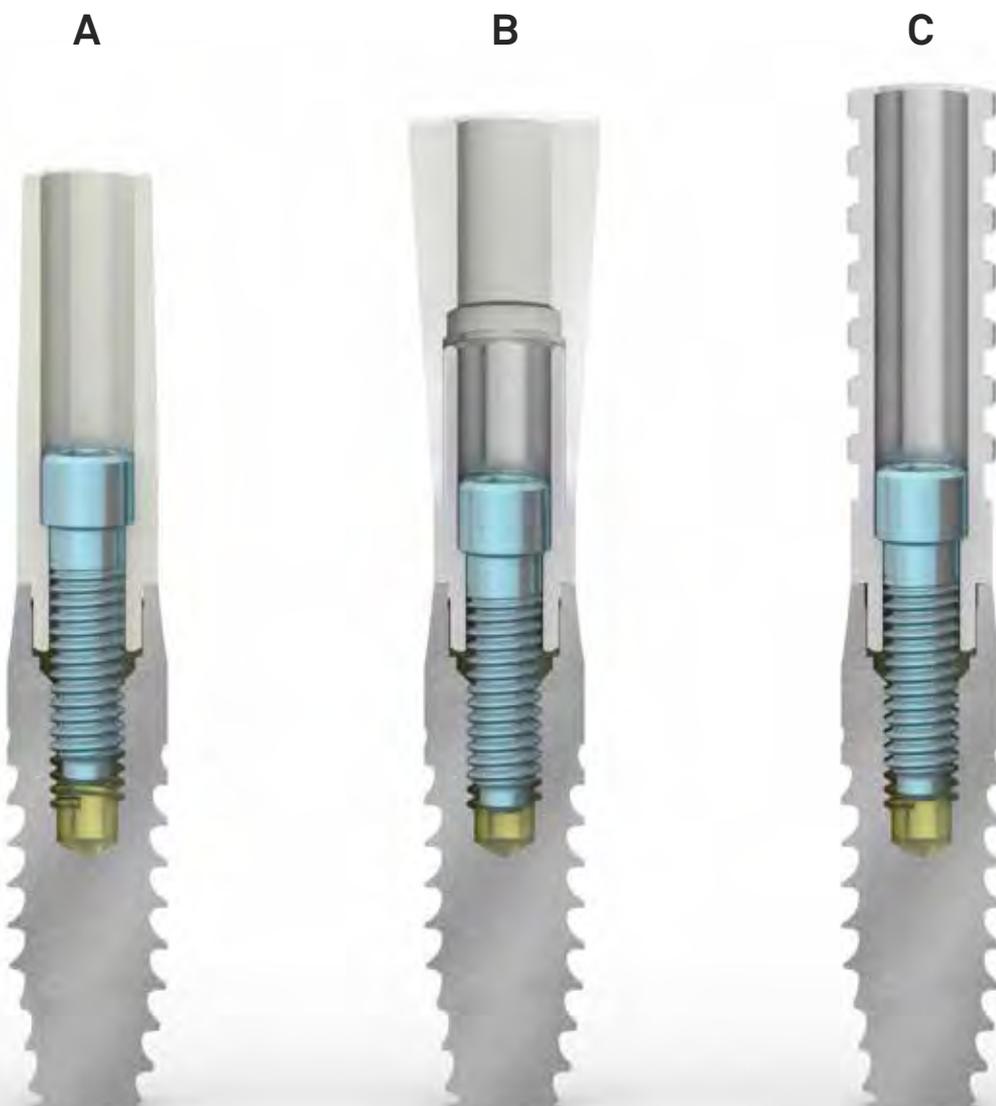
Dans les cas de prothèses d'arcade complète transvissées ou scellées, les tissus peuvent être conditionnés avec les vis de cicatrisation conformément modelées. Les vis de cicatrisation doivent être couvertes, pendant la phase de cicatrisation, par une prothèse overdenture très déchargée au niveau des implants, et donc des vis de cicatrisation, et rebasée avec un matériel souple.

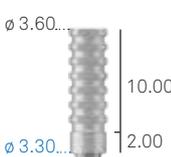
Conditionnement des tissus mous avec des piliers provisoires

Les piliers provisoires peuvent également être utilisés comme alternative aux traditionnelles vis de cicatrisation pour le conditionnement des tissus mous, en fonction des protocoles prothétiques adoptés. Les piliers provisoires en résine REEF (**img. A**) se caractérisent par une conformation nano-stœchiométrique particulière qui offre une haute capacité de résistance à l'attaque bactérienne qui se maintient dans le temps et rend l'adhésion de la plaque plus difficile, favorisant la phase de cicatrisation.

Les piliers provisoires en PEEK avec base en titane Gr. 5 (**img. B**) sont idéals pour supporter les couronnes unitaires scellées. La résine REEF présente une grande simplicité d'utilisation au fauteuil, permettant un rebasage facile et une construction aisée de la morphologie de la restauration.

Les piliers provisoires Simple en titane Gr. 5 (**img. C**) ont été étudiés pour fournir un support résistant tant en cas de couronnes unitaires que pour des réhabilitations multiples ou d'arcades complètes. La connexion est dotée d'un hexagone dans la version repositionnable pour couronnes unitaires et par contre pas indexée dans la version pour réhabilitations multiples et d'arcades complètes.



description	code	
Piliers provisoires en résine REEF Indexés Vis de serrage standard incluse	A-PPF-330-EX	
Piliers provisoires en résine REEF Rotationnels Vis de serrage standard incluse	A-PPF-330	
Piliers provisoires Simple en PEEK avec base en titane Gr. 5 Indexés Vis de serrage standard incluse	A-MPSC-330	
Piliers provisoires Simple en titane Gr. 5 Indexés Vis de serrage standard incluse	A-MPSCI-330-EX	
Piliers provisoires Simple en titane Gr. 5 Rotationnels Vis de serrage standard incluse	A-MPSCI-330	
Piliers provisoires Simple en titane Gr. 5 Rotationnels Emergence anatomique Vis de serrage standard incluse	A-MPSA-330	
Emballage individuel Emballage de 10 pièces Vis de serrage standard Fournie avec les piliers provisoires et pouvant être également commandée séparément comme pièce remplacement	VM2-180 VM2-180-10	

Couple de serrage recommandé pour les piliers en résine REEF: 8-10 Ncm.

Couple de serrage recommandé pour les piliers en titane et en PEEK avec base en titane: 20-25 Ncm.

Phase de cicatrisation et de conditionnement avec provisoire B.O.P.T. en résine REEF - couronne unitaire transvissée

Pour les secteurs antérieurs, dans lesquels les espaces sont limités mais la nécessité d'un provisoire esthétique c'est encore plus grande, la gamme propose les piliers provisoires B.O.P.T. en résine REEF de forme réduit, sur lesquels pouvoir fixer aisément, au fauteuil, une coque préconfectionnée par le laboratoire.

Avertissement important

Dans le cas d'une canine, selon la séquence prothétique figurant ci-après, il est nécessaire de réduire l'élément fini, afin d'éviter que celui-ci, une fois mise en bouche, présente des interférences occlusales.



Fixer à l'implant le pilier provisoire B.O.P.T. en résine REEF avec hexagone de repositionnement au moyen de la vis incluse, en utilisant un tournevis de la série HSM d'une longueur appropriée. Laisser initialement au pilier provisoire sa longueur originale.



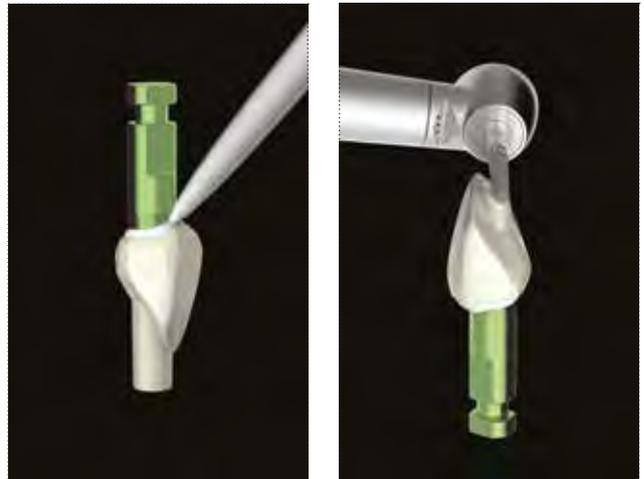
Insérer sur le pilier provisoire B.O.P.T. une coque réalisée en laboratoire et perforée de façon à créer un espace approprié au roulement sur le corps cylindrique en résine.



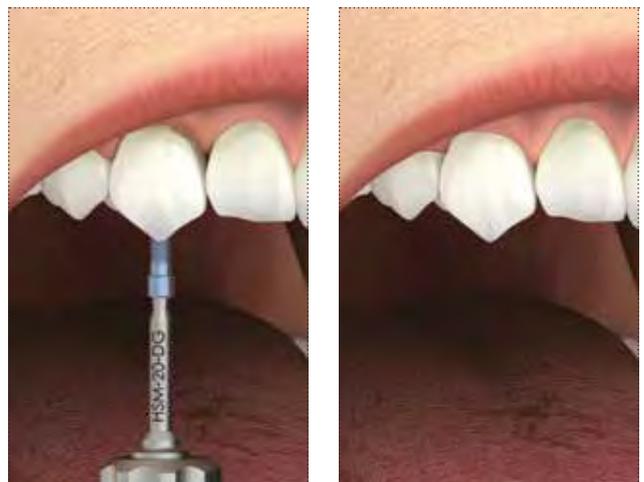
Fixer la couronne provisoire avec de la résine au pilier provisoire B.O.P.T. dans le bord occlusal.
Attendre la polymérisation selon les modes et les temps prévus par le producteur.



Après la polymérisation, enlever les deux parties, maintenant unies, les repositionner sur un analogue d'implant et effectuer le comblement en résine de tout l'espace interne restant entre la coque et le pilier provisoire B.O.P.T. Affiner le provisoire vissé tant dans la portion occlusale, en éliminant l'excédent du pilier provisoire, que dans la portion apicale, selon les formes appropriées des profils d'émergence.



Visser le provisoire à l'aide de la vis fournie et d'un tournevis de la série HSM. Le couple de serrage ne doit pas dépasser 8-10 Ncm. Le provisoire ne contribuera pas seulement à préserver une bonne qualité de vie du patient en attente de prothèse définitive mais, également, à la conformation correcte des tissus gingivaux qui accueilleront ensuite la prothèse avec d'excellents résultats esthétiques.



Réhabilitation provisoire unitaire transvissée - méthode indirecte

La réalisation du provisoire peut être également effectuée en laboratoire, sur un modèle.



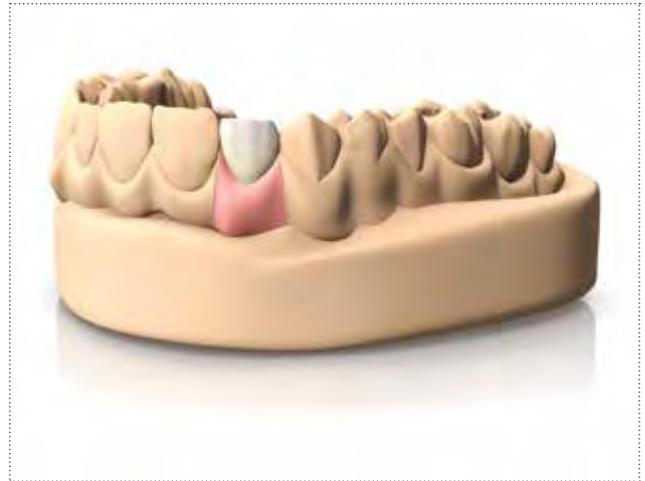
Positionner le pilier provisoire B.O.P.T. repositionnable en résine REEF sur le modèle.



Réduire le modèle à une dimension appropriée à la dimension verticale du patient avec un disque abrasif.



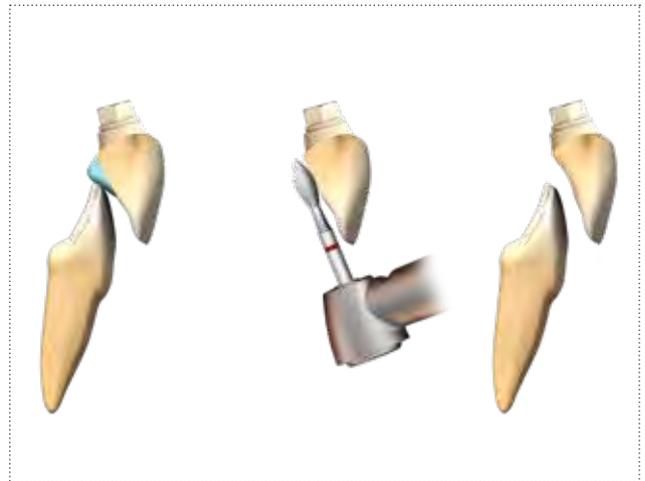
Réaliser la couronne transvissée selon les procédures traditionnelles.



Réduire l'élément fini, afin d'éviter que celui-ci, une fois inséré dans la bouche, présente des interférences occlusales.

Avertissement important

Le couple de serrage recommandé est de 8-10 Ncm.
Il est recommandé d'utiliser des vis neuves pour le serrage en bouche.



Réhabilitation provisoire unitaire transvissée avec chape Simple en titane

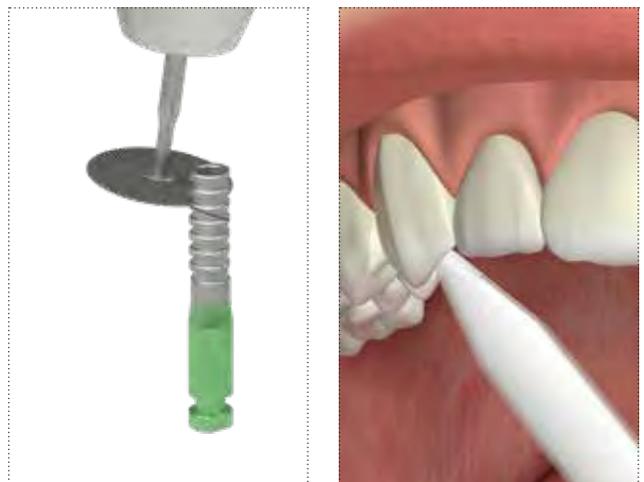
Enlever la vis de couverture ou la vis de cicatrisation pour exposer la connexion implantaire.
Utiliser le pilier provisoire Simple en titane Gr. 5 en version repositionnable et le visser sur l'implant, en lui laissant initialement sa longueur originale.
Le couple de serrage recommandé est de 8-10 Ncm.



Insérer sur le pilier Simple une coque réalisée en laboratoire et perforée de façon à créer un espace approprié au coulissement sur le corps du pilier.
Marquer les bords palatal et vestibulaire de la coiffe provisoire afin de pouvoir réduire ensuite la chape en titane d'une manière exacte.



Enlever la couronne provisoire et dévisser le pilier.
Visser le pilier sur un analogue et le couper à la hauteur indiquée, en utilisant un disque abrasif.
Repositionner le pilier sur l'implant, en vissant toujours la vis à 8-10 Ncm, et fixer la couronne dans la position voulue avec de la résine.



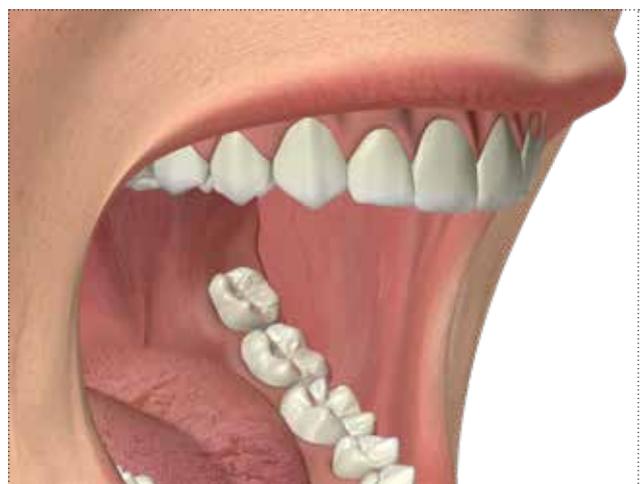
Retirer de la bouche du patient la couronne fixée à la cannule pour remplir de résine toute la cavité de la coque, en attendant la polymérisation selon les modes et les temps prévus.
Affiner ensuite le bord en éliminant toutes les aspérités.



La polymérisation achevée, visser le provisoire sur l'implant, en ayant soin d'éloigner les lambeaux de tissus mous de la connexion durant les manœuvres d'insertion. Le provisoire est vissé au moyen de la vis prévue et d'un tournevis de la série HSM.
Le couple de serrage recommandé est de 20-25 Ncm.



Remplir du téflon, du gutta-percha ou du ciment souple le trou de la vis du pilier provisoire Simple et fermer le sommet avec de la résine ou un composite pour préserver la tête de la vis. Le provisoire ne contribuera pas seulement à préserver une bonne qualité de vie du patient en attente de prothèse définitive mais, également, à la conformation correcte des tissus gingivaux qui accueilleront ensuite la prothèse définitive avec d'excellents résultats esthétiques.



Technique Simple pour la réalisation d'un provisoire en résine

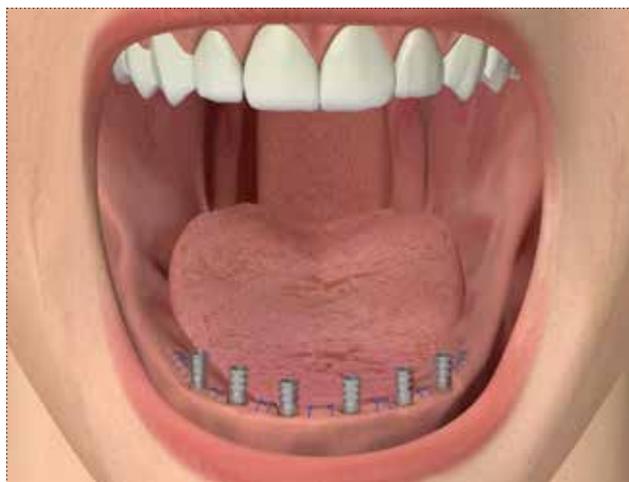
Sur le modèle préliminaire, réaliser une cire de diagnostic de l'arcade édentée pour l'étude fonctionnelle et esthétique du cas.

Réduire les piliers Simple en hauteur conformément à la dimension verticale définie par la cire de diagnostic.

Dans le cas d'un travail effectué avec prémontage sur des masques en silicone, enregistrer la morsure avec un mordure en silicone.



Visser les piliers Simple sur les implants venant d'être insérés et effectuer la suture des lambeaux autour de ceux-ci.



Insérer un bout de digue en silicone à la base des piliers Simple et les solidariser entre eux avec de la résine ou du composite, afin d'obtenir une clé de repositionnement. Si jugé approprié, les piliers peuvent être également solidarisés à une plaquette de repositionnement préconfectionnée en laboratoire.

Avertissement important

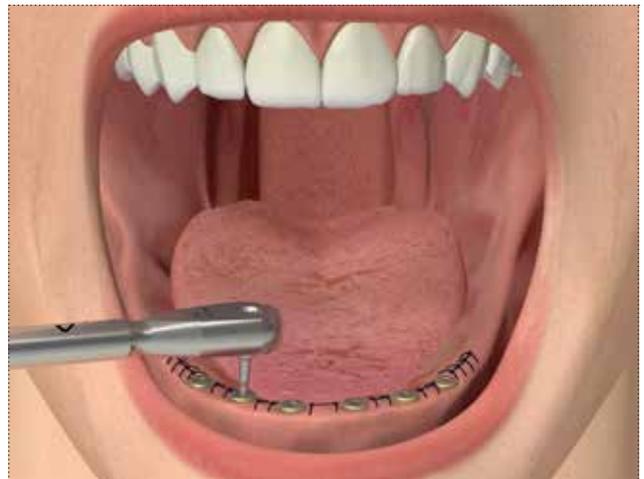
Veiller à suivre scrupuleusement les temps de durcissement de la résine indiqués par le producteur pour éviter des distorsions et/o contractions après le retrait de la clé de repositionnement de la bouche du patient.



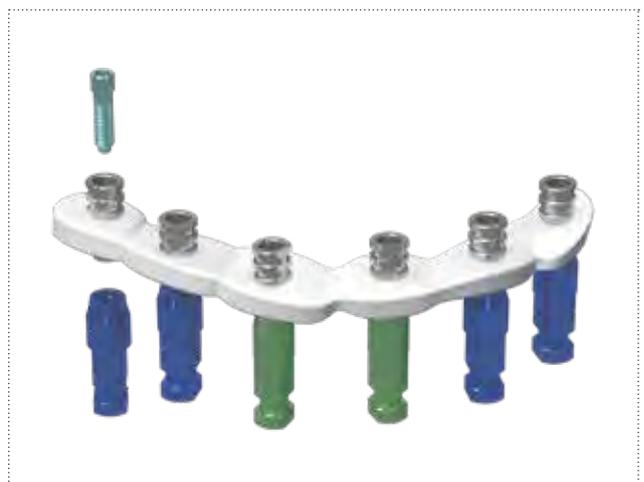
Relever le rapport intermaxillaire entre l'arcade supérieure et les piliers Simple avec un mordue en silicone



Retirer le silicone, dévisser les piliers Simple et positionner les vis de cicatrisation jusqu'à la remise du provisoire.



Sur les piliers Simple solidarisés, visser les ses analogues corrects.



Insérer l'assemblage entier à l'intérieur du site intra-opératoire en silicone.
Ce site, opportunément repositionné dans l'articulateur, permet de compléter le modèle inférieur avec la position tridimensionnelle des implants.

Remarque: cette phase peut être réalisée soit en coulant un nouveau modèle à partir de la clé de repositionnement boxée dans l'articulateur, soit avec la technique du modèle unique, c'est-à-dire en déchargeant le modèle préliminaire et en repositionnant les analogues vissés à la clé de repositionnement.



Englober dans la cire de diagnostic la clé de repositionnement en résine.
Si le masque en silicone a été réalisé, repositionner les dents utilisées lors du prémontage à l'intérieur des logements respectifs et couler la résine.

Avertissement important

Il est opportun de modeler et de polir de manière appropriée les profils d'émergence des piliers Simple afin d'obtenir un conditionnement optimal des tissus mous en voie de cicatrisation.



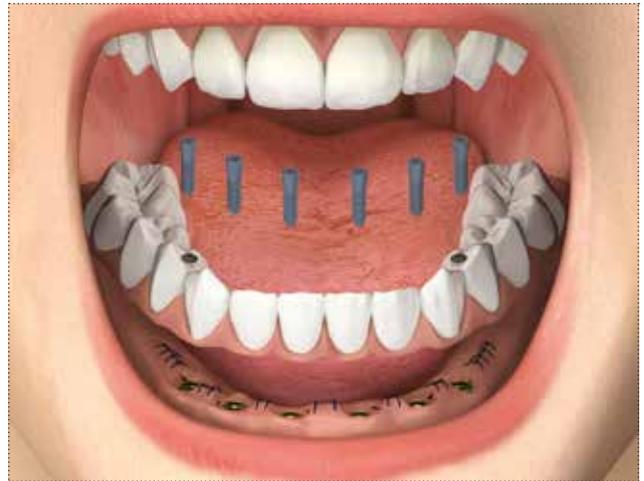
Enlever le provisoire du modèle.



Visser le provisoire Simple en bouche en en contrôlant la passivation et les relations occlusales.

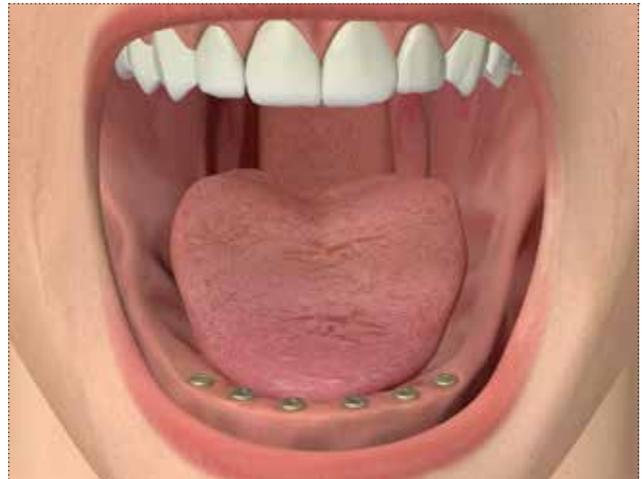
Avertissement important

Il est recommandé d'utiliser toujours des vis d'essai pour les phases de laboratoire et de conserver les nouvelles vis incluses pour la fixation définitive dans la cavité orale.



Technique Simple pour structure avec armature

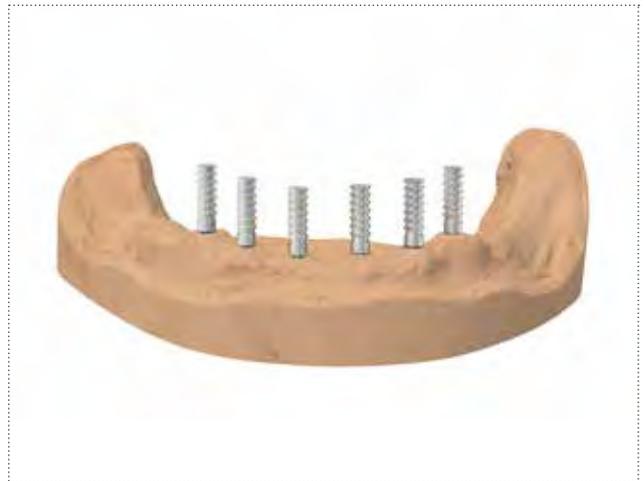
Après avoir pris l'empreinte post-opératoire (voir page 42 et suivantes), dans l'attente de la remise de la prothèse, visser les vis de cicatrisation sur les implants en choisissant la hauteur appropriée.



Sur le modèle réalisé précédemment, fixer les piliers en titane Simple à l'aide du tournevis de la série HSM.

Avertissement important

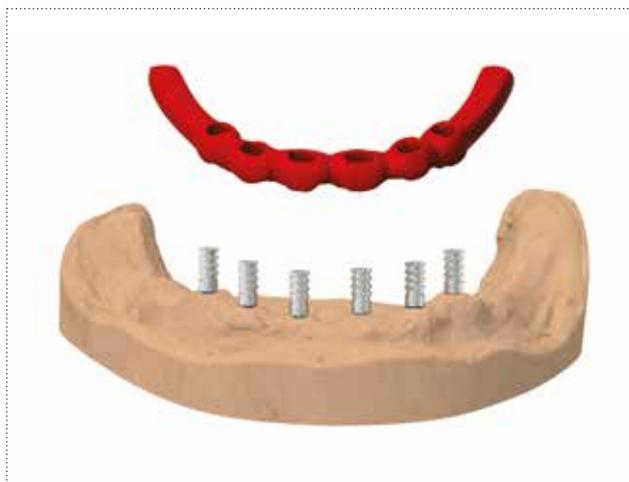
Il est recommandé d'utiliser toujours des vis d'essai pour les phases de laboratoire et de conserver les nouvelles vis incluses pour la fixation définitive dans la cavité orale.



Réduire les piliers Simple à une dimension conforme à la dimension verticale du patient, en utilisant le masque en silicone obtenu d'un prémontage ou en plaçant la structure dans l'articulateur en rapport avec l'espace laissé par l'antagoniste.



Modeler comme d'habitude la structure de renfort de la prothèse avec de la cire ou de la résine et la modeler autour des piliers Simple.



Procéder à la réalisation de la structure métallique de la manière habituelle. Essayer la structure sur le modèle pour en vérifier la passivité complète et le perçage correct à proximité des piliers Simple. Finaliser l'esthétique rose et blanche de la prothèse.



Visser les piliers Simple en bouche en respectant les positions définies par le laboratoire. Essayer le provisoire en contrôlant la passivation et les relations occlusales et effectuer le collage définitif. Affiner le provisoire à la base et le revisser dans la bouche du patient respectant un couple de serrage de 20-25 Ncm. Fermer les trous de vis avec un matériel pouvant être éliminé par l'opérateur.

Remarque: Au cas où l'on préfère ne pas réaliser de structure avec armature, il est possible de réutiliser la prothèse overdenture existante du patient. Effectuer le rebasage et le décharger au niveau des piliers, coller la structure aux piliers.



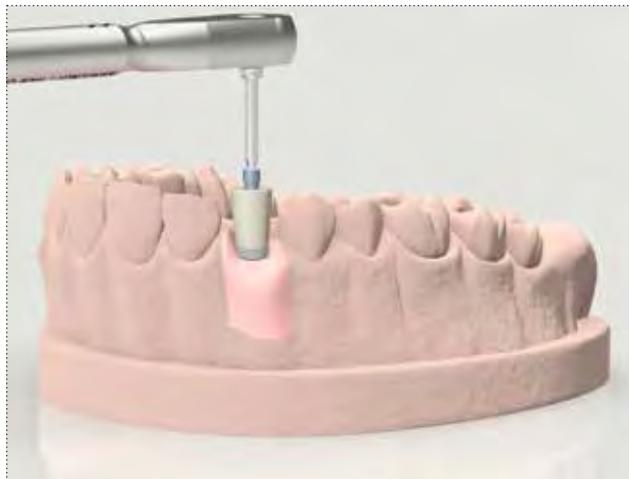
Réhabilitation provisoire unitaire scellée sur pilier Simple en PEEK avec base en titane

Visser un pilier provisoire Simple en PEEK dans la bouche du patient ou sur un modèle à l'aide d'un tournevis de la série HSM. Le couple de serrage ne doit pas dépasser 8-10 Ncm.

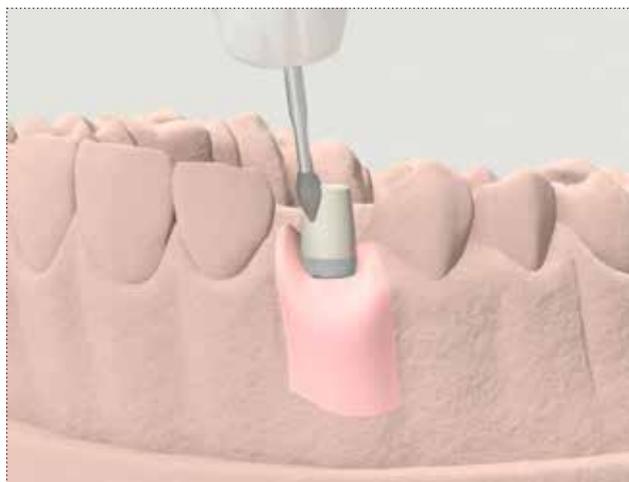
Dans le cas où le vissage soit effectué en bouche, marquer les bords palatal et vestibulaire sur le pilier.

Avertissement important

Il est toujours opportun d'usiner le pilier hors de la cavité orale, en le vissant au modèle ou éventuellement à un analogue, afin d'éviter que les vibrations puissent compromettre la stabilité primaire de l'implant



Réduire la hauteur et le diamètre du pilier en veillant à préserver l'intégrité de la tête de la vis pour ne pas risquer de la modifier et de créer des problèmes de type mécanique durant les manœuvres de vissage ou de dévissage.



Effectuer des trous ou des rainures de rétention sur le corps en PEEK du pilier pour faciliter la cimentation de la couronne provisoire.



Définir la forme, le volume et l'occlusion en effectuant une cire de diagnostic et en réalisant la couronne provisoire selon la méthodologie désirée.



Visser le pilier en PEEK à l'implant en utilisant le tournevis approprié de la série HSM. Le couple de serrage recommandé est de 20-25 Ncm. Effectuer la cimentation de la couronne sur le pilier.

Avertissement important

Il est recommandé d'utiliser toujours des vis d'essai pour les phases de laboratoire et de conserver les nouvelles vis incluses pour la fixation définitive dans la cavité orale.



Le provisoire ne contribuera pas seulement à préserver une bonne qualité de vie du patient en attente de prothèse définitive mais, également, à la conformation correcte des tissus gingivaux qui accueilleront ensuite la prothèse définitive avec d'excellents résultats esthétiques.



Réhabilitation provisoire d'arcade complète scellée sur piliers Simple en PEEK avec base en titane

Visser les piliers provisoires Simple en PEEK dans la bouche du patient ou sur un modèle utilisant les tournevis de la série HSM.
Le couple de serrage ne doit pas dépasser 8-10 Ncm.
Dans le cas où le vissage soit effectué en bouche, marquer les bords palatal et vestibulaire sur les piliers.

Avertissement important

Il est toujours opportun d'usiner les piliers hors de la cavité orale, en les vissant au modèle ou éventuellement à des analogues, afin d'éviter que les vibrations puissent compromettre la stabilité primaire de l'implant, surtout en cas de mise en charge immédiate.



Réduire la hauteur et le diamètre des piliers en veillant à préserver l'intégrité de la tête de la vis pour ne pas risquer de la modifier et de créer des problèmes de type mécanique pendant les manœuvres de vissage ou de dévissage.



Effectuer des trous ou des rainures de rétention sur le corps en PEEK des piliers pour faciliter la cimentation de la prothèse provisoire.



Définir la forme, le volume et l'occlusion en effectuant une cire de diagnostic et en réalisant la prothèse provisoire selon la méthodologie désirée.



Visser les piliers en PEEK à l'implant en utilisant le tournevis approprié de la série HSM.
Le couple de serrage recommandé est de 20-25 Ncm.
Effectuer la cimentation de la structure sur les piliers en veillant à éliminer tout le ciment excédent.

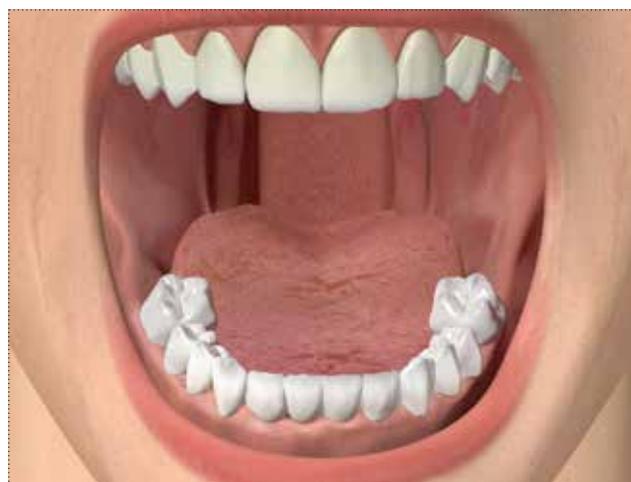


Avertissement important

Il est recommandé d'utiliser toujours des vis d'essai pour les phases de laboratoire et de conserver les nouvelles vis incluses pour la fixation définitive dans la cavité orale.



Le provisoire ne contribuera pas seulement à préserver une bonne qualité de vie du patient en attente de prothèse définitive mais, également, à la conformation correcte des tissus gingivaux qui accueilleront ensuite la prothèse définitive avec d'excellents résultats esthétiques.



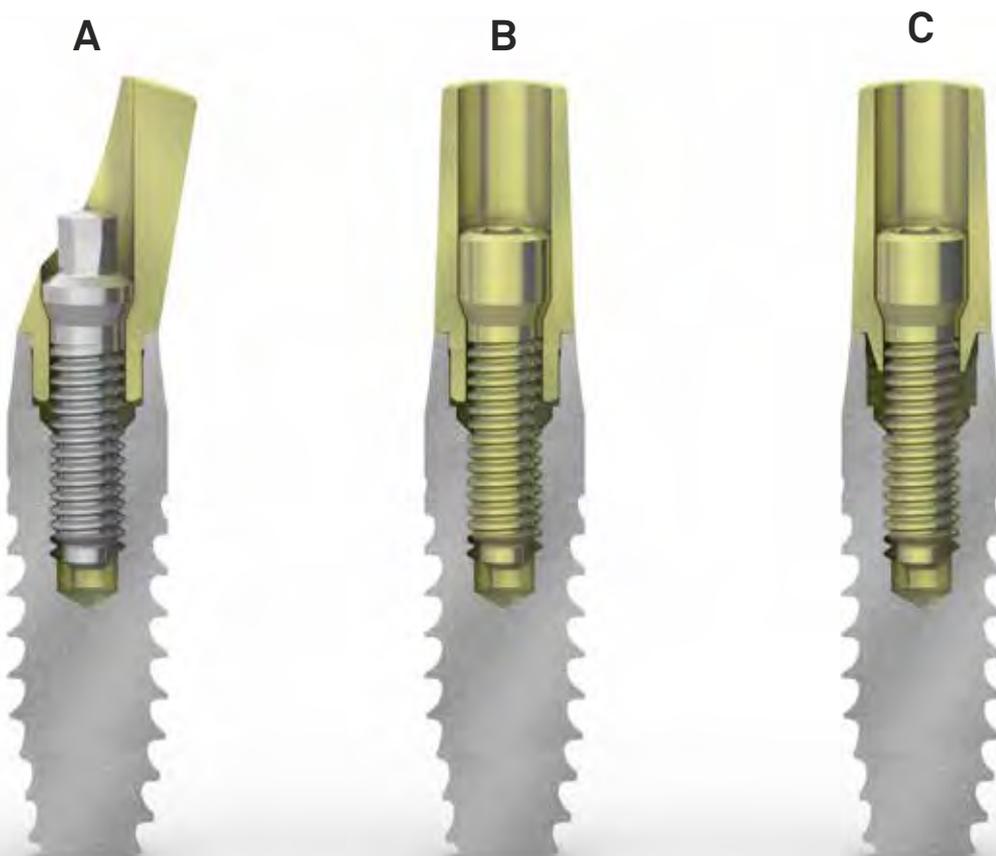
Réhabilitation définitive avec des piliers préformés

Les piliers préformés droits et angulés sont produits en titane Gr. 5 et sont successivement soumis à un processus de passivation contrôlée qui comporte le virage de leur couleur superficielle, aboutissant à un jaune doré caractéristique. Cette couleur, obtenue par le un processus d'oxydation et donc sans aucun type de revêtement, garantit ainsi l'utilisation d'une surface hautement biocompatible et de haute valeur esthétique, surtout en cas d'utilisation avec les implants ZirTi Gold UTM.

Le serrage des piliers angulés (**img. A**) est effectué avec une vis à technologie Full Head, à appui conique et embout hexagonal plein, qui présente un profil réduit par rapport à la tête des vis standard, ceci lui permettant de plus grandes possibilités de personnalisation en cas d'inclinaisons particulières.

Les piliers droits sont disponibles en deux hauteurs, tant avec hexagone de repositionnement (**img. B**), indiqués pour des réhabilitations unitaires et multiples scellées, que sans hexagone (**img. C**), indiqués pour un protocole pour prothèse transvissée. Les deux typologies sont serrées au moyen de vis de serrage à appui conique avec tête traditionnelle à embout hexagonal interne, utilisant les tournevis de la série HSM.

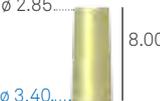
Des essais internes ont démontré que l'appui conique augmente la résistance au dévissage de 20%.



Piliers préformés droits et angulés

description	code	
Piliers préformés droits Indexés H. 6.00 mm Vis de serrage à appui conique incluse	L-MD-340-6	
Piliers préformés droits Indexés H. 8.00 mm Vis de serrage à appui conique incluse	L-MD-340-8	
Piliers préformés angulés à 15° Indexés H. 6.00 mm Vis de serrage Full Head incluse	L-MA15-340	
Emballage individuel Emballage de 10 pièces Vis de serrage à appui conique Fournie avec les piliers droits et pouvant être également commandée séparément comme pièce de remplacement	L-VMS-180 L-VMS-180-10	
Emballage individuel Emballage de 10 pièces Vis de serrage avec technologie Full Head Comprise avec les piliers angulés, pas comprise avec les piliers droits, disponible en option*	L-VM-180 L-VM-180-10	

Piliers préformés coniques

description	code	
Piliers préformés coniques Rotationnels H. 6.00 mm Vis de serrage à appui conique incluse	L-MD-340-6-ROT	
Piliers préformés coniques Rotationnels H. 8.00 mm Vis de serrage à appui conique incluse	L-MD-340-8-ROT	
Emballage individuel Emballage de 10 pièces Vis de serrage à appui conique Fournie avec les piliers coniques et pouvant être également commandée séparément comme pièce de remplacement	L-VMS-180 L-VMS-180-10	

Couple de serrage recommandé pour les piliers préformés: 20-25 Ncm.

*Les vis de serrage avec technologie Full Head (L-VM-180) doivent être serrées avec les tournevis spécifiques pour vis avec technologie Full Head, contenus dans le kit chirurgical Prama.

Avertissement important

Il est recommandé d'utiliser toujours des vis d'essai pour les phases de laboratoire et de conserver la nouvelle vis fournie pour la fixation définitive dans la cavité orale.

Voir les caractéristiques techniques du titane Gr. 5 en pag. 238.

Réhabilitation définitive unitaire scellée avec des piliers préformés

Visser le transfert Prama à l'analogue au moyen du tournevis spécifique de la série HSM.



Avec de la cire ou de la résine, boxer l'empreinte et couler le modèle selon la manière habituelle: l'analogue Prama reproduira exactement la position du col transgingival de l'implant.



Visser le pilier droit ou angulé sur l'analogue, selon les exigences prothétiques, en utilisant le tournevis approprié à la vis. Le couple de serrage sur modèle ne doit pas dépasser 8-10 Ncm.

Avertissement important

Il est recommandé d'utiliser toujours des vis d'essai pour les phases de laboratoire et de conserver la nouvelle vis incluse pour la fixation définitive dans la cavité orale



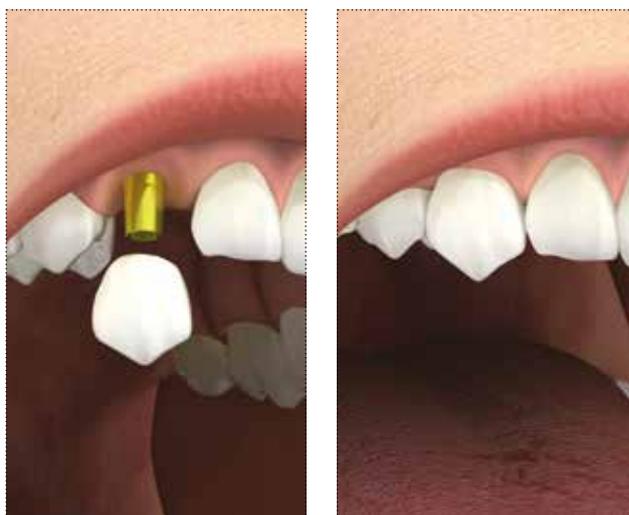
Après avoir assemblé les modèles sur articulateur, définir les hauteurs du pilier par rapport à l'espace avec antagoniste. Parallèlement, définir la morphologie des tissus mous désirée en éliminant le plâtre et en recréant le nouveau profil d'émergence avec le silicone prévu pour la simulation de gencives. Définir la forme, le volume et l'occlusion en effectuant une cire d'analyse et en réalisant la couronne selon la méthodologie désirée.



Visser le pilier sur l'implant à l'aide de la vis spécifiquement incluse et d'un tournevis de la série HSM. Le couple de serrage recommandé est de 20-25 Ncm.



Sceller la couronne sur le pilier. Les gencives se conformeront à la morphologie de la couronne en recréant les profils d'émergence planifiés précédemment.



Réhabilitation définitive unitaire avec un pilier préformé conique: méthode de collage

Sur le modèle de précision, installer un pilier préformé conique en choisissant la hauteur parmi les piliers disponibles en pag. 71. Fixer les piliers en respectant un couple de serrage maximal de 8-10 Ncm.

Avertissement important

Il est recommandé d'utiliser toujours des vis d'essai pour les phases de laboratoire et de conserver la nouvelle vis incluse pour la fixation définitive dans la cavité orale.



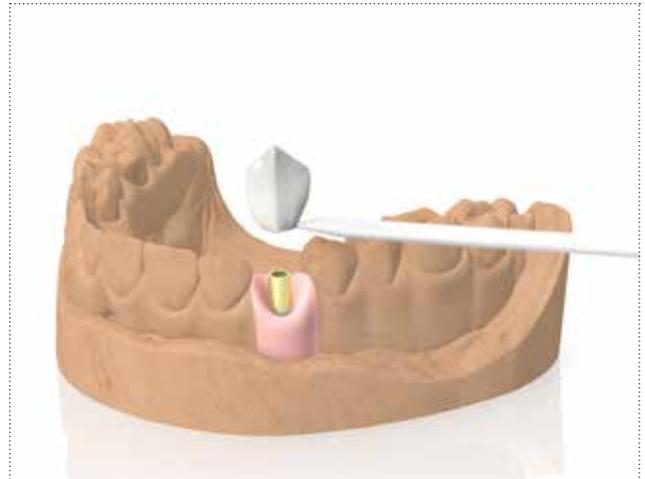
Modeler la couronne esthétique définitive en résine calcinable autour du pilier conique.



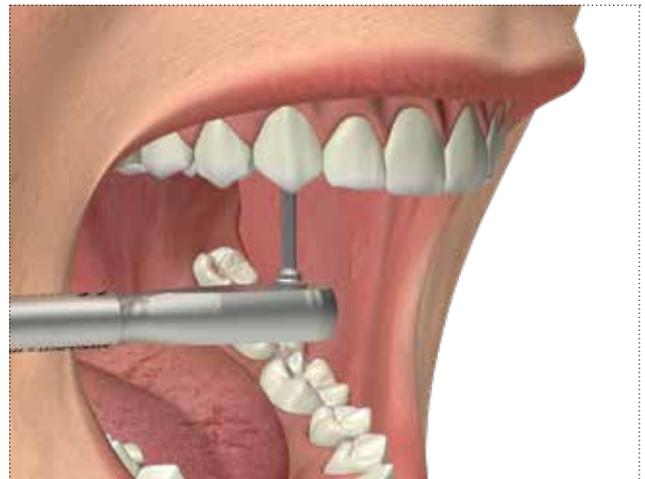
Réaliser la couronne par coulée ou par technologie CAD CAM Essayer la couronne sur un modèle pour vérifier l'absence de toutes aspérités pouvant entraver le positionnement correct de celle-ci.



Céramiser la couronne définitive et, après , procéder au collage sur le pilier positionné sur le modèle, en attendant la polymérisation selon les modes et les temps prévus.



Après la polymérisation, serrer la couronne sur l'implant à l'aide de la vis spécifiquement incluse et d'un tournevis de la série HSM.
Le couple de serrage recommandé est de 20-25 Ncm.



Les gencives se conformeront à la morphologie de la couronne en recréant les profils d'émergence planifiés précédemment.



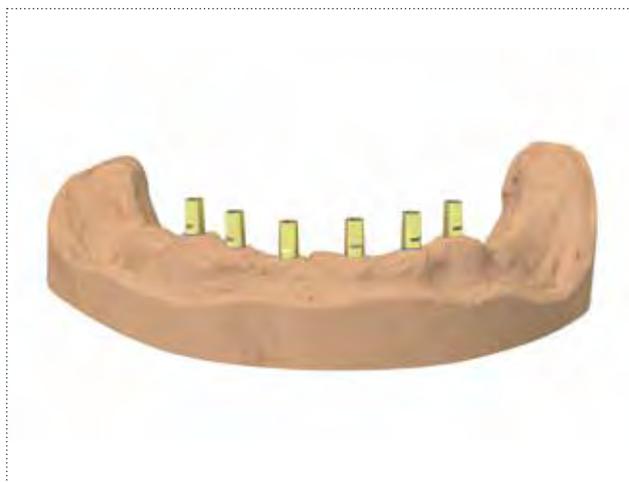
Réhabilitation définitive d'arcade complète scellée avec des piliers préformés

Sur le modèle de précision, insérer un pilier préformé sur chaque analogue en en choisissant la hauteur et l'éventuelle inclinaison parmi les piliers disponibles en pag. 71.

Fixer en respectant un couple de serrage maximal de 8-10 Ncm.

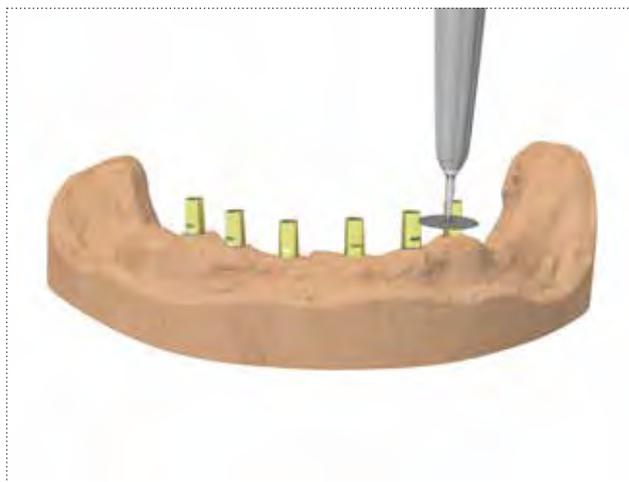
Avertissement important

Il est recommandé d'utiliser toujours des vis d'essai pour les phases de laboratoire et de conserver les nouvelles vis incluses pour la fixation définitive dans la cavité orale.



Réduire la hauteur des piliers, sans compromettre les têtes de vis.

Notez bien : dans le cas où les implants soient disparallèles, il peut être utile de recourir aux piliers angulés et éventuellement au parallélogramme pour de légères retouches. Pour des modifications plus importantes, qui risqueraient de rendre fragiles les parois des piliers préformés, il est conseillé d'utiliser des piliers fraisables (voir pag. 81).



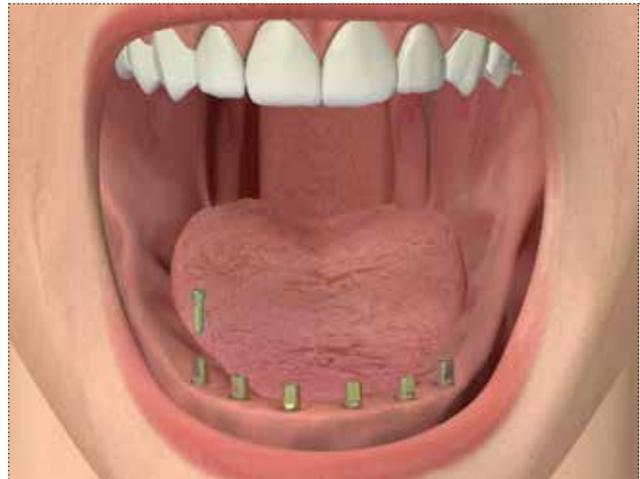
Modeler la structure en cire ou en résine calcifiable en prenant en considération un espace approprié pour le ciment, procéder à la coulée de la structure ou produire celle-ci par technologie CAD CAM. Essayer la structure sur un modèle pour en vérifier la passivité complète.

Avertissement important

Si la structure ne devait pas être complètement passive bien que le protocole de vérification normal ait été suivi avant la coulée, effectuer les corrections selon la manière habituelle.



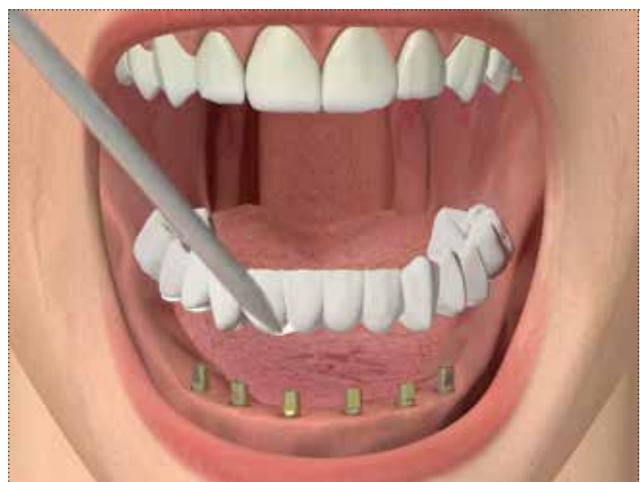
Visser les piliers modifiés en bouche, en ayant soin de respecter la position de chaque élément et de maintenir le même positionnement des faces antirotationnelles que sur le modèle.
Serrer les vis à 20-25 Ncm avec une clé dynamométrique et un tournevis de la série HSM.



Effectuer un essai de la structure métallique dans la bouche du patient pour en vérifier la passivité complète et procéder éventuellement à une correction supplémentaire.

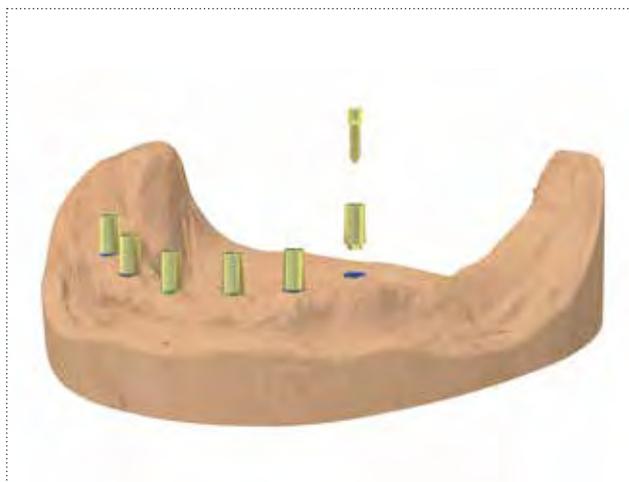


Céramiser la prothèse définitive de la manière habituelle. Sceller l'arcade sur les piliers en ayant soin d'éliminer tout le ciment en excès des bords.

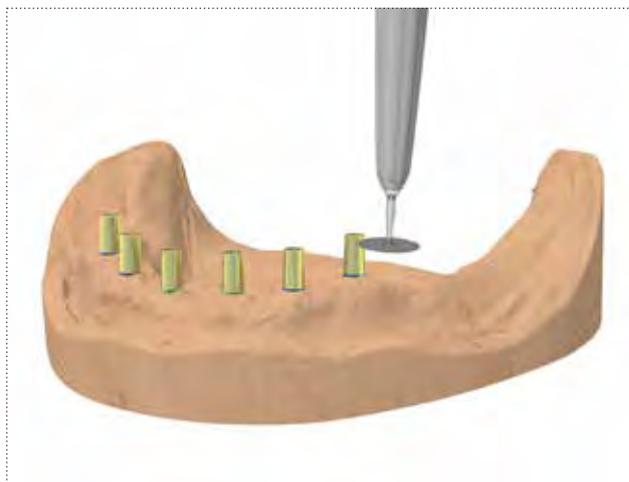


Réhabilitation définitive d'arcade complète transvissée sur des piliers préformés coniques

Sur le modèle de précision, insérer un pilier préformé sur chaque analogue en en choisissant la hauteur parmi les hauteurs disponibles en pag. 71.
Fixer les piliers en respectant un couple de serrage maximal de 8-10 Ncm.



Réduire la hauteur des piliers, sans compromettre les têtes de vis.



Modeler la structure calcifiable qui permettra d'obtenir la structure métallique de la prothèse. Couler la structure ou la produire par techniques numériques CAD CAM en veillant à décharger la prothèse à proximité des piliers présents sur le modèle. Essayer la travée sur un modèle pour vérifier l'absence de toute aspérité pouvant entraver le positionnement correct sur les piliers et effectuer éventuellement les corrections avec un foret.



Avertissement important

Si la structure ne devait pas être complètement passive bien que le protocole de vérification normal ait été suivi avant la coulée, effectuer les corrections selon la manière habituelle.



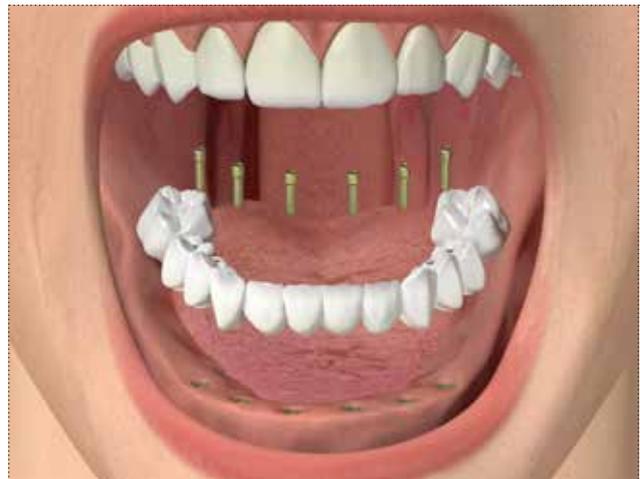
Céramiser la prothèse définitive de la manière habituelle. Procéder ensuite au collage de la prothèse sur les piliers montés sur le modèle.



Dévisser du modèle la structure formée par les piliers coniques et par la prothèse et effectuer ensuite le vissage dans la bouche du patient. Serrer les vis à 20-25 Ncm avec une clé dynamométrique et un tournevis de la série HSM.

Avertissement important

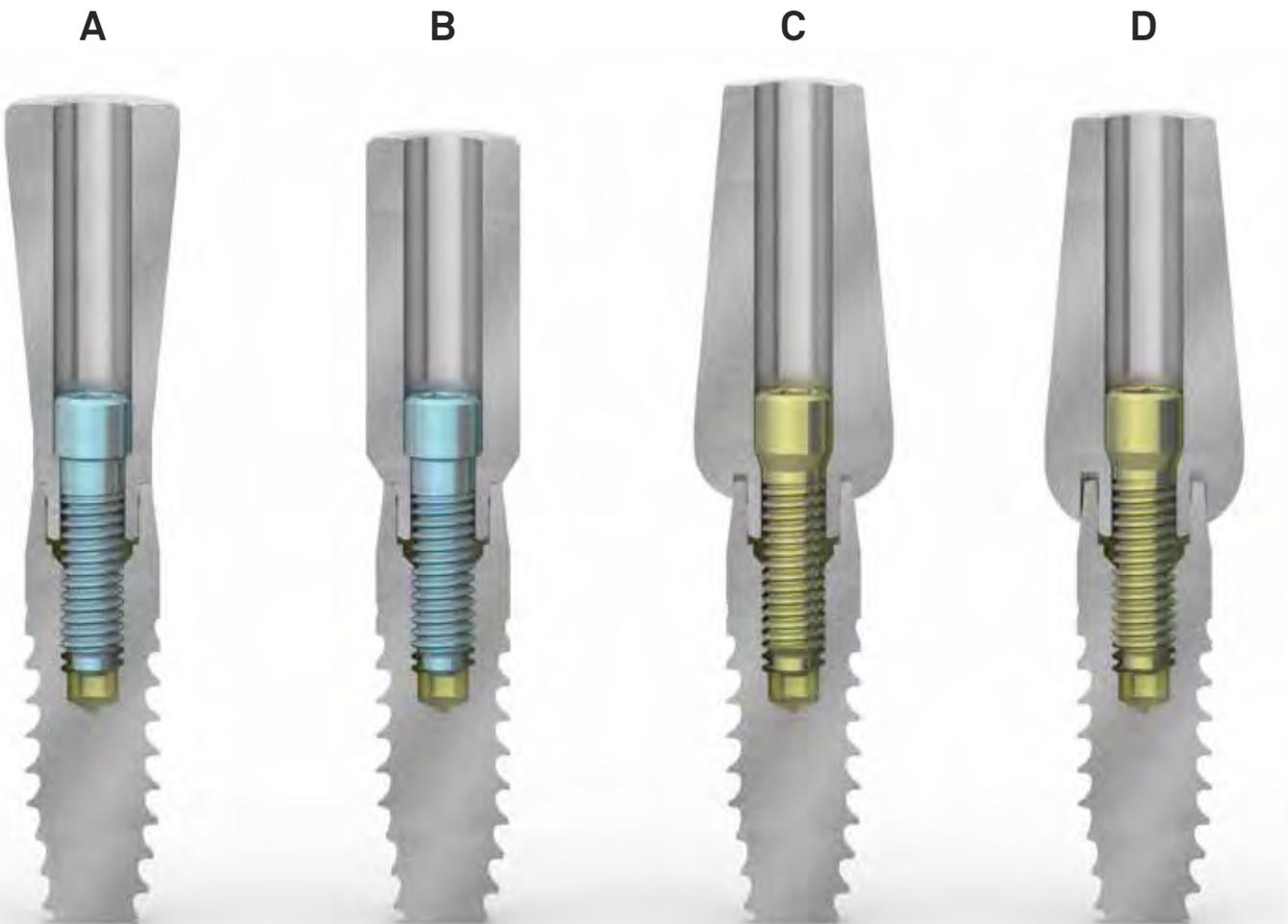
Il est recommandé d'utiliser toujours des vis d'essai pour les phases de laboratoire et de conserver les nouvelles vis incluses pour la fixation définitive dans la cavité orale.



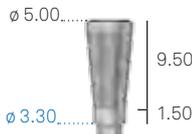
Réhabilitation définitive avec des piliers fraisables

Les piliers fraisables sont réalisés en titane Gr. 5 et permettent de réaliser des protocoles de type scellé pour des réhabilitations tant unitaires que multiples. Ils répondent à des exigences anatomiques complexes, en termes tant d'espaces prothétiques que de disparallélisme implantaire, grâce à la possibilité d'être fraisés. Les piliers fraisables sont disponibles en trois morphologies différentes:

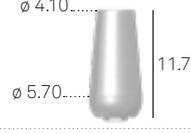
- émergence droite (**img. A**), avec un profil en cône renversé caractéristique, qui les rend particulièrement indiqués pour des angulations jusqu'à 10° et des profils réduits ;
- SIMPLE (**img. B**), dont le profil d'émergence s'adapte à toute anatomie obtenue avec les provisoires SIMPLE ;
- Prama IN (**img. C et D**), disponibles en deux hauteurs de fermeture sur le col de l'implant différentes (0,50 mm ou 1,50 mm) et permettant, en outre, un modelage hybride, avec une partie du pilier avec préparation à finir et la partie opposée dans laquelle un bord de fermeture peut être déterminé (voir pag. 82).



Piliers fraisables

description	code	
Piliers fraisables standard Indexés Emergence droite Vis de serrage standard incluse	A-MF-330	
Piliers fraisables Simple Indexés Emergence très vaste Vis de serrage standard incluse	A-MFS-330	
Emballage individuel Emballage de 10 pièces Vis de serrage standard incluse et pouvant être également commandée séparément comme pièce de remplacement	VM2-180 VM2-180-10	

Piliers fraisables Prama IN

ø implant	3.80 mm	4.25 mm	5.00 mm
Piliers fraisables Prama IN Indexés Fermeture sur le col 0.50 mm Vis de serrage à appui conique incluse	L-MF-380-05 	L-MF-425-05 	L-MF-500-05 
Piliers fraisables Prama IN Indexés Fermeture sur le col 1.50 mm Vis de serrage à appui conique incluse	L-MF-380-15 	L-MF-425-15 	L-MF-500-15 
Emballage individuel Emballage de 10 pièces Vis de serrage à appui conique incluse avec les piliers et pouvant être également commandée séparément comme pièce de remplacement	L-VMS-180 L-VMS-180-10 	Utiliser L-VMS-180	Utiliser L-VMS-180
Emballage individuel Emballage de 10 pièces Vis de serrage avec technologie Full Head Non comprise avec les piliers, disponible en option*	L-VM-180 L-VM-180-10 	Utiliser L-VM-180	Utiliser L-VM-180

Couple de serrage recommandé pour les piliers fraisables: 20-25 Ncm.

*Les vis de serrage avec technologie Full Head (L-VM-180) doivent être serrées avec les tournevis spécifiques pour vis avec technologie Full Head, contenus dans le kit chirurgical Prama.

Pendant les jours qui suivent immédiatement une réhabilitation prothétique transvissée avec une prothèse Prama IN, il est normal que les mouvements masticatoires provoquent une légère stabilisation de la prothèse, celle-ci pouvant parfois causer un desserrage minimal de la vis de fixation. Afin d'assurer une stabilisation prothétique optimale, il est conseillé, 7 à 10 jours après le positionnement de la prothèse, d'enlever celle-ci et d'effectuer un tour de serrage supplémentaire de la vis, afin d'en garantir une fixation correcte et solide qui seconde d'une manière naturelle les mouvements masticatoires du patient.

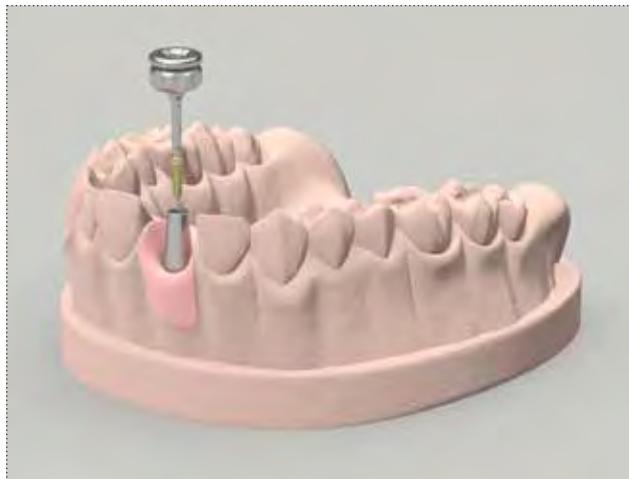
Voir les caractéristiques techniques du titane Gr. 5 en pag. 238.

Réhabilitation définitive unitaire scellée avec un pilier fraisable Prama-IN

Sur le modèle de précision, insérer un pilier fraisable en le choisissant parmi les piliers disponibles en pag. 81. L'image représente un pilier Prama IN. Fixer le pilier en respectant un couple de serrage maximal de 8-10 Ncm.

Avertissement important

Il est recommandé d'utiliser toujours des vis d'essai pour les phases de laboratoire et de conserver la nouvelle vis incluse pour la fixation définitive dans la cavité orale.

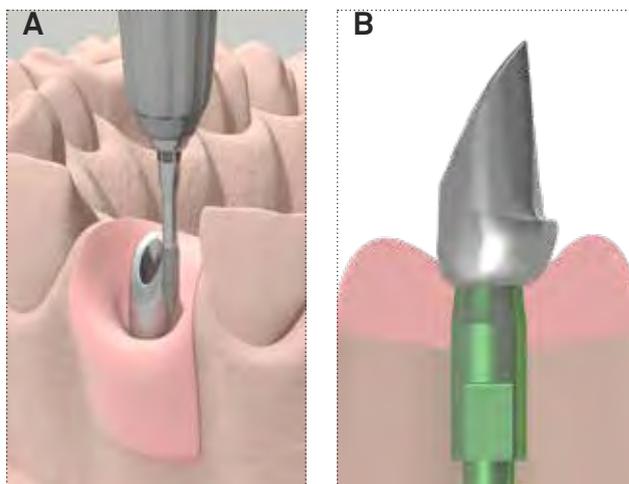


Modeler le pilier en en réduisant la hauteur et le volume dans les endroits nécessaires (**img. A**).

Notez bien : en cas de choix d'utilisation d'un pilier fraisable Prama IN, il est possible de réaliser, en laboratoire, un bord dans la zone palatale ou linguale du pilier en maintenant une préparation à finir dans la partie vestibulaire, selon l'image ci-contre (**img. B**).

Avertissement important

Dans le cas où la tête de la vis à appui conique avec tête standard crée des interférences, il est toujours possible d'utiliser la vis Full Head (cod. L-VM-180).



Modeler en cire ou en résine calcinable la coiffe sur le pilier, prenant en considération un espace approprié pour le ciment.



Couler la coiffe ou la produire par technologie CAD CAM. Essayer la structure sur un modèle pour vérifier l'absence de toute aspérité pouvant entraver le positionnement correct de la coiffe sur le pilier et effectuer éventuellement les corrections avec un foret.

Céramiser la prothèse définitive comme d'ordinaire et sceller la couronne sur le pilier en ayant soin d'éliminer tout le ciment en excès du bord.



Positionner le pilier en bouche et le fixer avec la vis incluse avec le pilier, en respectant un couple de serrage de 20-25 Ncm.



Remarque: En cas d'utilisation d'un pilier fraisable Prama IN avec préparation hybride, il est possible d'utiliser une technique de cimentation extra-orale qui consiste à positionner une couche de ciment à l'intérieur de la couronne, insérant ensuite celle-ci sur une réplique en résine du pilier modelé et exerçant une légère pression de manière à faire sortir le ciment en excès. Retirer ensuite la couronne de la réplique du pilier et en éliminer le ciment en excès avant d'effectuer la cimentation définitive dans la cavité orale.

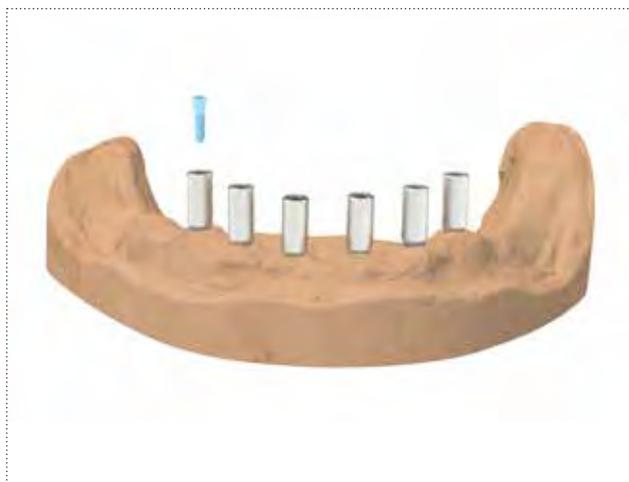


Réhabilitation définitive d'arcade complète scellée avec des piliers fraisables Prama-IN

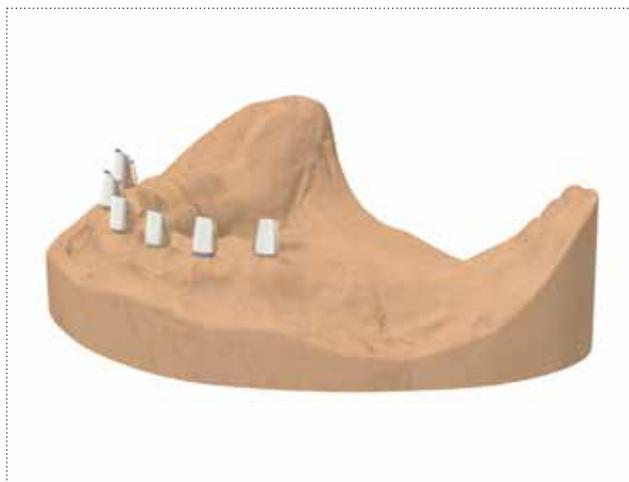
Sur le modèle de précision, insérer un pilier fraisable sur chaque analogue en le choisissant parmi les piliers disponibles en pag. 81. Fixer chaque pilier en respectant un couple de serrage maximal de 8-10 Ncm.

Avertissement important

Il est recommandé d'utiliser toujours des vis d'essai pour les phases de laboratoire et de conserver les nouvelles vis incluses pour la fixation définitive dans la cavité orale.



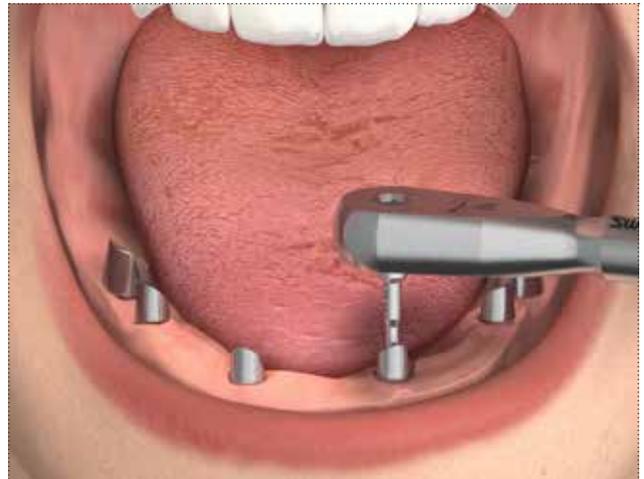
Modeler les piliers en en réduisant la hauteur et le volume puis corriger, dans les endroits nécessaires, les éventuels disparallélismes à l'aide d'un parallélogramme.



Modeler la structure en cire ou en résine calcinable en prenant en considération un espace approprié pour le ciment, puis procéder à la coulée ou produire la structure par technologie CAD CAM. Essayer la structure sur un modèle pour en vérifier la passivité complète.



Visser les piliers modifiés en bouche en ayant soin de respecter la position de chaque élément ainsi qu'un couple de serrage de 20-25 Ncm.



Essayer la travée en bouche pour vérifier l'absence de toute aspérité pouvant entraver le positionnement correct sur les piliers et en effectuer éventuellement les corrections avec un foret.



Céramiser la prothèse définitive de la manière habituelle. La sceller sur les piliers en ayant soin d'éliminer tout le ciment en excès du bord.



Réhabilitation définitive avec des piliers Dynamic Abutment

Le pilier Dynamic Abutment* représente une solution prothétique brevetée flexible, qui permet de réaliser une prothèse esthétique sur les implants, en amenant le trou de la vis en position palatale ou linguale et en résolvant d'éventuels problèmes de disparallélisme, avec une liberté d'angulation de la prothèse jusqu'à 28°. Ceci est possible grâce à la synergie entre la chape calcinable rotationnelle sur la tête sphérique du pilier et le tournevis à pointe au design hexalobulaire particulier, qui permet également d'engager la tête de la vis en présence d'une angulation accentuée.

Le pilier Dynamic Abutment est disponible avec une base en chrome-cobalt pour surcoulée et en polymère entièrement calcinable, en version repositionnable pour couronnes unitaires et non repositionnable pour structures multiples.



description	code
Pilier Dynamic Abutment Indexé Avec base en chrome-cobalt pour surcoulée Vis de serrage non incluse	PD3PKH330/CC 
Pilier Dynamic Abutment Rotationnel Avec base en chrome-cobalt pour surcoulée Vis de serrage non incluse	PD3PKR330/CC 
Pilier Dynamic Abutment Indexé Entièrement calcinable Vis de serrage non incluse	PD3PKH330/P 
Pilier Dynamic Abutment Rotationnel Entièrement calcinable Vis de serrage non incluse	PD3PKR330/P 
Vis de serrage Non incluse, pouvant être commandée séparément	TPDH18L66 

description	code
Tournevis pour Dynamic Abutment, longueur 24mm Il doit être fourni séparément.	DSPDCLH-24 
Tournevis pour Dynamic Abutment, longueur 32mm Il doit être fourni séparément	DSPDCLH-32 

Couple de serrage recommandé pour les piliers Dynamic Abutment: 20-25 Ncm.

Avertissement important

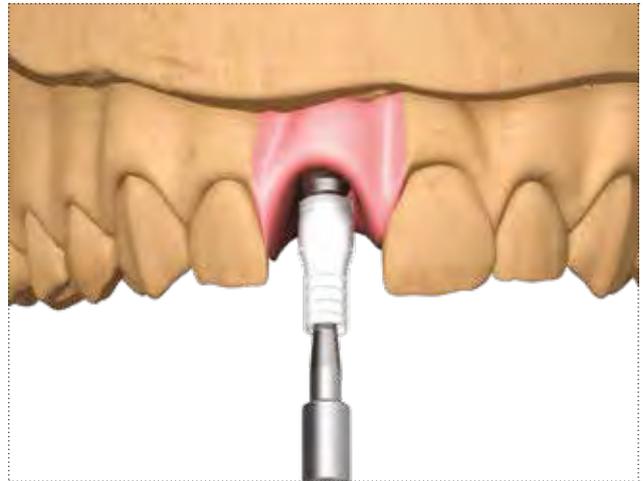
Il est recommandé d'utiliser toujours des vis d'essai pour les phases de laboratoire et de conserver la nouvelle vis fournie incluse pour la fixation définitive dans la cavité orale.

Réhabilitation définitive unitaire transvissée avec des piliers Dynamic Abutment

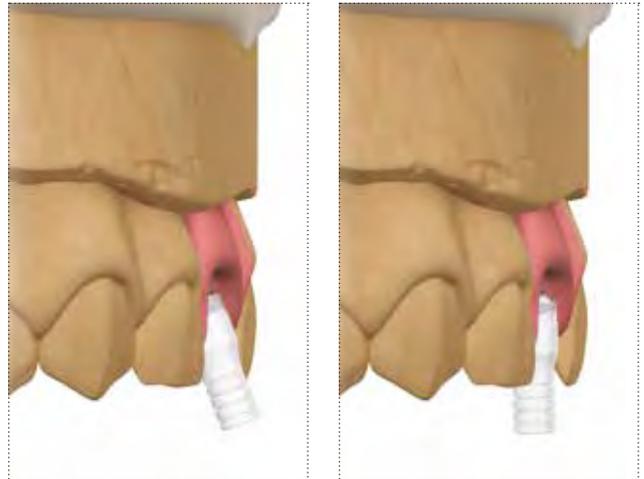
Sur le modèle de précision, fixer le pilier Dynamic Abutment repositionnable avec base en chrome-cobalt à l'analogue au moyen de la vis de serrage spécifique et du tournevis offrant la longueur la plus appropriée parmi celles disponibles, de 24 ou 32 mm. Respecter un couple de serrage maximal de 8-10 Ncm.

Avertissement important

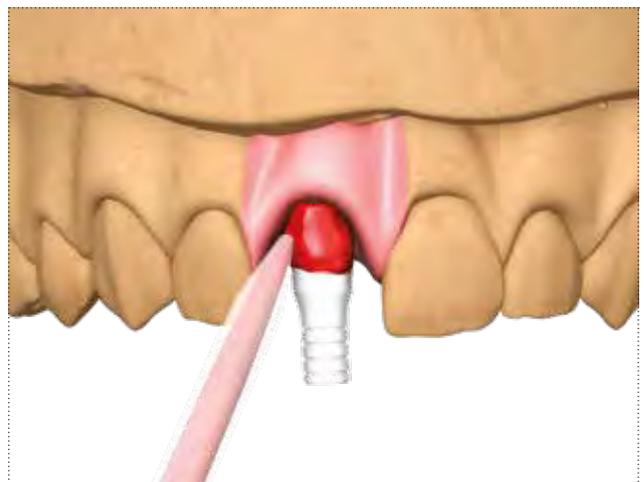
Pour les phases de laboratoire, utiliser toujours des vis de rechange remplacement. Utiliser les vis définitives uniquement pour le serrage définitif dans la bouche du patient. La vis de serrage n'est pas incluse, elle doit donc être commandée séparément.



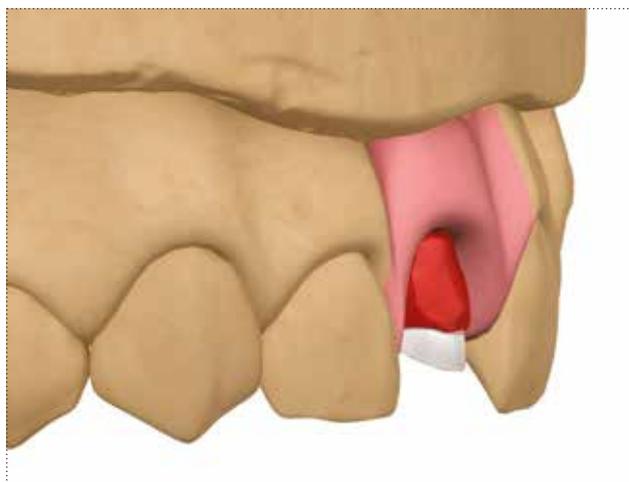
Orienter manuellement la portion calcinable rotationnelle selon l'axe prothétique prévu par le plan de traitement.



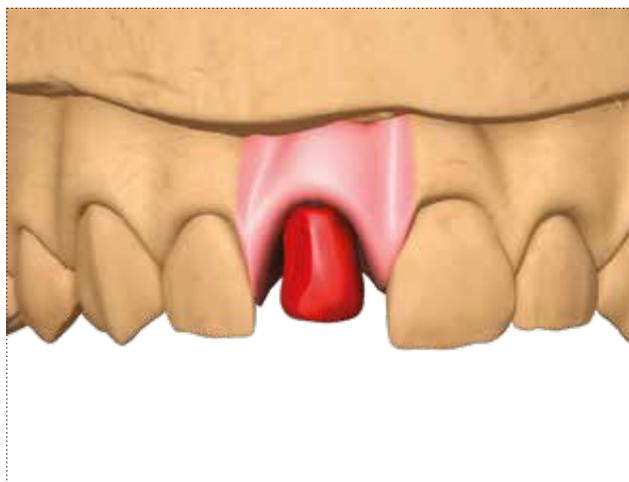
Fixer la portion calcinable rotationnelle dans la position voulue avec de la résine calcinable. Si nécessaire, enlever ou réduire l'épaule métallique pour obtenir un profil à finir.



Réduire la chape calcinable à une dimension appropriée à la dimension verticale du patient en utilisant un disque abrasif.



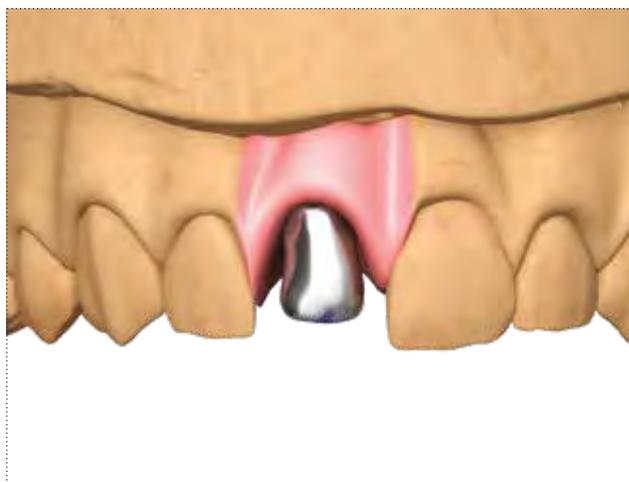
Surcouler la structure selon les protocoles de laboratoire habituels et effectuer les finitions de la base, de façon à ce qu'il ne reste pas d'obstacles à l'adaptation des tissus mous.



Surcouler la structure selon les protocoles de laboratoire habituels et effectuer les finitions de la base, de façon à ce qu'il ne reste pas d'obstacles à l'adaptation des tissus mous.



Essayer la couronne coulée sur un modèle ou dans la bouche du patient pour d'éventuelles retouches.
Céramiser la couronne de la manière habituelle.



Assembler la clé à cliquet dynamométrique (cod. CRI5) avec le tournevis contre-angle manuel à raccord hexagonal (cod. AVV-CA-DG-EX) et le tournevis pour Dynamic Abutment de la longueur voulue (cod. DSPDCLH-24 ou DSPDCLH-32).



Visser la couronne dans la bouche du patient en respectant un couple de serrage de 20-25 Ncm et fermer le trou de la vis avec de la résine ou du composite.

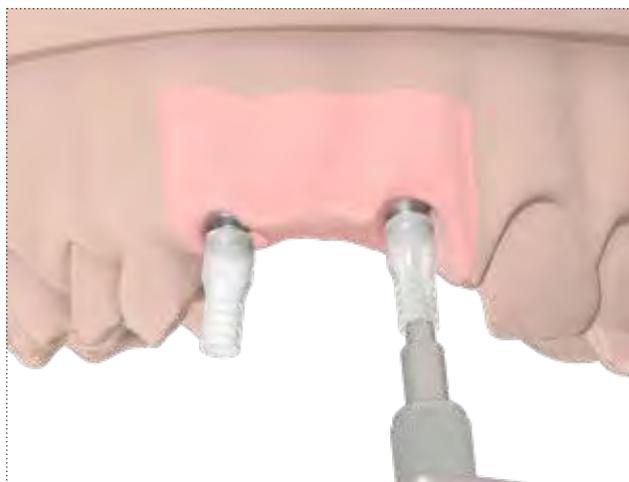


Réhabilitation définitive multiple transvissée sur des piliers Dynamic Abutment

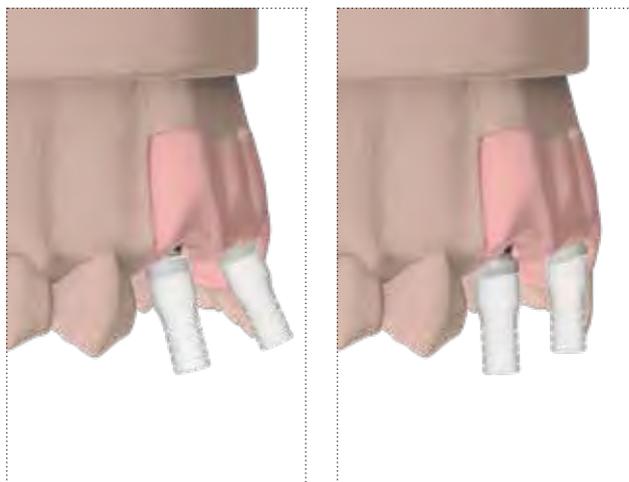
Sur le modèle de précision, fixer les piliers Dynamic Abutment aux analogues au moyen de la vis de serrage spécifique et du tournevis offrant la longueur la plus appropriée parmi celles disponibles, de 24 ou 32 mm. Respecter un couple de serrage maximal de 8-10 Ncm.

Avertissement important

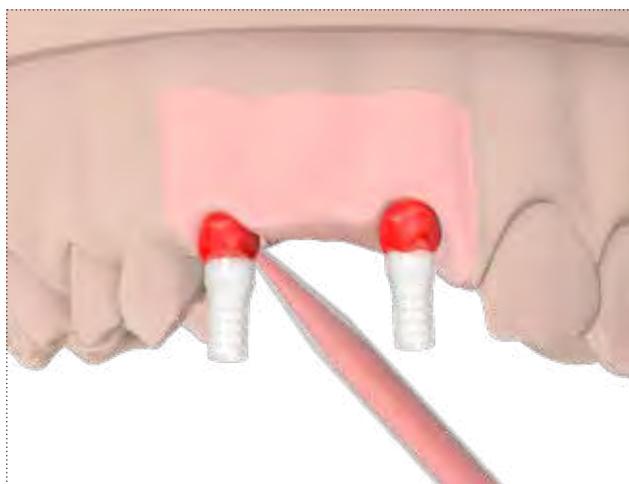
Pour les phases de laboratoire, utiliser toujours des vis de remplacement. Utiliser les vis définitives uniquement pour le serrage définitif dans la bouche du patient. La vis de serrage n'est pas incluse, elle doit donc être commandée séparément.



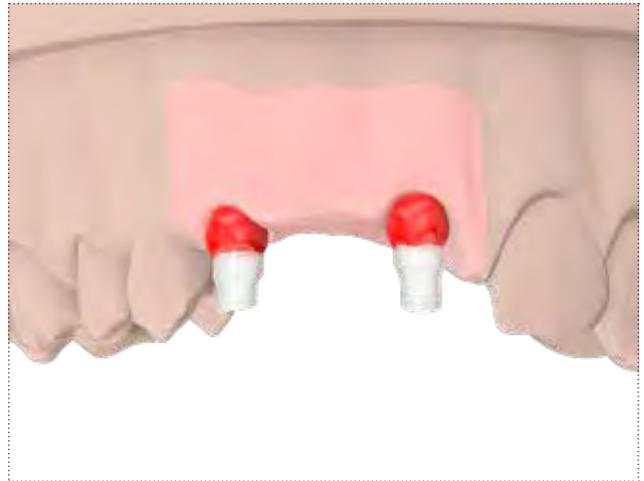
Orienter manuellement la portion calcifiable des piliers selon l'axe prothétique prévu par le plan de traitement.



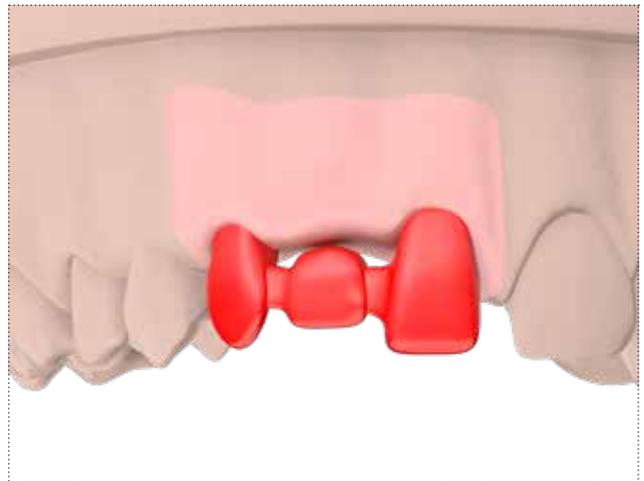
Fixer la portion calcifiable rotationnelle dans la position voulue avec de la résine calcifiable.



Réduire les chapes calcinables à une dimension appropriée à la dimension verticale du patient en utilisant un disque abrasif.



Modeler la structure en cire ou en résine, selon le protocole standard, et la dévisser en exploitant le design particulier de la pointe du tournevis.



Surcouler le bridge selon les protocoles de laboratoire habituels et effectuer les finitions de la base, de façon à ce qu'il ne reste pas d'obstacles à l'adaptation des tissus mous.



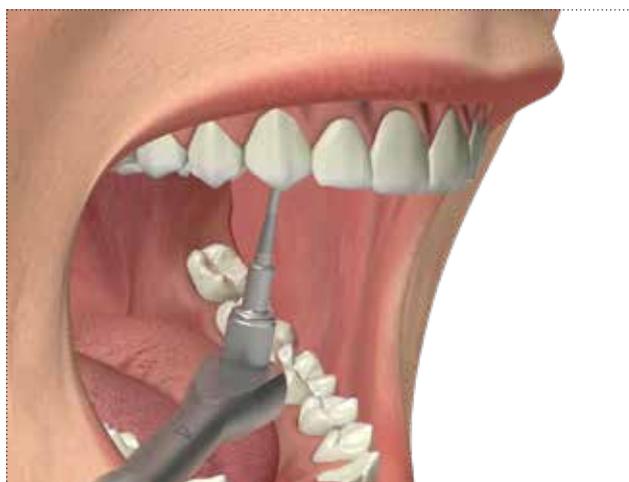
Essayer la structure sur un modèle ou dans la bouche du patient pour d'éventuelles retouches.
Céramiser le bridge de la manière habituelle.



Assembler la clé à cliquet dynamométrique (cod. CRI5) avec le tournevis contre-angle manuel à raccord hexagonal (cod. AVV-CA-DG-EX) et le tournevis pour Dynamic Abutment de la longueur voulue (cod. DSPDCLH-24 ou DSPDCLH-32).



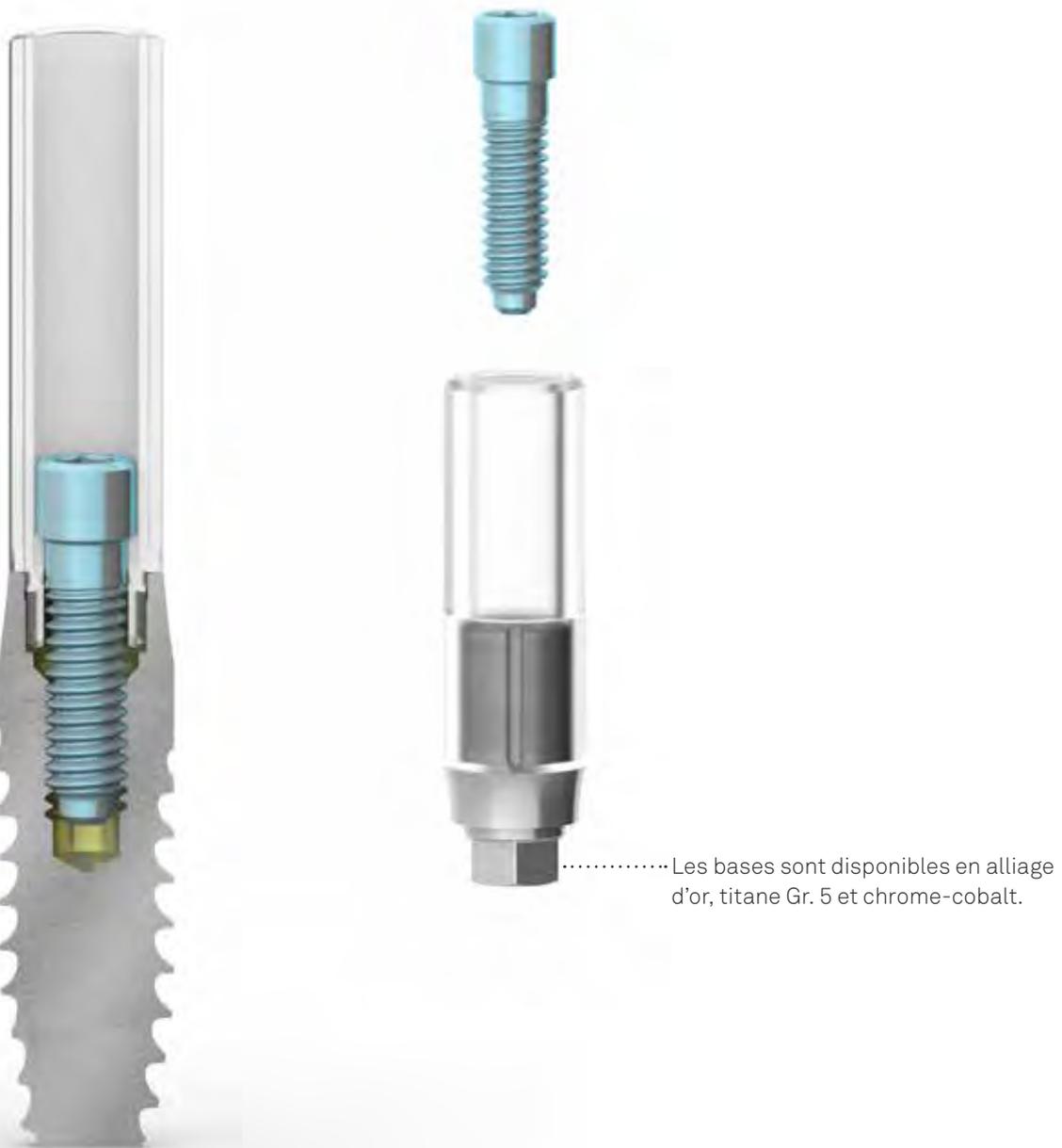
Visser la structure dans la bouche du patient en respectant un couple de serrage de 20-25 Ncm et fermer le trou de la vis avec de la résine ou du composite.

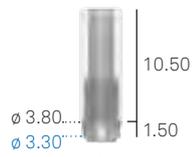


Piliers calcinables standard avec base en métal

Les piliers calcinables standard avec base en métal unissent à la simplicité des solutions calcinables une base en alliage d'or, en chrome-cobalt ou en titane, matériaux hautement biocompatibles. Le point de fusion des alliages susdits est tel qu'il préserve la base de toutes altérations dimensionnelles au moment de la surcoulée de la partie calcinable.

Ils sont disponibles dans les versions repositionnable et non repositionnable et permettent de réaliser des couronnes unitaires sans profil ou des structures multiples transvissées de type Toronto, qui ne s'appuient pas sur le col de l'implant. Voir les suggestions concernant la surcoulée des alliages en pag. 244.



description	code
<p>Piliers calcinables avec base préformée en alliage d'or "1" Indexés Emergence anatomique Vis de serrage standard incluse</p>	<p>A-UCR-330-EX</p> 
<p>Piliers calcinables avec base préformée en alliage d'or "1" Indexés Emergenza anatomica Vis de serrage standard incluse</p>	<p>A-UCR-330</p> 
<p>Piliers calcinables avec base préformée en titane Indexés Emergence anatomique Vis de serrage standard incluse</p>	<p>A-UCTR-330-EX</p> 
<p>Piliers calcinables avec base préformée en chrome-cobalt Indexés Emergence anatomique Vis de serrage standard incluse</p>	<p>A-UCRCO-330-EX</p> 
<p>Piliers calcinables avec base préformée en chrome-cobalt Rotationnels Emergence anatomique Vis de serrage standard incluse</p>	<p>A-UCRCO-330</p> 
<p>Chapes calcinables remplacement pour piliers calcinables avec base en métal Vis de serrage standard non incluse</p>	<p>A-CCUCR-330</p> 
<p>Emballage individuel Emballage de 10 pièces</p> <p>Chapes calcinables de remplacement pour piliers calcinables avec base en métal Vis de serrage standard non incluse</p>	<p>VM2-180 VM2-180-10</p> 

Couple de serrage recommandé pour les piliers calcinables avec base en métal: 20-25 Ncm.

Avertissement important

Il est recommandé d'utiliser toujours des vis d'essai pour les phases de laboratoire et de conserver la nouvelle vis incluse pour la fixation définitive dans la cavité orale.

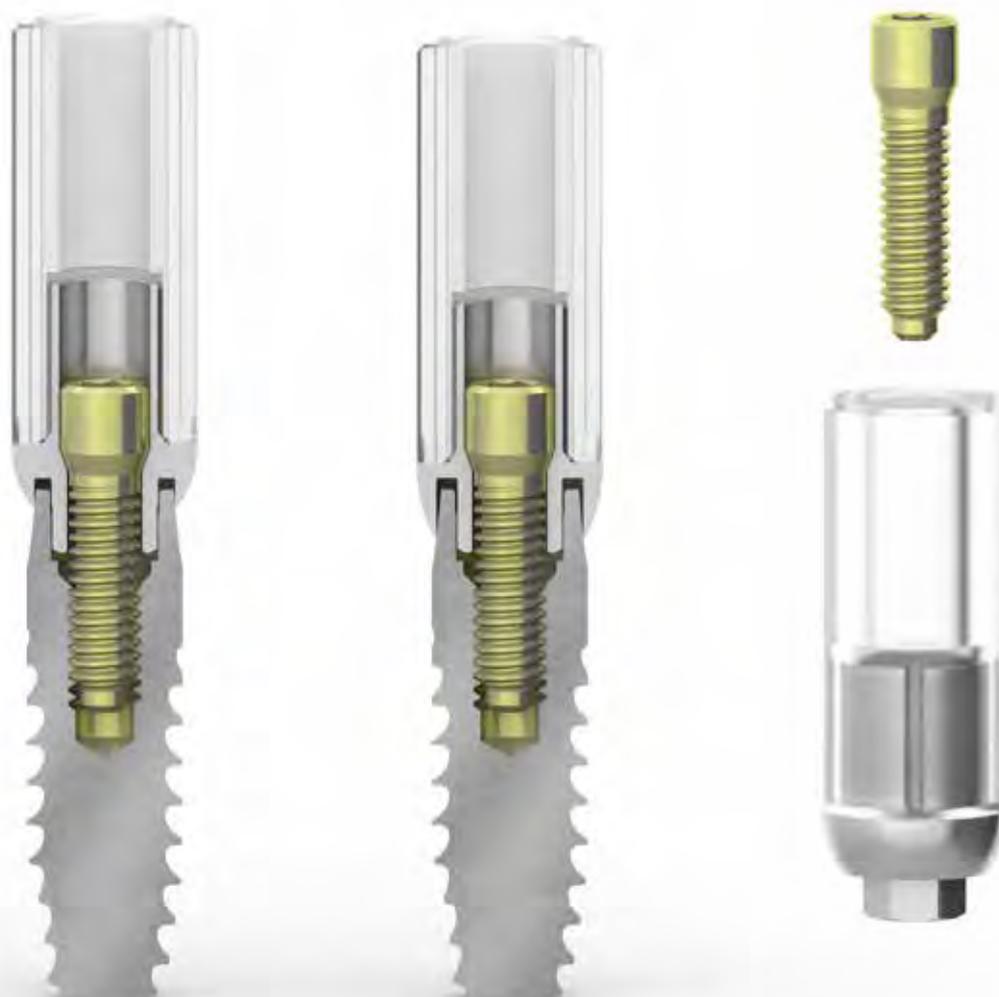
Réhabilitation définitive avec des piliers calcinables Prama IN avec base en métal

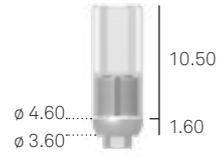
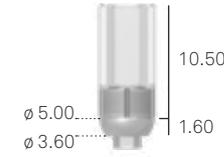
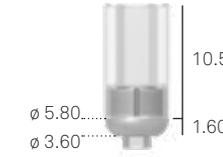
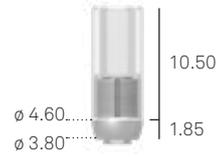
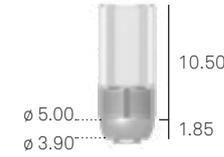
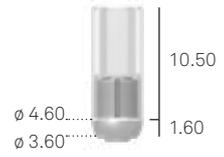
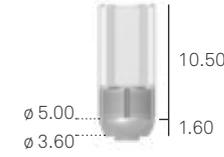
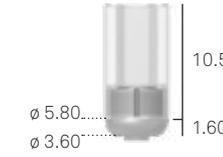
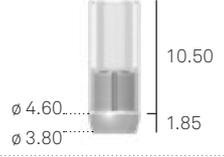
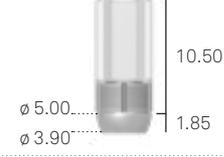
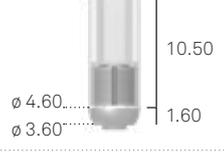
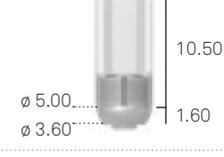
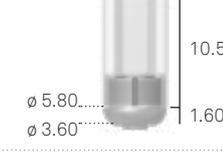
Les piliers calcinables PMMA Prama IN avec base en chrome-cobalt sont disponibles dans les deux hauteurs de fermeture sur le col différentes (0,50 mm et 1,50 mm), avec et sans hexagone de repositionnement.

Les piliers calcinables en PMMA Prama IN avec base en alliage d'or sont uniquement disponibles dans la version non repositionnable et avec une hauteur de fermeture sur le col de 0,50 mm.

Le couple de serrage recommandé pour la fixation définitive des piliers ou des structures obtenues après la surcoulée est de 20-25 Ncm.

Voir les suggestions concernant la surcoulée des alliages en pag. 244.



∅ implant	3.80 mm	4.25 mm	5.00 mm
Piliers calcinables avec base préformée en chrome-cobalt Prama IN Fermeture sur le col 0.50 mm Indexés Vis de serrage à appui conique incluse	L-UCRCO-380-05 	L-UCRCO-425-05 	L-UCRCO-500-05 
Piliers calcinables avec base préformée en chrome-cobalt Prama IN Fermeture sur le col 1.50 mm Indexés Vis de serrage à appui conique incluse	L-UCRCO-380-15 	L-UCRCO-425-15 	L-UCRCO-500-15 
Piliers calcinables avec base préformée en chrome-cobalt Prama IN Fermeture sur le col 0.50 mm Rotationnels Vis de serrage à appui conique incluse	L-UCRCO-380-05-ROT 	L-UCRCO-425-05-ROT 	L-UCRCO-500-05-ROT 
Piliers calcinables avec base préformée en chrome-cobalt Prama IN Fermeture sur le col 1.50 mm Rotationnels Vis de serrage à appui conique incluse	L-UCRCO-380-15-ROT 	L-UCRCO-425-15-ROT 	L-UCRCO-500-15-ROT 
Piliers calcinables avec base préformée en alliage d'or "1" Prama IN Fermeture sur le col 0.50 mm Rotationnels Vis de serrage à appui conique incluse	L-UCR-380-05-ROT 	L-UCR-425-05-ROT 	L-UCR-500-05-ROT 
Chapes calcinables de remplacement pour piliers calcinables avec base en alliage Vis de serrage à appui conique non incluse	A-CCUCR-380 	A-CCUCR-425 	A-CCUCR-500 
Emballage individuel Emballage de 10 pièces Vis de serrage à appui conique incluse avec les piliers et pouvant être également commandée séparément comme pièce de remplacement	L-VMS-180 L-VMS-180-10 	Utiliser L-VMS-180	Utiliser L-VMS-180
Emballage individuel Emballage de 10 pièces Vis de serrage avec technologie Full Head Pas comprise avec les piliers, disponible en option*	L-VM-180 L-VM-180-10 	Utiliser L-VM-180	Utiliser L-VM-180

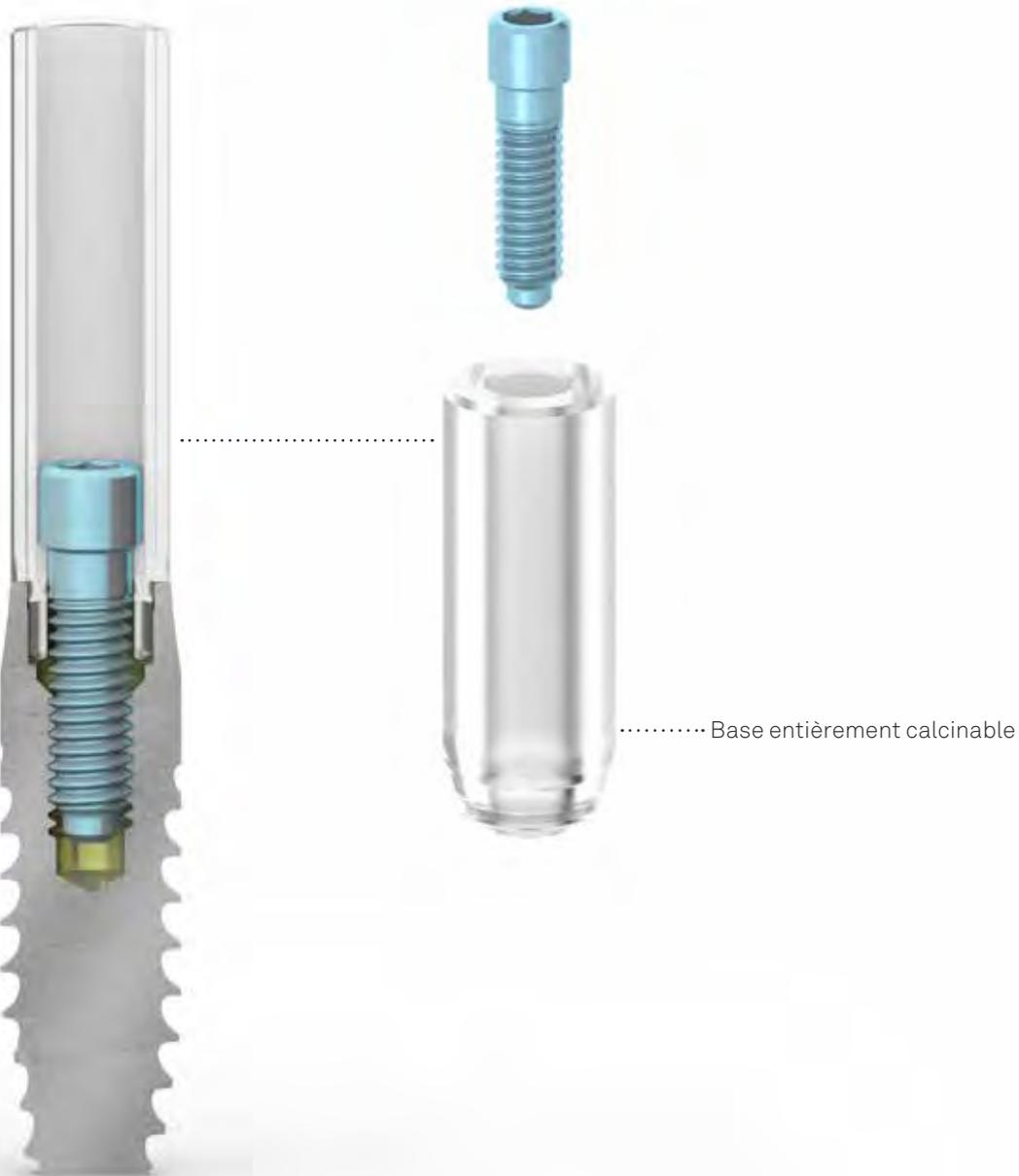
Pendant les jours qui suivent immédiatement une réhabilitation prothétique transvissée avec une prothèse Prama IN, il est normal que les mouvements masticatoires provoquent une légère stabilisation de la prothèse, celle-ci pouvant parfois causer un desserrage minimal de la vis de fixation. Afin d'assurer une stabilisation prothétique optimale, il est conseillé, 7 à 10 jours après le positionnement de la prothèse, d'enlever celle-ci et d'effectuer un tour de serrage supplémentaire de la vis, afin d'en garantir une fixation correcte et solide qui seconde d'une manière naturelle les mouvements masticatoires du patient.

Couple de serrage recommandé pour les piliers calcinables avec base en métal: 20-25 Ncm.

Voir les caractéristiques techniques du PMMA, de l'alliage d'or "1" et du chrome-cobalt aux pages 240, 242 et 243.

Piliers entièrement calcinables

Ces piliers sont entièrement réalisés en PMMA, une résine qui ne laisse aucun résidu en fusion. Il faut toutefois considérer que le processus de fusion pourrait déterminer des déformations en mesure de compromettre la précision d'accouplement entre l'interface implantaire et l'interface prothétique au niveau de la plate-forme de connexion.



description	code
Piliers calcinables pour coulée Indexés Emergence droite Vis de serrage standard incluse	A-CC-330-EX 
Piliers calcinables pour coulée Rotationnels Emergence droite Vis de serrage standard incluse	A-CC-330 
Emballage individuel Emballage de 10 pièces Vis de serrage standard Incluse avec les piliers calcinables et pouvant être également commandée séparément comme pièce de rechange	VM2-180 VM2-180-10 

Couple de serrage recommandé pour les piliers entièrement calcinables: 20-25 Ncm.

Avertissement important

Il est recommandé d'utiliser toujours des vis d'essai pour les phases de laboratoire et de conserver la nouvelle vis incluse pour la fixation définitive dans la cavité orale.

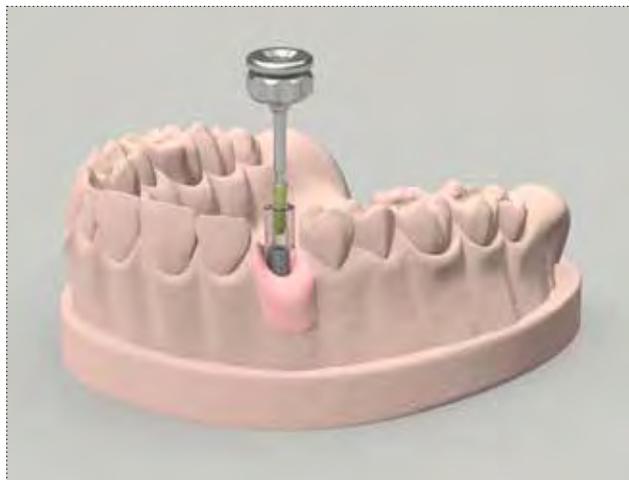
Réhabilitation définitive unitaire transvissée avec des piliers calcifiables avec base en métal

Notez bien : La procédure illustrée dans les images ci-après avec des piliers calcifiables avec base en métal est également valable dans le cas d'utilisation de chapes entièrement calcifiables.

Sur le modèle de précision, insérer un pilier calcifiable repositionnable avec base en métal. Fixer le pilier à l'aide d'un tournevis des séries HSM ou L-HSM, selon le pilier utilisé, en respectant un couple de serrage maximal de 8-10 Ncm.

Avertissement important

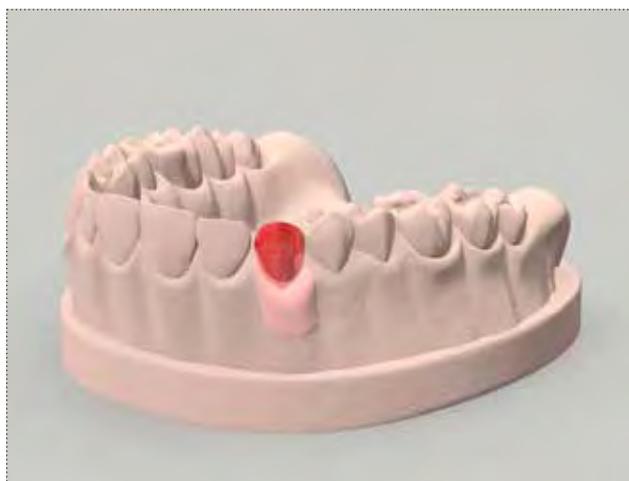
Il est recommandé d'utiliser toujours des vis d'essai pour les phases de laboratoire et de conserver la nouvelle vis incluse pour la fixation définitive dans la cavité orale.



Raccourcir et modifier le pilier selon les nécessités.



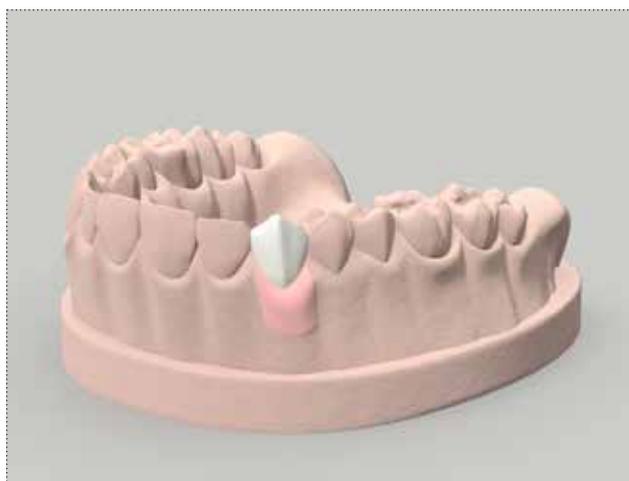
Modeler sur le pilier la couronne transvissée en résine calcifiable.



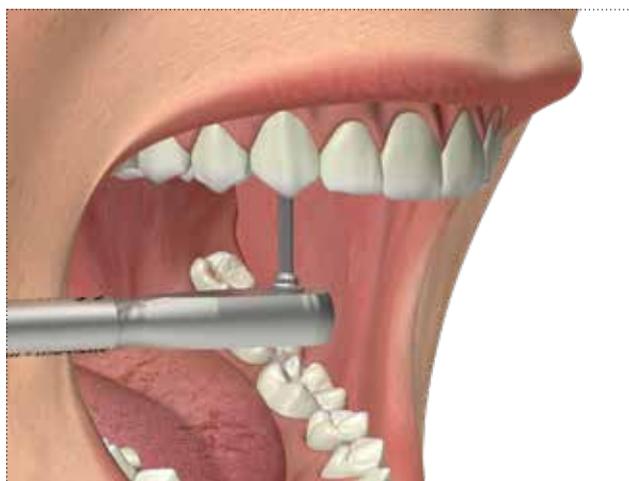
Procéder à la surcoulée de la couronne.
Effectuer un essai de la structure métallique sur un modèle ou dans la bouche du patient et apporter les éventuelles modifications nécessaires.



Céramiser la couronne de la manière habituelle.



Positionner la couronne unitaire transvissée sur l'implant
et fixer avec la vis incluse au pilier, en respectant un
couple de serrage de 20-25 Ncm.



Réhabilitation définitive d'arcade complète transvissée avec des piliers calcinables avec base en métal

Notez bien : La procédure illustrée dans les images ci-après avec des piliers calcinables avec base en métal est également valable dans le cas d'utilisation de chapes entièrement calcinables.

Enlever le provisoire de la bouche du patient et prendre une empreinte de précision (pag. 42 et suivantes). Réinsérer le provisoire. Après avoir réalisé le modèle, serrer les piliers aux analogues au moyen d'un tournevis de la série HSM.

Avertissement important

Il est recommandé d'utiliser toujours des vis d'essai pour les phases de laboratoire et de conserver les nouvelles vis incluses pour la fixation définitive dans la cavité orale.



Conformer les chapes calcinables à la dimension verticale du patient, en utilisant le masque en silicone obtenu d'un prémontage ou en plaçant la structure dans l'articulateur en rapport avec l'espace laissé par l'antagoniste.



Modeler la structure calcinable qui permettra d'obtenir la structure métallique de la prothèse définitive.



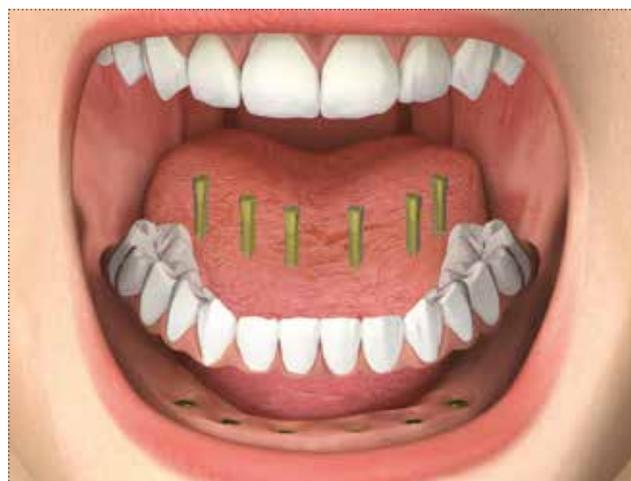
Réaliser la structure par coulée selon la manière habituelle. Essayer la structure d'abord sur un modèle puis dans la bouche du patient, pour en vérifier la passivité complète.



Céramiser la prothèse définitive de la manière habituelle.



Visser la structure sur les implants en serrant les vis à 20-25 Ncm, en contrôlant la passivation et les relations occlusales. Préserver la tête de la vis et fermer les trous de vis avec un matériel éliminable comme du composite ou de la résine.



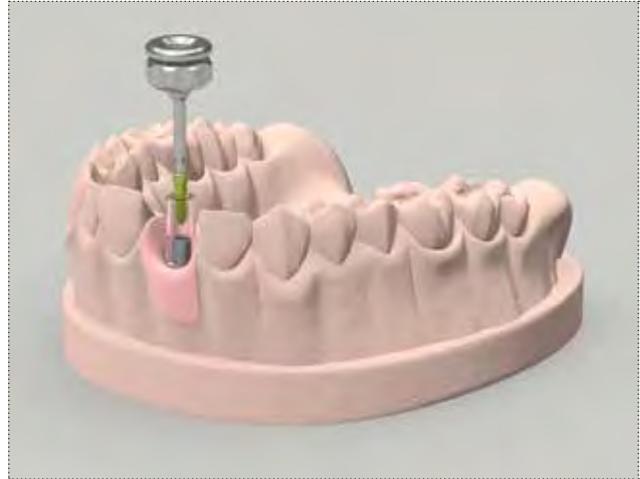
Réhabilitation définitive unitaire scellée avec un pilier individuel obtenu par surcoulée d'une chape calcinable

Notez bien : La procédure illustrée dans les images ci-après avec des piliers calcinables avec base en métal repositionnable Fixer le pilier à l'aide d'un tournevis de la série HSM, en respectant un couple de serrage maximal de 8-10 Ncm.

Sur le modèle de précision, insérer un pilier calcinable avec base en métal repositionnable Fixer le pilier à l'aide d'un tournevis de la série HSM, en respectant un couple de serrage maximal de 8-10 Ncm.

Avertissement important

Il est recommandé d'utiliser toujours des vis d'essai pour les phases de laboratoire et de conserver la nouvelle vis incluse pour la fixation définitive dans la cavité orale.



Modeler la hauteur et le volume du pilier, en augmentant les épaisseurs dans les endroits nécessaires. Procéder ensuite à la surcoulée selon la manière habituelle.



Modeler en cire ou en résine calcinable la coiffe sur le pilier, prenant en considération un espace approprié pour le ciment.



Réaliser la coiffe par coulée ou par technologie CAD CAM
Essayer la structure sur un modèle pour vérifier l'absence de toute aspérité pouvant entraver le positionnement correct de la coiffe sur le pilier et effectuer les éventuelles corrections.
Céramiser la prothèse définitive de la manière habituelle.



Positionner le pilier en bouche et le fixer avec la vis incluse, en respectant un couple de serrage de 20-25 Ncm.



Sceller la couronne sur le pilier en ayant soin d'éliminer tout le ciment en excès du bord.



Réhabilitation définitive d'arcade complète scellée avec des piliers individuels obtenus par surcoulée de chapes calcinables

Notez bien : La procédure illustrée dans les images ci-après avec des piliers calcinables avec base en métal est également valable dans le cas d'utilisation de chapes entièrement calcinables.

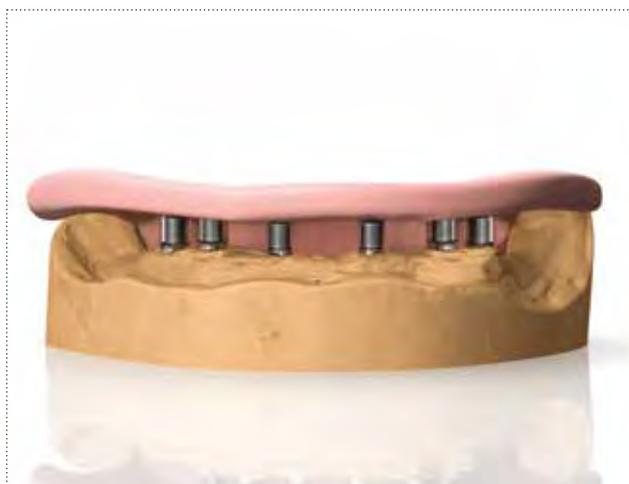
Sur le modèle de précision, insérer les piliers calcinables avec base en métal en version repositionnable. Fixer les piliers en respectant un couple de serrage maximal de 8-10 Ncm.

Avertissement important

Il est recommandé d'utiliser toujours des vis d'essai pour les phases de laboratoire et de conserver les nouvelles vis incluses pour la fixation définitive dans la cavité orale.



Conformer les chapes calcinables à la dimension verticale du patient, en utilisant le masque en silicone obtenu d'un prémontage ou en plaçant la structure dans l'articulateur en rapport avec l'espace laissé par l'antagoniste ; réduire ou augmenter les épaisseurs en cas de nécessité.



Procéder ensuite à la coulée des piliers selon la manière habituelle.

Modeler en cire ou en résine calcinable la structure d'arcade complète sur les piliers, en prenant en considération un espace approprié pour le ciment.



Réaliser la structure de l'arcade complète par coulée ou par technologie CAD CAM.
Essayer la travée d'abord sur un modèle puis en bouche pour vérifier l'absence de toute aspérité pouvant entraver le positionnement correct sur les piliers et effectuer éventuellement les corrections avec un foret. Céramiser la prothèse définitive de la manière habituelle.



Positionner les piliers en bouche, en ayant soin de respecter la position de chaque élément sur le modèle, et les fixer avec les vis incluses en respectant un couple de serrage de 20-25 Ncm.



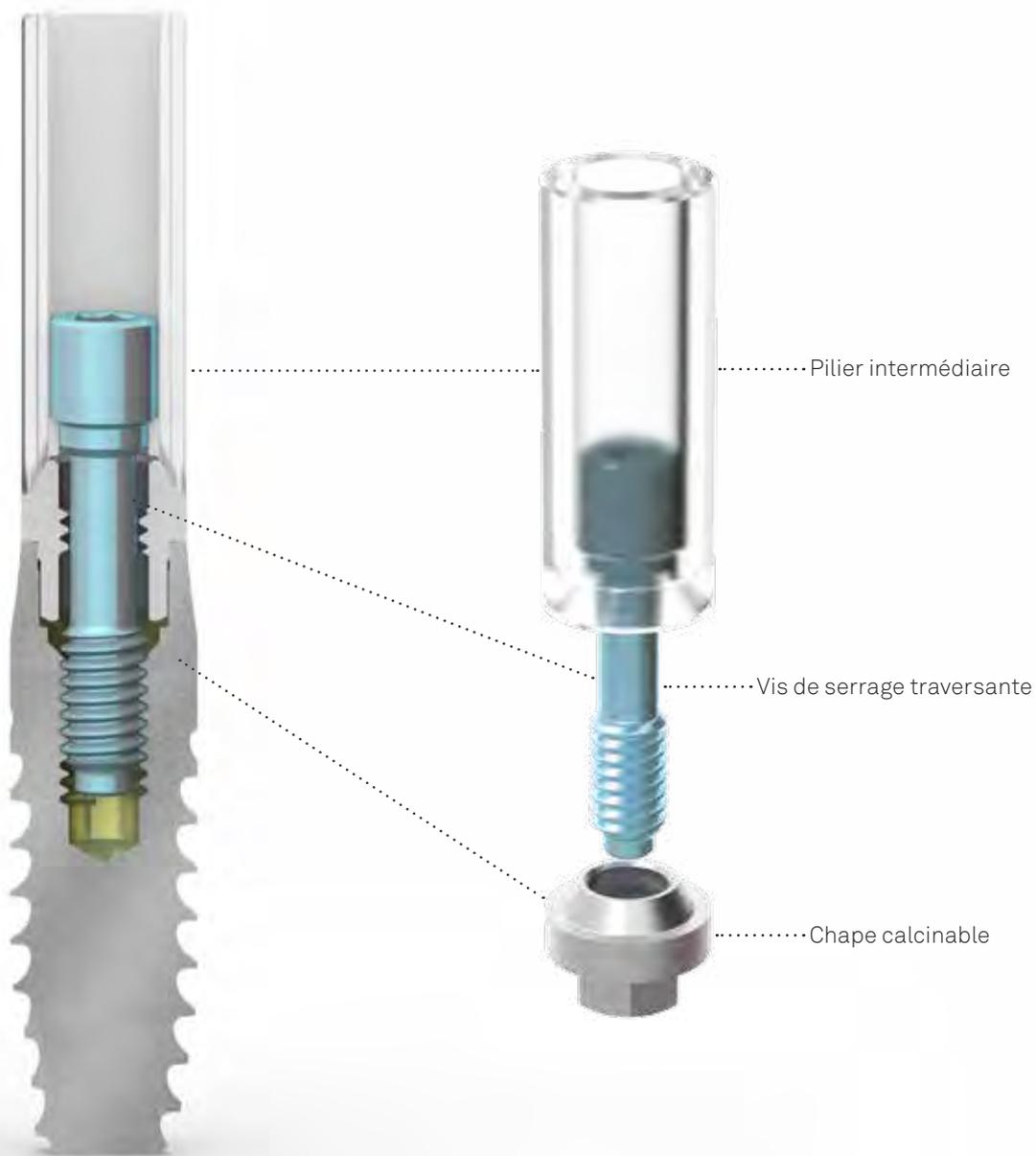
Sceller la structure de l'arcade complète sur les piliers en ayant soin d'éliminer tout le ciment en excès du bord.

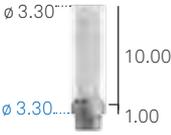
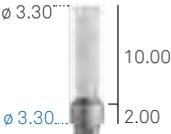


Réhabilitation définitive avec des piliers intermédiaires

Les piliers intermédiaires présentent un profil d'émergence droit et sont constitués d'une base en titane repositionnable, caractérisée par un petit cône supérieur de 0,70 mm de hauteur, qui permet une simple insertion et désinsertion des suprastructures, même en cas de légers disparallélismes.

Le pilier est fourni avec les chapes calcinables à utiliser pour le modelage et la coulée de la suprastructure, et avec la vis de serrage traversante, qui est destinée à serrer la suprastructure et les piliers sur les implants.



description	code	
Piliers droits à vis traversante Indexés H. transgingivale 1,00 mm Vis de serrage incluse	A-ABU-330-1	
Piliers droits à vis traversante Indexés H. transgingivale 2,00 mm Vis de serrage incluse	A-ABU-330-2	
Vis de serrage Incluse avec les piliers et pouvant être également commandée séparément comme pièce de rechange remplacement	A-VABU-180	
Emballage individuel Chapes calcinables en PMMA de remplacement pour piliers intermédiaires Vis de serrage non incluse	A-CCABU-330-ROT	

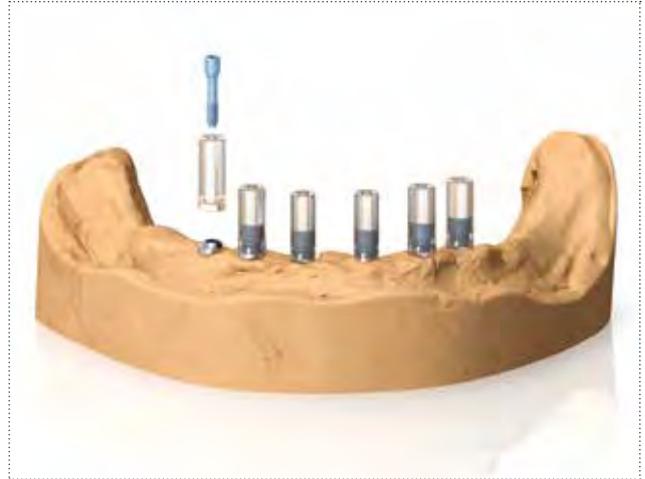
Couple de serrage recommandé pour les piliers intermédiaires: 20-25 Ncm.

Avertissement important

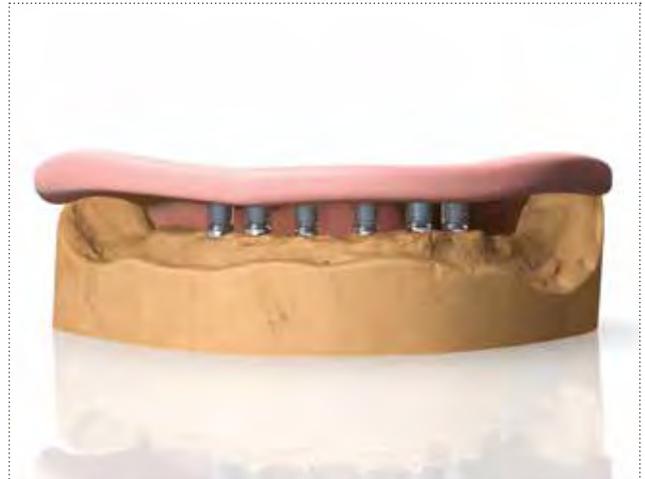
Il est recommandé d'utiliser toujours des vis d'essai pour les phases de laboratoire et de conserver la nouvelle vis incluse pour la fixation définitive dans la cavité orale.

Réalisation d'une prothèse avec armature: protocole indirect

Sur le modèle de précision, fixer les chapes calcinables aux piliers positionnés sur les analogues des implants au moyen d'un tournevis de la série HSM.
Le couple de serrage est de 8-10 Ncm.
La vis prothétique (cod. A-VABU-180) serre la chape calcinable et l'analogue de l'implant.



Réduire les chapes calcinables à une dimension conforme à la dimension verticale du patient, en utilisant le masque en silicone obtenu d'un prémontage ou en plaçant la structure dans l'articulateur en rapport avec l'espace laissé par l'antagoniste.



Modeler la structure calcinable qui permettra d'obtenir la structure métallique de la prothèse définitive.



Couler la structure de la manière habituelle.
Essayer d'abord la structure sur un modèle puis dans la bouche du patient, pour en vérifier la passivité complète.
Le couple de serrage recommandé pour serrer toutes les suprastructures sur les piliers est de 20-25 Ncm.

Avertissement important

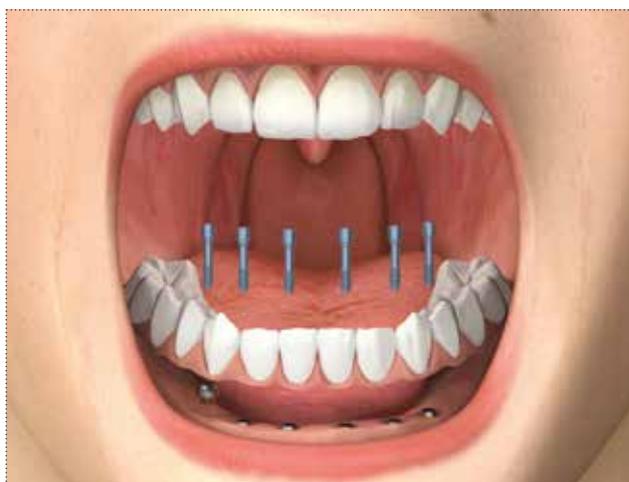
Il est recommandé d'utiliser toujours des vis d'essai pour les phases de laboratoire et de conserver la nouvelle vis incluse pour la fixation définitive dans la cavité orale.



Céramiser la prothèse définitive de la manière habituelle.
Enlever du modèle la suprastructure et les piliers intermédiaires sous-jacents.



Placer les piliers sur les implants, en engageant l'hexagone dans la connexion.
Visser la structure de l'arcade complète sur les piliers intermédiaires au moyen des vis spécifiques et d'un tournevis de la série HSM.
Il est recommandé de ne pas dépasser le couple de serrage de 20-25 Ncm.



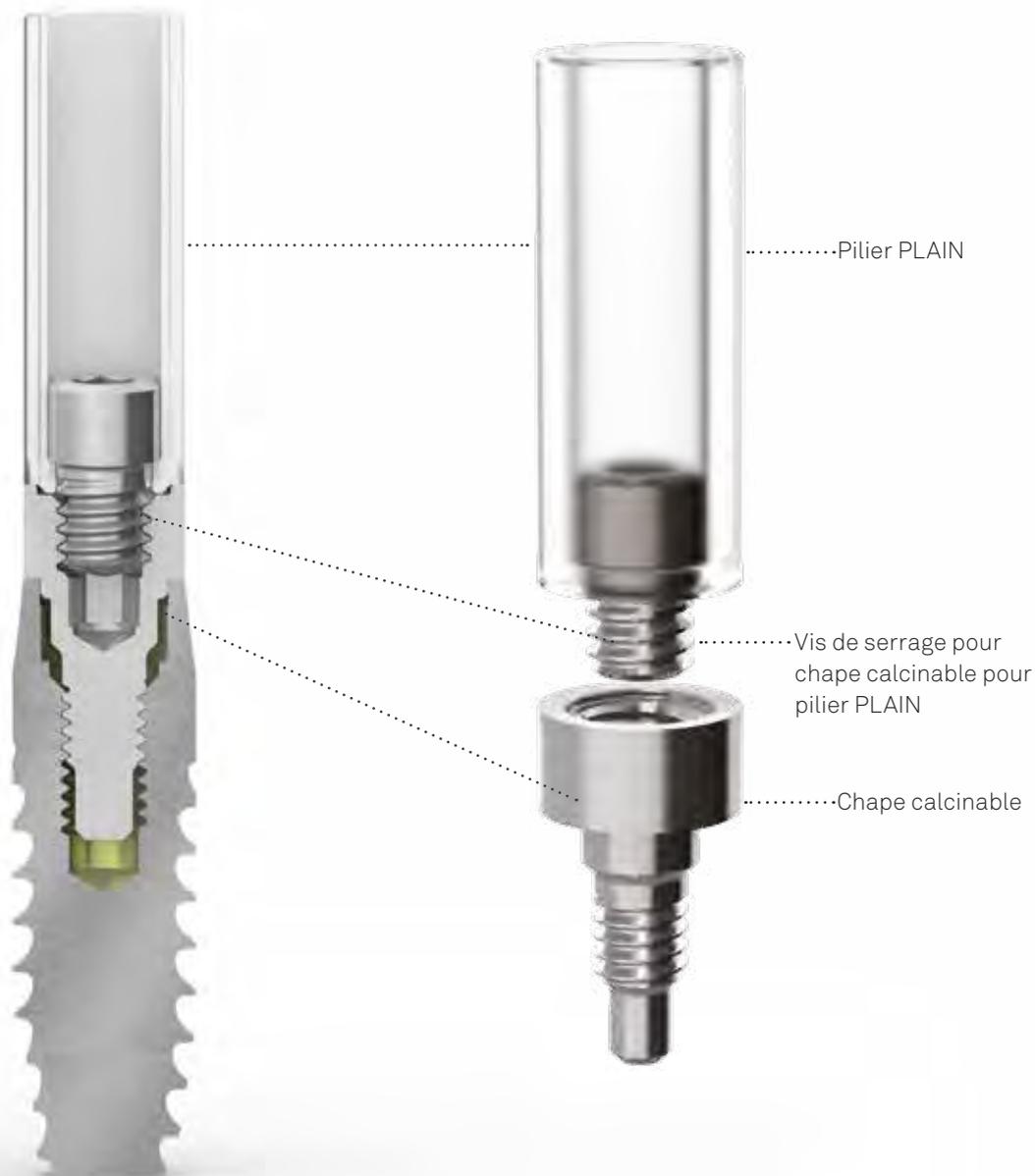
Réhabilitation provisoire et définitive avec des piliers PLAIN

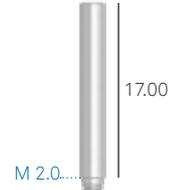
Les piliers PLAIN, dont la caractéristique consiste en un vissage direct sur les implants, exploitent la géométrie complètement plate de leur partie supérieure, celle-ci s'accouplant grâce à un petit emboîtement avec des chapes calcinables spécifiques. L'utilité de ces piliers consiste à maximaliser les opérations de centrage et de repositionnement de structures transvissées sur plusieurs implants.

Pour le transport dans la cavité orale, le vissage et le serrage des piliers PLAIN, utiliser les tournevis standard de la série HSM contenus dans le kit chirurgical Prama.

Le couple de serrage d'insertion prévu est de 25-30 Ncm pour visser le pilier sur l'implant et de 20-25 Ncm pour serrer la vis prothétique.

Sont également disponibles des chapes en titane spécifiques pour la réalisation de provisoires.



description	code	
Pilier PLAIN pour vissage direct H. transgingivale 2,00 mm	A-PLAIN-ABU330-2	
Pilier PLAIN pour vissage direct H. transgingivale 3,00 mm	A-PLAIN-ABU330-3	
Pilier PLAIN pour vissage direct H. transgingivale 4,00 mm	A-PLAIN-ABU330-4	
Coiffe de cicatrisation pour pilier PLAIN	A-PLAIN-CG330	
Chape calcinable pour pilier PLAIN Vis de serrage incluse	A-PLAIN-CC330	
Emballage individuel Emballage de 10 pièces Vis de serrage pour chape calcinable pour pilier PLAIN	A-PLAIN-VP200 A-PLAIN-VP200-10	
Chape en titane pour pilier PLAIN Vis de serrage incluse	A-PLAIN-CT330	
Analogue de pilier PLAIN	A-PLAIN-ANA-330	
Transfert pour pilier PLAIN Vis de serrage incluse	A-PLAIN-TRA-330	
Vis de rechange remplacement pour transfert PLAIN Incluse avec les transferts pour pilier PLAIN et pouvant être également commandée séparément comme pièce de rechange remplacement	A-PLAIN-VTRA200	

Couple de serrage recommandé pour les vis de transfert et pour les coiffes de cicatrisation PLAIN: 8-10 Ncm.

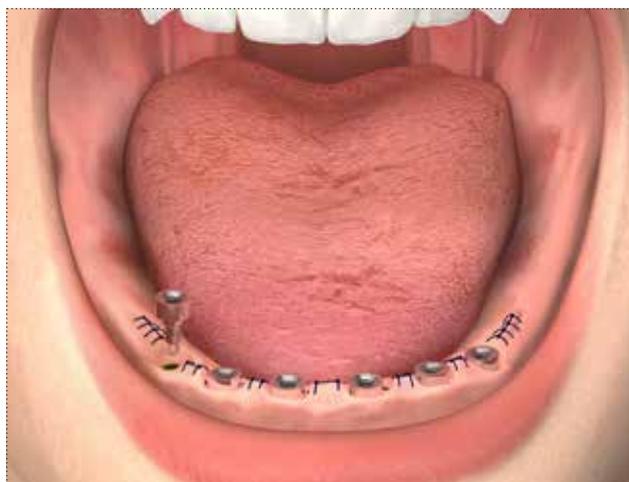
Couple de serrage recommandé pour les chapes calcinables: 20-25 Ncm.

Couple de serrage recommandé pour les piliers PLAIN: 25-30 Ncm.

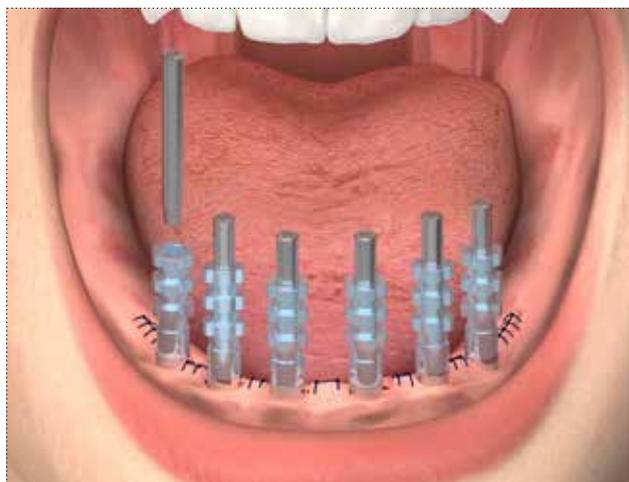
Voir les caractéristiques techniques du titane Gr. 5 et du PMMA aux pages 238 et 240.

Phase d'empreinte et modèle

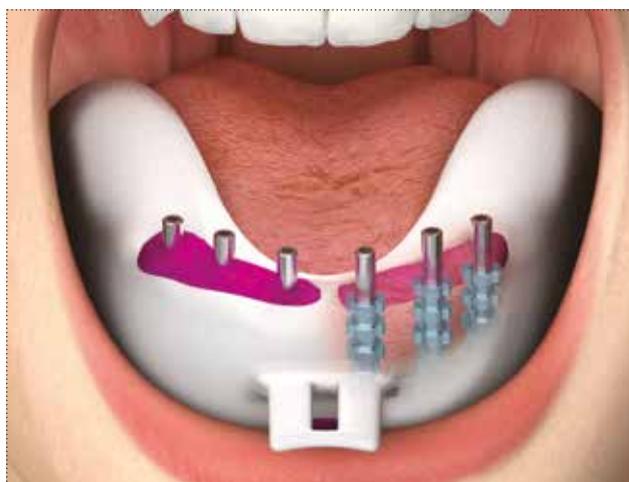
Après avoir inséré les implants, fixer les piliers Plain au moyen d'un tournevis de la série HSM.
Le couple de serrage des piliers Plain sur les implants est de 25-30 Ncm.



Visser un transfert (cod. A-PLAIN-TRA-330) sur chaque pilier Plain au moyen de la vis spécifique incluse et d'un tournevis de la série HSM.
Le couple de serrage des transferts Plain sur les piliers est de 8-10 Ncm. Eventuellement, solidariser les transferts entre eux avec du fil et de la résine ou un composite et en attendre la polymérisation selon les indications du fabricant (ex. résine SUN, cod. SUN-A2 ou SUN-A3).



Vérifier que le porte-empreinte personnalisé, positionné en bouche, contienne toute la hauteur du transfert à l'intérieur de ses parois, et que le sommet de la vis de transfert sorte d'une longueur appropriée et suffisante de l'orifice se trouvant dans le porte-empreinte. Injecter un matériel d'empreinte de précision (SKY IMPLANT LIGHT, cod. SKY14) uniquement autour des transferts et de la partie de solidarisation et remplir simultanément le porte-empreinte d'un matériel plus consistant (SKY IMPLANT ONEMIX-ED, cod. SKY08) dans toute l'arcade. Placer ensuite le porte-empreinte in situ et attendre les temps de durcissement selon les instructions.



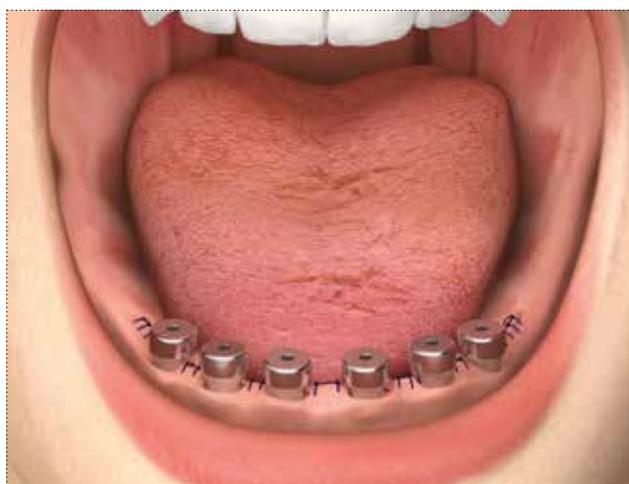
Dévisser les vis de transfert et les extraire de l'empreinte pour éviter que, lors du retrait du porte-empreinte, elles puissent tomber accidentellement dans la bouche du patient.

Retirer le porte-empreinte: les transferts Pick-up restent englobés dans l'empreinte.



Visser les coiffes de cicatrisation en titane spécifiques (cod. A-PLAIN-CG330) sur les piliers PLAIN au moyen d'un tournevis de la série HSM.

Le couple de serrage des coiffes de cicatrisation Plain sur les piliers respectifs est de 8-10 Ncm.



Visser les analogues de laboratoire (A-PLAIN-ANA-330) un par un sur les transferts au moyen de la vis de transfert, replacée dans le trou laissé par celle-ci dans le matériel d'empreinte. Boxer l'empreinte et couler le modèle selon la manière habituelle.



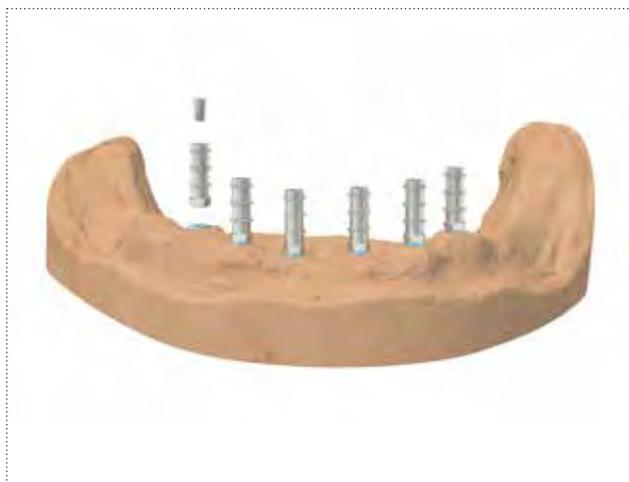
Réhabilitation provisoire d'une arcade complète transvissée sur piliers Plain: technique de collage avec des chapes en titane

Après avoir pris l'empreinte et réalisé le modèle selon les procédures indiquées précédemment, fixer toutes les chapes en titane A-PLAIN-CT330 sur les analogues des piliers Plain au moyen des vis de serrage A-PLAIN-VP200.

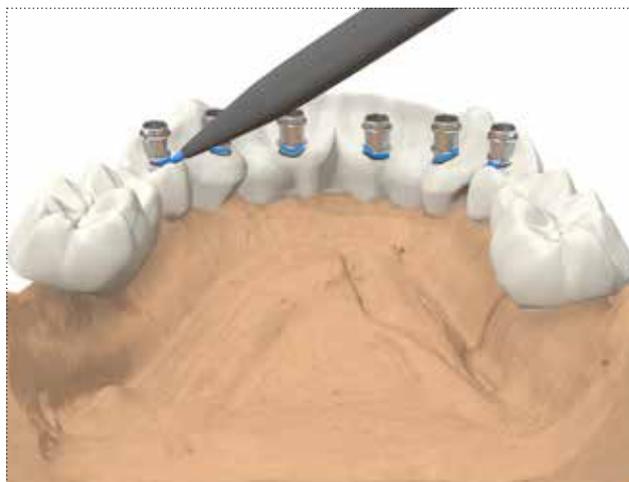
Avertissement important

Pour les phases de laboratoire, utiliser toujours des vis de remplacement, disponibles en emballage individuel sous le code A-PLAINVP200 ou en emballage de 10 pièces sous le code A-PLAINVP200-10.

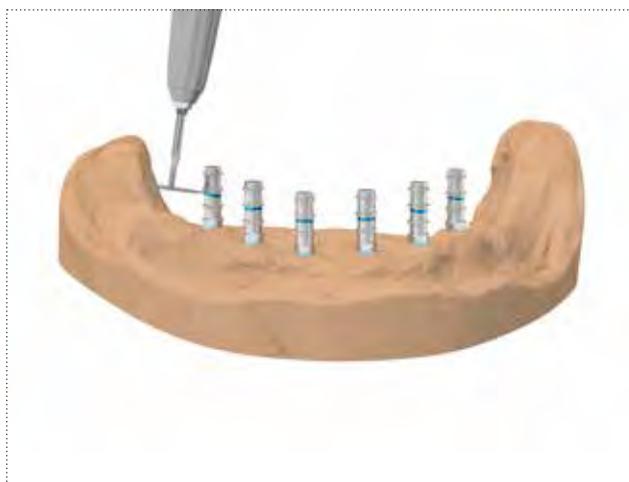
Utiliser les vis définitives uniquement pour le serrage définitif dans la bouche du patient.



Sur les chapes en titane PLAIN, insérer une structure réalisée en laboratoire et perforée de façon à créer un espace approprié au coulisement sur le corps des chapes. Marquer les bords palatal et vestibulaire de la structure provisoire sur toutes les chapes afin de pouvoir ensuite les réduire d'une manière exacte.



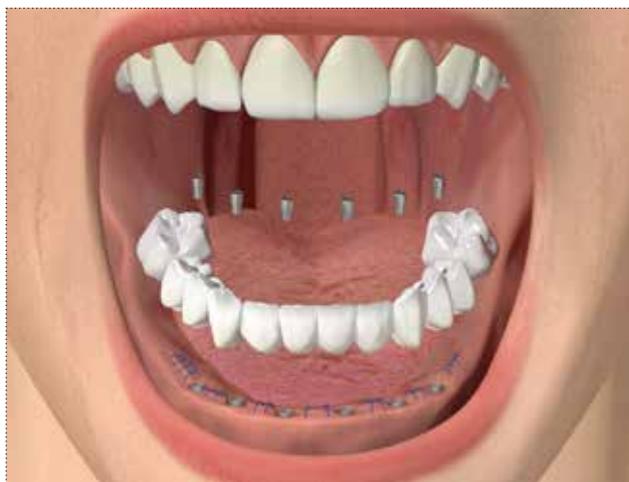
Enlever la structure provisoire et, sur un modèle, couper les chapes à la hauteur indiquée au moyen d'un disque abrasif.



Coller la structure provisoire aux chapes en titane Plain en attendant la polymérisation selon les modes et les temps prévus.

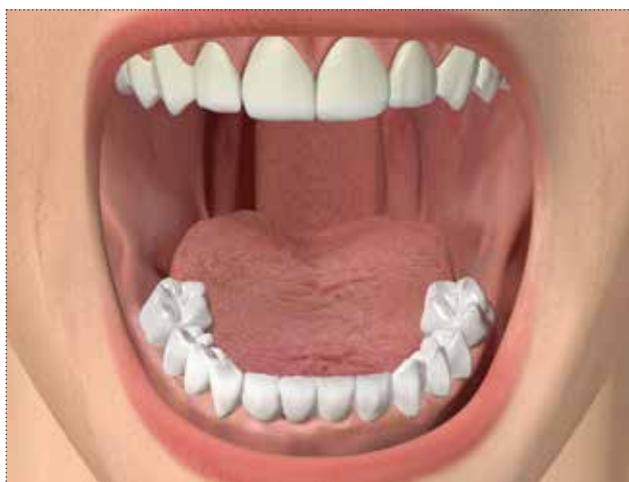


La polymérisation achevée, dévisser la structure provisoire du modèle et la visser sur les piliers PLAIN en ayant soin d'éloigner les lambeaux de tissus mous de la connexion pendant les manœuvres d'insertion et en les suturant ensuite autour de l'émergence des piliers pour un conditionnement adéquat. Visser le provisoire à l'aide des vis spécifiques incluses et d'un tournevis de la série HSM. Il est recommandé de ne pas dépasser le couple de serrage de 20-25 Ncm.



Insérer du téflon, du gutta-percha ou du ciment souple dans le trou de vis des chapes PLAIN et fermer le sommet avec de la résine ou un composite.

Le provisoire ne contribuera pas seulement à préserver une bonne qualité de vie du patient en attente de prothèse définitive mais, également, à la conformation correcte des tissus gingivaux qui accueilleront ensuite la prothèse définitive avec d'excellents résultats esthétiques.



Réhabilitation définitive d'une arcade complète transvissée sur piliers Plain: technique de coulée intégrale avec des chapes calcinables

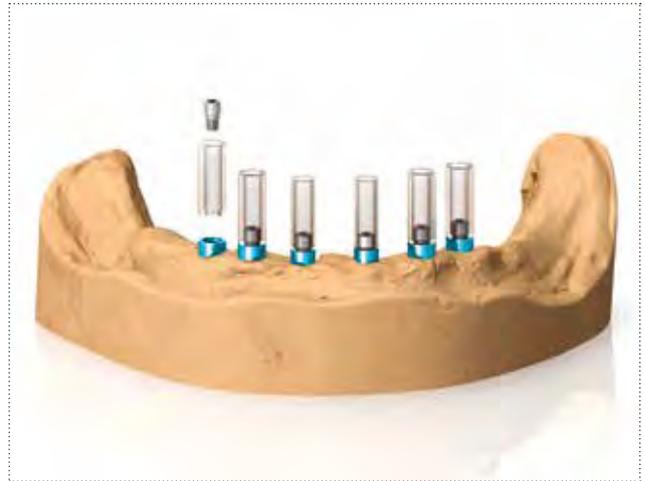
Sur le modèle de précision serrer les chapes calcinables sur les analogues PLAIN avec la vis de serrage A-PLAIN-VP200 incluse, en leur laissant initialement leur longueur originale.

Le couple de serrage recommandé est de 8-10 Ncm.

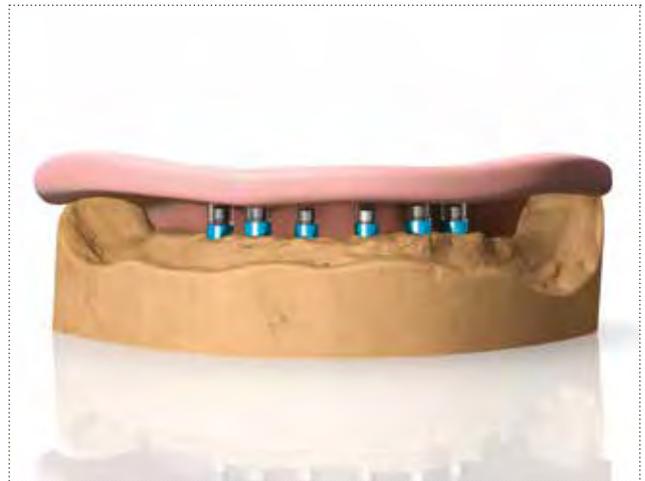
Avertissement important

Pour les phases de laboratoire, utiliser toujours des vis de rechange remplacement, disponibles en emballage individuel ou en emballage de 10 pièces.

Utiliser les vis définitives uniquement pour le serrage définitif dans la bouche du patient.



Réduire les chapes calcinables à une dimension conforme à la dimension verticale du patient, en utilisant le masque en silicone obtenu d'un prémontage ou en plaçant la structure dans l'articulateur en rapport avec l'espace laissé par l'antagoniste.



Réaliser une structure calcinable qui permettra d'obtenir la structure métallique de la prothèse.



Réaliser la structure selon le protocole standard.
Essayer d'abord la structure sur un modèle puis dans la bouche du patient, pour en vérifier la passivité complète.
Le couple de serrage recommandé pour serrer toutes les suprastructures sur les piliers est de 20-25 Ncm.

Avertissement important

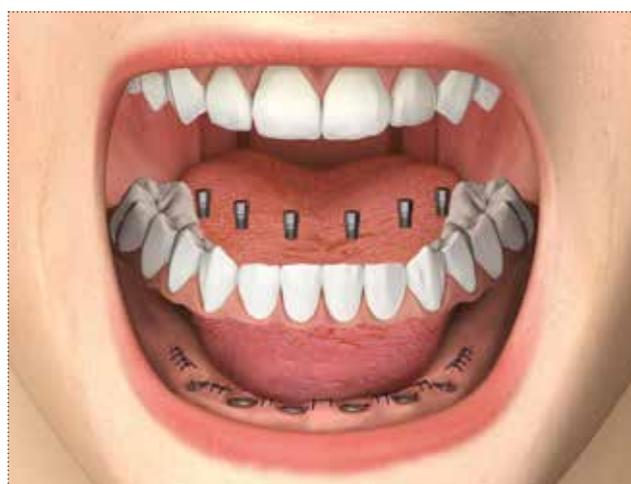
Si la structure ne devait pas être complètement passive bien que le protocole de vérification normal ait été suivi avant la coulée, effectuer les corrections selon la manière habituelle.



Céramiser la prothèse définitive de la manière habituelle.
Enlever la suprastructure du modèle.



Dévisser les coiffes de cicatrisation et serrer la suprastructure sur les piliers, en respectant un couple de serrage de 20-25 Ncm. Contrôler la passivation et les relations occlusales. Il est recommandé d'utiliser toujours des vis neuves pour le serrage de la suprastructure dans la bouche du patient. Remplir les trous de vis avec un matériel pouvant être éliminé par l'opérateur.

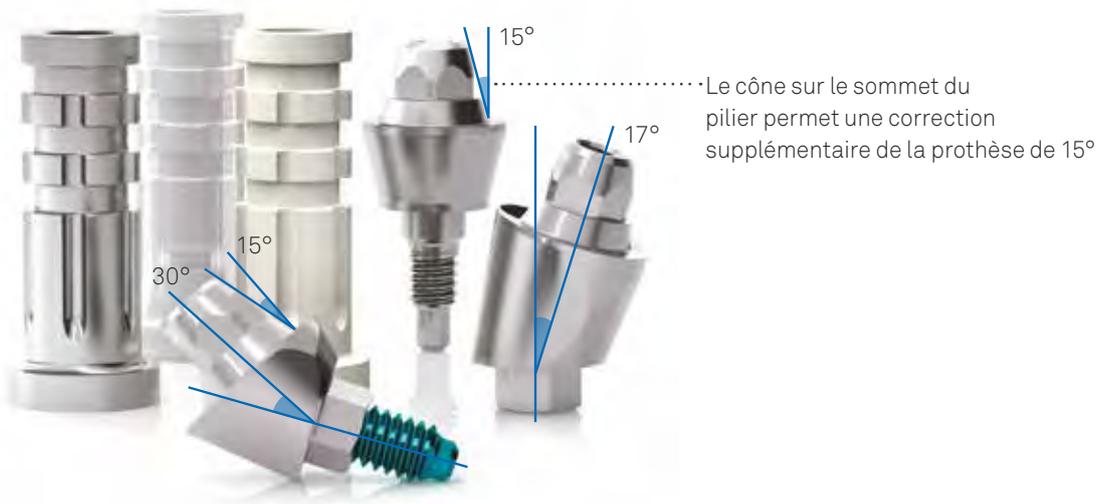


Réhabilitation provisoire et définitive avec des piliers P.A.D.

Le système P.A.D. (Prothèse transvissée disparallèle) a été étudié pour faciliter la réalisation de prothèses multiples transvissées. Les différentes versions disponibles, avec des angulations de 17° et de 30°, permettent le repositionnement prothétiquement favorable des connexions, même en cas d'implants très divergents et particulièrement disparallèles. Cette caractéristique est accrue par un autre cône à 15° positionné au-dessus de la plateforme du P.A.D., facilitant ultérieurement l'insertion des structures multiples.

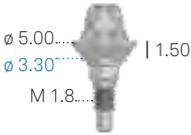
Les piliers P.A.D. angulés doivent être transportés en bouche au moyen de la vis de transfert à vissage manuel PAD-VTRAL-140-MAN ou par le transporteur PAD-CAR avec une vis de transfert, eux aussi en titane, pour la fixation du pilier à l'instrument.

Avant leur utilisation clinique, il est nécessaire de soumettre toutes les pièces à un cycle de stérilisation en autoclave.



Le cône supérieur permet d'orienter ultérieurement la structure prothétique de 15° par côté, degrés qui, dans le cas des piliers P.A.D. angulés, s'ajoutent à l'inclinaison de 17° ou de 30°. Cette caractéristique permet une gestion facile de disparallélismes jusqu'à 45° par côté.



description	code	
Piliers P.A.D. droits pour vissage direct H. transgingivale 1,50 mm	A-PAD-AD330-15	
Piliers P.A.D. droits pour vissage direct H. transgingivale 3,00 mm	A-PAD-AD330-30	
Piliers P.A.D. droits pour vissage direct H. transgingivale 4,00 mm	A-PAD-AD330-40	
Piliers P.A.D. angulés à 17° H. transgingivale 3,00 mm Vis de serrage incluse	A-PAD-AA330-173	
Piliers P.A.D. angulés à 17° H. transgingivale 5,00 mm Vis de serrage incluse	A-PAD-AA330-175	
Piliers P.A.D. angulés à 30° H. transgingivale 3,00 mm Vis de serrage incluse	A-PAD-AA330-303	
Piliers P.A.D. angulés à 30° H. transgingivale 5,00 mm Vis de serrage incluse	A-PAD-AA330-305	
Emballage individuel Emballage de 10 pièces Vis de rechange remplacement standard pour le serrage de piliers angulés P.A.D. fournie Inclusive avec les piliers P.A.D. angulés et pouvant être également commandée séparément comme pièce de remplacement	PAD-VM-180 PAD-VM-180-10	
Tournevis pour piliers P.A.D. droits, avec raccord hexagonal pour clé dynamométrique Non inclus dans le kit chirurgical, il peut être acheté séparément	AVV2-ABUT	
Porte-pilier pour transporter les piliers P.A.D. angulés dans la cavité orale, stérilisable et réutilisable. Il doit être fixé aux piliers au moyen de la vis PAD-VTRAL-140.	PAD-CAR	

Couple de serrage recommandé pour P.A.D. à vissage direct: 25-30 Ncm.

Couple de serrage recommandé pour P.A.D. angulés: 20-25 Ncm

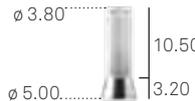
Avertissement important

Il est recommandé d'utiliser toujours des vis d'essai pour les phases de laboratoire et de conserver la nouvelle vis incluse pour la fixation définitive dans la cavité orale.

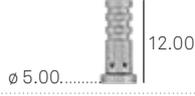
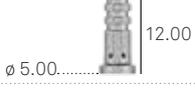
Composants P.A.D. pour suprastructures

description	code	
Coiffe de protection pour pilier P.A.D. en titane Gr. 5 Vis de serrage incluse (cod. PAD-VP-140)	PAD-CG	
Coiffe de protection pour pilier P.A.D. en PEEK Vis de serrage incluse (cod. PAD-VP-140)	PAD-CGP	
Coiffes rotationnelles en POM pour la prise d'empreinte directe sur pilier P.A.D. Rotationnelles	PAD-CAP	
Coiffes en POM pour la prise d'empreinte directe sur pilier P.A.D., avec hexagone Indexées	PAD-CAP-EX	
Transfert Pick-up en titane Gr. 5 pour pilier P.A.D., rotationnel Vis pour transfert longue incluse (cod. PAD-VTRAL-140)	PAD-TRA	
Transfert Pick-up en titane Gr. 5 pour pilier P.A.D., avec hexagone, non rotationnel Vis pour transfert longue incluse (cod. PAD-VTRAL-140)	PAD-TRA-EX	
Vis de remplacement longue pour transfert P.A.D. Incluse avec les transferts et pouvant être également commandée séparément comme pièce de remplacement	PAD-VTRAL-140	
Vis de rechange pour transfert P.A.D. fournie incluse avec les transferts et pouvant être commandée séparément comme pièce de remplacement	PAD-VTRA-140	
Vis de rechange remplacement pour transfert P.A.D. à vissage manuel. Non incluse avec les transferts et pouvant être commandée séparément.	PAD-VTRAL-140-MAN	
Analogue du pilier P.A.D. en titane Gr. 5	PAD-ANA	
Chapes calcinables en PMMA pour piliers P.A.D., rotationnelles Vis de serrage incluse	PAD-CC	

Couple de serrage recommandé pour les vis de transfert: 8-10 Ncm.

description	code
Chapes calcinables en PMMA pour piliers P.A.D., avec hexagone, non rotationnelles Vis de serrage incluse (cod. PAD-VP-140)	PAD-CC-EX 
Piliers calcinables en PMMA avec base préformée en alliage d'or type "1", rotationnels, non repositionnables, pour surcoulée sur pilier P.A.D. Vis de serrage incluse (cod. PAD-VP-140)	PAD-UC 
Piliers calcinables en PMMA avec base préformée en chrome-cobalt, rotationnels, non repositionnables, pour surcoulée sur pilier P.A.D. Vis de serrage incluse (cod. PAD-VP-140)	PAD-UCRCO 
Vis de remplacement pour composants prothétiques pour pilier P.A.D. Fournie avec tous les composants pour la réalisation de la suprastructure et également disponible comme pièce de remplacement. Egalement disponible en emballage de 10 pièces (cod. PAD-VP-140-10)	PAD-VP-140 

Composants P.A.D. pour rebasage et technique de collage

description	code
Chapes en PEEK pour piliers P.A.D., rotationnelles, pour rebasage de prothèses existantes. Vis de serrage incluse (cod. PAD-VP-140)	PAD-CP 
Chapes en PEEK pour piliers P.A.D., avec hexagone, non rotationnelles, pour rebasage de prothèses existantes.	PAD-CP-EX 
Chapes en titane Gr. 5 pour piliers P.A.D., rotationnelles, pour rebasage de prothèses existantes. Vis de serrage incluse (cod. PAD-VP-140)	PAD-CT 
Chapes en titane Gr. 5 pour piliers P.A.D., avec hexagone, non rotationnelles, pour rebasage de prothèses existantes. Vis de serrage incluse (cod. PAD-VP-140)	PAD-CT-EX 
Piliers calcinables en PMMA pour techniques de collage sur chape en titane Gr. 5	PAD-CCEM 
Vis de remplacement pour composants prothétiques pour pilier P.A.D. Incluse avec tous les composants pour la réalisation de la suprastructure et également disponible comme pièce de rechange remplacement. Egalement disponible en emballage de 10 pièces (cod. PAD-VP-140-10)	PAD-VP-140 

Couple de serrage recommandé pour la fixation des coiffes de protection: 8-10 Ncm.

Couple de serrage recommandé pour la fixation des vis prothétiques: 20-25 Ncm.

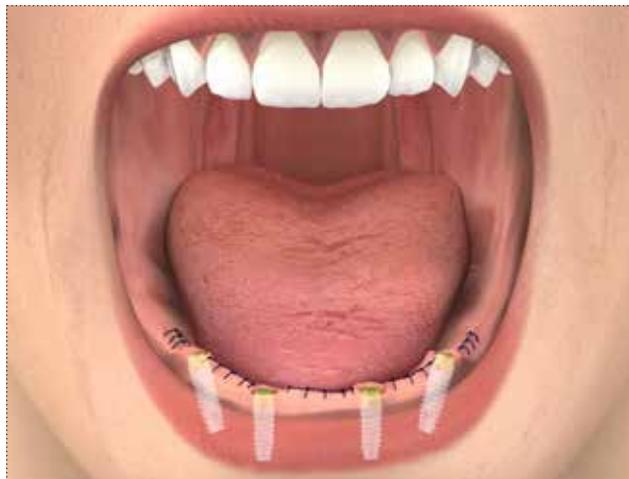
Avertissement important

Il est recommandé d'utiliser toujours des vis d'essai pour les phases de laboratoire et de conserver la nouvelle vis incluse pour la fixation définitive dans la cavité orale.

Insertion de piliers P.A.D. droits

Les pages suivantes illustrent l'insertion des piliers P.A.D. droits et angulés.

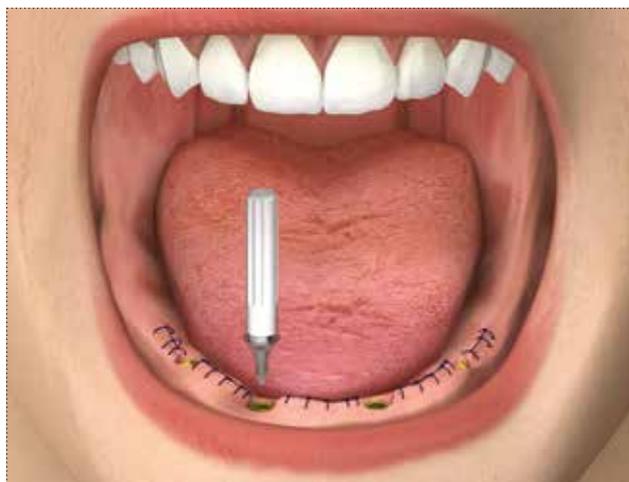
A titre purement explicatif, les images présentent une arcade inférieure avec positionnement des fixtures selon le protocole All-on-Four*, de façon à montrer tant l'utilisation des piliers droits que celle des piliers angulés. Ces procédures d'insertion sont également valables dans le cas où la réhabilitation prévoit un nombre d'implants supérieur.



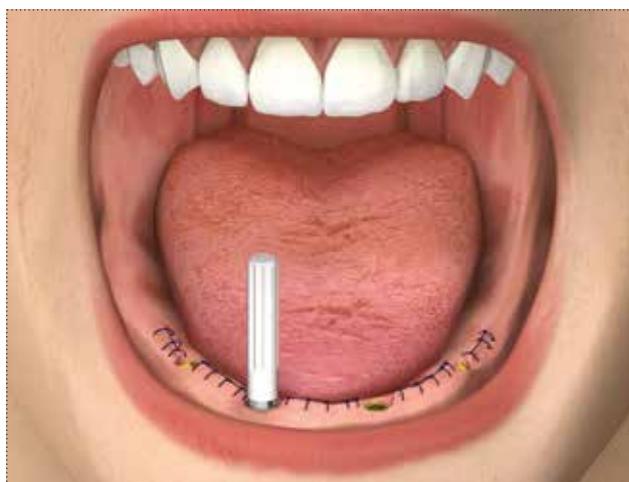
Utiliser le porte-pilier pour piliers AVV-ABUT-DG fourni dans l'emballage du pilier pour transporter les piliers P.A.D. droits dans la bouche du patient. Le porte-pilier étant connecté par friction sur l'hexagone supérieur du pilier P.A.D., il n'est pas nécessaire de l'amener en fin de course pour obtenir la rétention correcte.

Avertissement important

Les piliers P.A.D. droits sont vendus dans un emballage non stérile. Avant l'utilisation clinique, il est nécessaire de soumettre uniquement le pilier en titane à un cycle de stérilisation en autoclave. Le porte-pilier AVV-ABUT-DG est réalisé en POM ; par conséquent, il ne peut pas être soumis à une stérilisation en autoclave. Il est opportun de stériliser le porte-pilier à froid avant de l'utiliser pour le transport du pilier en bouche.



Insérer le pilier P.A.D. dans la connexion de l'implant, déterminer le point d'engagement exact entre le filet du pilier et celui du puits et fixer de quelques tours. Retirer le porte-pilier du pilier P.A.D. en exerçant un léger mouvement de levier.



Le vissage doit être complété à l'aide de l'embout hexagonal spécifique (code AVV2-ABUT), qui doit être acheté séparément. Ce même embout doit être connecté à la clé à cliquet dynamométrique (CR15).



En cas de nécessité, un prolongateur (BPM-15) peut être utilisé, en l'insérant entre l'embout hexagonal et la tête de la clé à cliquet.

Avertissement important

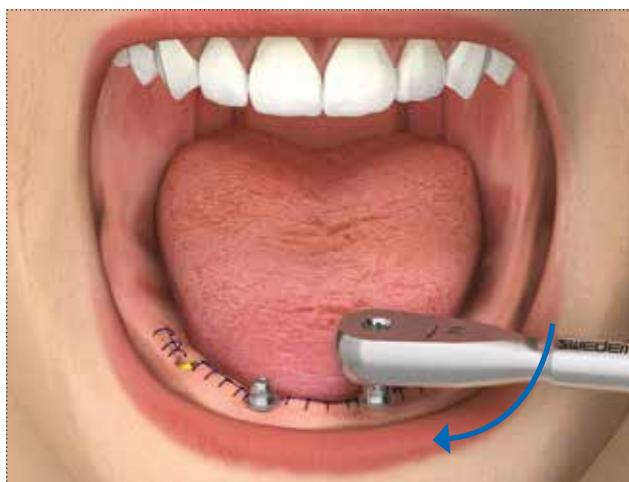
Pour garantir un bon fonctionnement des instruments, il est nécessaire de contrôler périodiquement que le dispositif de rétention des O-rings en caoutchouc soit approprié et remplacer éventuellement les dispositifs usés.



Pour stabiliser l'axe de travail de la clé à cliquet et des instruments assemblés sur celui-ci, il est conseillé de poser l'index de la main libre sur le cliquet de la tête de la même clé.

Avertissement important

Le couple de serrage maximal des piliers P.A.D. droits pour vissage direct est de 25-30 Ncm. Puisqu'il est manuellement difficile de contrôler avec précision le couple de serrage d'insertion des composants prothétiques, il est obligatoire de toujours terminer la procédure avec la clé à cliquet dynamométrique.



Insertion de piliers P.A.D. angulés

Engager la vis de serrage (cod. PAD-VM-180) au moyen du tournevis HSM-20-DG: le design particulier de l'instrument permettra d'exercer une légère friction à l'intérieur de la tête de la vis, de façon à la transporter et à l'insérer dans le trou latéral se trouvant dans le pilier P.A.D.

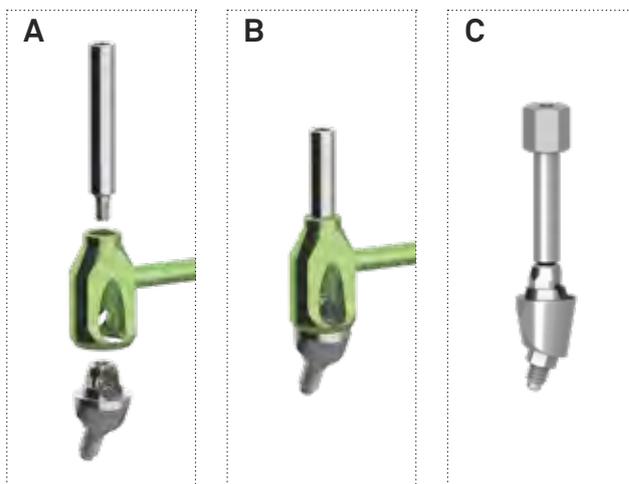
Avertissement important

Les piliers P.A.D. angulés doivent être transportés en bouche au moyen du transporteur PAD-CAR spécifique et d'une vis de transfert, eux aussi en titane, pour la fixation du pilier à l'instrument. Avant leur utilisation clinique, il est nécessaire de soumettre toutes les pièces à un cycle de stérilisation en autoclave.

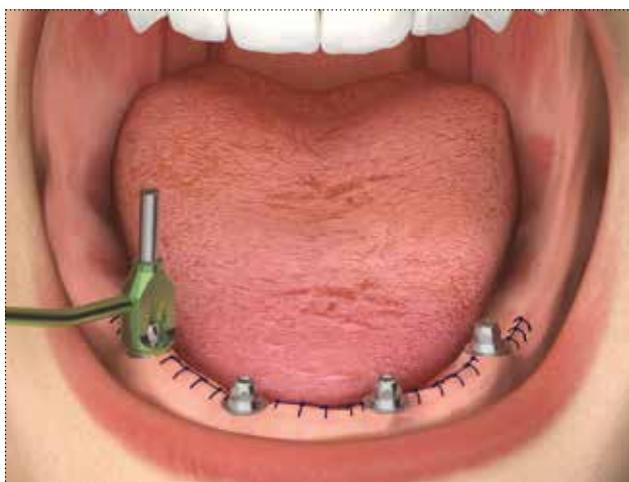


Positionner le pilier P.A.D. angulé dans la partie inférieure du porte-pilier (cod. PAD-CAR) de façon à ce que le trou de vis du pilier coïncide avec l'un des deux trous latéraux du porte-pilier, selon l'orientation nécessaire relative au côté de la bouche dans lequel l'intervention doit avoir lieu (**img. A**). Insérer, dans le trou supérieur du porte-pilier, la vis de transfert (cod. PAD-VTRA-140) et la serrer sur le pilier P.A.D. angulé (**img. B**).

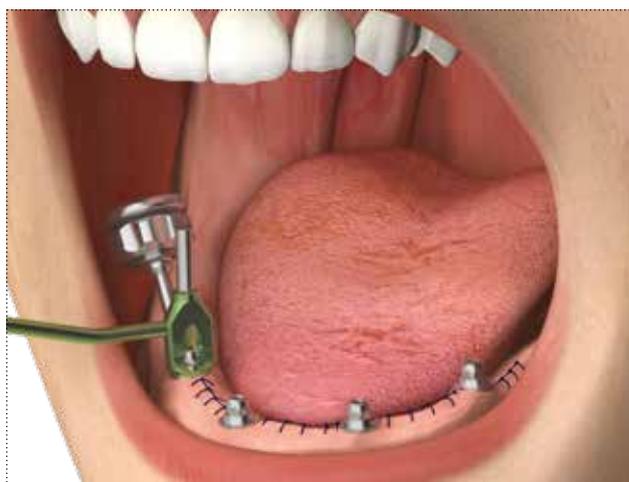
Notez bien : la vis de transfert n'est pas incluse avec le porte-pilier. Elle peut être commandée séparément en emballage individuel. Au cas où l'espace vertical ne soit pas suffisant, la vis de transfert à vissage manuel PAD-VTRAL-140-MAN peut être utilisée comme porte-pilier, sans le PAD-CAR, en la vissant directement au trou pour la vis prothétique (**img. C**).



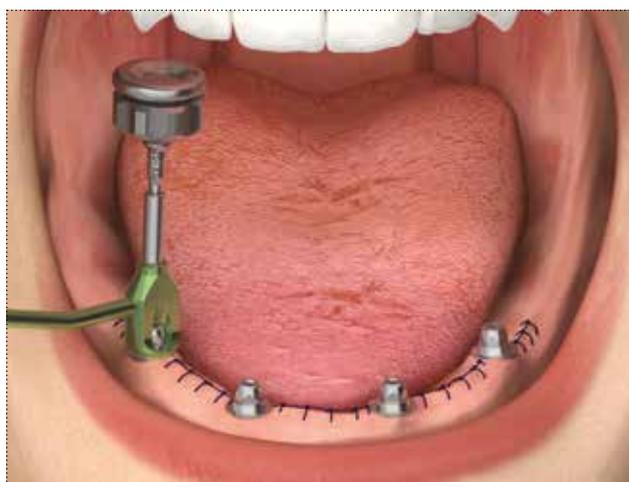
Positionner l'assemblage vis de transfert - porte-pilier - pilier P.A.D. angulé sur la connexion implantaire



Maintenant le pilier avec le porte-pilier dans la même position, serrer la vis de serrage jusqu'en butée.



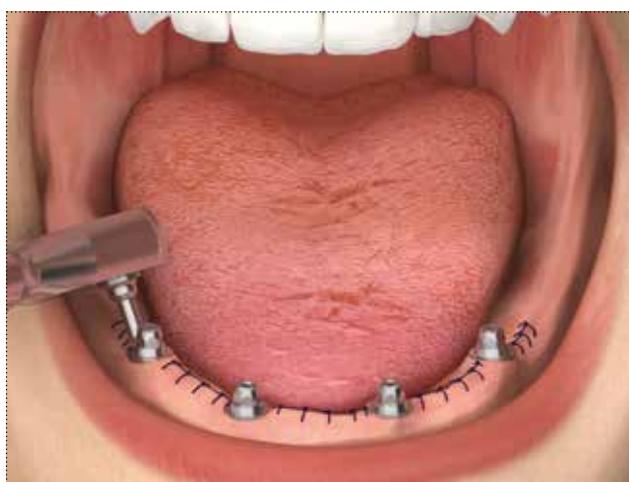
Utiliser le même tournevis de la série HSM pour dévisser la vis de transfert avant d'extraire le porte-pilier.



Assurer de nouveau le même couple de serrage à la vis en insérant un tournevis de la série HSM dans la clé à cliquet (cod. CRI5-KIT).

Avertissement important

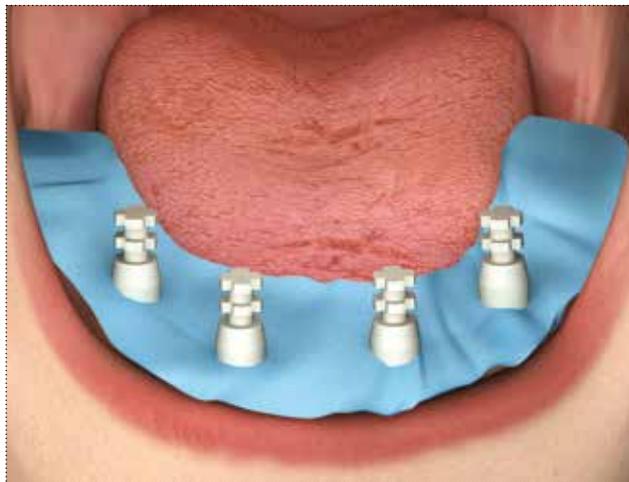
Le couple de serrage maximal des piliers P.A.D. angulés, avec vis traversante, est de 20-25 Ncm.
Puisqu'il est manuellement difficile de contrôler avec précision le couple de serrage d'insertion des composants prothétiques, il est obligatoire de toujours terminer la procédure avec la clé à cliquet dynamométrique. Il est recommandé de maintenir la clé à cliquet dans une position perpendiculaire pendant le vissage, en posant l'index de la main libre sur le cliquet lui-même de façon à éviter tout mouvement de basculement pouvant endommager les instruments et compromettre le positionnement correct des piliers.



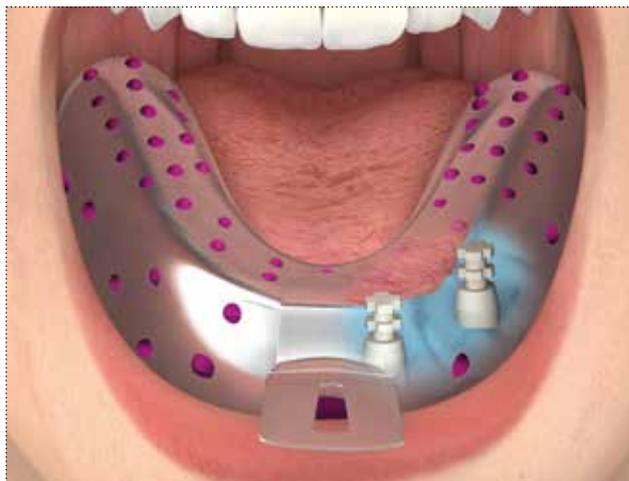
Mise en charge immédiate sur 4 ou 6 implants: technique de collage

Empreinte sur piliers P.A.D. avec coiffes en POM

Après avoir inséré les piliers P.A.D. dans les connexions implantaire, insérer les coiffes rotationnelles en exerçant une légère pression pour la technique à gouttière fermée (cod. PAD-CAP). Il n'est pas nécessaire d'utiliser de vis car ces coiffes sont appliquées par friction sur le cône du même pilier. Elles sont particulièrement indiquées dans les cas de légers disparallélismes des plates-formes émergentes. Voir les caractéristiques techniques du POM en pag. 241.



Si nécessaire, réduire la dimension des coiffes pour la conformer à la dimension verticale du patient. Positionner le porte-empreinte fermé sur les coiffes, en essayant d'éviter tous mouvements latéraux pouvant en causer un déplacement accidentel. Laisser durcir le matériel d'empreinte selon les indications et soulever verticalement la gouttière.



Dans le cas où les piliers ne soient pas mis en charge immédiatement et qu'il soit nécessaire de les protéger lorsqu'ils se trouvent dans la cavité orale, ils peuvent être couverts par la coiffe de protection en titane spécifique PAD-CG (**img. A**) ou par les coiffes PAD-CGP en PEEK (**img. B**), aux dimensions plus réduites et donc appropriées pour être cachées par un provisoire. Ces coiffes doivent être assemblées aux piliers au moyen des vis incluses.

Le couple de serrage recommandé pour serrer la coiffe de protection avec la vis de serrage est de 8-10 Ncm.

Avertissement important

Les deux typologies de coiffes sont vendues dans des emballages non stériles, il est donc nécessaire de les soumettre à un cycle de stérilisation en autoclave avant leur utilisation clinique, selon les indications figurant en pag. 250.



Positionner les analogues (cod. PAD-ANA) dans le porte-empreinte en les engageant dans les coiffes rotationnelles.

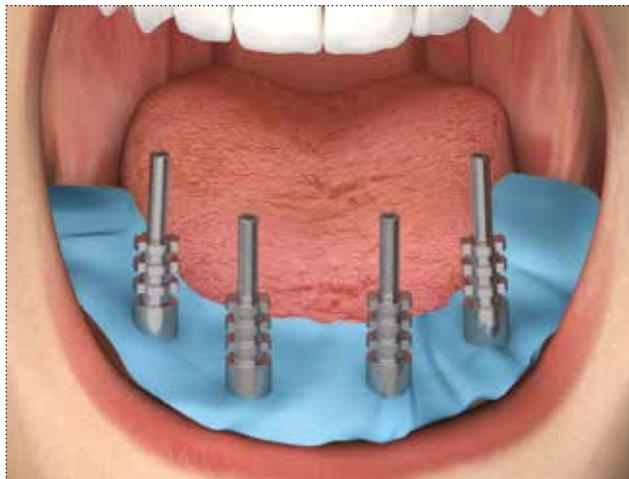


Développer le modèle de la manière habituelle.

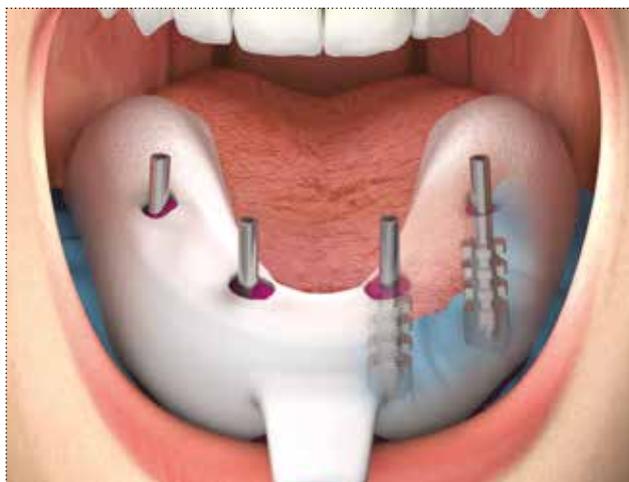


Empreinte sur piliers P.A.D. avec transfert Pick-up

Après avoir inséré les piliers P.A.D. dans les connexions implantaire, fixer les transferts Pick-up à l'aide de la vis longue PAD-VTRAL-140 incluse à cet effet, indiquée pour la prise d'empreinte avec gouttière individuelle ouverte. Eventuellement, solidariser les transferts entre eux avec du fil et de la résine et en attendre la polymérisation selon les indications du fabricant.



Positionner la gouttière individuelle ouverte sur les transferts. La vis sortira des trous créés à cet effet dans la gouttière individuelle. Après le durcissement du matériel d'empreinte, dévisser les vis de transfert et retirer le porte-empreinte.



Dans le cas où les piliers ne soient pas mis en charge immédiatement et qu'il soit nécessaire de les protéger lorsqu'ils se trouvent dans la cavité orale, ils peuvent être couverts par la coiffe de protection en titane spécifique PAD-CG (**img. A**) ou par les coiffes PAD-CGP en PEEK en PEEK (**img. B**), aux dimensions plus réduites et donc appropriées pour être cachées par un provisoire. Ces coiffes doivent être assemblées aux piliers au moyen des vis fournies incluses. Le couple de serrage recommandé pour serrer les vis de la coiffe de protection avec la vis est de 8-10 Ncm.

Avertissement important

Les deux typologies de coiffes sont vendues dans des emballages non stériles, il est donc nécessaire de les soumettre à un cycle de stérilisation en autoclave avant leur utilisation clinique, selon les indications figurant en pag. 250.



Positionner les analogues (cod. PAD-ANA) dans le porte-
empreinte en les engageant dans les transferts et fixer la
vis, en la replaçant dans le trou laissé par celle-ci dans le
matériel d'empreinte.



Développer le modèle de la manière habituelle.

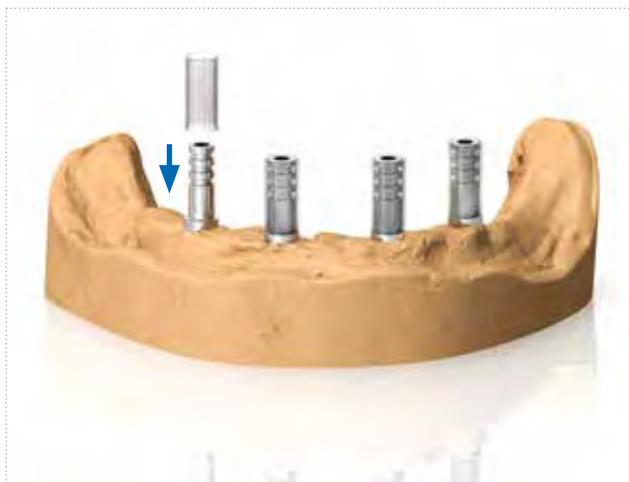


Réalisation d'une prothèse avec armature: technique de collage

Au moyen de la vis (cod. PAD-VP-140) incluse à cet effet, serrer une chape en titane rotationnelle (cod. PAD-CT) sur chaque analogue P.A.D



Introduire sur chaque chape en titane un cylindre calcinable en PMMA (cod. PAD-CCEM).



Réduire les chapes en titane et les cylindres calcinables correspondants à une dimension conforme à la dimension verticale du patient, en utilisant le masque en silicone obtenu d'un prémontage ou en plaçant la structure dans l'articulateur en rapport avec l'espace laissé par l'antagoniste.



Modeler une travée en résine, englobant les cylindres calcinables.



Enlever la structure du modèle et effectuer la coulée ou la réplique par des techniques numériques CAD CAM. Les chapes en titane restent vissées aux analogues des piliers P.A.D.



Procéder à la réalisation de la partie esthétique de la prothèse, selon la manière habituelle. Vérifier, d'abord sur le modèle puis en bouche, la passivité de la structure.

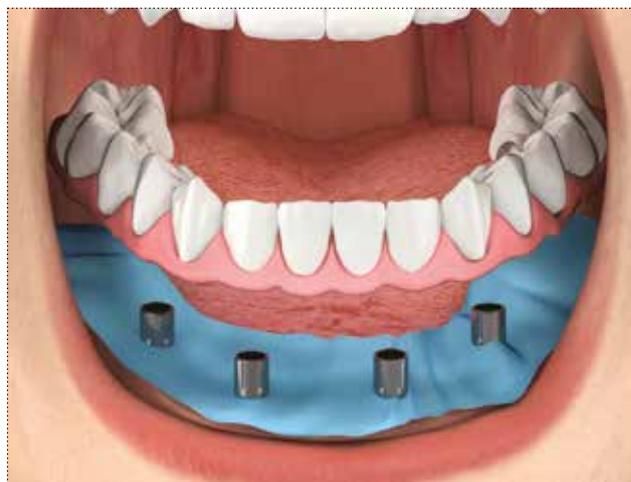


DANS LE CABINET DENTAIRE: Retourner le provisoire et introduire du ciment résineux entre la travée coulée et les chapes en titane.



Placer le provisoire sur les chapes en titane précédemment repositionnées dans la bouche et vissées avec les vis correspondantes.

Notez bien : prêter attention au positionnement correct des chapes en titane dans la bouche, en suivant l'ordre du modèle, de façon à ne pas créer de gêne ni de difficultés fonctionnelles au patient. Il est possible de protéger les tissus mous en insérant une digue en caoutchouc opportunément façonnée pour éviter que le ciment puisse englober les points de suture.



Effectuer la polymérisation du ciment selon les indications du producteur.



Dévisser le provisoire et effectuer les finitions de la base: les chapes en titane restent englobées par le ciment à l'intérieur de la prothèse, alors que les piliers P.A.D. restent vissés aux implants.

Après le polissage de la base, revisser le provisoire sur les piliers P.A.D. avec un couple de serrage de 20-25 Ncm. Contrôler les relations occlusales et vérifier l'absence de tensions. Préserver la tête de la vis et fermer les trous de vis avec un matériel éliminable comme du composite ou de la résine.

Avertissement important

Il est important d'utiliser des vis neuves pour la fixation finale de la structure en bouche.



Avertissement important

Pour les patients portant déjà une prothèse overdenture, il est possible de réaliser un provisoire ancré sur implants, utilisant les mêmes chapes en titane (cod. PAD-CT) ou en PEEK (cod. PAD-CP). Dans ce cas, la prothèse existante sera perforée au niveau des implants puis collée aux chapes susdites en effectuant le rebasage directement en bouche. Les parties de chapes en excès devront ensuite être coupées pour éviter toutes gêne ou difficultés fonctionnelles au patient.

Mise en charge immédiate sur 4 ou 6 implants: technique D.P.F. (Direct Prosthetic Framework)

Les composants D.P.F. ont été spécialement développés pour rendre plus aisés les protocoles d'empreinte et de transfert au laboratoire de réhabilitations multiples avec piliers P.A.D., abstraction faite de leur nombre. La cimentation intra-orale de la travée métallique obtenue successivement par coulée permet de réduire les temps d'insertion du provisoire renforcé à 8 heures à partir de l'achèvement de la chirurgie, tout en maintenant les exigences de résistance et de passivité, importantes pendant la première phase de la mise en charge de l'implant.

STEP 1

La barre calcinable est fixée aux coiffes par une résine photopolymérisable.



STEP 2

Successivement à la photopolymérisation de la travée, le produit est retiré de la cavité orale.

STEP 3

Le produit est coulé en laboratoire, permettant d'obtenir la structure métallique pour la réalisation de la travée finie.



Description	Référence
<p>Emballage comprenant tous les composants prothétiques pour la technique "D.P.F." sur pilier P.A.D. unitaire. L'emballage contient la chape en titane Gr. 5 (PAD-CT-LV), le centreur calcinable (PAD-CC-LV), le bouchon de fermeture (PAD-TR-LV), l'o-ring de protection (PAD-ORING-LV) et la vis de fixation (PAD-VP-140) devant être serrée à 20-25 Ncm, également disponible comme pièce de remplacement.</p>	<p>PAD-LV</p> 
<p>Chape en titane Gr. 5 remplacement pour la technique "D.P.F." L'emballage ne contient pas la vis de serrage.</p>	<p>PAD-CT-LV</p> 
<p>Centreur calcinable de remplacement pour la technique "D.P.F."</p>	<p>PAD-CC-LV</p> 
<p>Bouchon de fermeture de remplacement pour la technique "D.P.F."</p>	<p>PAD-TR-LV</p> 
<p>O-ring de remplacement pour la technique "D.P.F."</p>	<p>PAD-ORING-LV</p> 
<p>Vis de remplacement pour composants prothétiques pour pilier P.A.D. Incluse avec tous les composants pour la réalisation de la suprastructure et également disponible comme pièce de remplacement. Egalement disponible en emballage de 10 pièces (cod. PAD-VP-140-10)</p>	<p>PAD-VP-140</p> 
<p>Barre calcinable, L. 5 cm, ø 2.2 mm</p>	<p>BARC</p> 

Couple de serrage recommandé pour les vis pour piliers P.A.D.: 20-25 Ncm.

Mise en charge immédiate sur 4 ou 6 implants: technique D.P.F. (Direct Prosthetic Framework)

Réalisation d'une prothèse avec armature

Avant de suturer la plaie chirurgicale, visser sur chaque implant un pilier P.A.D. avec une hauteur transmuqueuse conforme à l'épaisseur des tissus mous du patient. Successivement, appliquer des points de suture selon les indications cliniques requises.

Avertissement important

Les piliers P.A.D. droits sont vendus dans un emballage non stérile. Avant leur utilisation clinique, il est nécessaire de les soumettre à un cycle de stérilisation. Etant réalisé en titane, le pilier peut être stérilisé en autoclave. Le porte-pilier AVV-ABUT-DG est réalisé en POM ; par conséquent, il ne peut pas être soumis à une stérilisation en autoclave et doit être stérilisé à froid avant de l'utiliser pour le transport du pilier en bouche.



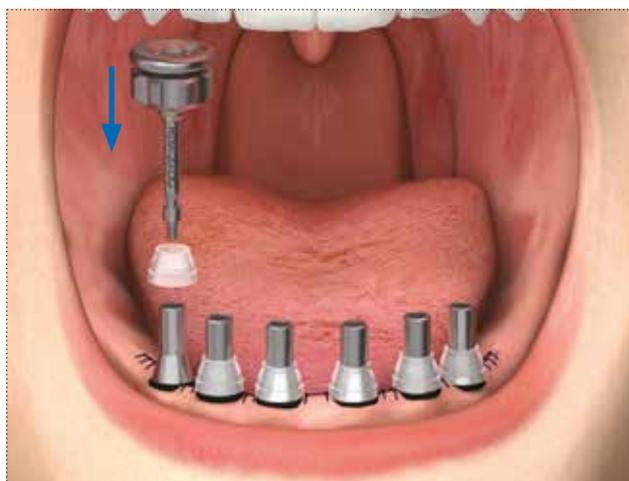
Faire glisser l'O-ring noir à la base de la chape jusqu'à son positionnement dans la petite gorge prévue à cet effet. S'aider éventuellement avec une sonde.



Au moyen de la vis spécifique fournie incluse, visser sur chaque pilier P.A.D. une chape en titane pour technique D.P.F. (cod. PAD-CT-LV), assemblée avec son O-ring noir (cod. PAD-ORING-LV). Introduire ensuite sur chaque chape un centreur calcinable (cod. PAD-CC-LV).

Avertissement important

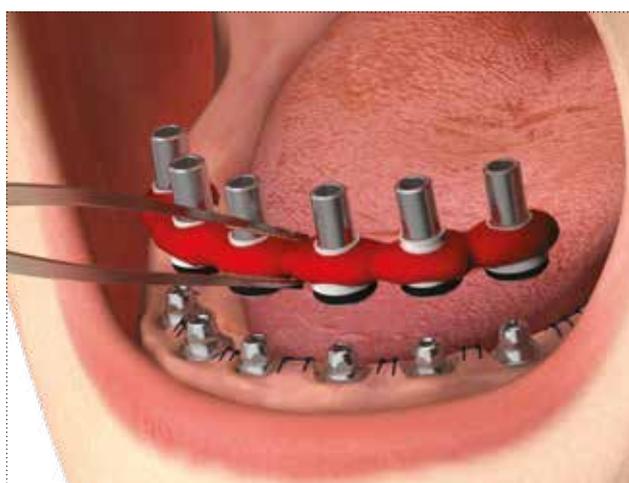
Les composants pour la réalisation de la technique D.P.F. sont vendus dans un emballage non stérile, en kit pour chaque pilier P.A.D. Chaque kit contient tous les éléments nécessaires, selon les indications incluses en pag. 136. Avant leur utilisation clinique, il est nécessaire de les soumettre à un cycle de stérilisation en autoclave. Il est également opportun de stériliser à froid l'O-ring en silicone et le centreur calcinable avant leur introduction en bouche.



Créer une structure en résine calcifiable sur les PAD-CC-LV à l'aide de segments préformés (cod. BARC) et de résine liquide photopolymérisable (**img. A**). A la fin, épaissir toute la travée par une couche de résine supplémentaire (**img. B**).



La polymérisation achevée, dévisser les vis PAD-VP-140 et insérer les bouchons de fermeture PAD-TR-LV de sorte qu'il soit possible d'enlever toute la structure en résine avec les chapes PADCT-LV encore insérées, sans qu'elles se détachent.



AU LABORATOIRE: éventuellement, épaissir davantage la structure. Enlever les chapes en titane et les vis respectives avant la coulée de la travée.



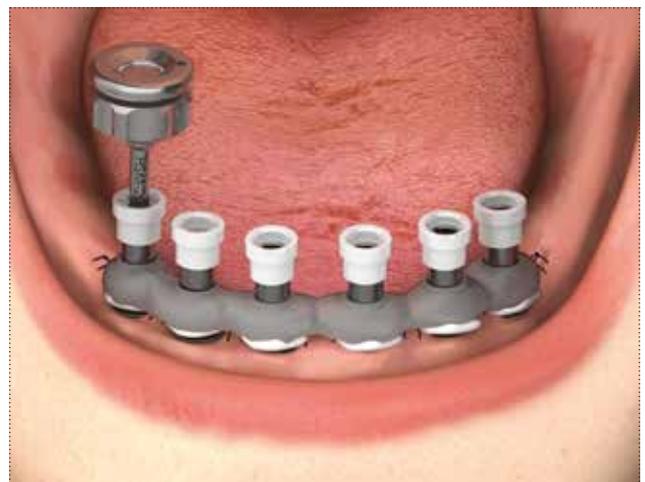
Couler la structure selon le protocole standard. Essayer la structure dans la bouche du patient, pour en vérifier la passivité complète. Le couple de serrage recommandé pour serrer toutes les suprastructures obtenues par coulée ou par technologie CAD CAM sur les piliers P.A.D. est de 20-25 Ncm. Réinsérer les chapes en titane dans la travée ; celle-ci sera maintenue dans une position correcte par les bouchons de fermeture prévus à cet effet. Insérer de nouveau les vis PAD-VP-140 par le sommet des chapes et injecter une petite quantité de vaseline à l'intérieur de celles-ci, de façon à éviter la sortie des vis pendant le transport au cabinet dentaire.



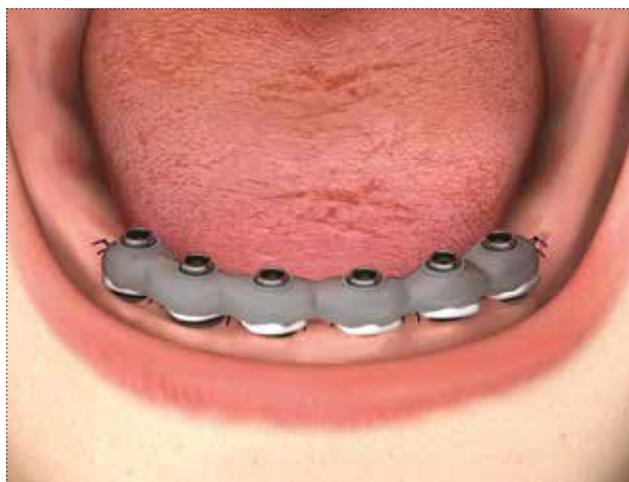
DANS LE CABINET DENTAIRE: retourner la structure, telle qu'elle a été remise par le laboratoire, et introduire du ciment résineux entre la travée coulée et les chapes en titane.



Visser la structure sur les piliers P.A.D. en maintenant un couple de serrage de 20-25 Ncm et effectuer la polymérisation du ciment.



Après le collage, en cas de nécessité, le technicien pourra raccourcir les chapes selon la dimension verticale du patient.

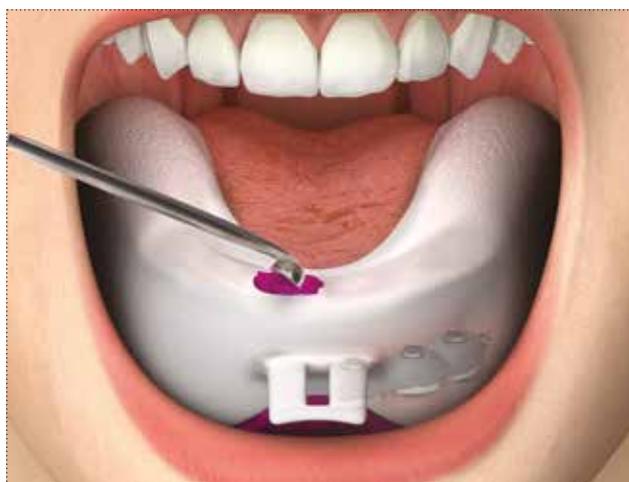


Enlever toutes les vis PAD-VP-140 sauf une, en position mésiale.



Réaliser une gouttière individuelle, perforée au niveau de la vis laissée in situ, et avec indentation en position centrique. Prendre une empreinte qui englobe la travée coulée, précédemment solidarisée avec les chapes en titane. Libérer ensuite l'empreinte au niveau de la vis.

Notez bien : la vis PAD-VP-140 peut être remplacée par une vis de transfert PAD-VTRAL-140: de cette façon, il ne sera pas nécessaire de creuser l'empreinte mais il suffira de dévisser la vis en saisissant l'extrémité qui sort de la gouttière.



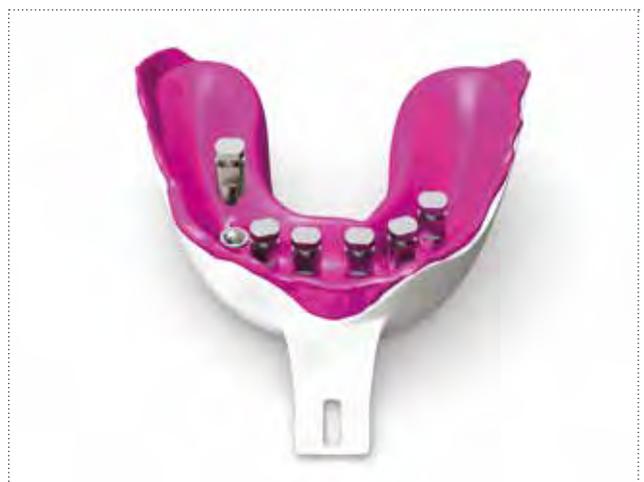
Dévisser la vis PAD-VP-140 ou la vis de transfert.



Soulever le porte-empreinte, à l'intérieur duquel la travée sera restée englobée.



Positionner les analogues (cod. PAD-ANA) dans le porte-empreinte en les engageant à la base de la structure coulée.



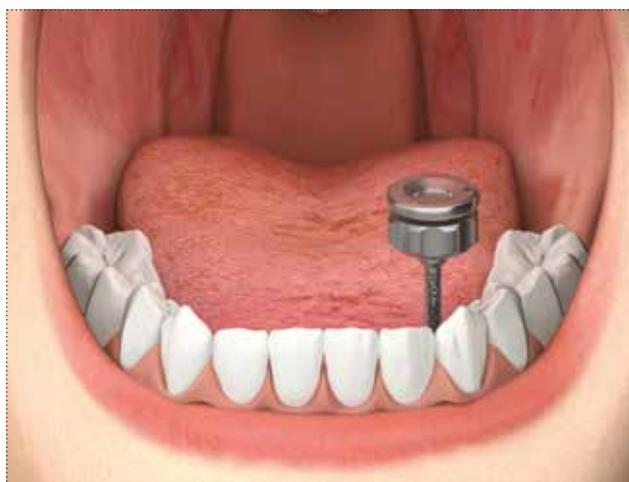
Couler le modèle et libérer la travée de l'empreinte pour la revisser sur les analogues des piliers P.A.D.



Réaliser la prothèse provisoire en résine selon la manière habituelle et effectuer les finitions de la base pour un plus grand confort du patient.



Visser la prothèse provisoire dans la bouche du patient et fermer les trous avec du ciment provisoire.



Mise en charge différée sur 4 ou 6 implants

Réalisation d'une prothèse définitive par coulée ou par technique CAD CAM

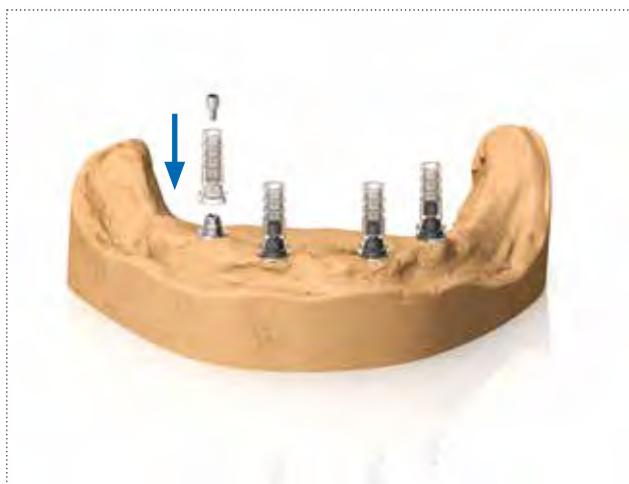
Enlever le provisoire et prendre une empreinte définitive sur les piliers P.A.D. avec transfert Pick-up et gouttière individuelle selon les procédures reportées en pag. 42 puis développer le modèle selon la manière habituelle. Repositionner le provisoire dans la bouche du patient.



Visser les chapes calcinables (cod.PAD-CC) sur les piliers. Au laboratoire, faire attention, avant la coulée, à ne pas serrer les chapes entièrement calcinables sur les modèles avec un couple de serrage supérieur à 8-10 Ncm, car les polymères présentent une résistance inférieure à celle du métal. Voir les caractéristiques techniques du PMMA en pag. 240.

Avertissement important

Pour les phases de laboratoire, utiliser toujours des vis prothétiques de remplacement, disponibles en emballage individuel sous les références PAD-VP-140. Utiliser les vis neuves pour le serrage définitif dans la bouche du patient.



Si nécessaire, réduire les chapes calcinables à une dimension conforme à la dimension verticale du patient, en utilisant le masque en silicone obtenu d'un prémontage ou en plaçant la structure dans l'articulateur en rapport avec l'espace laissé par l'antagoniste.



Réaliser une structure calcinable qui permettra d'obtenir la structure métallique de la prothèse définitive.
A partir du même wax-up, la structure peut être également réalisée par duplication grâce à la technologie CAD CAM.



Couler la structure ou la produire par technologie CAD CAM. Essayer la structure d'abord sur un modèle puis dans la bouche du patient, pour en vérifier la passivité complète.

Avertissement important

Si la structure ne devait pas être complètement passive bien que le protocole de vérification normal ait été suivi avant la coulée, effectuer les corrections selon la manière habituelle.

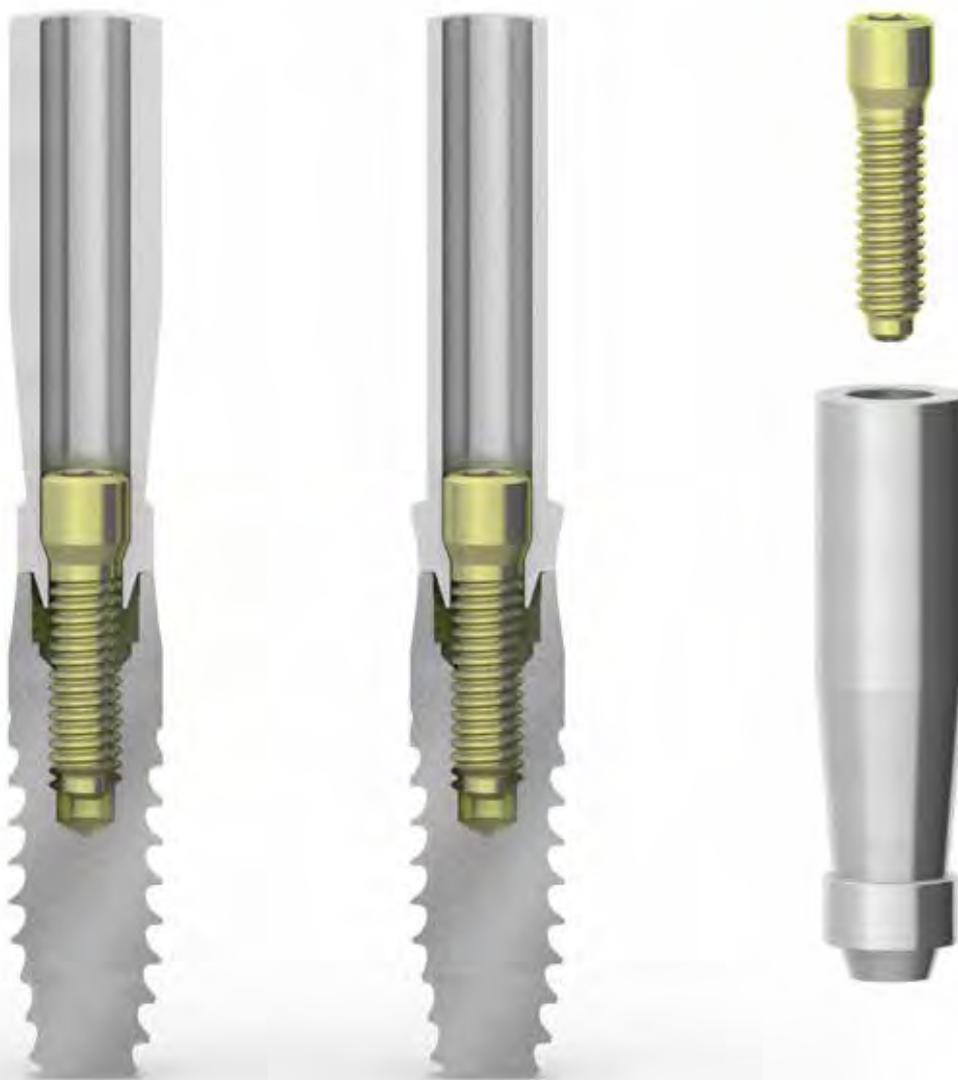


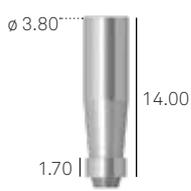
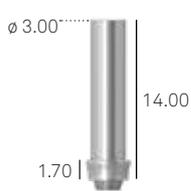
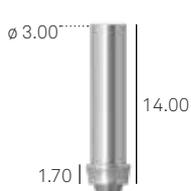
Céramiser la prothèse définitive de la manière habituelle et la visser sur les piliers P.A.D. dans la bouche du patient. Préserver la tête de la vis et fermer les trous de vis avec un matériel éliminable comme du composite ou de la résine. Le couple de serrage recommandé pour serrer toutes les suprastructures sur les piliers est de 20-25 Ncm.



Chapes pour structures multiples transvissées avec technique de collage

Ces canules ont été conçues pour être utilisées dans les cas de structures multiples vissées, grâce à leur longueur et à la morphologie de la base, celle-ci garantissant un excellent point d'appui pour la fermeture avec la prothèse. Elles sont disponibles en chrome-cobalt et en titane Gr. 5 ; elles permettent la réalisation de prothèses grâce à l'utilisation de techniques variées telles que coulées, surcoulées, collage et soudage. Sur ces canules, l'appui de la vis de serrage est conique ; aussi, pour leur vissage, il est nécessaire d'utiliser les vis optionnelles à appui conique avec embout hexagonal interne, ou, comme alternative, les vis avec technologie Full Head, reportées sur le tableau de la page suivante.



Description	Référence
Chapes en titane Gr. 5 Rotationnelles H. 14.00 mm Emergence droite Vis de serrage à appui conique incluse	L-CT-340-ROT 
Chapes en titane Gr. 5 Rotationnelles H. 14.00 mm Emergence anatomique Vis de serrage à appui conique incluse	L-CTR-340-ROT 
Chapes en chrome-cobalt Rotationnelles H. 14.00 mm Emergence droite Vis de serrage à appui conique incluse	L-CCRCO-340-ROT 
Chapes en chrome-cobalt Rotationnelles H. 14.00 mm Emergence anatomique Vis de serrage à appui conique incluse	L-CCRCOR-340-ROT 
Emballage individuel Emballage de 10 pièces Vis de serrage à appui conique fournie Incluse avec les piliers et pouvant être également commandée séparément comme pièce de remplacement	L-VMS-180 L-VMS-180-10 
Emballage individuel Emballage de 10 pièces Vis de serrage avec technologie Full Head Non comprise avec les piliers, disponible en option*	L-VM-180 L-VM-180-10 

Couple de serrage recommandé pour les chapes en titane: 20-25 Ncm.

*Les vis de serrage avec technologie Full Head (L-VM-180) doivent être serrées avec les tournevis spécifiques pour vis avec technologie Full Head, contenus dans le kit chirurgical Prama.

Avertissement important

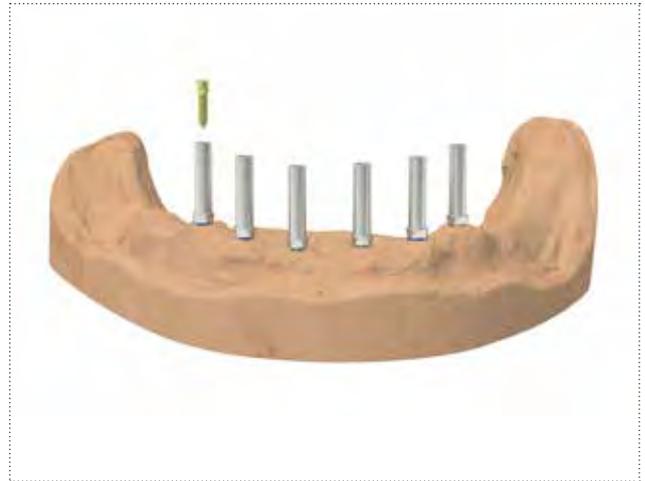
Il est recommandé d'utiliser toujours des vis d'essai pour les phases de laboratoire et de conserver la nouvelle vis incluse pour la fixation définitive dans la cavité orale.

Avertissement important

Il est recommandé de ne pas utiliser les vis de serrage standard (cod.VM2-180) avec ces piliers car ces vis n'ont pas d'appui conique et ne s'interfacent donc pas exactement avec le siège de la tête de la vis à l'intérieur de la prothèse. La non-observation de cet avertissement comporte le risque de dévissages précoces ou de fracture de la vis.

**Réalisation d'une structure d'arcade complète sur chapes pour structures multiples vissées:
technique de collage**

A partir du modèle de précision, serrer une chape sur chaque analogue au moyen de la vis incluse en utilisant un tournevis de la série HSM.

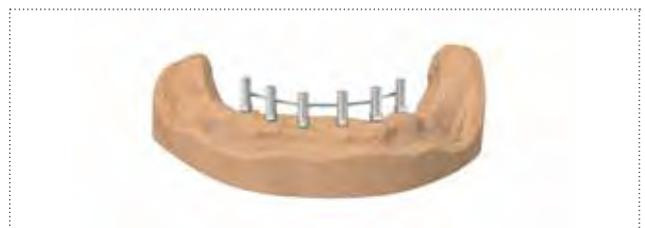


Réduire les chapes à une dimension conforme à la dimension verticale du patient, en utilisant le masque en silicone obtenu d'un prémontage ou en plaçant la structure dans l'articulateur en rapport avec l'espace laissé par l'antagoniste.



Réaliser une structure calcinable qui permettra d'obtenir la structure métallique de la prothèse.

Notez bien : Si jugé nécessaire, il est possible de réaliser une structure avec armature par la soudure extra-orale des chapes en utilisant l'une des différentes méthodes de soudage.



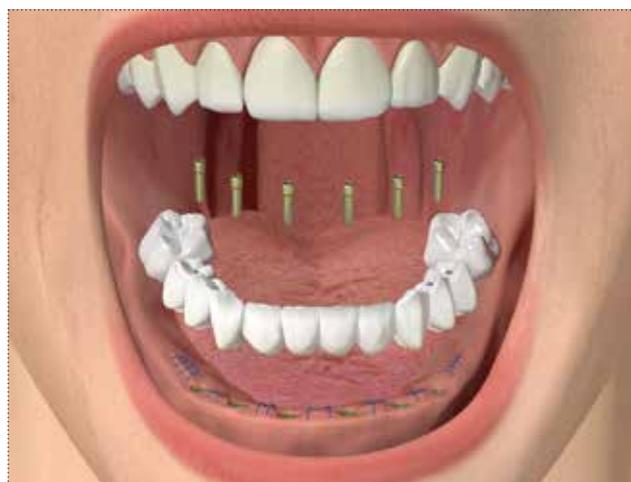
Couler la structure précédemment modelée autour des piliers. Essayer la travée sur un modèle pour vérifier l'absence de toute aspérité pouvant entraver le positionnement correct sur les piliers et effectuer éventuellement les corrections avec un foret.



Englober la structure coulée ou soudée à l'intérieur d'un provisoire en résine déchargé de façon adéquate pour garantir le confort du patient.



La polymérisation achevée, dévisser la structure provisoire du modèle et la visser sur les implants, en ayant soin d'éloigner les lambeaux de tissus mous de la connexion pendant les manœuvres d'insertion et en les suturant ensuite autour de l'émergence des piliers pour un conditionnement adéquat. Le provisoire doit être vissé à l'aide des vis spécifiques et d'un tournevis de la série HSM. Il est recommandé de ne pas dépasser le couple de serrage de 20-25 Ncm.



Réhabilitation provisoire et définitive avec technique conométrique Conoweld

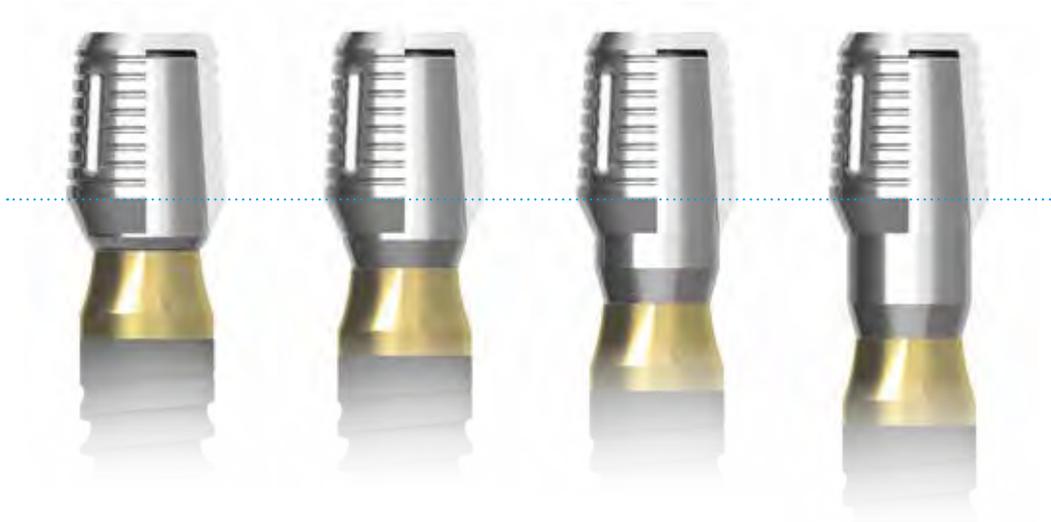
Des piliers en titane Gr.5 ont été réalisés pour utiliser la technique conométrique Conoweld. Cette technique réunit les avantages de deux protocoles déjà largement diffusés dans le domaine des prothèses implanto-portées, à savoir, la soudure intra-orale provisoire et la conométrie, tant pour la phase provisoire que pour la phase définitive, utilisant des prothèses sans ciment et pouvant être enlevées par l'opérateur.

Les piliers sont disponibles dans les versions droite et angulée à 5°, 10° et 15°.



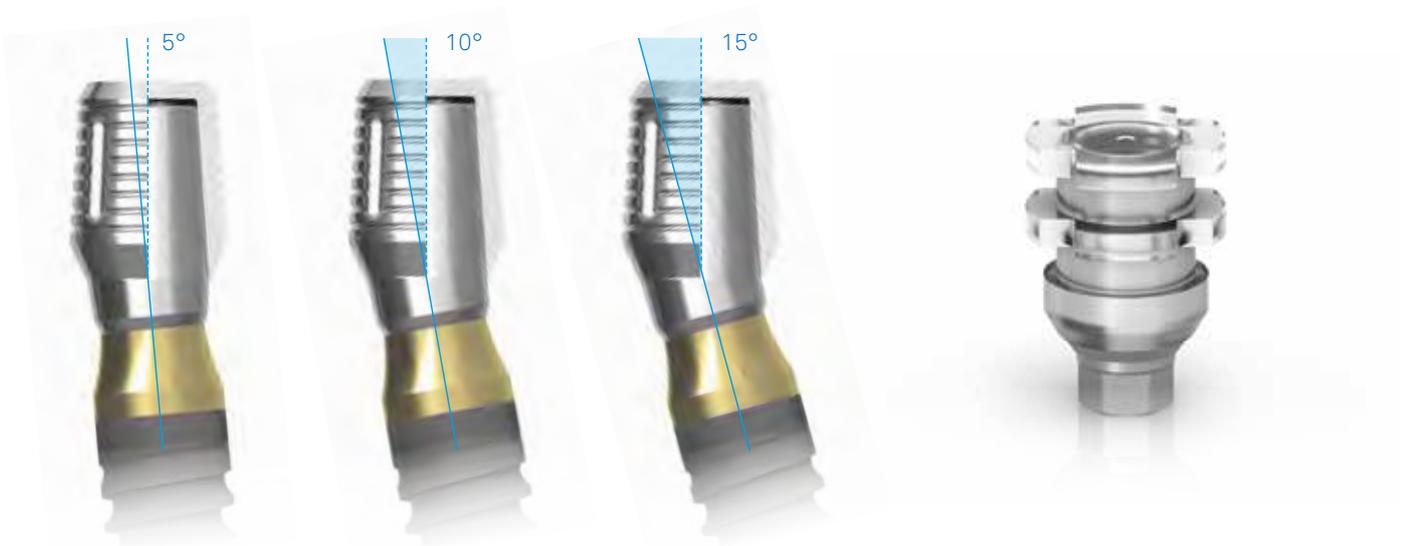
Coiffes conométriques Conoweld

La gamme Conoweld comprend trois coiffes différentes: cela est dû au fait que la rétention par conométrie a lieu dans la portion la plus coronaire du pilier, qui présente toujours les mêmes dimensions.



Les deux coiffes en titane se différencient par leur épaisseur: celle destinée à la réalisation d'une structure avec soudure intra-orale pour la phase provisoire est plus épaisse pour soutenir la soudure avec les barres en titane, sans qu'elle ne se fonde avec le pilier sous-jacent, alors que la coiffe destinée à l'ancrage de la prothèse définitive collée est plus fine pour limiter l'impact sur les morphologies anatomiques de la prothèse, et ne doit donc pas être utilisée pour la soudure.

Une coiffe en PMMA est également disponible pour permettre une prise d'empreinte précise même à ceux qui ne disposent pas d'une soudeuse intra-orale et qui peut être utilisée pour le modelage et la coulée d'une structure entièrement en chrome-cobalt ou composée d'autres alliages, au cas où l'on ne désire pas effectuer un assemblage avec une technique de collage.

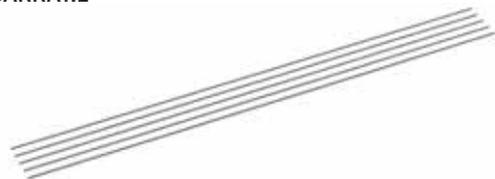
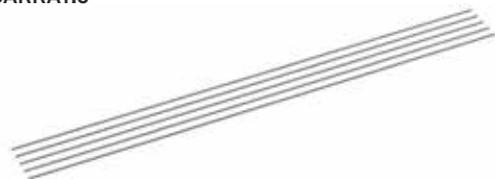
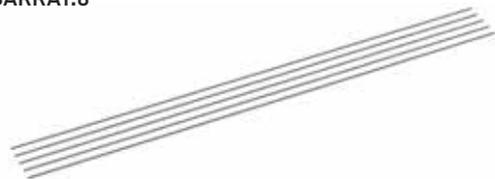


Piliers Conoweld pour implants Prama

Description	Référence
Pilier Conoweld en titane Gr. 5 Droit H. transgingivale 0.50 mm Vis de serrage standard incluse	A-MD-TS-EX230-05 
Pilier Conoweld en titane Gr. 5 Droit H. transgingivale 1.00 mm Vis de serrage standard incluse	A-MD-TS-EX230-1 
Pilier Conoweld en titane Gr. 5 Droit H. transgingivale 2.00 mm Vis de serrage standard incluse	A-MD-TS-EX230-2 
Pilier Conoweld en titane Gr. 5 Droit H. transgingivale 3.00 mm Vis de serrage standard incluse	A-MD-TS-EX230-3 
Pilier Conoweld en titane Gr. 5 Droit H. transgingivale 5.00 mm Vis de serrage standard incluse	A-MD-TS-EX230-5 
Pilier Conoweld en titane Gr. 5 Angulé 5° Vis de serrage standard incluse	A-MA05-TS-EX230 
Pilier Conoweld en titane Gr. 5 Angulé 10° Vis de serrage standard incluse	A-MA10-TS-EX230 
Pilier Conoweld en titane Gr. 5 Angulé 15° Vis de serrage standard incluse	A-MA15-TS-EX230 
Emballage individuel Emballage de 10 pièces Vis de serrage standard Incluse avec les piliers et pouvant être également commandée séparément comme pièce de remplacement	VM2-180 VM2-180-10 

Couple de serrage recommandé pour les piliers Conoweld: 20-25 Ncm

Composants pour technique Conoweld

Description	Référence
Coiffe provisoire pour soudure intra-orale	CAP-TS-PRO 
Coiffe définitive pour collage	CAP-TS-DEF 
Coiffe pour empreinte pour piliers Conoweld	CAP-TS-IMP 
Analogue du pilier Conoweld	ANA-TS 
Emballage de 5 pièces Barre en titane Gr. 2, L. 150 mm, \varnothing 1,20 mm	DW-BARRA1.2 
Emballage de 5 pièces Barre en titane Gr. 2, L. 150 mm, \varnothing 1,50 mm	DW-BARRA1.5 
Emballage de 5 pièces Barre en titane Gr. 2, L. 150 mm, \varnothing 1,80 mm	DW-BARRA1.8 

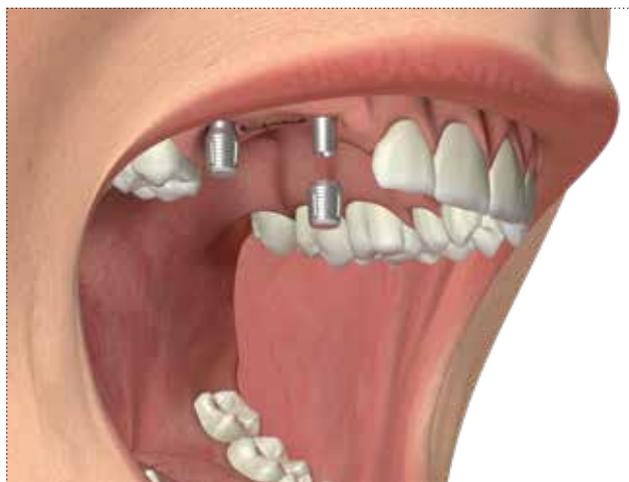
Réhabilitation provisoire multiple par soudure intra-orale sur coiffes Conoweld

Positionner les piliers Conoweld sur les implants, en choisissant la hauteur transmuqueuse la plus appropriée et l'angulation la mieux adaptée dans les cas d'implants disparallèles. Visser à l'aide de la vis spécifiquement incluse et d'un tournevis de la série HSM. Le couple de serrage ne doit pas dépasser 20-25 Ncm.



Positionner sur les piliers les coiffes provisoires Conoweld (cod. CAP-TS-PRO), en exerçant une légère pression à la main. Prendre une barre en titane Gr. 2 pour soudure intra-orale de l'épaisseur la plus appropriée et la courber préalablement à la main conformément à la zone devant être réhabilitée.

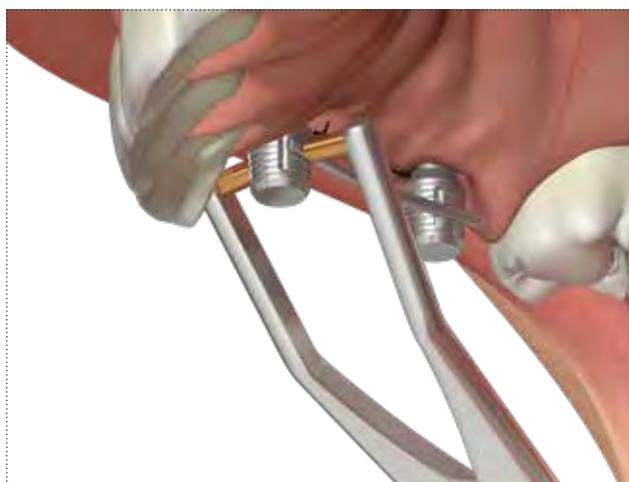
Remarque: il est conseillé de ne pas couper initialement la barre à la dimension voulue car le segment en excès rend les opérations de retrait et de repositionnement plus aisées, et ce, jusqu'à la fin du soudage des coiffes.



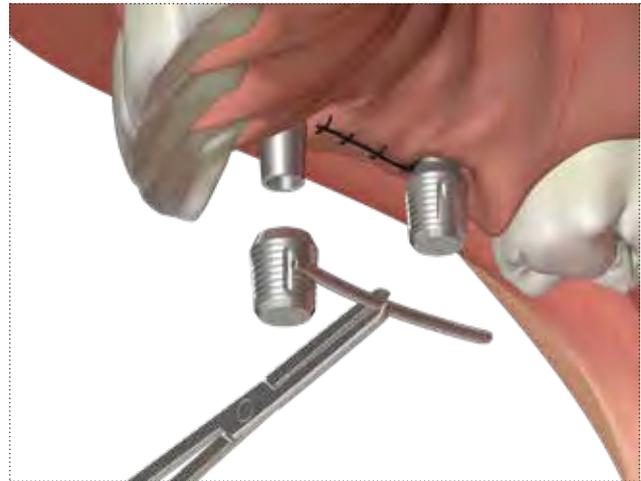
Approcher le segment de barre de l'une des deux coiffes et effectuer le soudage avec une soudeuse intra-orale spécifique, en suivant les indications du producteur.

Avertissement important

Pour régler les paramètres d'utilisation de la soudeuse et pour les indications et les avertissements se rapportant à celle-ci, se conformer au manuel d'utilisation fourni par le fabricant de l'appareil.

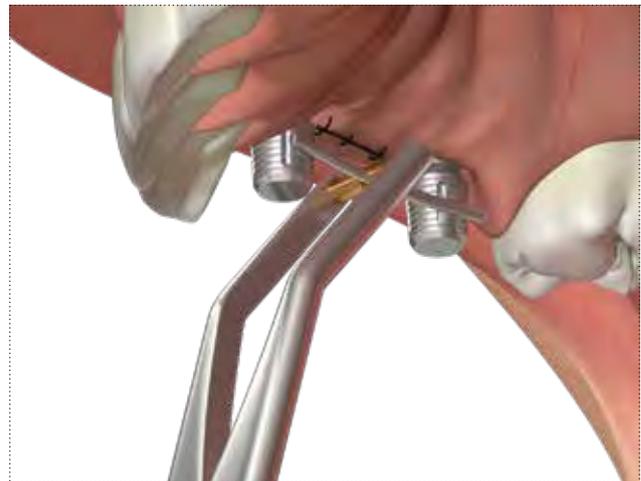


Pour s'assurer que la procédure ait été exécutée correctement, il est opportun, après chaque soudage, et avant l'exécution du suivant, de retirer des piliers la barre et les coiffes solidarisiées jusqu'à ce même moment. De cette façon, il est possible de s'assurer que la fusion entre la paroi de la coiffe et le pilier sous-jacent n'ait pas eu lieu et d'avoir la garantie de réaliser une structure passive.



Après avoir replacé la première coiffe sur le pilier respectif, accompagner la barre et, éventuellement, la remodeler, puis la souder à la coiffe adjacente.

Remarque: Pour augmenter ultérieurement la passivité de la structure et éliminer d'éventuelles tensions résiduelles, il est opportun d'effectuer un point de soudure à la moitié de chaque segment de titane libre de la barre.



Retirer la structure formée par la barre et par les deux premières coiffes soudées à celle-ci pour s'assurer que la fusion entre la paroi de la coiffe et le pilier sous-jacent n'ait pas eu lieu et pour s'assurer de la passivité de la structure.



Protocole direct: réalisation du provisoire immédiat

Le provisoire pour mise en charge immédiate peut être réalisé tant en laboratoire qu'au fauteuil, en rebasant une coque préconfectionnée. La résine englobera complètement la structure soudée, en facilitant également le nettoyage de la part du patient à son domicile.



Retirer la structure formée par la barre et par les deux coiffes: pour vérifier l'encombrement de la structure, effectuer un essai en la positionnant à l'intérieur de la coque préparée au laboratoire.

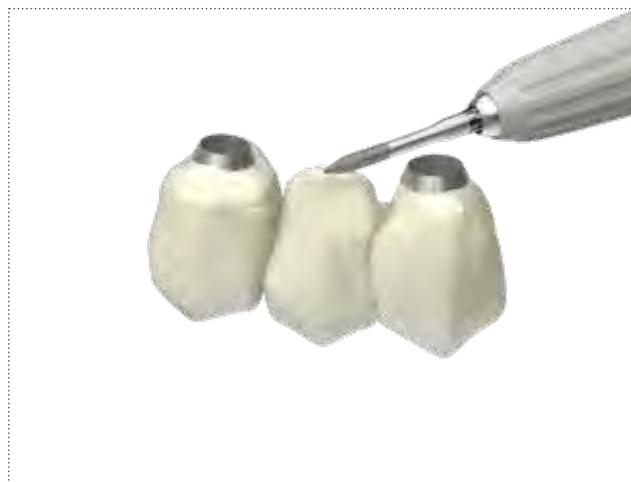


Positionner la structure composée par les deux coiffes soudées à la barre dans la bouche du patient et procéder au rebasage direct au moyen de la coque remplie de résine, en éliminant le matériel en excès.



Retirer le provisoire rebasé, en effectuer les finitions et le polir.

Procéder ensuite à son positionnement immédiat sur les piliers Conoweld: l'interaction par conométrie entre ceux-ci et les coiffes Conoweld donnera à la structure une rétention correcte, qui permettra au clinicien de retirer le provisoire à tout moment mais ne permettra pas au patient de l'enlever de manière autonome.



Cette caractéristique de la réhabilitation conométrique garantit une bonne contention dur pendant toute la période d'ostéointégration, limitant les micromouvements des implants même dans un os faiblement minéralisé.



Protocole indirect: empreinte avec coiffes de transfert Conoweld en PMMA

En cas de protocole indirect, il est possible de prendre l'empreinte directement sur la structure soudée ou avec les coiffes Conoweld en PMMA (cod. CAP-TS-IMP), tel qu'illustré ci-après.

Insérer les coiffes en PMMA sur les piliers Conoweld avec une légère pression manuelle.

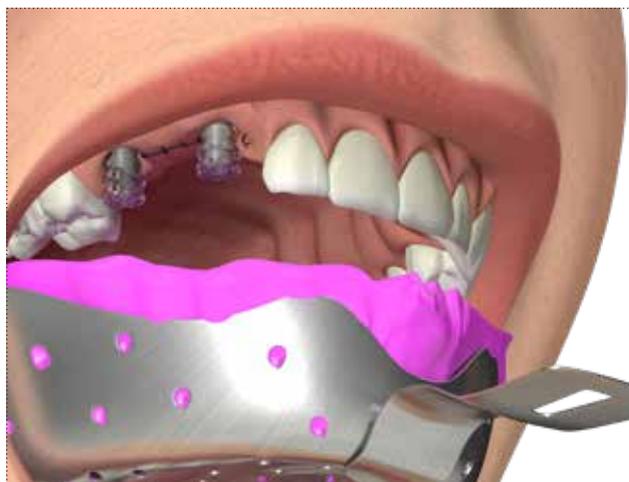
Eventuellement, solidariser les coiffes entre elles avec de la résine ou un composite et du fil.



Choisir une gouttière de dimensions appropriées afin que tout l'encombrement vertical des coiffes et des piliers soit contenu à l'intérieur des parois du porte-empreinte.

Injecter un matériel d'empreinte de précision (SKY IMPLANT LIGHT, cod. SKY14) autour des coiffes.

Remplir la cuiller du porte-empreinte d'un matériel d'empreinte plus consistant (SKY IMPLANT ONEMIX-ED, cod. SKY08) dans toute l'arcade.



Placer ensuite le porte-empreinte *in situ* et attendre les temps de durcissement selon les instructions.



Extraire verticalement le porte-empreinte: les coiffes en PMMA demeureront solidement englobées dans le matériel durci.



Repositionner les analogues des piliers Conoweld dans les coiffes englobées dans le matériau matériel d’empreinte et transmettre l’empreinte au laboratoire. Développer le modèle de la manière habituelle.



Sur le modèle ainsi obtenu, réaliser une structure de renfort pour le provisoire, soudée en laboratoire ou obtenue selon des techniques traditionnelles en utilisant les composants conométriques du système. Essayer la passivité de la structure sur le modèle, que sa réalisation ait été intra-orale ou ait eu lieu en laboratoire.

Réaliser un provisoire en résine selon la manière habituelle et le retransmettre au cabinet dentaire pour son positionnement en bouche.



Réhabilitation définitive multiple avec technique conométrique

Technique de collage d'une structure coulée sur des coiffes en titane

Sur le modèle de précision, positionner les coiffes définitives (cod. CAP-TS-DEF) en titane sur les piliers en exerçant une légère pression manuelle.



Effectuer une cire de diagnostic de la structure en interposant un espaceur de laboratoire pour passer la prothèse définitive et permettre le collage successif des coiffes.

Les coiffes ne seront en contact direct avec la structure que sur la surface occlusale plate pour permettre un reset précis de la structure, tant sur le modèle en laboratoire que lors des différentes phases d'essai intra-oral.



Couler uniquement la structure réalisée en cire ou en résine en laissant sur le modèle les coiffes Conoweld.



Effectuer les finitions de la base de la structure et procéder à la céramisation.



Coller la structure céramisée aux coiffes: pour ce faire, il est utile d'étendre une fine couche de primer, comme ZPrime, avant de procéder à la cimentation avec Bis-Cem.

Avertissement important

Pour obtenir le meilleur résultat en termes de précision et de passivité, il est conseillé d'effectuer un collage intra-oral des coiffes.



Positionner le pont en céramique sur les piliers Conoweld: l'interaction par conométrie entre ceux-ci et les coiffes Conoweld donnera à la structure une rétention correcte, qui ne permettra pas au patient de l'enlever de manière autonome.



Technique de coulée intégrale avec des coiffes calcinables

Sur le modèle de précision, positionner les coiffes Conoweld en PMMA (cod. CAP-TS-IMP) sur les analogues en exerçant une légère pression manuelle.



Réduire les coiffes calcinables à une dimension appropriée à la hauteur verticale du patient en utilisant un disque abrasif.



Réaliser une structure en cire ou en résine calcinable de façon à ce qu'elle englobe les coiffes calcinables Conoweld.



Couler la structure modelée avec, à l'intérieur, les coiffes calcinables Conoweld.



Effectuer les finitions de la base de la structure et procéder au revêtement en céramique.

Avertissement important

Il se peut que des structures produites avec coulée des coiffes calcinables nécessitent de l'utilisation d'une quantité minimale de ciment pour leur stabilisation intra-orale, car la coulée, de par ses propres limites, obtient difficilement le même fit que les coiffes standard par collage.



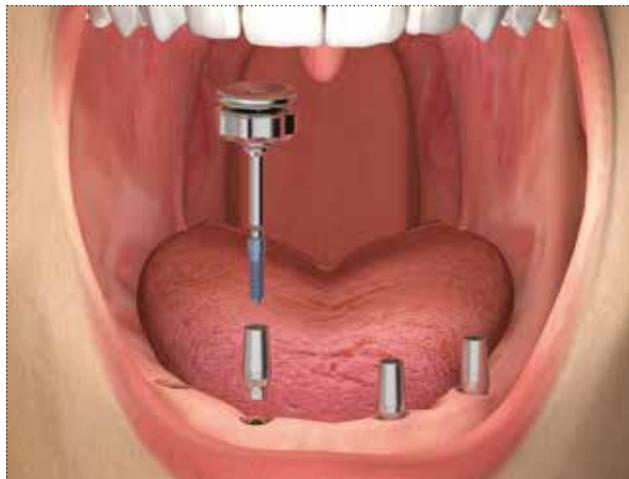
Positionner le pont sur les piliers Conoweld: l'interaction par conométrie donnera à la structure une rétention correcte, qui ne permettra pas au patient de l'enlever de manière autonome.



Phase de solidarisation par soudure intra-orale sur coiffes Conoweld pour la mise en charge immédiate

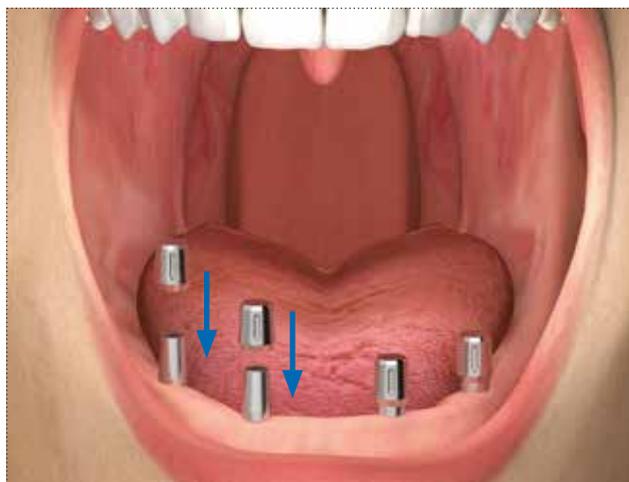
Positionner les piliers Conoweld sur les implants, en choisissant soigneusement la hauteur transmuqueuse la plus appropriée et l'angulation la mieux adaptée dans les cas d'implants disparallèles.

Serrer les vis de serrage avec l'un des tournevis de la série HSM avec un couple de serrage non supérieur à 25-30 Ncm.



Positionner les coiffes provisoires Conoweld sur les piliers, en exerçant une légère pression à la main. Prendre une barre en titane pour soudure intra-orale de l'épaisseur la plus appropriée et la courber préalablement à la main conformément à l'arcade devant être réhabilitée.

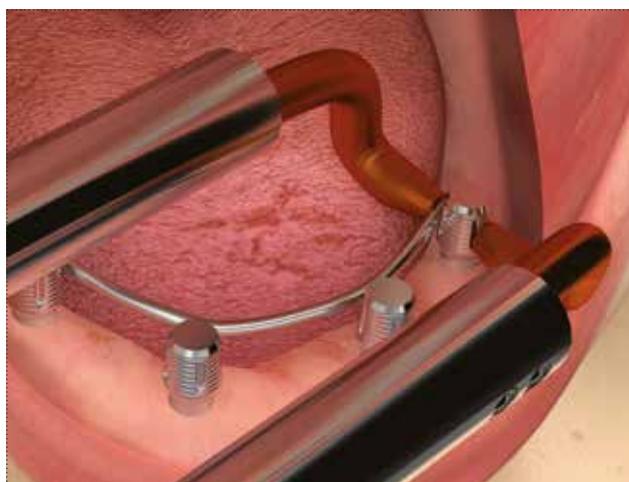
Notez bien : il est conseillé de ne pas couper initialement la barre à la dimension voulue car le segment en excès rend les opérations de retrait et de repositionnement plus aisées, et ce, jusqu'à la fin du soudage des coiffes.



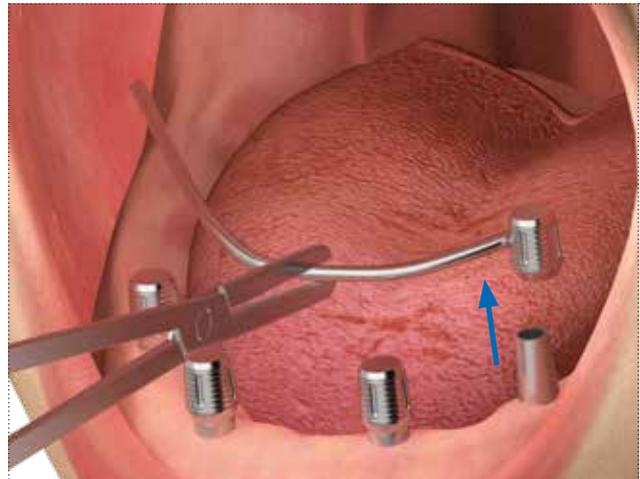
Approcher le premier segment de barre de l'une des deux coiffes distales et effectuer le soudage avec une soudeuse intra-orale spécifique, en suivant les indications du producteur.

Avertissement important

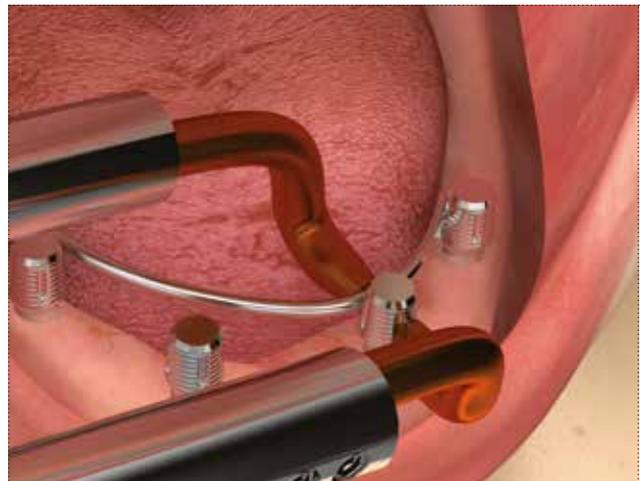
Pour régler les paramètres d'utilisation de la soudeuse et pour les indications et les avertissements se rapportant à celle-ci, se conformer au manuel d'utilisation fourni par le fabricant de l'appareil.



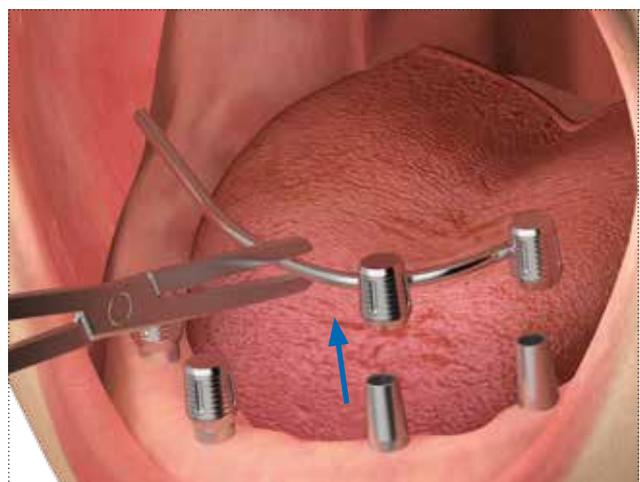
Pour s'assurer que la procédure ait été exécutée correctement, il est opportun, après chaque soudage, et avant l'exécution du suivant, de retirer des piliers la barre et les coiffes solidarisiées jusqu'à ce même moment. De cette façon, il est possible de s'assurer que la fusion entre la paroi de la coiffe et le pilier sous-jacent n'ait pas eu lieu et d'avoir la garantie de réaliser une structure passive.



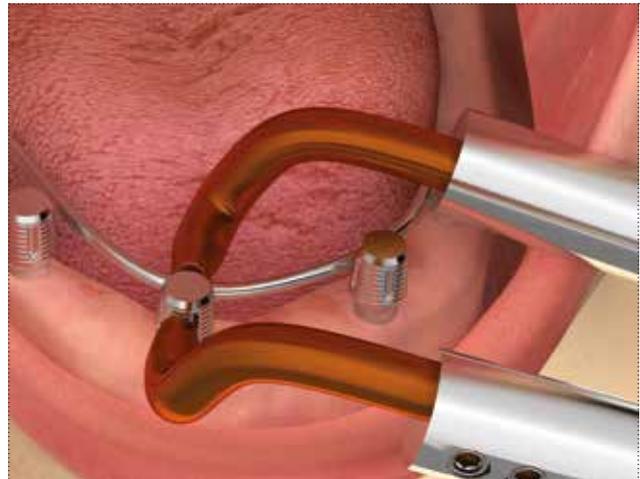
Après avoir replacé la première coiffe sur le pilier respectif, accompagner la barre et, éventuellement, la remodeler, pour la souder à la coiffe adjacente.



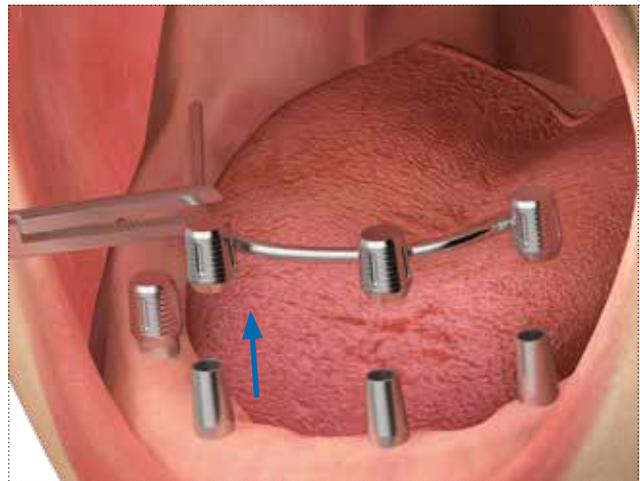
Retirer la structure formée par la barre et par les deux premières coiffes soudées à celle-ci pour s'assurer que la fusion entre la paroi de la coiffe et le pilier sous-jacent n'ait pas eu lieu et pour vérifier la passivité de la structure.



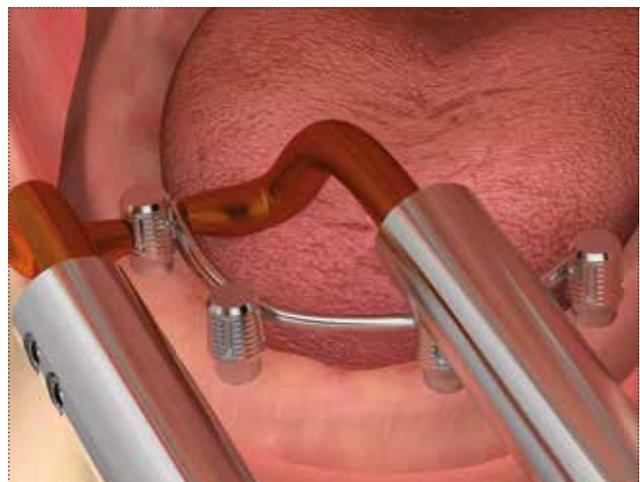
Après avoir replacé les première et seconde coiffes sur les piliers respectifs, accompagner la barre et, éventuellement, la remodeler, pour la souder à la coiffe adjacente.



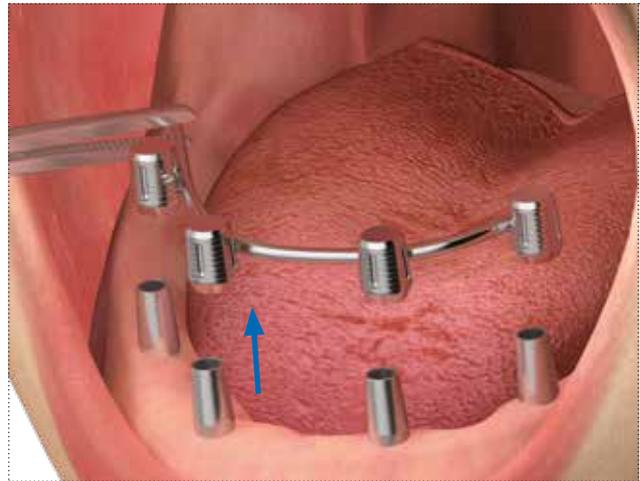
Retirer la structure formée par la barre et par les trois coiffes soudées à celle-ci pour s'assurer que la fusion entre la paroi de la coiffe et le pilier sous-jacent n'ait pas eu lieu et pour vérifier la passivité de la structure.



Après avoir replacé les trois coiffes sur les piliers respectifs, accompagner la barre et, éventuellement, la remodeler, pour la souder à la dernière coiffe.



Retirer toute la structure formée par la barre et par les quatre coiffes soudées à celle-ci pour s'assurer que la fusion entre la paroi de la coiffe et le pilier sous-jacent n'ait pas eu lieu et pour vérifier la passivité de la structure.



Pour augmenter ultérieurement la passivité de la structure et éliminer d'éventuelles tensions résiduelles, il est opportun d'effectuer un point de soudure à la moitié de chaque segment de titane libre de la barre.



Positionnements possibles des barres pour soudure intra-orale

Désirant une plus grande rigidité de la structure ou préférant utiliser des barres en titane de diamètre mince, il est possible de souder aux coiffes une barre supplémentaire, en suivant exactement la même procédure que pour la première barre, c'est-à-dire, une coiffe à la fois et retirant la structure après chaque soudage. Le positionnement préférable est en "canon de fusil" (**img. A**), soit, avec les deux barres parallèles et superposées.

D'autres solutions sont toutefois possibles, comme celle des barres croisées (**img. B**) et celle "en rails" (**img. C**) soit, parallèles horizontalement.

Cette conformation s'avère particulièrement commode si les coiffes descendent de 1,5 mm dans le sillon, en ne laissant que 4 mm de paroi disponibles pour la soudure. Cette disposition est de toute façon favorable dans les secteurs distaux, qui, dans la pratique, ne présentent pas de problèmes d'épaisseur.

La barre supplémentaire ne devrait pas produire de tractions, toutefois, il est également possible, dans ce cas, de passer les segments libres avec un point de soudure.

Dans le cas du positionnement "en rails", le soudage devra être effectué en inclinant la pince verticalement, de façon à serrer un seul segment entre les deux électrodes.

Notez bien : bien qu'il soit conseillé d'utiliser deux barres d'épaisseur identique (généralement deux barres de 1,5 mm), il est également possible d'utiliser des diamètres différents.

Avertissement important

Ne pas essayer de passer les deux segments simultanément car la structure soudée fermerait de toute façon le circuit, les barres s'assoupliraient et se déformeraient sous la pression de la pince, produisant d'ultérieures tensions et affaiblissements de la structure au lieu de la passer.



Réalisation du provisoire immédiate: protocole direct

Le provisoire pour mise en charge immédiate peut être réalisé tant en laboratoire qu'au fauteuil, en rebasant une coque préconfectionnée.

La résine englobera complètement la structure soudée, en facilitant également le nettoyage de la part du patient à son domicile.



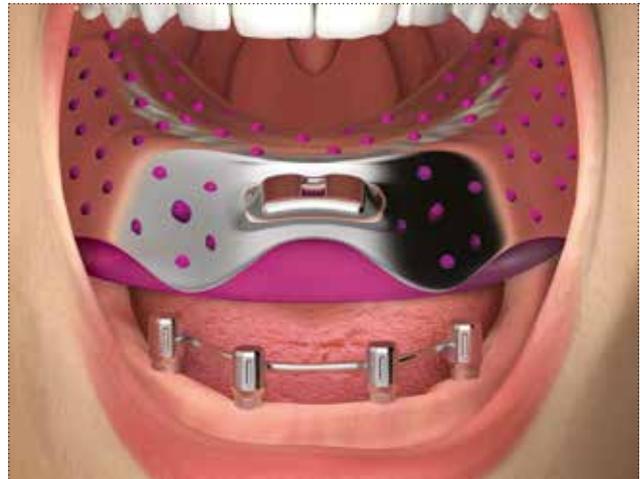
Une fois les finitions de la base du provisoire effectuées, il sera possible de procéder au positionnement immédiat sur les piliers Conoweld: l'interaction par conométrie entre ceux-ci et les coiffes Conoweld donnera à la structure une rétention correcte, qui permettra au clinicien de retirer le provisoire à tout moment mais ne permettra pas au patient de l'enlever de manière autonome.

Cette caractéristique de la réhabilitation conométrique garantit une bonne contention pendant toute la période d'ostéointégration, limitant les micromouvements des implants même dans un os faiblement minéralisé.

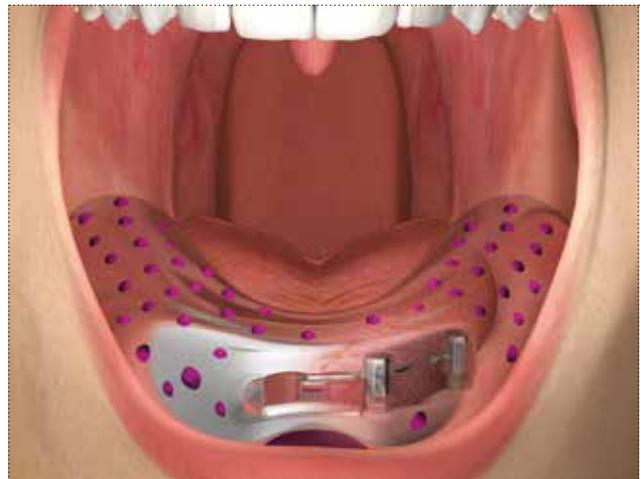


Protocole indirect: empreinte sur une structure soudée

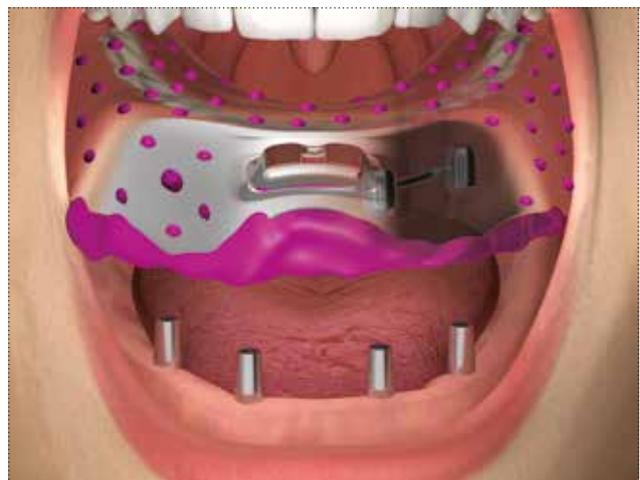
La structure composée par les coiffes Conoweld provisoires soudées aux barres en titane constitue une clé d'empreinte très précise et très fiable. Par conséquent, il est possible de relever l'empreinte en englobant entièrement la structure dans le matériel à l'intérieur de la gouttière. Puisque les coiffes s'insèrent par friction sur les piliers par conométrie, il est opportun d'utiliser un matériel d'empreinte dur, pour édentations.



Appuyer le porte-empreinte sur la structure soudée de façon à ce que le matériel d'empreinte, bien que de consistance assez rigide, incorpore complètement la barre et les coiffes soudées sur celle-ci.



Soulever le porte-empreinte verticalement: toute la structure soudée restera englobée dans le matériel d'empreinte



Repositionner les transferts un par un dans les coiffes métalliques. Transmettre l'empreinte au laboratoire. Couler le modèle de la manière habituelle.



Libérer la structure du matériel d'empreinte en ayant soin de ne pas créer de distorsions et la positionner sur le modèle pour en vérifier la passivité complète.

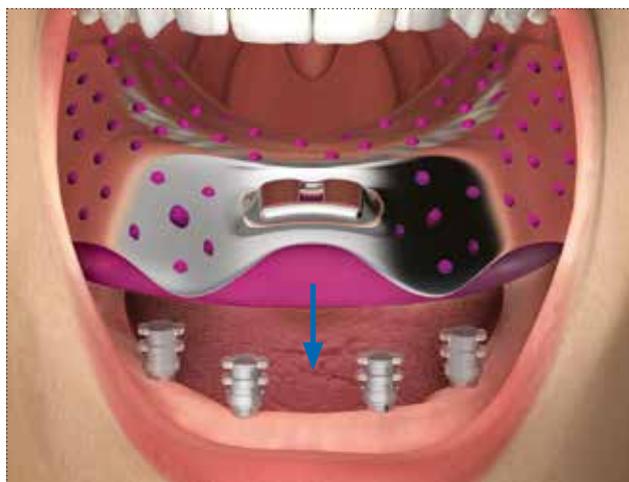


Construire un provisoire en résine sur la structure et le retransmettre au cabinet dentaire pour le positionnement en bouche.

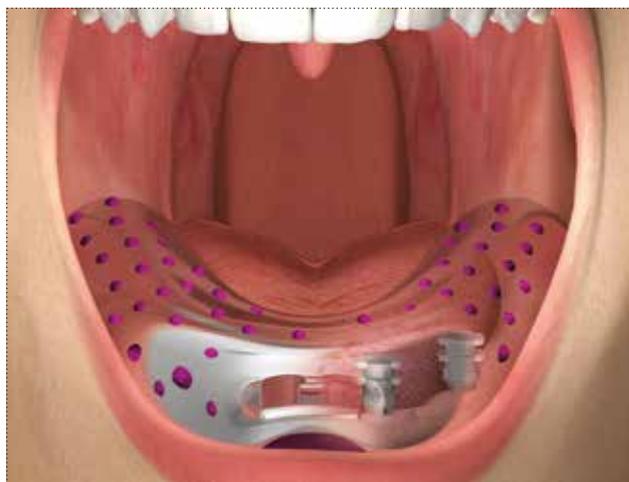


Protocole indirect: empreinte avec des coiffes de transfert Conoweld en PMMA

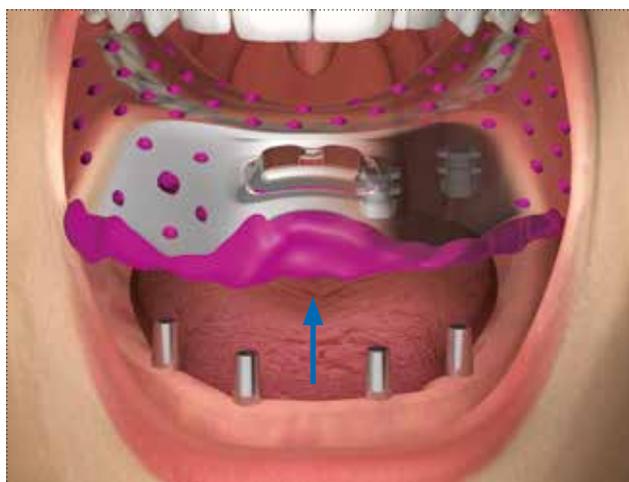
En cas de protocole indirect, il est possible de prendre l'empreinte directement sur la structure soudée ou avec les coiffes Conoweld en PMMA (cod. CAP-TS-IMP), tel qu'illustré ci-après. Insérer les coiffes en PMMA sur les piliers Conoweld avec une légère pression manuelle. Eventuellement, solidariser les coiffes entre elles avec de la résine ou un composite et du fil.



Choisir une gouttière de dimensions appropriées afin que tout l'encombrement vertical des coiffes et des piliers soit contenu à l'intérieur des parois du porte-empreinte. Injecter un matériel d'empreinte de précision (SKY IMPLANT LIGHT, cod. SKY14) autour des coiffes. Remplir la cuiller du porte-empreinte d'un matériel d'empreinte plus consistant (SKY IMPLANT ONEMIX-ED, cod. SKY08) dans toute l'arcade. Placer ensuite le porte-empreinte in situ et attendre les temps de durcissement selon les instructions.



Soulever verticalement le porte-empreinte: les coiffes en PMMA demeureront solidement englobées dans le matériel durci.



Repositionner les analogues Conoweld dans les coiffes englobées dans le matériel d’empreinte et transmettre l’empreinte au laboratoire, éventuellement avec la structure soudée intra-oralement. Procéder à la coulée du modèle selon la manière habituelle.



Sur le modèle ainsi obtenu, il est possible de réaliser une structure de renfort pour le provisoire, soudée en laboratoire ou obtenue selon des techniques traditionnelles en utilisant les composants conométriques du système. Essayer la passivité de la structure sur le modèle, que sa réalisation ait été intra-orale ou ait eu lieu en laboratoire.



Construire un provisoire en résine sur la structure de la manière habituelle et le retransmettre au cabinet dentaire pour le positionnement en bouche.



Réalisation d'une prothèse conométrique définitive

Technique de collage d'une structure coulée sur des coiffes en titane

Prendre une empreinte de précision selon le protocole décrit en pag. 170.
Positionner les coiffes définitives en titane sur les piliers en exerçant une légère pression manuelle.



Effectuer une cire de diagnostic des structures en interposant un espaceur de laboratoire pour passer la prothèse définitive et permettre le collage successif des coiffes.
Les coiffes ne seront en contact direct avec la structure que sur la surface occlusale plate pour permettre un reset précis de la structure, tant sur le modèle en laboratoire que lors des différentes phases d'essai intra-oral.



Couler la structure en laissant les coiffes Conoweld sur le modèle.



Effectuer les finitions de la base de la structure et procéder au revêtement en céramique.



Successivement, coller les coiffes à la base de la structure coulée, en logeant chacune d'elles dans son espace respectif. Pour ce faire, il est utile d'étendre une fine couche de primer.

Avertissement important

Pour obtenir le meilleur résultat en termes de précision et de passivité, il est conseillé d'effectuer un collage intra-oral des coiffes.

Il n'est pas possible d'effectuer un collage avant la céramisation car les températures de cuisson de la céramique sont incompatibles avec tout type de ciment.



Technique de coulée intégrale avec des coiffes calcinables

Positionner les coiffes Conoweld en PMMA sur les analogues Conoweld avec une légère pression manuelle.



Réduire éventuellement les coiffes calcinables conformément au masque en silicone ou aux espaces définis par l'articulateur.



Effectuer une cire de diagnostic de la structure définitive en englobant les coiffes calcinables Conoweld.



Couler la structure réalisée en cire contenant les coiffes calcinables Conoweld.



Effectuer les finitions de la base de la structure et procéder au revêtement en céramique.

Avertissement important

Il se peut que des structures produites avec coulée des coiffes calcinables nécessitent de l'utilisation d'une quantité minimale de ciment pour leur stabilisation intra-orale, car la coulée, de par ses propres limites, obtient difficilement le même fit que les coiffes standard par collage.



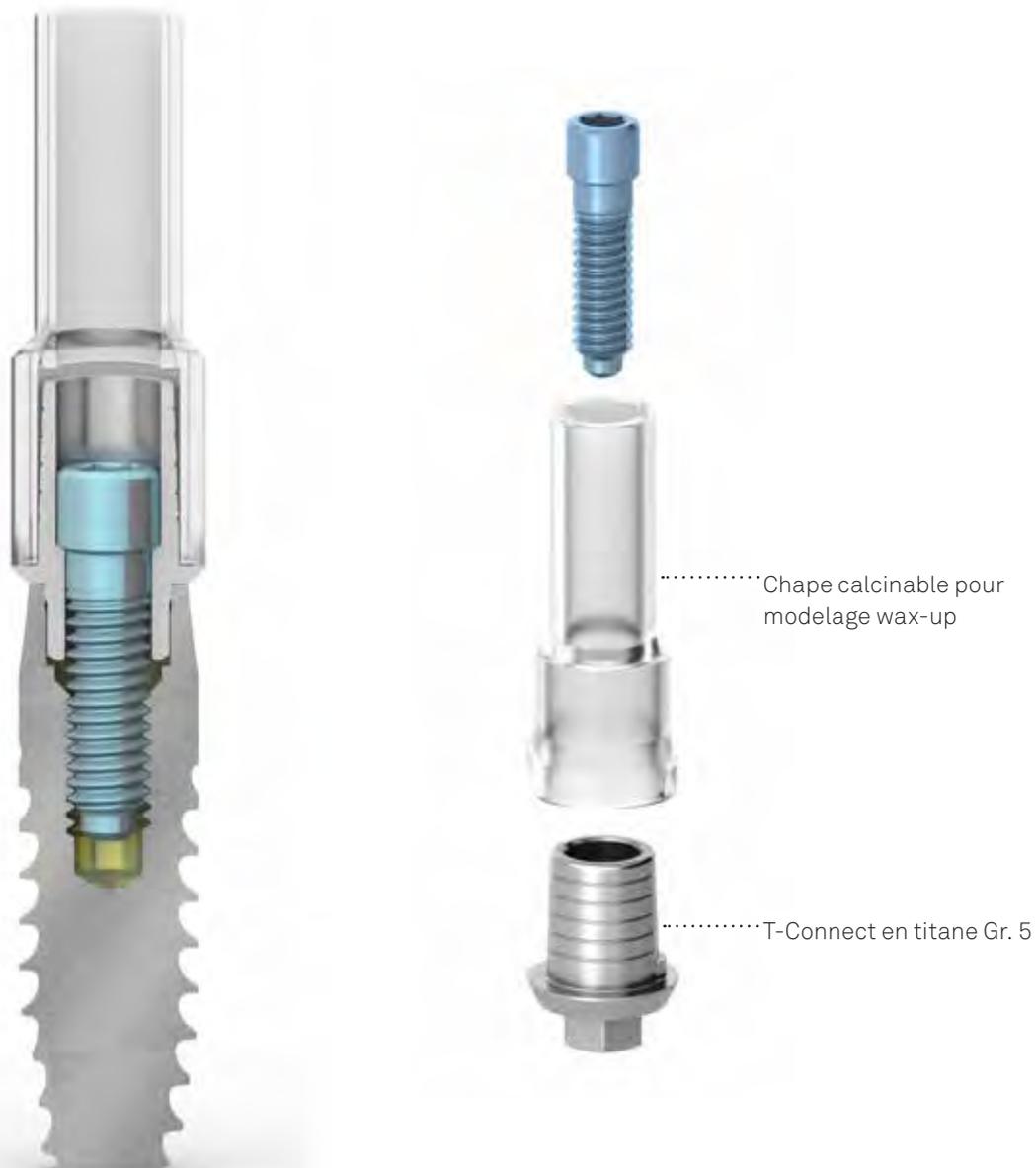
Réhabilitation définitive avec T-Connect

Les supports T-Connect sont réalisés en titane Gr. 5 et présentent un corps conique avec des rainures qui facilitent le collage tant de couronnes intégrales que de structures multiples réalisées en laboratoire. Le cône de cimentation des T-Connect est disponible dans les hauteurs de 4 et de 6 mm.

La gamme de composants T-Connect comprend également des chapes qui facilitent le modelage du wax-up dans le respect des volumes des T-Connect: la hauteur totale de 12 mm aide à préserver le trou de vis d'éventuelles obstructions.

Les supports T-Connect permettent de réaliser des couronnes intégrales, des piliers et des structures multiples, avec technique de collage, dans des matériaux différents, avec tous les systèmes CAD CAM ouverts, parmi lesquels Echo de Sweden & Martina, sans renoncer à la précision micrométrique dans l'accouplement entre les plates-formes pouvant être obtenu avec les composants traditionnels.

Le Milling Center Echo de Sweden & Martina fournit le produit usiné, qu'il soit en zircone, disilicate de lithium, chrome-cobalt ou autre matériel séparé du connecteur T-Connect: le collage entre les deux parties peut être effectué au banc avec du ciment anaérobie.



Description	Référence
T-Connect Indexé Cône de cimentation H. 4.00 mm Vis de serrage standard incluse	A-BASTZR-S-330-4 
T-Connect Indexé Cône de cimentation H. 6.00 mm Vis de serrage standard incluse	A-BASTZR-S-330-6 
T-Connect Rotationnel Cône de cimentation H. 4.00 mm Vis de serrage standard incluse	A-BASTZR-M-330-4 
T-Connect Rotationnel Cône de cimentation H. 6.00 mm Vis de serrage standard incluse	A-BASTZR-M-330-6 
Chape pour modelage du wax-up ou pour collage sur T-Connect avec cône de h. 4,00 mm	A-CCBAS-330-4 
Chape pour modelage du wax-up ou pour collage sur T-Connect avec cône de h. 6,00 mm	A-CCBAS-330-6 
Emballage individuel Emballage de 10 pièces Vis de serrage standard Incluse avec les T-Connect et pouvant être également commandée séparément comme pièce de remplacement	VM2-180 VM2-180-10 

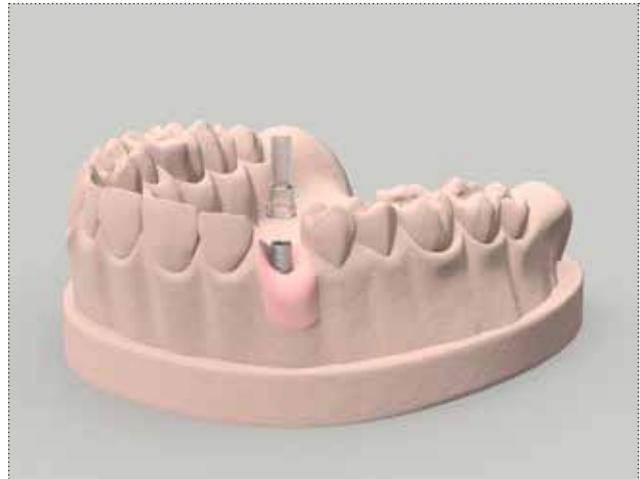
Couple de serrage recommandé pour les T-Connect: 20-25 Ncm.

Avertissement important

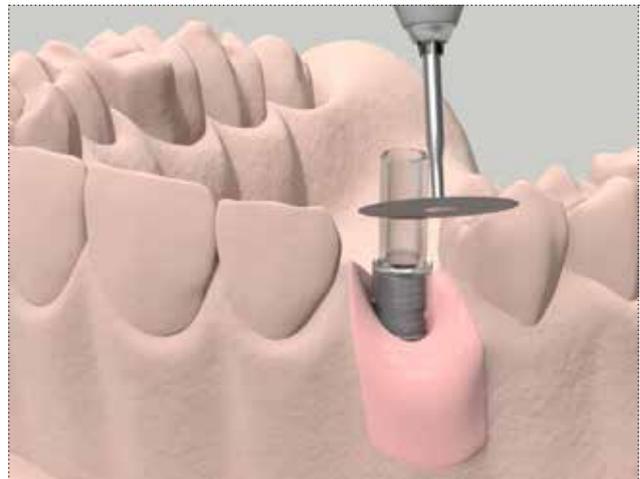
Il est recommandé d'utiliser toujours des vis d'essai pour les phases de laboratoire et de conserver la nouvelle vis incluse pour la fixation définitive dans la cavité orale.

Réhabilitation définitive unitaire transvissée avec T-Connect: technique de collage

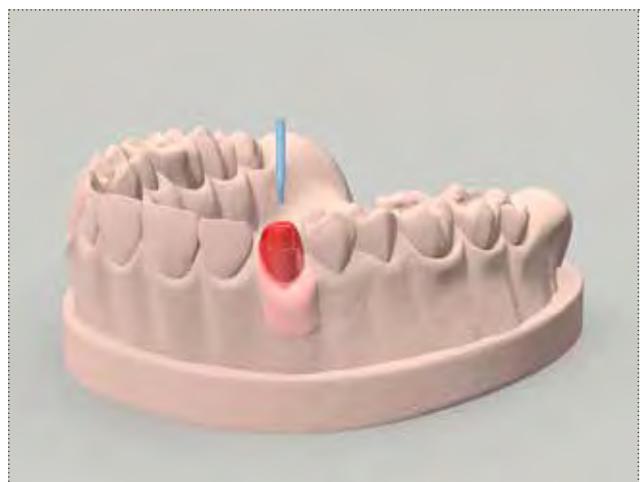
Sur un modèle de précision, visser la T-Connect repositionnable sur l'analogue au moyen d'un tournevis de la série HSM. Insérer sur la T-Connect une chape calcinable offrant une hauteur appropriée par rapport au cône de cimentation, de 4,00 ou de 6,00 mm.



Réduire la chape calcinable à une dimension appropriée à la dimension verticale du patient en utilisant un disque abrasif.



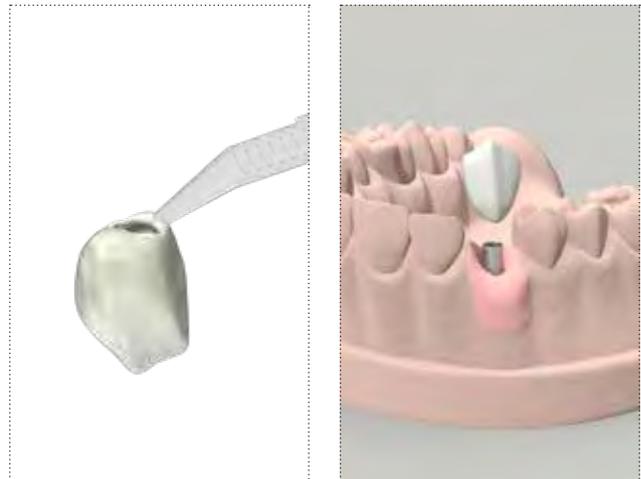
Modeler une couronne en cire ou en résine sur la chape calcinable et utiliser une vis pour garder le trou libre.



Procéder à la coulée de la couronne modelée en cire ou en résine avec la chape calcinable réduite englobée à l'intérieur.



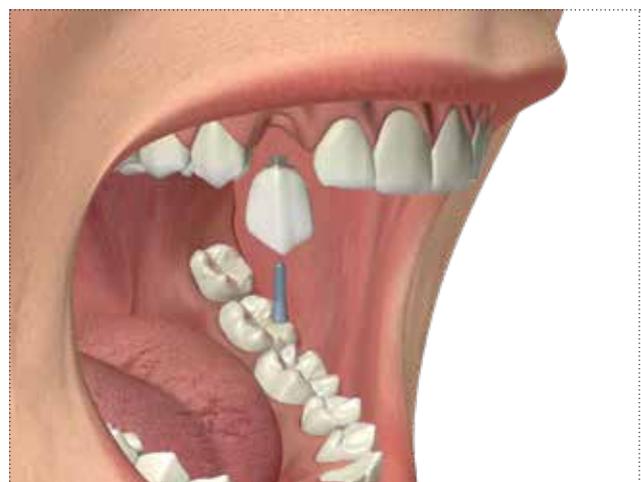
Céramiser la couronne coulée et procéder au collage sur un modèle: retourner la couronne et insérer à l'intérieur du ciment résineux dans le trou pour coller la T-Connect. Effectuer la polymérisation selon les indications du producteur.



Visser la couronne sur l'implant avec la vis incluse, sans dépasser un couple de serrage de 20-25 Ncm.

Avertissement important

Il est recommandé d'utiliser toujours des vis d'essai pour les phases de laboratoire et de conserver la nouvelle vis incluse pour la fixation définitive dans la cavité orale.



Réhabilitation définitive d'arcade complète transvissée avec T-Connect: technique de collage

Sur un modèle de précision, fixer les T-Connect non repositionnables sur les analogues au moyen d'un tournevis de la série HSM. Insérer sur chaque connecteur une chape calcinable offrant une hauteur appropriée par rapport au cône de cimentation, de 4,00 ou de 6,00 mm.

Avertissement important

Il est recommandé d'utiliser toujours des vis d'essai pour les phases de laboratoire et de conserver la nouvelle vis incluse pour la fixation définitive dans la cavité orale.



Réduire les chapes calcinables à une dimension conforme à la dimension verticale du patient en utilisant un masque en silicone ou aux espaces définis par l'articulateur.



Modeler une structure d'arcade complète en cire ou en résine calcinable en englobant les chapes.



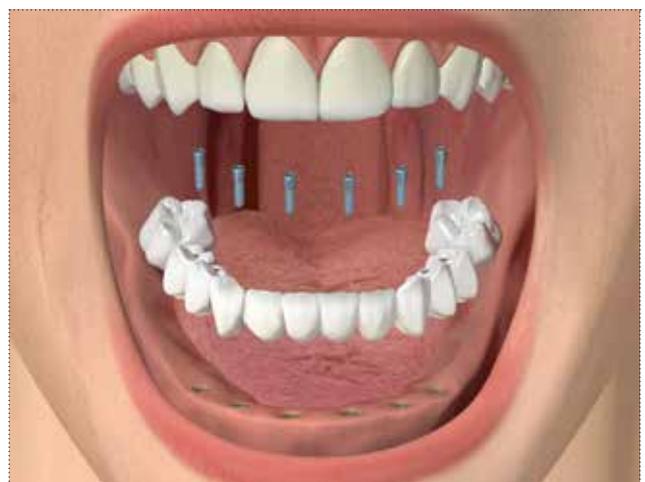
Procéder à la coulée de la structure modelée en cire ou en résine avec les chapes calcinables réduites englobées à l'intérieur.



Céramiser la structure coulée et procéder au collage sur un modèle: étendre de manière uniforme, sans excès, le ciment autour des T-Connect. Effectuer la polymérisation selon les indications du producteur.



La polymérisation achevée, dévisser la structure provisoire du modèle et la visser sur les implants, avec la vis incluse, sans dépasser un couple de serrage de 20-25 Ncm.



Ancrage avec pilier Locator

Les piliers Locator représentent une solution prothétique brevetée flexible, simple et sûre, pour ancrer les prothèses de recouvrement overdenture aux implants. Le système Locator permet de corriger facilement des divergences jusqu'à 40° (20° par implant) dans des espaces occlusaux limités ; grâce à son encombrement réduit, c'est l'idéal pour tous les patients porteurs de prothèses mobiles.

Les piliers sont réalisés en titane Gr. 5 et sont disponibles en plusieurs hauteurs transmuqueuses. Les Locator doivent être serrés à 25-30 Ncm, utilisant l'embout hexagonal particulier contenu dans le Screw Kit et également disponible unitairement sur demande (cod. 8926-SW, court, et cod. 8927-SW, long).



Coiffe en titane ou en acier

Bague de rétention en nylon

Pilier Locator

Le système Locator dispose d'une coiffe pratique en acier ou en titane dans laquelle pouvoir loger la bague de rétention à l'intérieur de la prothèse. Lorsque cet bague perd sa capacité de rétention, le changement est extrêmement facile car il n'est pas nécessaire de l'extraire de la résine, emportant ainsi de la matière à la prothèse, mais, grâce à une simple opération, il peut être extrait de la coiffe en métal, celle-ci restant fixée à la prothèse.

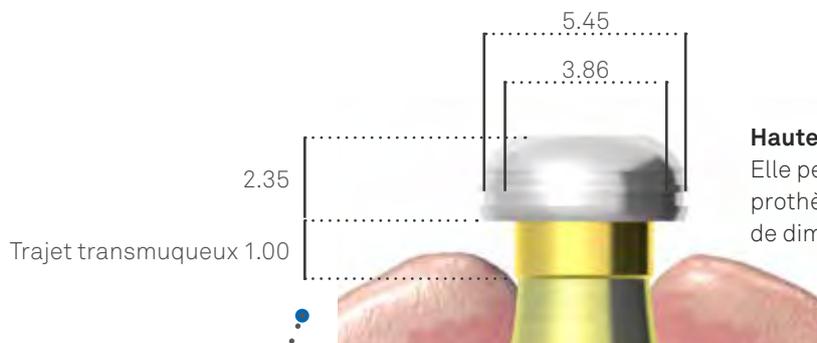
La tête du pilier Locator se caractérise par un dessin autoguidant, qui facilite l'insertion de la prothèse. Cet auto-alignement de la prothèse réduit l'usure des pièces et augmente la durée de vie du dispositif.

Description	Référence
Pilier Locator Emergence droite H. transgingivale 1.00 mm	1670 
Pilier Locator Emergence droite H. transgingivale 2.00 mm	1671 
Pilier Locator Emergence droite H. transgingivale 3.00 mm	1672 

Couple de serrage recommandé pour les piliers Locator: 25-30 Ncm.

Les piliers Locator et les composants correspondants figurant sur les pages suivantes sont des dispositifs médicaux produits et brevetés par Zest Anchors, Inc., 2875 Loker Avenue East, Carlsbad, CA 92010, USA. Locator est une marque déposée de Zest Anchors, Inc. Le mandataire européen aux fins de la DDM 93/42/CEE est Ventura Implant and Attachment Systems, 69 The Avenue, Ealing, London W13 8JR, England.

Principales caractéristiques



Hauteur verticale réduite

Elle permet également l'ancrage de la prothèse dans des situations cliniques de dimension verticale réduite.



Dessin autoguidant

Le design de la tête du pilier se centre naturellement dans la coiffe englobée dans la résine, avant l'accouplement complet entre les deux éléments. Cette caractéristique permet au patient des manœuvres quotidiennes très simples d'insertion et d'extraction de la prothèse.

Disponibilité de plusieurs hauteurs transmuqueuses

La possibilité de choisir entre des trajets transmuqueux de 1 à 3 mm garantit l'appui muqueux à la prothèse de overdenture et, par la-même, une sollicitation réduite des implants.





Correction de disparallélismes jusqu'à 40° totaux

Une vaste gamme d'anneaux des bagues de rétention présentant des forces de rétention variées et deux designs différents permettent de corriger des disparallélismes de 0 à 20° (10° par côté) avec la série dotée de tige centrale, et des disparallélismes de 20° à 40° (de 10° à 20° par côté) avec la série sans tige.

Technologie pivot

Le pilier Locator sert de pivot dans la coiffe ancrée à la résine et constitue une véritable connexion résiliente, dans laquelle le pilier sert de mâle en connexion statique avec la cavité femelle, alors que la coiffe englobée dans la résine bénéficie d'une vaste possibilité de mouvement rotationnel sur le mâle.



Maintenance facile et rapide au fauteuil

Lorsque la rétention des coiffes diminue, il n'est pas nécessaire d'intervenir sur la prothèse mais il suffit de remplacer les bagues x de rétention en nylon par un seul instrument. L'auto-alignement de la prothèse et la double rétention exercée par la coiffe en nylon réduisent l'usure des pièces et augmentent la durée de vie du dispositif.



Locator core tool

Le protocole prothétique Locator en son entier prévoit l'utilisation d'un seul instrument, commun à toutes les lignes d'implants, qui exerce simultanément 4 fonctions.



8397: Enlèvement

La pointe d'enlèvement mâle présente une extrémité effilée utile pour saisir et enlever les bagues de rétention des coiffes métalliques englobées dans la prothèse de overdenture.

Insertion

La partie centrale du Locator core tool, une fois désassemblée de l'embout, présente une extrémité cylindrique spécialement conçue pour insérer les de rétention dans les coiffes métalliques.

8390: Vissage

Cette extrémité du Locator core tool, avec la chemise de rétention spéciale, sert de driver pour le transport du pilier Locator dans la cavité orale et de tournevis manuel pour sa fixation à l'implant.

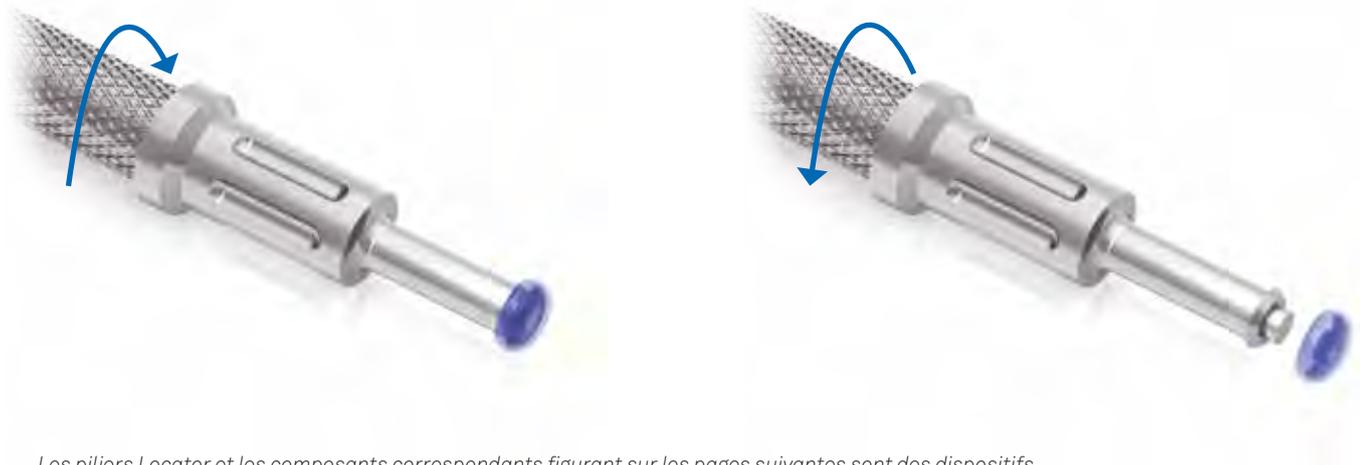
8394: Rétention

Les chemise de rétention en matériel polymère permettent de transporter les piliers dans la bouche du patient. Sans ces composants, le tournevis 8390 ne peut pas être utilisé comme porte-pilier.

Avertissement important

La référence 8393 inclut le Locator core tool complet en acier, composé d'un embout (Réf. 8397) pour l'insertion des bagues de rétention dans les coiffes, d'un manche, d'un driver manuel (Réf. 8390) pour le vissage des piliers Locator et d'une chemise de rétention (8394 emballage de 4 pièces) pour le driver. Seuls les références 8397, 8390 et 8394 peuvent être de nouveau commandés comme pièces de remplacement alors que pour avoir un nouveau manche, il est nécessaire de recommander l'instrument complet.

Cet instrument a été conçu de façon à remplir toutes les fonctions nécessaires, tant pour le transport et l'insertion des piliers (portion couleur or, Réf 8390, avec coiffe 8394: pour l'utilisation, voir pag. 192 et suivantes), que pour le remplacement des différents bagues de rétention disponibles. En particulier, l'embout (Réf 8397) seul ou partiellement dévissé du corps central du Locator Core Tool s'ancre aux bagues de rétention en nylon et en permet l'enlèvement des coiffes métalliques, tandis que, lorsque le vissage est complété, il extrait un petit piston cylindrique qui décroche la bague de rétention du profilé de l'embout.



Les piliers Locator et les composants correspondants figurant sur les pages suivantes sont des dispositifs médicaux produits et brevetés par Zest Anchors, Inc., 2875 Loker Avenue East, Carlsbad, CA 92010, USA. Locator est une marque déposée de Zest Anchors, Inc. Le mandataire européen aux fins de la DDM 93/42/CEE est Ventura Implant and Attachment Systems, 69 The Avenue, Ealing, London W13 8JR, England.

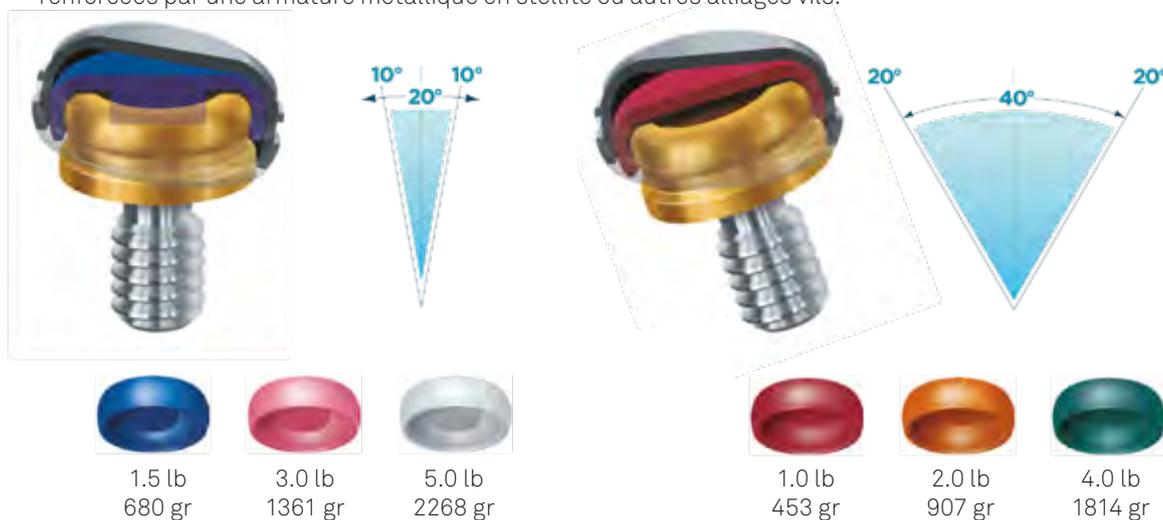
Bague espaceur

Lors des phases de prise d'empreinte et de rebasage de la prothèse, il est utile d'utiliser les petites bagues espaceurs en caoutchouc de silicone (cod. 8514), qui permettent une résilience correcte de la prothèse et aident à empêcher la coulée de matériel résineux ou silicone. Ce petit bague doit être positionné à la base de la petite gorge délimitant la tête du pilier, de façon à ne pas entraver le positionnement des coiffes métalliques ou des transferts.



Bagues de rétention en nylon

Les bagues de rétention pour les coiffes métalliques se différencient en fonction de leur capacité de correction de l'axe d'insertion de l'implant et en fonction de leur capacité de rétention. Les bagues de rétention qui sont en mesure de corriger des disparallélismes de 0° à 10° par côté (pour un total de 20°) présentent une tige centrale qui engage le centre de la tête des piliers Locator, en augmentant la capacité de rétention, alors que ceux pour disparallélismes de 10° à 20° par côté (pour un total de 40°) en sont dépourvus, afin de faciliter le positionnement de la prothèse. Les sets 8519-2, 8540-2 et 8550-2 comprennent deux pièces de coiffes en acier ou en titane ainsi que deux pièces d' bagues de rétention noirs, blancs, roses et bleus ou bien noirs, verts, orange et rouges, selon le degré de disparallélisme des implants. Chaque set permet l'exécution d'un cas complet sur deux implants: au cas où la prothèse overdenture soit ancrée à 4 implants, il est nécessaire de commander deux sets. Outre les coiffes en titane, des coiffes en acier sont également disponibles pour surcoulée, très utiles en cas d'ancrage de prothèses renforcées par une armature métallique en stellite ou autres alliages vils.



Embouts hexagonaux pour piliers Locator

Après avoir inséré les Locator in situ avec le tournevis 8390, il est nécessaire, afin de pouvoir en compléter le vissage avec un couple de serrage recommandé de 25-30 Ncm, d'utiliser les embouts hexagonaux en titane Gr. 5 (cod. 8926- SW embout hexagonal court, cod. 8927-SW embout hexagonal long) avec raccord compatible avec la clé à cliquet dynamométrique CRI5. La disponibilité d'une version courte, outre la version longue, rend également cette opération plus aisée dans les secteurs distaux.



Prise d'empreinte sur locator

Pour la technique indirecte, disponibilité de transferts (cod. 8505) et d'analogues (cod. 8530) utiles pour reproduire la position exacte des piliers Locator sur le modèle. La tête des piliers étant standard et toujours identique, indépendamment du diamètre de la connexion implantaire, il n'existe qu'un seul transfert et qu'un seul analogue. Les transferts doivent toujours être utilisés avec la bague de rétention en nylon noir, consacré à la prise d'empreinte. Chaque transfert est fourni avec un anneau de rétention noir ; en cas de nécessité, les bagues de rétention noirs peuvent être également commandés comme pièces remplacement (cod.8515). Pour l'utilisation des composants, voir les pag. 192 et 193.



Mesurage du parallélisme des axes implantaires

La rétention correcte de la prothèse overdenture sur piliers Locator dépendant de l'utilisation des bagues de rétention appropriés, il s'avère fondamental de définir correctement les axes implantaires qui déterminent le choix des bagues aux de rétention avec ou sans pivot central. Dans ce but, une plaque métallique en acier (cod. 9530) est disponible et doit être utilisée pour le mesurage des angulations des pins de parallélisme en polyéthylène noir (cod. 8517), qui doivent être insérés sur la tête des piliers Locator. Pour l'utilisation des composants, voir les pag. 192 et 193.



Accessoires pour prothèses overdenture sur piliers Locator

Description	Référence
Kit composé de 2 coiffes en titane Gr. 5, 2 bagues espaceurs en caoutchouc de silicone, 2 bagues de rétention en polyéthylène noir (LDPE 993I) à faible rétention pour la prise de l'empreinte et 2 bagues de rétention en nylon pour chacune des 4 capacités de rétention différentes.	8519-2 
Kit composé de 2 coiffes en titane Gr. 5, 2 bagues espaceurs en caoutchouc de silicone, 2 bagues de rétention en polyéthylène noir (LDPE 993I) à faible rétention pour la prise de l'empreinte et 2 bagues de rétention en nylon pour chacune des 4 capacités de rétention différentes, étudiées pour les disparallélismes importants.	8540-2 
Kit composé de 2 coiffes en acier, 2 bagues espaceurs en caoutchouc de silicone, 2 bagues de rétention en polyéthylène noir (LDPE 993I) à faible rétention pour la prise de l'empreinte et 2 bagues de rétention en nylon pour chacune des 4 capacités de rétention différentes.	8550-2 
Emballage de 20 bagues espaceurs en caoutchouc de silicone pour la phase de rebasage de la prothèse	8514 
Emballage de 4 bagues de rétention en polyéthylène noir (LDPE 993I) à faible rétention pour la prise de l'empreinte	8515 
Emballage de 4 bagues de rétention en nylon transparent, rétention 5 lb correspondant à 2268 g	8524 
Emballage de 4 bagues de rétention en nylon rose, rétention 3 lb correspondant à 1361 g	8527 
Emballage de 4 bagues de rétention en nylon bleu, rétention 1,5 lb correspondant à 680 g	8529 
Emballage de 4 bagues de rétention en nylon vert, rétention 4 lb correspondant à 1814 g	8547 
Emballage de 4 bagues de rétention en nylon rouge, rétention 1 lb correspondant à 450 g	8548 
Emballage de 4 bagues de rétention en nylon orange, rétention 2 lb correspondant à 907 g	8915 

Ancrage avec pilier Locator

Méthode directe: phases au fauteuil

Découvrir les implants ou retirer les vis de cicatrisation, selon le protocole à double ou à simple phase chirurgicale ayant été adopté. En fonction de l'épaisseur des tissus mous, choisir les piliers Locator présentant la hauteur transmuqueuse la plus adaptée et les insérer dans les puits implantaires au moyen du driver Locator (portion finale couleur or de l'instrument 8393, pouvant être également commandée séparément sous le référence 8390).

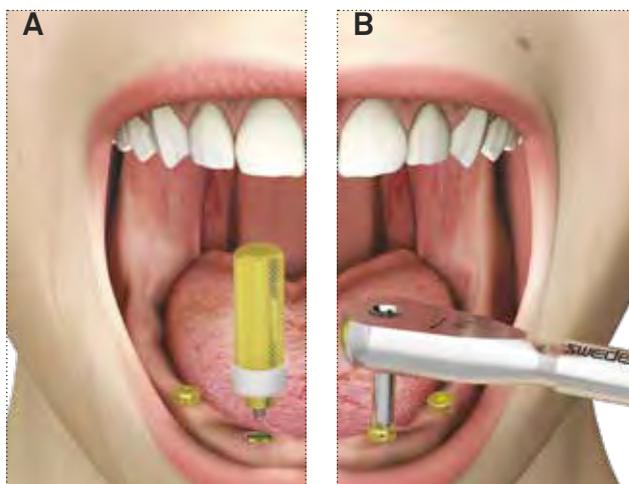
Les piliers peuvent être engagés et transportés en toute sécurité dans la cavité orale grâce à la chemise de rétention 8394 insérée à l'extrémité de l'instrument 8390 (**img. A**). Insérer le filet du pilier dans le puits de l'implant et visser de manière préliminaire de quelques tours puis enlever l'instrument 8390 et compléter le vissage à l'aide de la clé à cliquet dynamométrique CRI5 avec l'embout hexagonal 8926-SW ou 8927-SW, selon l'espace disponible (**img. B**).

Les piliers doivent être serrés à 25-30 Ncm.

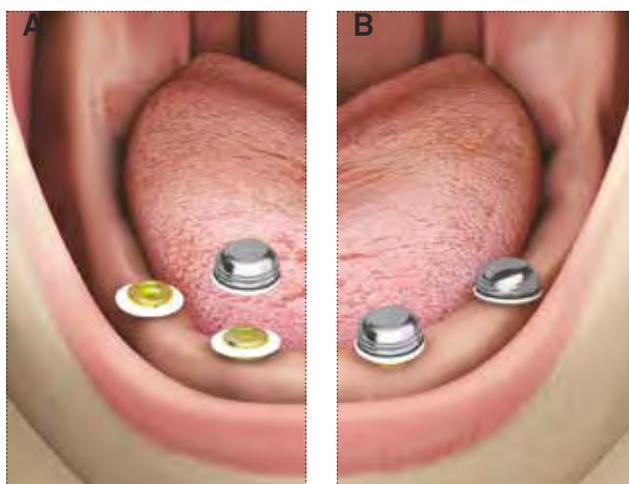
Insérer les pins en plastique (cod. 8517) sur les piliers Locator et vérifier, à l'aide de la plaquette 9530, le degré de divergence entre les axes des implants.

Selon le disparallélisme, il faudra utiliser des bagues de rétention en nylon différents:

divergence <10° par côté	divergence <20° par côté
8529 rét. 1.5 lb (680 g) 	8545 rét. 1 lb (453 g) 
8527 rét. 3 lb (1361 g) 	8915 rét. 2 lb (907 g) 
8524 rét. 5 lb (2268 g) 	8547 rét. 4 lb (1814 g) 



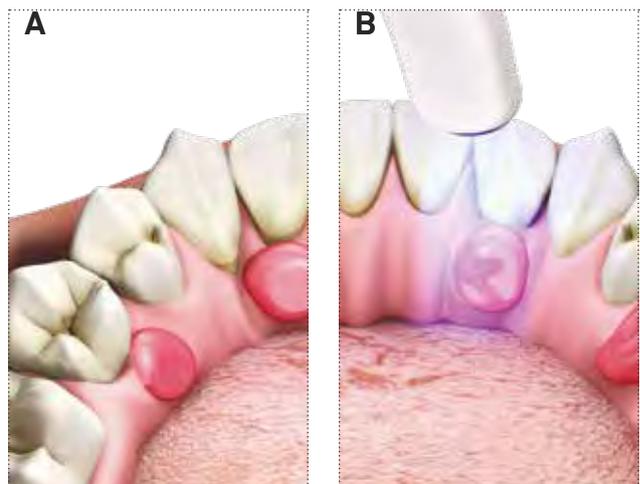
Retirer les pins et positionner l'anneau la bague espaceur blanc autour de la tête de chaque pilier Locator (**img. A**). Insérer la bague de rétention noir dans chaque coiffe métallique, positionner la coiffe sur le pilier Locator en laissant la bague espaceur blanc sous celle-ci (**img. B**). la bague espaceur assure également une fonction de protection des muqueuses dans la zone péri-implantaire, celles-ci, de cette façon, n'entrant pas en contact avec la résine. La bague de rétention noir maintiendra la prothèse dans la limite supérieure de son élasticité verticale pendant toute la durée de la procédure.



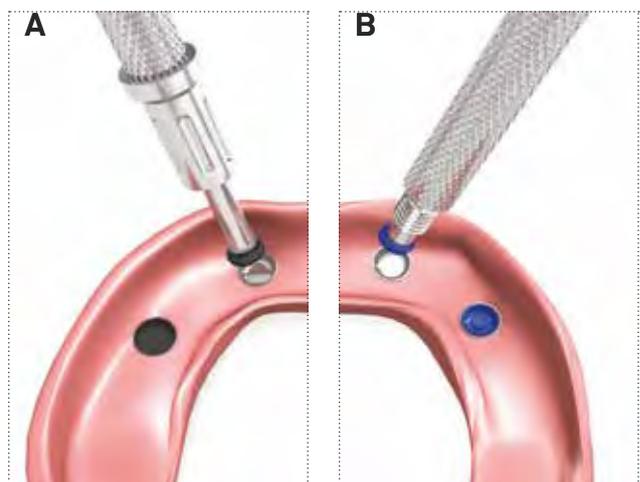
Décharger la prothèse au niveau des attachements, créer des trous suffisamment larges pour permettre l'injection et la sortie de la résine acrylique.
Positionner la prothèse overdenture sur les coiffes métalliques.



Introduire la résine (**img. A**) et procéder à la polymérisation du matériel selon les indications du producteur (**img. B**). Soulever ensuite la prothèse: les bagues de rétention noirs demeureront à l'intérieur des coiffes métalliques.
Polir la base de la prothèse overdenture.



Desserrer l'extrémité de l'instrument 8393 en dévissant la pièce de deux tours complets (sens antihoraire): cette opération permettra au petit piston placé sur la pointe de rentrer complètement (**img. A**) et au bord coupant de la pointe de faire prise sur le bord de la bague de rétention noir pour l'extraire de la coiffe métallique.
Revisser l'extrémité du Locator Core Tool, de façon à ce que la sortie du piston expulse la bague de rétention noir. Utiliser la pointe de la portion intermédiaire du Locator Core Tool pour pousser dans la coiffe la bague de rétention approprié, selon le degré de disparallélisme entre les implants (**img. B**). Vérifier attentivement que la bague de rétention soit complètement logé dans la coiffe métallique et que son bord soit au même niveau que celui de la coiffe.

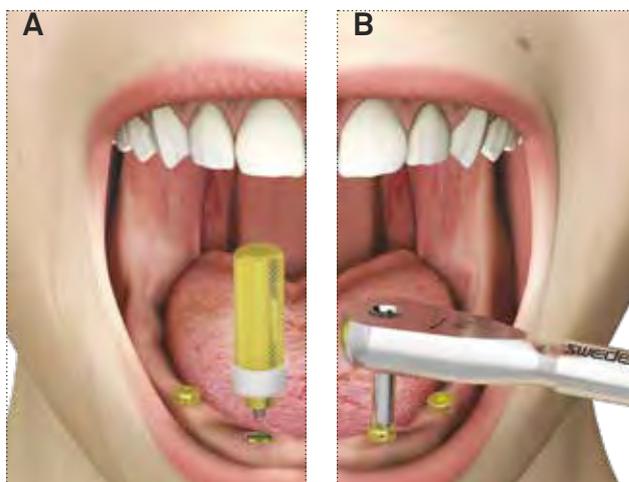


Méthode indirecte: phases au fauteuil

Découvrir les implants ou retirer les vis de cicatrisation, selon le protocole à double ou à simple phase chirurgicale ayant été adopté.

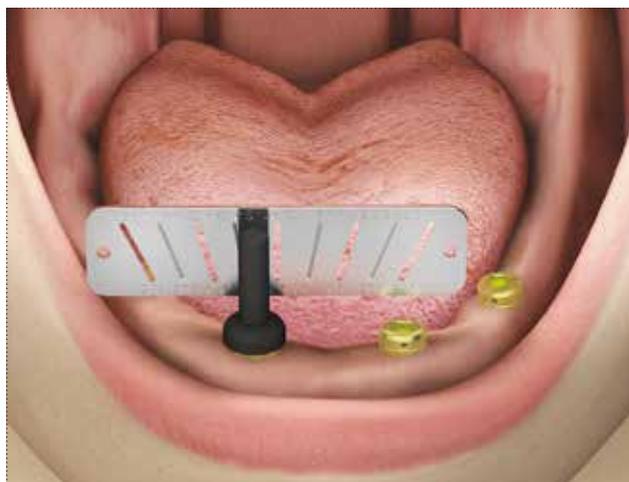
En fonction de l'épaisseur des tissus mous, choisir les piliers Locator présentant la hauteur transmuqueuse la plus adaptée et les insérer dans les puits implantaires au moyen du driver Locator (portion finale couleur or de l'instrument 8393, pouvant être également commandée séparément sous le référence 8390).

Les piliers peuvent être engagés et transportés en toute sécurité dans la cavité orale grâce à la chemise de rétention 8394 insérée à l'extrémité de l'instrument 8390 (**img. A**). Insérer le filet du pilier dans le puits de l'implant et visser de manière préliminaire de quelques tours puis enlever l'instrument 8390 et compléter le vissage à l'aide de la clé à cliquet dynamométrique CRI5 avec l'embout hexagonal 8926-SW ou 8927-SW, selon l'espace disponible (**img. B**). Les piliers doivent être serrés à 25-30 Ncm.



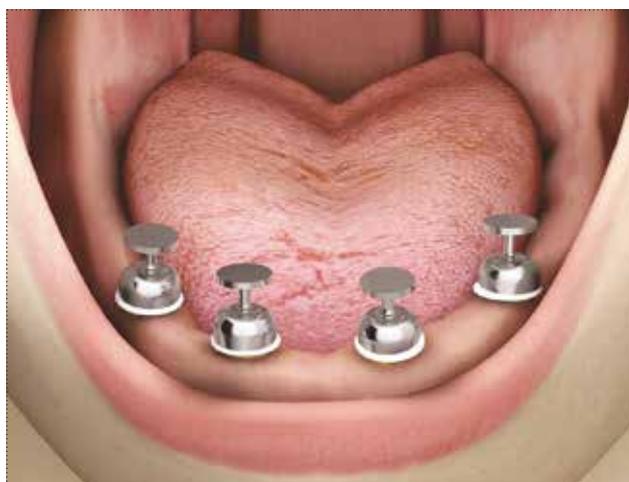
Insérer les pins en plastique (cod. 8517) sur les piliers Locator et vérifier, à l'aide de la plaquette 9530, le degré de divergence entre les axes des implants. Selon le disparallélisme, il faudra utiliser des bagues de rétention en nylon différents:

divergence <10° par côté	divergence <20° par côté
8529 rét. 1.5 lb (680 g) 	8545 rét. 1 lb (453 g) 
8527 rét. 3 lb (1361 g) 	8915 rét. 2 lb (907 g) 
8524 rét. 5 lb (2268 g) 	8547 rét. 4 lb (1814 g) 



Notez bien : dans la méthode indirecte, cette phase peut être également exécutée sur le modèle en laboratoire.

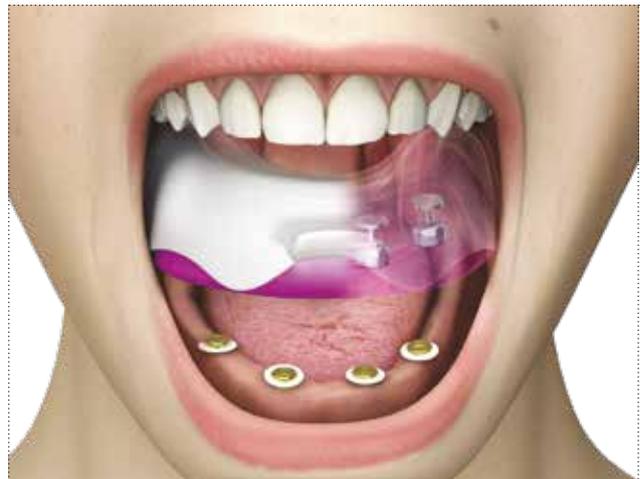
Retirer les pins et insérer les bagues espaceurs blancs sur les piliers Locator afin d'éviter la coulée indésirable de matériel d'empreinte. Par une simple pression à main libre, insérer les transferts Locator 8505, à l'intérieur desquels la bague de rétention en plastique noir aura préalablement été inséré pour la prise d'empreinte (8515).



Injecter un matériel d’empreinte de précision uniquement autour des transferts et, simultanément, remplir la cuiller du porte-empreinte d’un matériel plus consistant dans toute l’arcade. Placer le porte-empreinte fermé in situ et attendre les temps de durcissement selon les instructions. La conformation particulière des transferts Locator permet d’obtenir une rétention maximale dans un espace vertical minimal.



Soulever le porte-empreinte verticalement: les transferts Locator demeureront englobés dans l’empreinte.



Insérer dans chaque transfert Locator un analogue Locator 8530 et transmettre l’empreinte au laboratoire. La tête des piliers Locator qui s’interface avec les bagues de rétention étant toujours la même pour toutes les plates-formes implantaire, il n’existe ainsi qu’un seul transfert et qu’un seul analogue.



Ancrage avec pilier Locator - Indications cliniques

Méthode indirecte: phases de laboratoire

Avec de la cire ou de la résine, boxer l'empreinte et couler le modèle: l'analogue Locator reproduira exactement la position de la tête du pilier Locator. Sur le modèle, insérer dans chaque analogue un petit bague espaceur 8514 de 0,50 mm d'épaisseur, qui créera l'espace nécessaire pour obtenir la pleine résilience de la coiffe métallique englobée dans la prothèse qui tourne sur la tête du pilier Locator.



Positionner les coiffes métalliques avec les bagues de rétention noirs préassemblés sur la tête de l'analogue Locator. La bague de rétention noir maintiendra la prothèse overdenture dans la limite supérieure de sa capacité de résilience verticale pendant les phases de travail ; pour cela, il est nécessaire de vérifier qu'il soit complètement inséré à l'intérieur de la coiffe métallique.

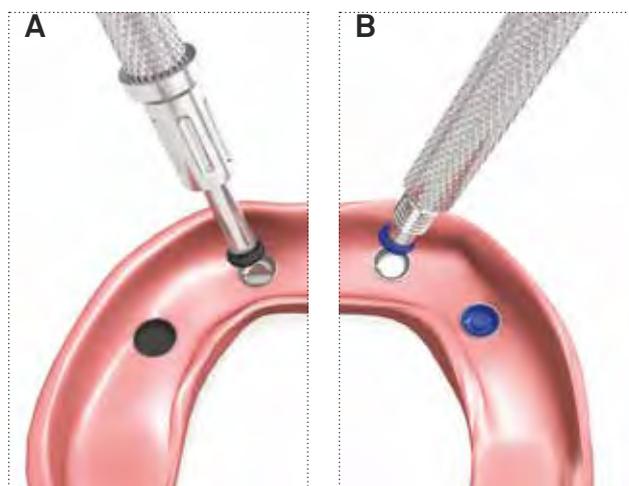


Réaliser la prothèse overdenture selon les protocoles habituels, en vérifiant que les encombrements du pilier et de la coiffe métallique soient complètement inclus dans la prothèse. Pour englober correctement les coiffes métalliques dans la structure, décharger cette dernière au niveau des piliers Locator et la positionner sur le modèle.



Desserrer l'extrémité de l'instrument 8393 en dévissant la pièce de deux tours complets (sens antihoraire): cette opération permettra au petit piston placé sur la pointe de rentrer complètement (**img. A**) et au bord coupant de la pointe de faire prise sur le bord de la bague de rétention noir pour l'extraire de la coiffe métallique. Revisser l'extrémité du Locator Core Tool, de façon à ce que la sortie du piston expulse la bague de rétention noir. Utiliser la pointe de la portion intermédiaire du Locator Core Tool pour pousser dans la coiffe la bague de rétention approprié, selon le degré de disparallélisme entre les implants (**img. B**).

Vérifier attentivement que la bague de rétention soit complètement logé dans la coiffe métallique et que son bord soit au même niveau que celui de la coiffe.



Avertissement important

Il est important de fournir au patient toutes les informations concernant les procédures de positionnement et d'extraction correctes de la prothèse, en l'invitant à s'exercer à effectuer ces simples manœuvres, même si le dessin autocentrant des piliers Locator a été spécialement conçu pour faciliter ces opérations.

Il est également nécessaire d'exhorter le patient à informer l'opérateur de tout inconfort causé par la prothèse, y compris la perte de rétention des attachements, de façon à permettre à celui-ci d'effectuer au plus tôt la maintenance ou le remplacement des éventuels bagues de rétention mal insérés ou usés.

Maintenance et rebasage

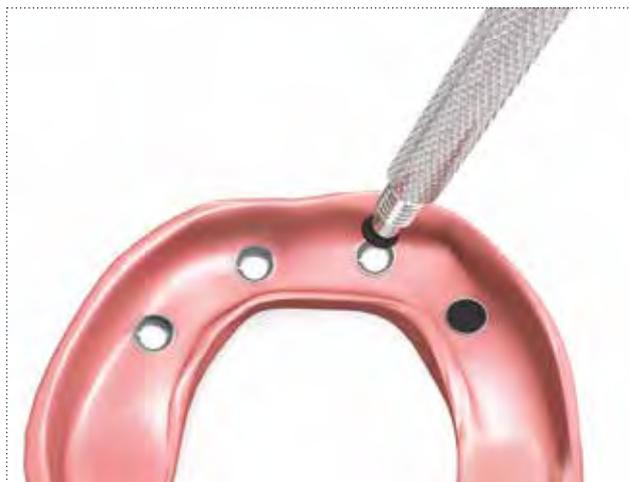
Maintenance

Les composants métalliques Locator étant réalisés en titane Gr. 5, ils ne nécessitent pas de précautions de nettoyage ou de maintenance particulières. Toutefois, pour éviter la formation de plaque et de dépôts de résidus abrasifs dans le puits du pilier, en mesure d'endommager les deux interfaces en contact, il est recommandé de brosser quotidiennement la prothèse amovible, les piliers et les bagues de rétention en nylon à l'aide d'une brosse souple sous l'eau courante, de façon à éviter que des substances détergentes agressives puissent limiter la durée dans le temps de ces composants, ceux-ci étant quoi qu'il en soit remplaçables. L'utilisation d'un fil du type ultrafloss autour des piliers peut également contribuer à maintenir en bon état la zone du sillon péri-implantaire, et, consécutivement, les mêmes attachements. Veiller à assurer le suivi du patient, selon une cadence au moins semestrielle, effectuant également la vérification de la rétention et l'éventuel remplacement des bagues de rétention en nylon endommagés ou l'ajustement de ceux-ci au cas où le patient nécessite d'un niveau de rétention plus élevé. A l'occasion du suivi, il est également recommandé de vérifier la fixation correcte des piliers sur les implants, en les revissant si nécessaire à un couple de serrage de 25-30 Ncm. Lors des séances d'hygiène, il est recommandé de n'utiliser que des instruments en plastique pour les opérations de curetage sur les piliers. Il est préférable d'éviter l'utilisation d'instruments en métal qui pourraient rayer la surface des piliers.

Rebasage périodique de la prothèse overdenture

Retirer les bagues de rétention des coiffes métalliques conformément aux indications de la pag. 192 et les remplacer temporairement par les bagues de rétention noirs, afin de maintenir un rapport vertical correct pendant le rebasage. Décharger les éventuelles zones de compression.

Etendre le matériel de rebasage à l'intérieur de la prothèse, qu'il s'agisse de résine ou de silicone, en ayant soin d'éviter les bagues de rétention.



Prendre une empreinte de rebasage en utilisant la prothèse existante comme gouttière d'empreinte. Veiller à bien protéger les Locator avec les petits bagues espaceurs en caoutchouc de silicone.



La bague de rétention engagera la tête du pilier Locator et maintiendra la prothèse dans sa position pendant la prise d'empreinte et la solidification du matériau. Lors du retrait de l'empreinte, les bagues de rétention demeureront à l'intérieur des coiffes métalliques.



Insérer un analogue Locator (cod. 8530) dans chaque coiffe métallique en accouplement avec la bague de rétention et réaliser le modèle de la manière habituelle.

Avertissement important

Le rebasage direct dans la bouche du patient pourrait engendrer des problèmes liés à la différence stœchiométrique entre la résine structurale de la prothèse overdenture, polymérisée à chaud et sous pression, et la résine de rebasage, polymérisée à froid et sans pression. En outre, la difficulté de contrôle du matériau, qui pourrait s'ancrer sous les attachements, la différence de couleur, la durée inférieure du rebasage et la gêne liée à la présence de la résine dans la bouche du patient rendent cette option déconseillée.



Rebaser définitivement la prothèse en laboratoire et effectuer soigneusement les essais avec le patient pour choisir une nouvelle bague de rétention appropriée.

Avertissement important

Au cas où les anatomies orales du patient présentent d'importantes modifications (ex. après un amaigrissement très significatif du patient), il est nécessaire d'effectuer, non pas un simple rebasage, mais un nouveau repositionnement des coiffes métalliques à l'intérieur de la prothèse overdenture. Pour ce faire, les mêmes coiffes devront être retirées de la structure en résine, à l'aide d'un petit foret, et repositionnées conformément aux indications incluses en pag.192 et suivantes.



Ancrage avec attachements boules

Le système d'ancrage par attachement sphérique, également appelé "à boule", se compose d'un pilier en titane Gr. 5 avec une extrémité sphérique de 2,20 mm de diamètre et d'un choix de systèmes d'ancrage différents incorporables dans la prothèse amovible.

Les attachements sphériques présentent un petit hexagone à la base de la sphère, qui sert à engager l'embout hexagonal de vissage, compatible avec la clé à cliquet dynamométrique du système.

Conditions et indications pour l'ancrage par attachements sphériques

Le protocole prothétique standard par attachements sphériques prévoit le support de deux implants, positionnés de préférence à 22 mm l'un de l'autre, de façon à ce que l'axe de rotation entre les deux piliers permette un certain degré de mouvement vertical à la prothèse overdenture. Le parallélisme absolu entre les deux implants n'est pas une condition indispensable au succès de la réhabilitation, car la tête sphérique permet intrinsèquement un certain degré de correction. Toutefois, la présence d'éventuels disparallélismes peut présenter des risques de fracture, en particulier pour les attachements sphériques, dans des conditions de charge importantes ; par conséquent, la réhabilitation avec des attachements sphériques exclusivement entre implants parallèles est à préférer.

La stabilité et la durée à long terme de l'ensemble attachement sphérique/coiffe sont déterminées par plusieurs facteurs, dont:

- l'alignement tridimensionnel des plans occlusaux des implants et de la prothèse ;
- positionnement adéquat de l'interface prothétique (coiffe ou anneau bague, matrice) de façon à ce que la sphère ne touche pas la prothèse dans sa partie la plus occlusale ;
- dimension verticale de la prothèse en mesure de garantir que la coiffe soit entourée sur chaque côté par une couche appropriée de résine.



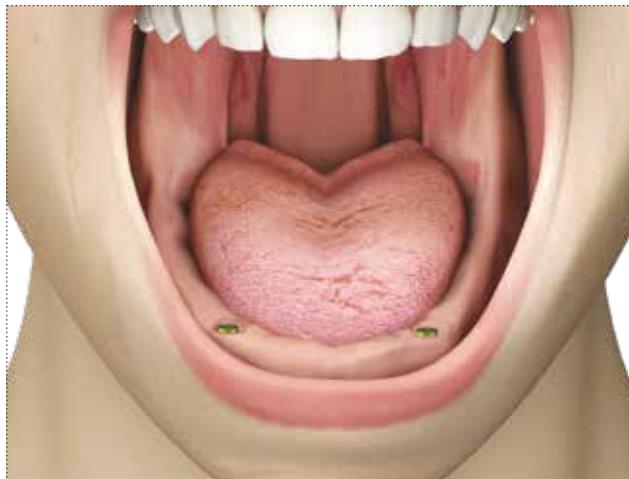
Puisque la sphère doit travailler libre de tout lien pour garantir un appui muqueux correct de la prothèse overdenture, les piliers avec attachement sphérique sont disponibles en plusieurs hauteurs transmuqueuses.

Description	Référence
<p>Attechements boules Emergence droite H. transgingivale 1.00 mm</p>	<p>A-AS-330-1</p> 
<p>Attechements boules Emergence droite H. transgingivale 2.00 mm</p>	<p>A-AS-330-2</p> 
<p>Attechements boules Emergence droite H. transgingivale 4.00 mm</p>	<p>A-AS-330-4</p> 
<p>Analogue de l'attacheement sphérique</p>	<p>ANAS</p> 
<p>Tournevis pour attacheements boules, avec raccord hexagonal pour clé dynamométrique Non inclus dans le kit chirurgical, il peut être acheté séparément</p>	<p>BASCC-EX</p> 

Couple de serrage recommandé pour les attacheements boules: 25-30 Ncm.

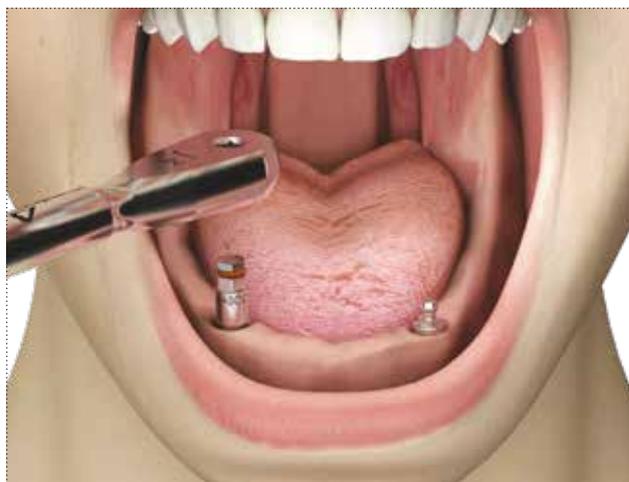
Empreinte et modèle

Découvrir les implants ou retirer les vis de cicatrisation, selon le protocole à double ou à simple phase chirurgicale ayant été adopté. Sur la base de l'épaisseur des tissus mous, choisir l'attachement sphérique présentant la hauteur transmuqueuse la plus appropriée. Pour les hauteurs disponibles, consulter le tableau en pag. 201.



A l'aide de l'embout hexagonal BASCC-EX, engager le petit hexagone à la base de la sphère et connecter l'autre extrémité à la clé à cliquet dynamométrique CRI5. Visser les piliers dans les puits des implants avec un couple de serrage de 25-30 Ncm.

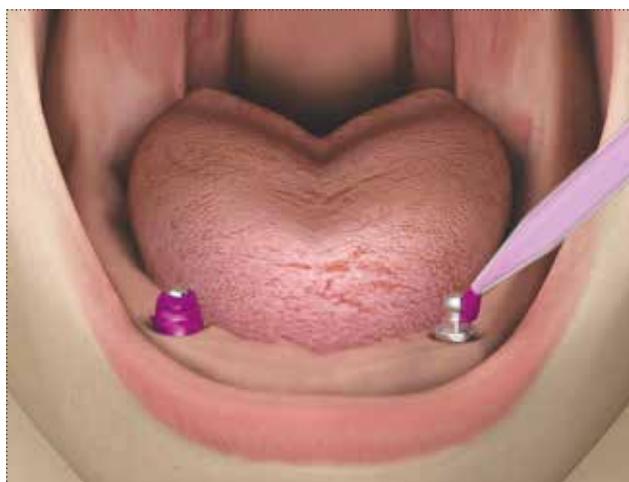
Notez bien : l'embout hexagonal ne fait pas partie des kits chirurgicaux et doit être demandé à part, sous le référence BASCC-EX. Par contre, il est inclus dans le Screw Kit. Cet embout hexagonal est compatible avec la clé à cliquet dynamométrique du système.



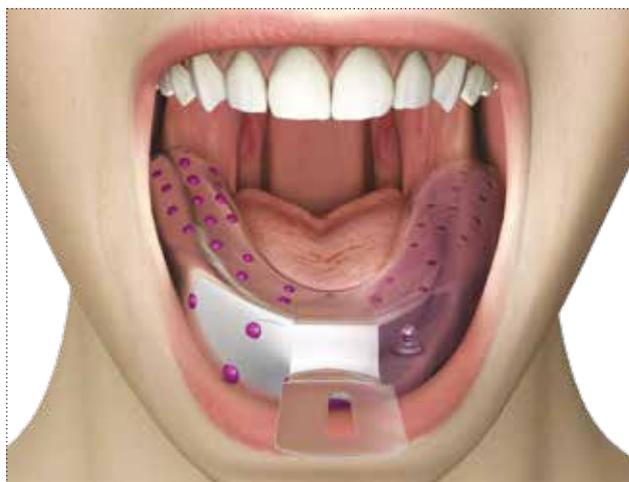
Positionner le porte-empreinte fermé, de façon à vérifier que toute la hauteur de l'attachement sphérique soit contenue à l'intérieur des parois du même porte-empreinte. Injecter un matériel d'empreinte de précision (SKY IMPLANT LIGHT, cod. SKY14) uniquement autour des têtes boules des piliers et remplir simultanément le porte-empreinte d'un matériel plus consistant (SKY IMPLANT ONEMIX-ED, cod. SKY08) dans toute l'arcade.

Avertissement important

Selon les habitudes, il est opportun d'insérer un morceau de latex ou de digue perforé de manière appropriée pour éviter l'infiltration du silicone dans le sillon péri-implantaire.



Placer ensuite le porte-empreinte in situ et attendre les temps de durcissement selon les instructions du producteur.
Soulever le porte-empreinte verticalement.



Insérer les analogues des attachements boules (cod. ANAS) dans les espaces vides laissés par les sphères de rétention des mêmes attachements. La tête sphérique étant toujours la même pour toutes les plates-formes implantaires, il n'existe qu'un seul analogue.



Développer le modèle selon les techniques habituelles, en englobant les analogues spéciaux des attachements boules (cod. ANAS) dans le matériel choisi.



Matrices pour attachements boules

Coiffe en titane CAP-TIT-1

La matrice se compose d'une coiffe en titane Gr. 5 munie d'un capuchon en deux parties, d'un ressort de rétention en titane et d'une petite bague de montage en plastique.

Chaque emballage contient le ressort de rétention dans la version moyenne (MOL1-CAP-TIT-1), toutefois, un ressort plus souple est également disponible pour une adaptation progressive, celui-ci pouvant être commandé à part sous la référence MOL2-CAP-TIT-1. Les deux ressorts et la bague de montage en plastique sont également disponibles comme pièces de remplacement, sous les codes figurant dans le tableau ci-contre.

Un tournevis spécial est disponible pour le démontage et le réassemblage de la coiffe en titane, permettant un remplacement rapide du ressort de rétention et simplifiant l'utilisation de l'anneau la bague de rebasage en plastique, selon les explications fournies incluses dans les étapes de travail.



Description	Référence
Calotte en titane Gr. 5, avec capuchon en deux parties, ressort de rétention en titane et bague de montage en plastique pour attachements boules \varnothing 2,20 mm. L'encombrement en hauteur total est de 3,20 mm	CAP-TIT-1 
Bague en plastique remplacement pour coiffe en titane H. 2.20 mm	AN-CAP-TIT-1 
Ressort de rétention remplacement pour coiffe en titane, dureté moyenne en acier, \varnothing 3,2 mm	MOL1-CAP-TIT-1 
Ressort de rétention remplacement pour coiffe en titane, souple, pour adaptation progressive de la prothèse en acier, \varnothing 3,20 mm	MOL2-CAP-TIT-1 
Tournevis pour le montage et la maintenance de la coiffe en titane CAP-TIT-1	AVV-CAP-TIT-1 

Voir les caractéristiques techniques du titane Gr. 5 en pag. 238.

Assemblage de la coiffe en titane pour les phases de travail

La coiffe en titane est fournie assemblée avec le ressort par la bague définitif en titane. Avant d'entreprendre le protocole direct d'ancrage de la prothèse overdenture, il est nécessaire de dévisser la bague en titane préassemblé à l'aide du tournevis AVV-CAP-TIT-1 et de le mettre de côté avec le ressort.



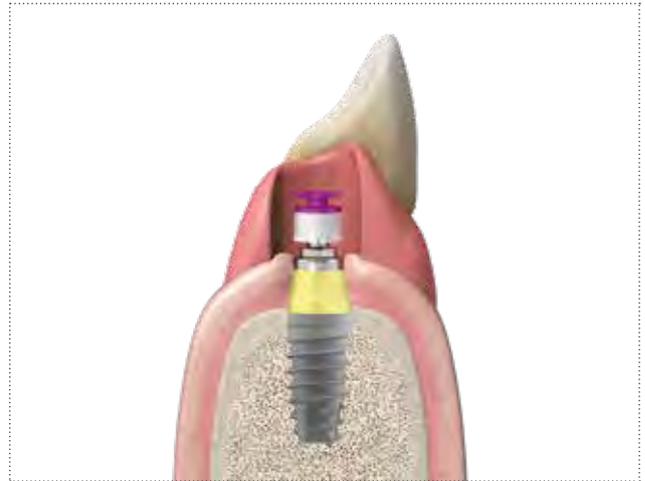
Au moyen du même tournevis, visser la bague de montage en plastique élastomère au top de la coiffe en titane, sans n'insérer aucun ressort. La rétention exercée par l'anneau la bague en plastique est minimale mais suffisante pour les phases de montage.



Coiffe en titane CAP-TIT-1: méthode directe

Positionner les coiffes assemblées avec la bague en plastique élastomère sur la tête sphérique des piliers. Décharger complètement la prothèse sur un rayon d'environ 5,50 mm et la placer in situ pour vérifier les encombrements. La rétention exercée par la bague élastomère est minimale mais suffisante pour les phases de travail.

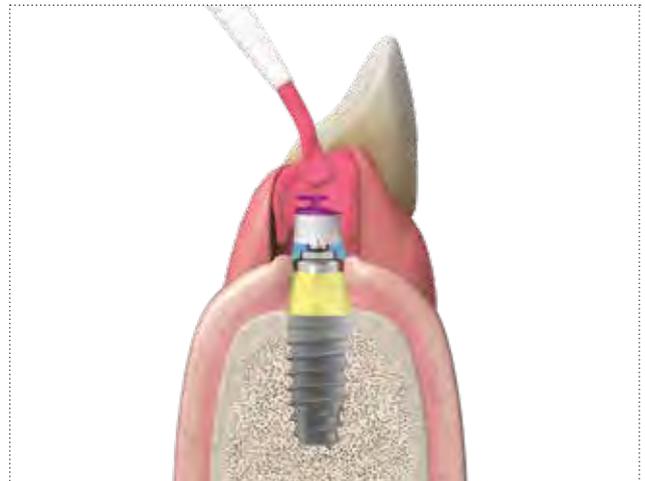
Notez bien : selon le type de résine, il pourrait être opportun d'appliquer une légère couche de vaseline ou de cire autour de la bague en plastique transparent afin d'en faciliter le retrait.



Remplir la cavité de résine de façon à englober entièrement les coiffes et polymériser selon les indications du producteur.

Avertissement important

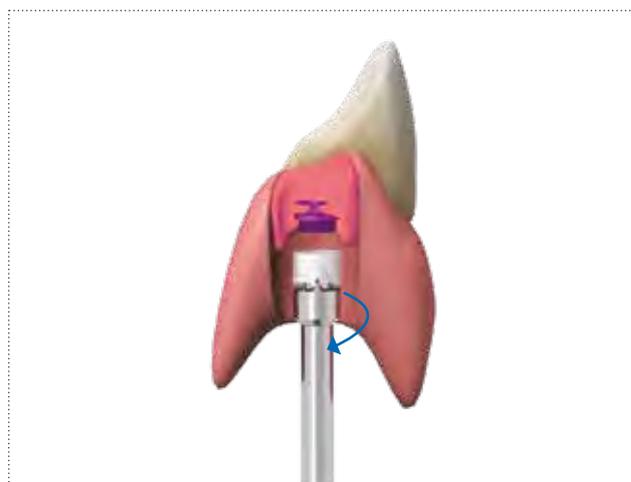
En cas de nécessité, protéger les contre-dépouilles (mises en évidence en bleu sur l'image) avec du plâtre pour empreinte, de la cire, un morceau de digue ou autres matériaux utilisés ordinairement dans ce but.



Vision intra-orale



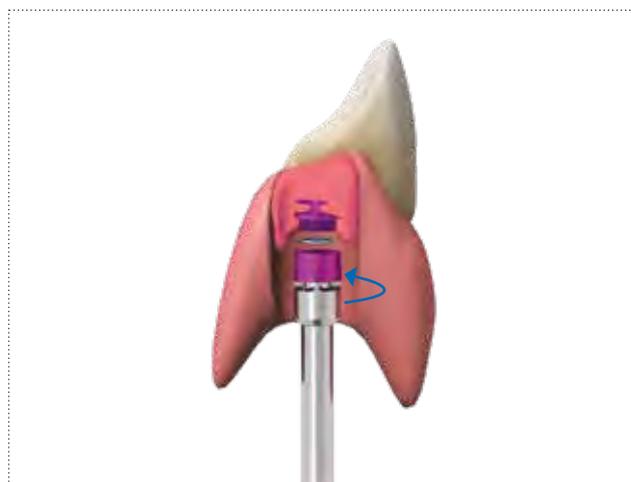
Dévisser la bague en plastique au moyen du tournevis AVV-CAP-TIT-1. L'espace laissé par la bague en plastique est calculé de façon à permettre une insertion aisée de la bague en titane.



Visser l'anneau la bague en titane au sommet de la coiffe, à l'intérieur duquel le ressort de rétention aura été préalablement inséré. Insérer toujours le ressort du côté du filetage.

Avertissement important

Si la rétention initiale devait être excessive pour le patient, remplacer le ressort fourni par celui de couleur dorée pouvant être acheté séparément sous le référence MOL2-CAP-TIT-1.



Polir la base de la prothèse overdenture et insérer la prothèse *in situ*, en exerçant une pression verticale jusqu'à percevoir le clic caractéristique qui signale l'engagement correct de la tête de l'attachement sphérique sur le ressort de rétention.

Avertissement important

Il est important de fournir au patient toutes les informations concernant les procédures de positionnement et d'extraction correctes de la prothèse, en l'invitant à s'y exercer, même si les attachements boules rendent ces opérations simples et rapides. Il est également nécessaire d'exhorter le patient à informer l'opérateur de tout inconfort causé par la prothèse, y compris la perte de rétention des attachements, de façon à permettre à celui-ci d'effectuer au plus tôt la maintenance ou le remplacement du ressort ou des mêmes attachements boules mal insérés ou usés.



Coiffe en titane CAP-TIT-1: méthode indirecte

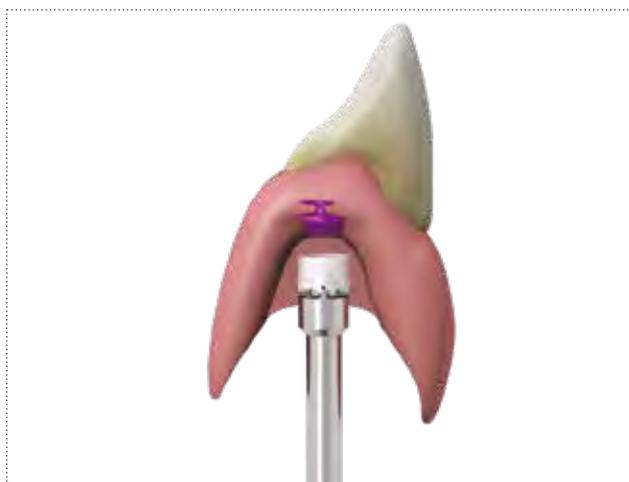
Positionner les coiffes assemblées avec la bague en plastique élastomère sur la tête sphérique des analogues, en ayant soin de maintenir l'axe d'insertion orthogonal par rapport à celui des analogues. En cas de nécessité, décharger les contre-dépouilles avec du plâtre pour empreinte, de la cire, un morceau de digue ou autres matériaux utilisés ordinairement dans ce but.



Réaliser la prothèse overdenture selon les protocoles habituels, en vérifiant que les encombrements de l'attachement sphérique et de la coiffe métallique soient complètement inclus dans la prothèse.



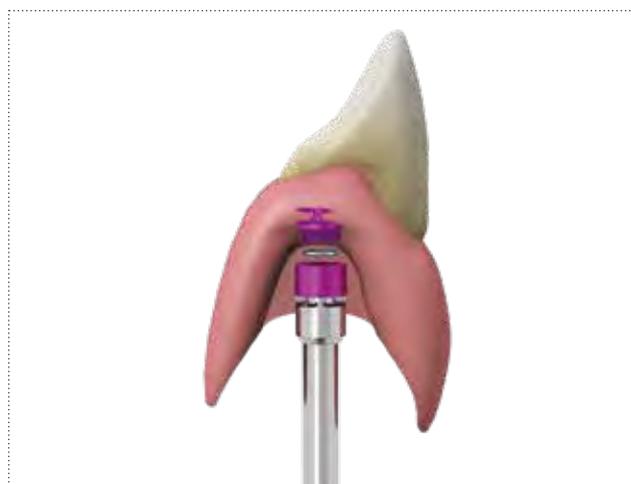
Dévisser la bague en plastique au moyen du tournevis AVV-CAP-TIT-1. L'espace laissé par la bague en plastique est calculé de façon à permettre une insertion aisée de la bague en titane.



Visser la bague en titane au sommet de la coiffe, à l'intérieur duquel le ressort de rétention aura été préalablement inséré. Insérer toujours le ressort du côté du filetage.

Avertissement important

Si la rétention initiale devait être excessive pour le patient, remplacer le ressort fourni par celui de couleur dorée pouvant être acheté séparément sous le référence MOL2-CAP-TIT-1.



Polir la base de la prothèse overdenture et insérer la prothèse *in situ*, en exerçant une pression verticale jusqu'à percevoir le clic caractéristique qui signale l'engagement correct de la tête de l'attache sphérique sur le ressort de rétention.

Avertissement important

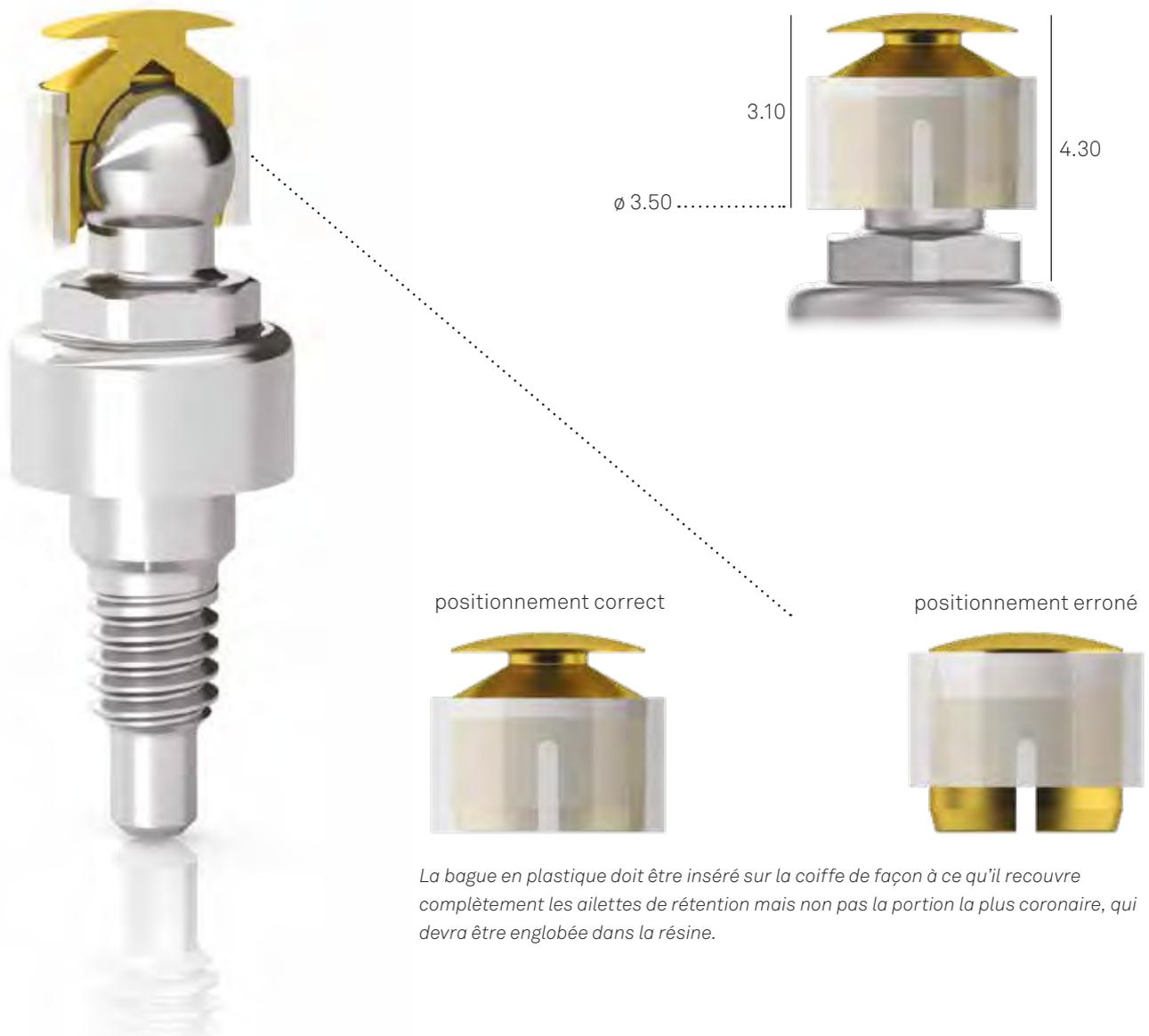
Il est important de fournir au patient toutes les informations concernant les procédures de positionnement et d'extraction correctes de la prothèse, en l'invitant à s'y exercer, même si les attachements boules rendent ces opérations simples et rapides. Il est également nécessaire d'exhorter le patient à informer l'opérateur de tout inconfort causé par la prothèse, y compris la perte de rétention des attachements, de façon à permettre à celui-ci d'effectuer au plus tôt la maintenance ou le remplacement du ressort ou des mêmes attachements boules mal insérés ou usés.



Matrices pour attachements boules

Coiffe en alliage d'or CAP-1

La matrice se compose d'une coiffe en alliage d'or caractérisée par 4 ailettes au design rétentif particulier, qui est livrée avec trois bagues transparents en élastomère, et d'un espaceur de laboratoire en étain. Les bagues contribuent à maintenir l'élasticité des ailettes en alliage d'or qui, sinon, perdraient leur capacité de rétention après une utilisation de courte durée. Ceci confirme l'importance d'un positionnement correct des deux composants l'un sur l'autre, conformément à la description de l'image en bas de page.

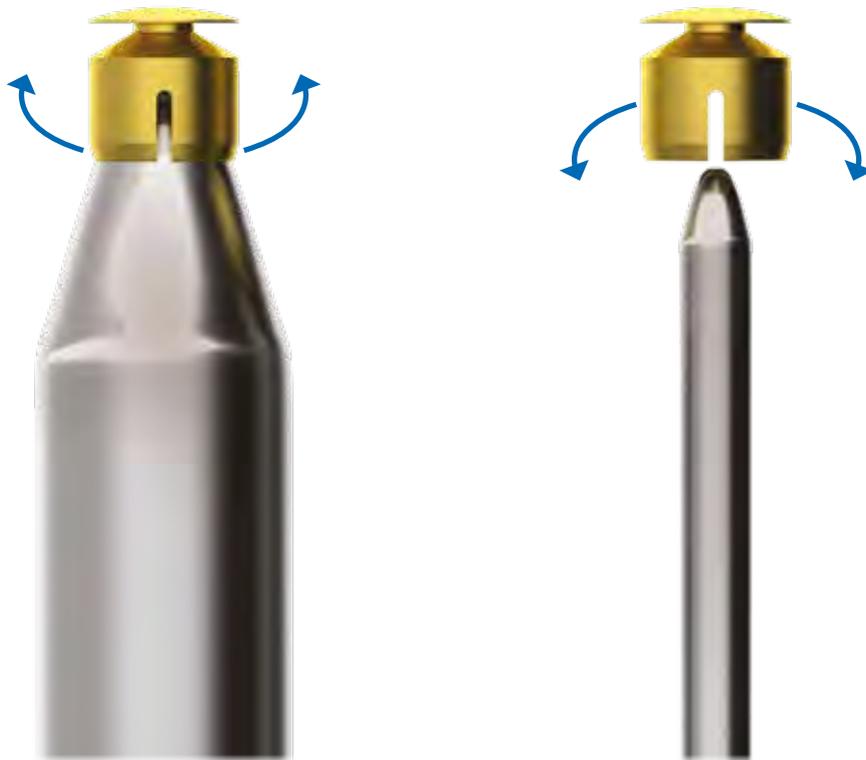


La bague en plastique doit être insérée sur la coiffe de façon à ce qu'il recouvre complètement les ailettes de rétention mais non pas la portion la plus coronaire, qui devra être englobée dans la résine.

Description	Référence
<p>Coiffe en “alliage d’or 2” pour attachements boules Ø 2,20 mm, fournie avec 3 bagues en plastique pour son positionnement et par un espaceur de laboratoire en étain. L’encombrement en hauteur total est de 3,10 mm et le diamètre extérieur de 3,50 mm</p>	<p>CAP-1</p> 

Réglage de la rétention

Si la matrice en alliage devait être trop difficile à enlever pour le patient, il est possible de desserrer la force de rétention des lamelles en introduisant, à l’intérieur de la coiffe, un embout conique à diamètre croissant qui écartera progressivement les mêmes lamelles. En revanche, si la matrice devait perdre sa capacité de rétention, il est possible de réactiver les lamelles en introduisant simplement à l’intérieur de la coiffe un embout d’un diamètre inférieur à 2,20 mm qui fera converger centriquement les quatre parois de rétention. Ces opérations doivent être exécutées avec délicatesse, en ayant soin de ne pas détacher la partie femelle de la résine.



Le réglage de base de la coiffe en alliage d’or est d’environ 200 g, celui-ci correspondant également à la valeur minimale pouvant être obtenue. La valeur maximale s’élève à environ 1200 g. En cas de non-tenu, malgré l’activation, contrôler que la partie femelle soit bien positionnée ; polymériser de nouveau si nécessaire.

Au cours d’éventuelles opérations de modification et de rebasage de la prothèse, il est préférable d’enlever la femelle originale de la prothèse.

Coiffe en alliage d'or CAP-1: méthode directe

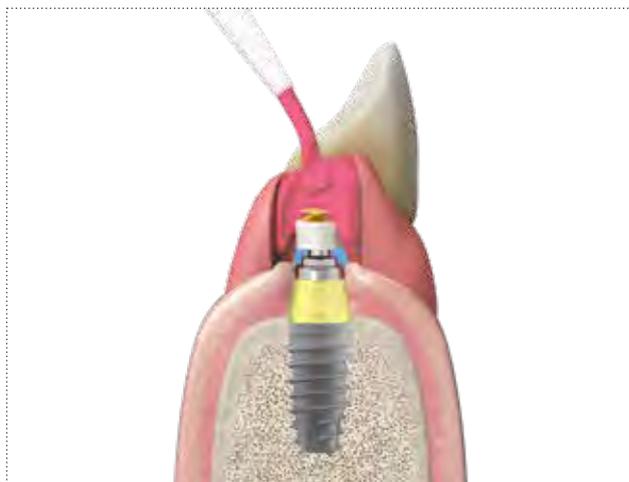
Positionner les coiffes assemblées avec la bague en plastique sur la tête sphérique des piliers. Décharger complètement la prothèse sur un rayon d'environ 5,50 mm et la placer in situ pour vérifier les encombrements.



Insérer une masse de résine dans le trou de façon à ce qu'elle englobe le sommet de la coiffe, dotée d'une tige qui en favorise la rétention dans le matériel, lorsque celui-ci aura été polymérisé.

Avertissement important

En cas de nécessité, protéger les contre-dépouilles (mises en évidence en bleu sur l'image) avec du plâtre pour empreinte, de la cire, un morceau de digue ou autres matériaux utilisés ordinairement dans ce but.



Vision intra-oral



Une fois la polymérisation terminée, soulever le produit et polir la base de la prothèse overdenture.



Vérifier la capacité de rétention des coiffes en alliage d'or et placer la prothèse overdenture in situ. En cas de nécessité, régler la rétention selon les opérations décrites en pag. 211.

Avertissement important

Il est important de fournir au patient toutes les informations concernant les procédures de positionnement et d'extraction correctes de la prothèse, en l'invitant à s'y exercer, même si les attachements boules rendent ces opérations simples et rapides.

Il est également nécessaire d'exhorter le patient à informer l'opérateur de tout inconfort causé par la prothèse, y compris la perte de rétention des attachements, de façon à permettre à celui-ci d'effectuer au plus tôt la maintenance ou le remplacement des éventuels attachements boules mal insérés ou usés.



Coiffe en alliage d'or CAP-1: méthode indirecte

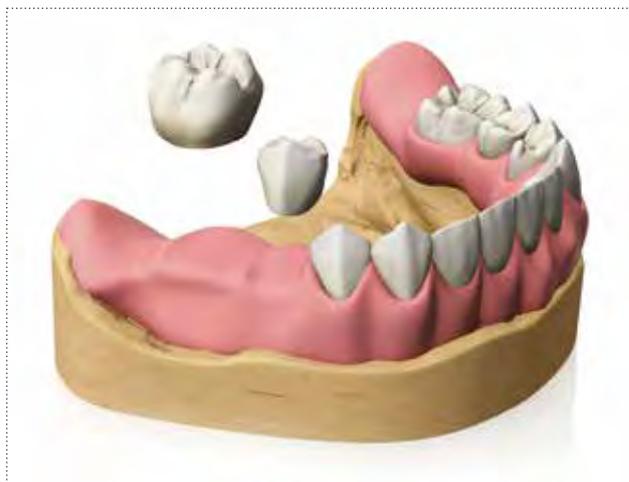
Positionner les coiffes assemblées avec la bague en plastique sur la tête sphérique des analogues, en ayant soin de maintenir l'axe d'insertion orthogonal par rapport à celui des analogues. En cas de nécessité, décharger les contre-dépouilles avec du plâtre pour empreinte, de la cire, un morceau de digue ou autres matériaux utilisés ordinairement dans ce but.

Avertissement important

Un disque espaceur (A) en étain est fourni dans l'emballage afin de permettre d'obtenir une résilience verticale optimale. Il ne peut être positionné que sur le modèle avant l'insertion de la résine et adapté sur toute la surface péri-implantaire, pour être éliminé uniquement après avoir terminé le produit en résine. Il ne doit pas être introduit dans la bouche. Une autre solution consiste à utiliser un morceau de digue.



Réaliser la prothèse overdenture selon les protocoles habituels, en vérifiant que les encombrements de l'attachement sphérique et de la coiffe en alliage soient complètement inclus dans la prothèse.



Une fois la polymérisation terminée, soulever le produit et polir la base de la prothèse overdenture.



Vérifier la capacité de rétention des coiffes en alliage d'or et placer la prothèse overdenture *in situ*.
En cas de nécessité, régler la rétention selon les opérations décrites en pag. 211.

Avertissement important

Il est important de fournir au patient toutes les informations concernant les procédures de positionnement et d'extraction correctes de la prothèse, en l'invitant à s'y exercer, même si les attachements boules rendent ces opérations simples et rapides.

Il est également nécessaire d'exhorter le patient à informer l'opérateur de tout inconfort causé par la prothèse, y compris la perte de rétention des attachements, de façon à permettre à celui-ci d'effectuer au plus tôt la maintenance ou le remplacement des éventuels attachements boules mal insérés ou usés.



Matrices pour attachements boules

Coiffe en polyamide CAP-TFL-1

Le système d'ancrage avec une coiffe en polyamide se compose d'un boîtier en acier, doté de rainures pour un ancrage optimal dans la résine, et d'un bague de rétention en polyamide pouvant être remplacé dans le temps au fauteuil, sans qu'il soit nécessaire d'intervenir sur la structure de la prothèse overdenture.

Uniquement dans le cas où l'espace approprié ne soit pas suffisant, la bague de rétention en polyamide peut être également utilisé sans boîtier métallique. Toutefois, il est opportun de considérer que, dans ce cas, la rétention perd la moitié de sa résilience et la coiffe est soumise à un plus grand degré d'usure en un espace de temps inférieur, impliquant un remplacement plus invasif à l'égard de la prothèse.



Description	Référence
Coiffe en polyamide pour attachements boules ø2,20 mm	CAP-TFL-1 
Boîtier en acier pour coiffe en polyamide Ø extérieur 4,80 mm. L'encombrement en hauteur total est de 3,20 mm	CONT-CAP-TFL-1 

L'insertion de la bague de rétention en polyamide dans la coiffe en acier ne nécessite d'aucun instrument particulier et peut être effectuée manuellement.



Coiffe en polyamide CAP-TFL-1: méthode directe

Insérer manuellement la coiffe en polyamide à l'intérieur du boîtier en acier en exerçant une simple pression. Positionner les coiffes assemblées sur la tête sphérique des piliers.

Avertissement important

En cas de nécessité, protéger les contre-dépouilles avec du plâtre pour empreinte, de la cire, un morceau de digue ou autres matériaux utilisés ordinairement dans ce but.



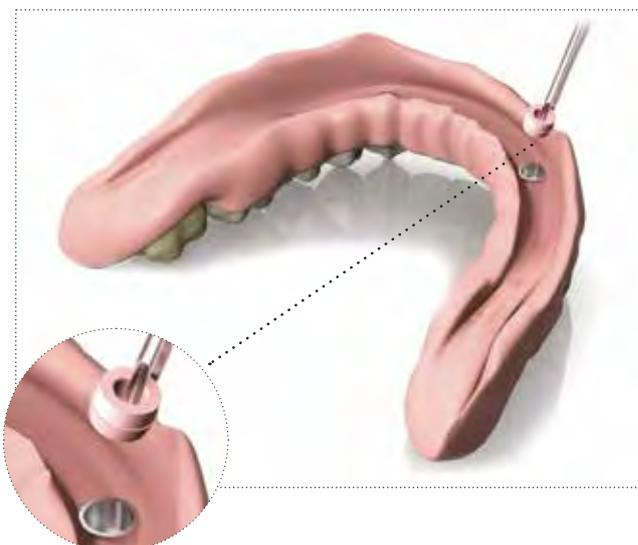
Décharger la prothèse, existante ou neuve, sur environ 5,50 mm au niveau de l'attachement sphérique, afin de créer le logement de la matrice. Essayer la prothèse overdenture sur la crête édentée pour vérifier l'encombrement vertical des matrices dans les espaces spécialement créés.

Remplir la cavité de résine de façon à englober complètement les matrices, celles-ci devant demeurer au même niveau que la résine. Effectuer la polymérisation selon les indications du producteur. Polir la base de la prothèse overdenture.



Avertissement important

Il est important de fournir au patient toutes les informations concernant les procédures de positionnement et d'extraction correctes de la prothèse, en l'invitant à s'y exercer, même si les attachements boules rendent ces opérations simples et rapides. Il est également nécessaire d'exhorter le patient à informer l'opérateur de tout inconfort causé par la prothèse, y compris la perte de rétention des attachements, de façon à permettre à celui-ci d'effectuer au plus tôt la maintenance ou le remplacement des coiffes ou des mêmes attachements boules mal insérés ou usés. Le remplacement des coiffes en polyamide peut être effectué manuellement au fauteuil, à l'aide d'une seule pince.



Coiffe en polyamide CAP-TFL-1: méthode indirecte

Insérer manuellement la coiffe en polyamide à l'intérieur du boîtier en acier en exerçant une simple pression. Positionner les coiffes assemblées sur la tête sphérique des analogues. En cas de nécessité, décharger les contre-dépouilles avec du plâtre pour empreinte, de la cire, un morceau de digue ou autres matériaux utilisés ordinairement dans ce but.



Réaliser la prothèse overdenture selon les protocoles habituels, en vérifiant que les encombrements de l'attachement sphérique et de la coiffe métallique soient complètement inclus dans la prothèse.



Une fois la polymérisation terminée, soulever le produit et polir la base de la prothèse overdenture.

Avertissement important

Il est important de fournir au patient toutes les informations concernant les procédures de positionnement et d'extraction correctes de la prothèse, en l'invitant à s'y exercer, même si les attachements boules rendent ces opérations simples et rapides. Il est également nécessaire d'exhorter le patient à informer l'opérateur de tout inconfort causé par la prothèse, y compris la perte de rétention des attachements, de façon à permettre à celui-ci d'effectuer au plus tôt la maintenance ou le remplacement des bagues de rétention ou des mêmes attachements boules mal insérés ou usés.

Le remplacement des coiffes en polyamide peut être effectué manuellement au fauteuil, à l'aide d'une seule pince.



Matrices pour attachements boules

Système de rétention O-ring

La matrice se compose d'un boîtier en métal en forme de bague, présentant un bossage extérieur qui facilite la rétention dans la résine, à l'intérieur duquel est logé un O-ring en caoutchouc naturel. Sont disponibles trois O-rings différents de dureté progressive, pour une adaptation graduelle de la prothèse. Les trois O-rings sont également disponibles comme pièces de remplacement, sous les références figurant dans le tableau de la page suivante.



Description	Référence	
Boîtier en métal en forme de bague pour O-ring en caoutchouc. Pour attachements boules Ø 2,20 mm. L'encombrement en hauteur total est de 1,50 mm et le diamètre extérieur de 5,10 mm Emballage de 6 pièces	99-440044*	
Petit bague rouge, en silicone de laboratoire Ø extérieur 4,50 mm, H. 1,50 mm Emballage de 12 pièces	99-443034*	
Petit bague blanc, en caoutchouc naturel, souple Ø extérieur 4,50 mm, H. 1,50 mm Emballage de 12 pièces	99-443035*	
Petit bague noir, en caoutchouc naturel, dur Ø extérieur 4,5 mm, H. 1,50 mm Confezione da 12 pezzi	99-443036*	

*Les O-rings de rétention pour attachements boules sont fabriqués par Implant Direct Sybron International, 27030 Malibù Hills Road, Calabasas Hills, 91301 U.S.A. Le mandataire européen aux fins de la DDM 93/42/CEE est Kerr Italia S.r.L., via Passanti 332, 84018 Scafati (SA) Italy.

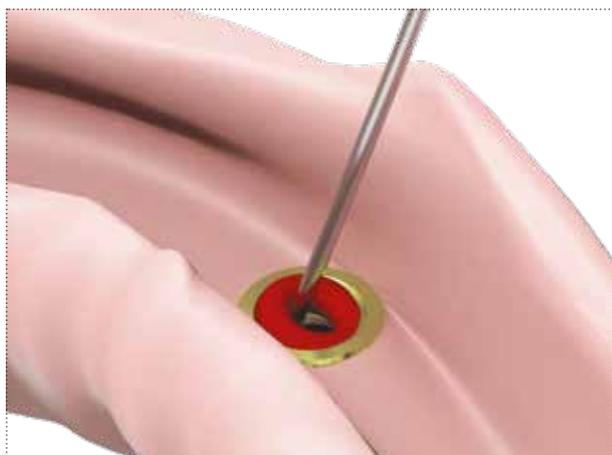
Avertissement important

Il est important de fournir au patient toutes les informations concernant les procédures de positionnement et d'extraction correctes de la prothèse, en l'invitant à s'y exercer, même si les attachements boules rendent ces opérations simples et rapides. Il est également nécessaire d'exhorter le patient à informer l'opérateur de tout inconfort causé par la prothèse, y compris la perte de rétention des attachements, de façon à permettre à celui-ci d'effectuer au plus tôt la maintenance ou le remplacement des bagues de rétention ou des mêmes attachements boules mal insérés ou usés.

Avec le temps, qu'ils soient en silicone ou en caoutchouc naturel, les O-rings peuvent perdre leur capacité de rétention, nécessitant alors d'être remplacés.

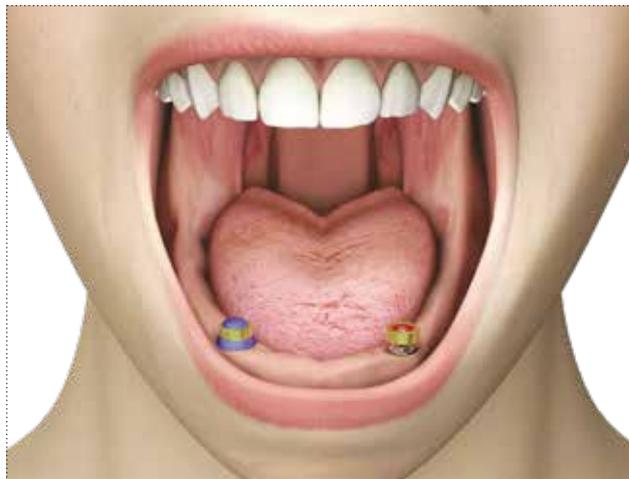
Pour retirer un O-ring et le remplacer par un autre d'une dureté supérieure, il suffit d'exercer un mouvement de levier à l'aide d'une sonde.

L'insertion du nouvel O-ring peut être effectuée manuellement ou à l'aide de pinces chirurgicales.



Système de rétention O-ring: méthode directe

Insérer l'O-ring rouge en silicone à faible rétention dans la bague métallique à l'aide d'une sonde et monter l'ensemble sur la tête sphérique du pilier, remplissant les éventuelles contre-dépouilles d'une couche de cire. Cette précaution évitera des mouvements indésirables de la matrice O-ring au moment de sa fixation dans la prothèse. En outre, la cire créera un petit vacuum au niveau du sommet de la sphère, de façon à ce qu'elle ne se trouve pas au contact de la résine de la prothèse, qui pourrait se fracturer lors des sollicitations dues aux forces masticatoires.



Décharger la prothèse, existante ou neuve, sur environ 5,50 mm au niveau de l'attachement sphérique, afin de créer le logement de la matrice O-ring. Positionner la prothèse overdenture *in situ*.



Remplir la cavité de résine de façon à englober complètement les matrices, celles-ci devant demeurer au niveau de l'équateur de l'attachement. Polymériser selon les indications du producteur et effectuer les finitions.

Avertissement important

Il est important de fournir au patient toutes les informations concernant les procédures de positionnement et d'extraction correctes de la prothèse, en l'invitant à s'y exercer, même si les attachements boules rendent ces opérations simples et rapides. Il est également nécessaire d'exhorter le patient à informer l'opérateur de tout inconfort causé par la prothèse, y compris la perte de rétention des attachements, de façon à permettre à celui-ci d'effectuer au plus tôt la maintenance ou le remplacement des bagues de rétention ou des mêmes attachements boules mal insérés ou usés.



Système de rétention O-ring: méthode indirecte

Insérer l'O-ring rouge, en silicone de laboratoire, dans la bague métallique à l'aide d'une sonde et monter l'ensemble sur la tête sphérique de l'analogue, en déchargeant les éventuelles contre-dépouilles avec une couche de cire. Cette précaution évitera des mouvements indésirables de la matrice O-ring au moment de sa fixation dans la prothèse. En outre, la cire créera un petit vacuum au niveau du sommet de la sphère, de façon à ce qu'elle ne se trouve pas au contact de la résine de la prothèse, qui pourrait se fracturer lors des sollicitations dues aux forces masticatoires.



Réaliser la prothèse overdenture selon les protocoles habituels, en vérifiant que les encombrements de l'attachement sphérique et de l'O-ring soient complètement inclus dans la prothèse.



Une fois la polymérisation terminée, soulever le produit et polir la base de la prothèse overdenture.

Avertissement important

Il est important de fournir au patient toutes les informations concernant les procédures de positionnement et d'extraction correctes de la prothèse, en l'invitant à s'y exercer, même si les attachements boules rendent ces opérations simples et rapides. Il est également nécessaire d'exhorter le patient à informer l'opérateur de tout inconfort causé par la prothèse, y compris la perte de rétention des attachements, de façon à permettre à celui-ci d'effectuer au plus tôt la maintenance ou le remplacement des bagues de rétention ou des mêmes attachements boules mal insérés ou usés.



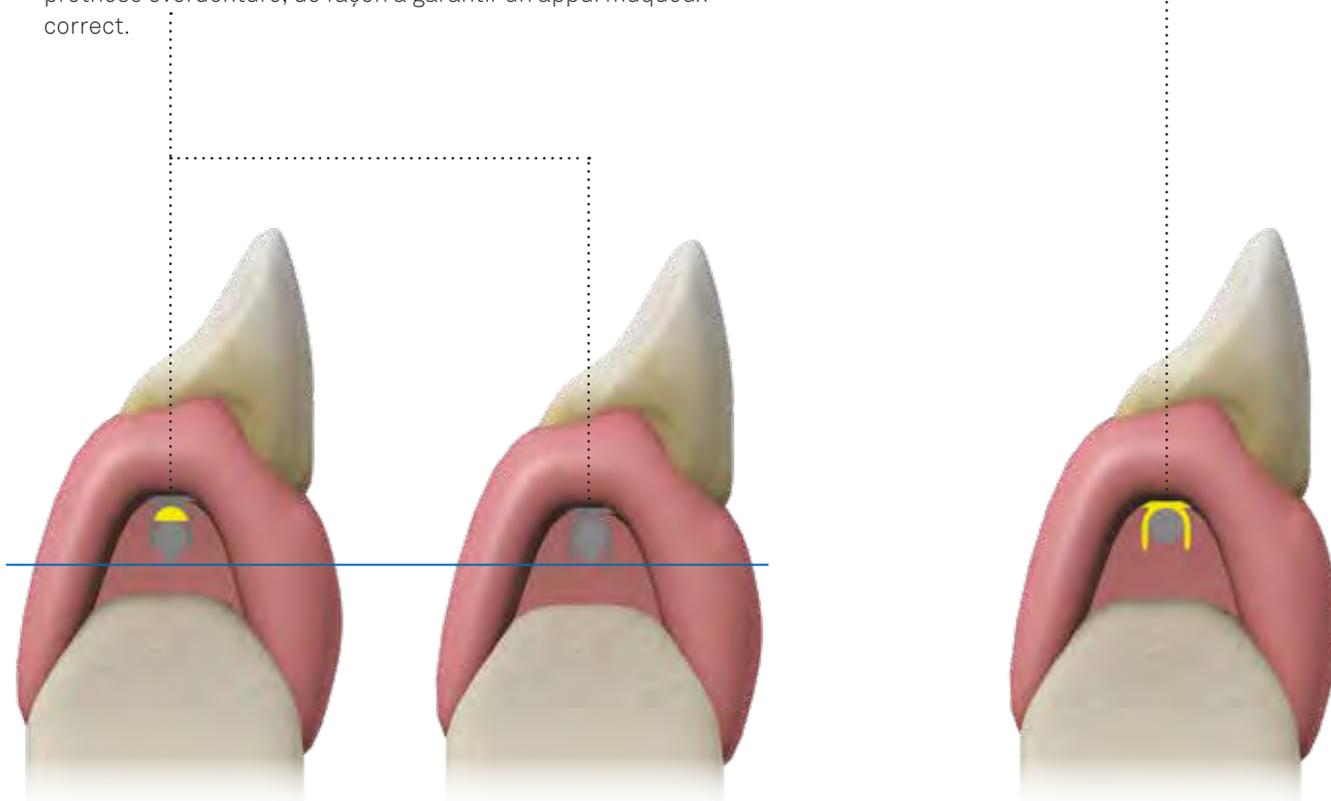
Barres coulées ou soudées*

La réhabilitation sur barres constitue une méthode d'ancrage de la prothèse overdenture qui présente également l'avantage de solidariser les implants entre eux. Toutefois, si la structure est réalisée d'une manière imprécise, il existe le risque que les tensions produites de sa part provoquent des phénomènes de réabsorption et compromettent la durée à long terme de la réhabilitation implanto-prothétique ; par conséquent, il est opportun de vérifier avec la plus grande attention que le fit entre la barre et les plates-formes implantaire soit adéquat.

Deux barres différentes sont disponibles, dont une à section ronde et l'autre à section ovoïdale, qui doivent être utilisées avec les cavaliers respectifs:

Barre de Dolder: barre à section ovoïdale asymétrique. Elle limite les mouvements de basculement antéro-postérieur. Afin de permettre une résilience correcte, elle est fournie dotée d'un espaceur à utiliser en phase de fixation des cavaliers dans la prothèse overdenture, de façon à garantir un appui muqueux correct.

Barre de Ackermann: barre à section ronde, elle permet un basculement dans le sens antéro-postérieur.



Voulant utiliser des barres de sections différentes par rapport à celles présentes dans le programme Sweden & Martina, comme par exemple la Dolder rigide, celles-ci sont disponibles sur le marché et peuvent être utilisées selon les indications des fabricants ; l'utilisation des piliers auxquels elles seront unies reste la même par rapport à celle qui est illustrée dans le présent protocole.

***Notez bien:** tous les piliers présentés sur les pages suivantes peuvent être modélés, personnalisés et coulés séparément pour être ensuite unis à la barre par soudage. Pour les modalités et les techniques, se référer aux indications des producteurs des alliages utilisés.

Description	Référence
Barre de Dolder calcinable, L. 5 cm, H 3 mm, épaisseur 2,20 mm Profil ovoïdal avec espaceur	BAR-CAV-TIT 
Cavalier divisible, en titane, pour barres ovales H 3 mm x épaisseur 2,20 mm	CAV-TIT 
Barre de Ackermann calcinable, L. 5 cm, \varnothing 2,20 mm	BARC 
Cavalier en alliage d'or 3, pour barres rondes de \varnothing 2,20 mm	CAV-375 

Avertissement important

Pour un projet correct de la barre, il est préférable de suivre un protocole indirect car le modèle de laboratoire permet une mesure précise de l'orthogonalité de la structure. Pour les protocoles de prise d'empreinte, consulter les pag. 36 et suivantes.

Barre sur piliers intermédiaires: méthode indirecte

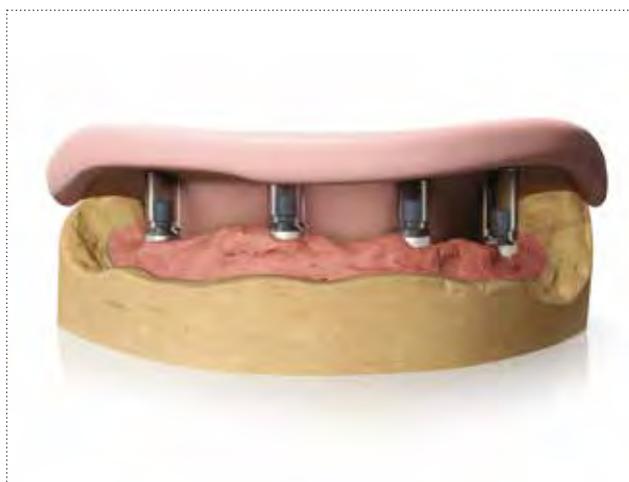
Après avoir réalisé le modèle selon les procédures standard, visser les piliers sur les analogues des implants au moyen du tournevis spécial de la série HSM. La vis prothétique serrera la chape et le pilier sur l'implant.

Avertissement important

Pour les phases de laboratoire, utiliser toujours des vis de remplacement, disponibles en emballage individuel sous les références s A-VABU-180.
Utiliser les vis définitives uniquement pour le serrage définitif dans la bouche du patient.



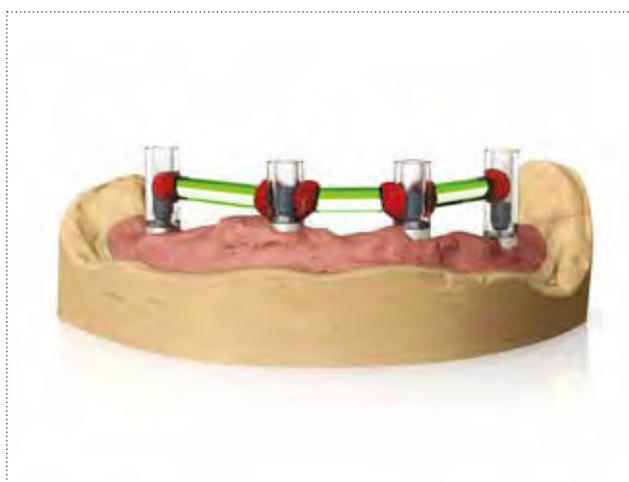
Réduire les chapes calcinables à une dimension conforme à la dimension verticale du patient, en utilisant le masque en silicone obtenu d'un prémontage ou en plaçant la structure dans l'articulateur en rapport avec l'espace laissé par l'antagoniste.



Fixer une barre calcinable de Dolder à profil ovoïdal (cod. BARC-CAV-TIT) ou une barre calcinable de Hackermann à profil rond (cod. BARC) aux chapes calcinables par de la résine.

Avertissement important

Lorsque la structure sera transvissée pour la coulée, les piliers lenticulaires devront demeurer sur le modèle et les vis de serrage pourront être enlevées. Il est recommandé de ne couler que les parties calcinables.



Couler la barre ou la produire par technologie CAD CAM. Essayer d'abord la structure sur un modèle puis dans la bouche du patient, pour en vérifier la passivité complète. Corriger les éventuelles tensions selon la manière habituelle.



Positionner sur les segments de la barre autant de parties d'espaceur en laiton, de façon à garantir une résilience adéquate (en cas d'utilisation d'une barre de Ackermann à profil rond, sauter ce passage, voir pag. 224). Insérer ensuite une partie de cavalier pour chaque segment de la barre. Les cavaliers sont vendus en barres de 5 éléments, qui doivent être séparés et éventuellement réduits à la longueur voulue. Le cavalier doit toujours être plus court d'au moins 1 mm de chaque côté par rapport à la longueur du segment de la barre.



Réaliser la structure en cire puis la transformer en résine, en englobant le sommet des cavaliers, ou bien repositionner dans le masque les dents du commerce.

Avertissement important

Il est important de faire en sorte que la résine ne couvre pas complètement les parois latérales des cavaliers, en entravant le mouvement horizontal qui permet l'ancrage et le retrait de la barre. Chaque barre prévoit l'utilisation d'un cavalier spécial, car les sections des barres sont différentes et non compatibles.



Avertissement important

Il est important de fournir au patient toutes les informations concernant les procédures de positionnement et d'extraction correctes de la prothèse, en l'invitant à s'exercer à effectuer ces simples manœuvres. Il est également nécessaire d'exhorter le patient à informer l'opérateur de tout inconfort causé par la prothèse, y compris la perte de rétention des cavaliers, de façon à permettre à celui-ci d'effectuer au plus tôt la maintenance ou le remplacement des bagues de rétention ou des mêmes cavaliers.

Barre sur piliers PLAIN: méthode indirecte

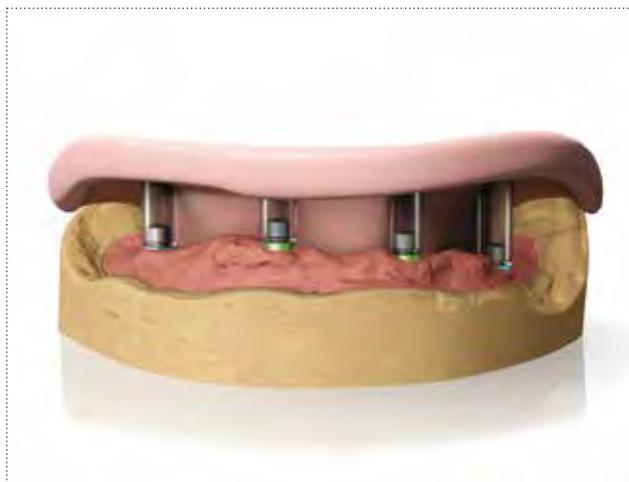
Après avoir réalisé le modèle selon les procédures standard, visser les piliers PLAIN sur les analogues PLAIN au moyen d'un tournevis de la série HSM. Le couple de serrage définitif des piliers PLAIN est de 20-25 Ncm. Fixer ensuite toutes les chapes calcinables A-PLAIN-CC sur les piliers PLAIN au moyen des vis de serrage A-PLAIN-VP200 incluses dans l'emballage de chaque chape. Voir les caractéristiques techniques du PMMA en pag. 240.

Avertissement important

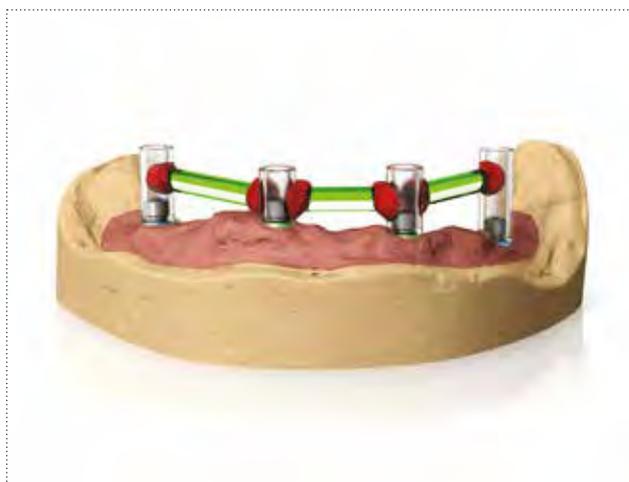
Pour les phases de laboratoire, utiliser toujours des vis de remplacement, disponibles en emballage individuel sous les références A-PLAIN-VP200. Utiliser les vis définitives uniquement pour le serrage définitif dans la bouche du patient.



Réduire les chapes calcinables à une dimension conforme à la dimension verticale du patient, en utilisant le masque en silicone obtenu d'un prémontage ou en plaçant la structure dans l'articulateur en rapport avec l'espace laissé par l'antagoniste.



Fixer une barre calcinable de Dolder à profil ovoïdal (cod. BARC-CAV-TIT) ou une barre calcinable de Hackermann à profil rond (cod. BARC) aux chapes calcinables par de la résine.



Couler la barre ou la produire par technologie CAD CAM. Essayer d'abord la structure sur un modèle puis dans la bouche du patient, pour en vérifier la passivité complète. Le couple de serrage recommandé pour serrer définitivement toutes les suprastructures obtenues par coulée sur les piliers est de 20-25 Ncm.

Avertissement important

Si la structure ne devait pas être complètement passive bien que le protocole de vérification normal ait été suivi avant la coulée, il est éventuellement possible de corriger les tensions relevées selon la manière habituelle.



Dans le cas de la barre à profil ovoïdal, insérer un segment de la barre espaceuse (incluse dans l'emballage) entre le cavalier et la barre coulée avant de procéder à l'inclusion des attachements à la base de la prothèse overdenture: ce passage garantira la résilience correcte à la réhabilitation prothétique.



Réaliser la structure en cire puis la transformer en résine, en englobant le sommet des cavaliers, ou bien repositionner dans le masque les dents du commerce.

Avertissement important

Il est important de faire en sorte que la résine ne couvre pas complètement les parois latérales des cavaliers, en entravant le mouvement horizontal qui permet l'ancrage et le retrait de la barre. Chaque barre prévoit l'utilisation d'un cavalier spécial, car les sections des barres sont différentes et non compatibles.



Avertissement important

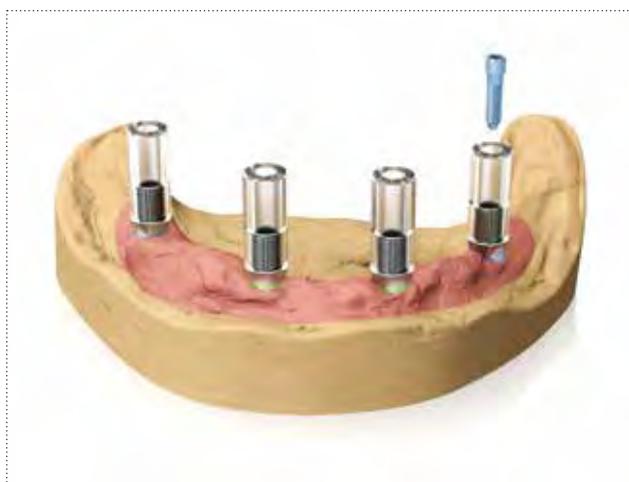
Il est important de fournir au patient toutes les informations concernant les procédures de positionnement et d'extraction correctes de la prothèse, en l'invitant à s'exercer à effectuer ces simples manœuvres. Il est également nécessaire d'exhorter le patient à informer l'opérateur de tout inconfort causé par la prothèse, y compris la perte de rétention des cavaliers, de façon à permettre à celui-ci d'effectuer au plus tôt la maintenance ou le remplacement des bagues de rétention ou des mêmes cavaliers.

Barre obtenue avec des piliers calcinables avec base en métal: méthode indirecte

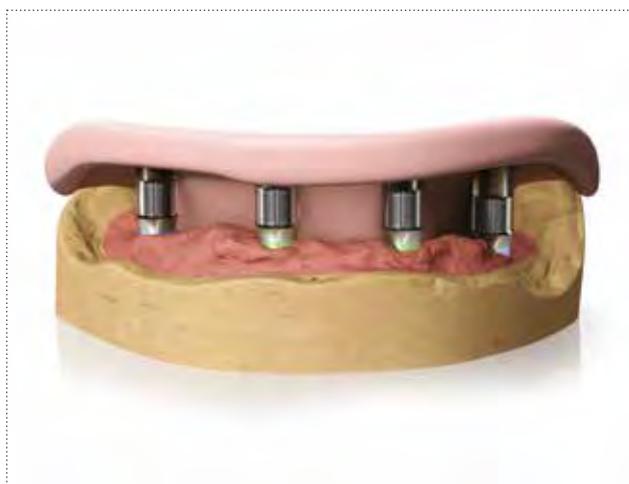
Après avoir réalisé le modèle selon les procédures standard, visser les piliers calcinables avec base en métal sur les analogues au moyen d'un tournevis des séries HSM ou L-HSM, en fonction du pilier utilisé. Le couple de serrage définitif des prothèses sur piliers calcinables avec base en métal est de 20-25 Ncm.

Avertissement important

Il est recommandé d'utiliser toujours des vis d'essai pour les phases de laboratoire et de conserver les nouvelles vis incluses pour la fixation définitive dans la cavité orale.



Réduire les chapes calcinables à une dimension conforme à la dimension verticale du patient, en utilisant le masque en silicone obtenu d'un prémontage ou en plaçant la structure dans l'articulateur en rapport avec l'espace laissé par l'antagoniste.



Fixer une barre calcinable de Dolder à profil ovoïdal (cod. BARC-CAV-TIT) ou une barre calcinable de Hackermann à profil rond (cod. BARC) aux chapes calcinables par de la résine.



Couler la barre ou la produire par technologie CAD CAM. Essayer d'abord la structure sur un modèle puis dans la bouche du patient, pour en vérifier la passivité complète, en effectuant les corrections nécessaires selon la manière habituelle.

Le couple de serrage recommandé pour serrer toutes les suprastructures obtenues par coulée sur les piliers est de 20-25 Ncm.



Dans le cas de la barre à profil ovoïdal, insérer un segment de la barre espaceuse (incluse dans l'emballage) entre le cavalier et la barre coulée avant de procéder à l'inclusion des attachements à la base de la prothèse overdenture: ce passage garantira la résilience correcte à la réhabilitation prothétique.



Réaliser la structure en cire puis la transformer en résine, en englobant le sommet des cavaliers, ou bien repositionner dans le masque les dents du commerce.

Avertissement important

Il est important de faire en sorte que la résine ne couvre pas complètement les parois latérales des cavaliers, en entravant le mouvement horizontal qui permet l'ancrage et le retrait de la barre. Chaque barre prévoit l'utilisation d'un cavalier spécial, car les sections des barres sont différentes et non compatibles.



Avertissement important

Il est important de fournir au patient toutes les informations concernant les procédures de positionnement et d'extraction correctes de la prothèse, en l'invitant à s'exercer à effectuer ces simples manœuvres. Il est également nécessaire d'exhorter le patient à informer l'opérateur de tout inconfort causé par la prothèse, y compris la perte de rétention des cavaliers, de façon à permettre à celui-ci d'effectuer au plus tôt la maintenance ou le remplacement des bagues de rétention ou des mêmes cavaliers.

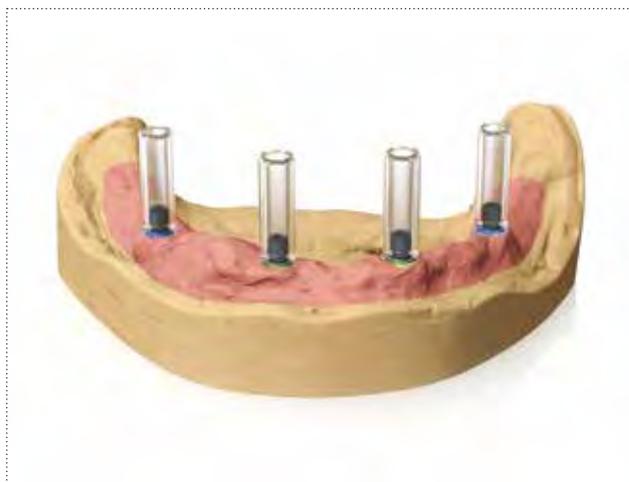
Barre obtenue avec des piliers entièrement calcinables: méthode indirecte

Après avoir réalisé le modèle selon les procédures standard, visser les piliers entièrement calcinables sur les analogues au moyen d'un tournevis de la série HSM. Au laboratoire, faire attention, avant la coulée, à ne pas serrer les piliers entièrement calcinables sur les modèles avec un couple de serrage supérieur à 8-10 Ncm, car les polymères présentent une résistance inférieure au métal. Voir les caractéristiques techniques du PMMA en pag. 240.

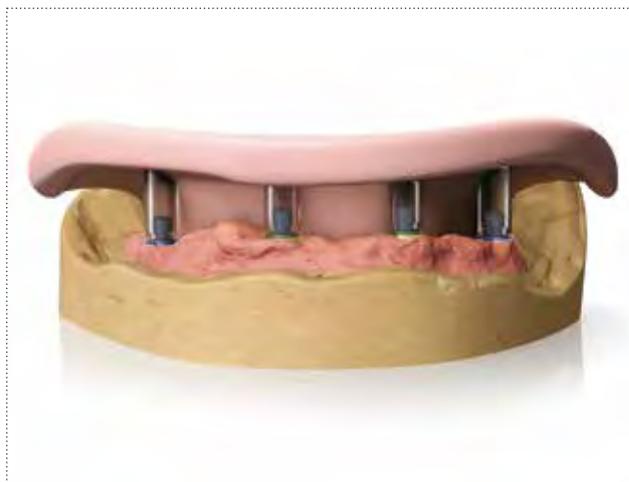
Avertissement important

Pour les phases de laboratoire, utiliser toujours des vis de remplacement, disponibles en emballage individuel sous les références VM2-180.

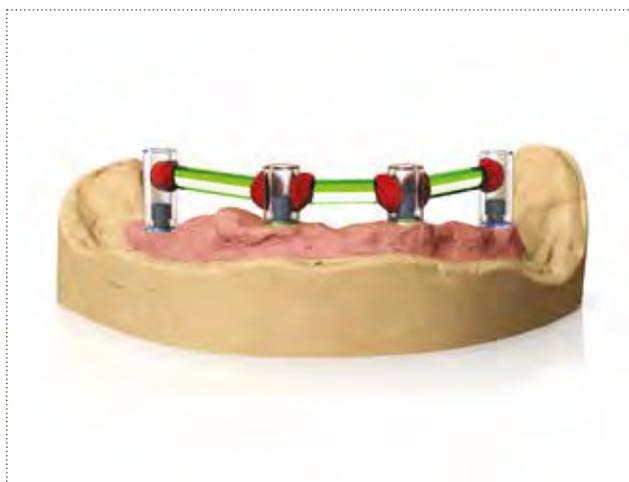
Utiliser les vis définitives uniquement pour le serrage définitif dans la bouche du patient.



Réduire les chapes calcinables à une dimension conforme à la dimension verticale du patient, en utilisant le masque en silicone obtenu d'un prémontage ou en plaçant la structure dans l'articulateur en rapport avec l'espace laissé par l'antagoniste.



Fixer une barre calcinable de Dolder à profil ovoïdal (cod. BARC-CAV-TIT) ou une barre calcinable de Hackermann à profil rond (cod. BARC) aux chapes calcinables par de la résine.



Couler la barre ou la produire par technologie CAD CAM. Essayer d'abord la structure sur un modèle puis dans la bouche du patient, pour en vérifier la passivité complète, en effectuant les corrections nécessaires selon la manière habituelle.

Le couple de serrage recommandé pour serrer toutes les suprastructures obtenues par coulée sur les piliers est de 20-25 Ncm.



Dans le cas de la barre à profil ovoïdal, insérer un segment de la barre espaceuse (incluse dans l'emballage) entre le cavalier et la barre coulée avant de procéder à l'inclusion des attachements à la base de la prothèse overdenture: ce passage garantira la résilience correcte à la réhabilitation prothétique.



Réaliser la structure en cire puis la transformer en résine, en englobant le sommet des cavaliers, ou bien repositionner dans le masque les dents du commerce.

Avertissement important

Il est important de faire en sorte que la résine ne couvre pas complètement les parois latérales des cavaliers, en entravant le mouvement horizontal qui permet l'ancrage et le retrait de la barre. Chaque barre prévoit l'utilisation d'un cavalier spécial, car les sections des barres sont différentes et non compatibles.



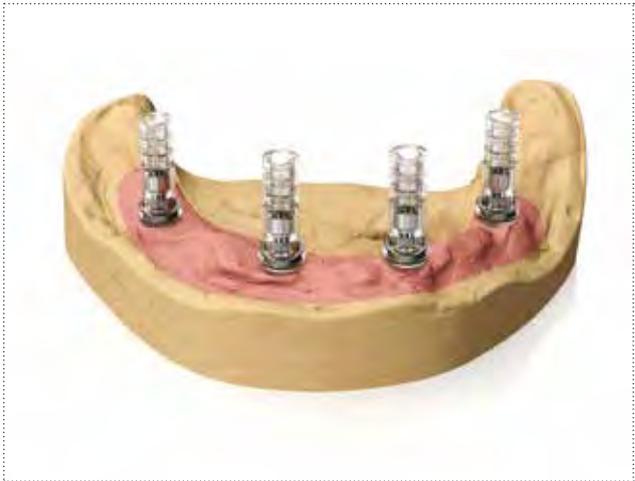
Avertissement important

Il est important de fournir au patient toutes les informations concernant les procédures de positionnement et d'extraction correctes de la prothèse, en l'invitant à s'exercer à effectuer ces simples manœuvres. Il est également nécessaire d'exhorter le patient à informer l'opérateur de tout inconfort causé par la prothèse, y compris la perte de rétention des cavaliers, de façon à permettre à celui-ci d'effectuer au plus tôt la maintenance ou le remplacement des bagues de rétention ou des mêmes cavaliers.

Barre sur P.A.D. avec chapes calcinables: méthode indirecte

Après avoir inséré les PAD (selon les indications aux pag. 124 et suivantes), visser les chapes calcinables PAD-CC sur les analogues des piliers.
 Au laboratoire, faire attention, avant la coulée, à ne pas serrer les chapes entièrement calcinables sur les modèles avec un couple de serrage supérieur à 8-10 Ncm, car les polymères présentent une résistance inférieure au métal.
 Voir les caractéristiques techniques du PMMA en pag. 240.

Avertissement important
 Pour les phases de laboratoire, utiliser toujours des vis prothétiques de remplacement, également disponibles en emballage de 10 pièces sous le référence PAD-VP-140-10. Utiliser les vis neuves pour le serrage définitif dans la bouche du patient.



Réduire les chapes calcinables à une dimension conforme à la dimension verticale du patient, en utilisant le masque en silicone obtenu d'un prémontage ou en plaçant la structure dans l'articulateur en rapport avec l'espace laissé par l'antagoniste.



Fixer une barre calcinable de Dolder à profil ovoïdal (cod. BARC-CAV-TIT) ou une barre calcinable de Hackermann à profil rond (cod. BARC) aux chapes calcinables par de la résine.



Couler la barre ou la produire par technologie CAD CAM. Essayer d'abord la structure sur un modèle puis dans la bouche du patient, pour en vérifier la passivité complète, en effectuant les corrections nécessaires selon la manière habituelle.

Le couple de serrage recommandé pour serrer toutes les suprastructures obtenues par coulée sur les piliers est de 20-25 Ncm.



Dans le cas de la barre à profil ovoïdal, insérer un segment de la barre espaceuse (incluse dans l'emballage) entre le cavalier et la barre coulée avant de procéder à l'inclusion des attachements à la base de la prothèse overdenture: ce passage garantira la résilience correcte à la réhabilitation prothétique.



Réaliser la structure en cire puis la transformer en résine, en englobant le sommet des cavaliers, ou bien repositionner dans le masque les dents du commerce.

Avertissement important

Il est important de faire en sorte que la résine ne couvre pas complètement les parois latérales des cavaliers, en entravant le mouvement horizontal qui permet l'ancrage et le retrait de la barre. Chaque barre prévoit l'utilisation d'un cavalier spécial, car les sections des barres sont différentes et non compatibles.



Avertissement important

Il est important de fournir au patient toutes les informations concernant les procédures de positionnement et d'extraction correctes de la prothèse, en l'invitant à s'exercer à effectuer ces simples manœuvres. Il est également nécessaire d'exhorter le patient à informer l'opérateur de tout inconfort causé par la prothèse, y compris la perte de rétention des cavaliers, de façon à permettre à celui-ci d'effectuer au plus tôt la maintenance ou le remplacement des bagues de rétention ou des mêmes cavaliers.

Composition des matériaux

Titane Gr. 2* ASTM F67-13, ISO 5832-2:2012

composition chimique	valeurs maximales admises (%)	tolérance
azote	0.03	+/- 0.02
carbone	0.08	+/- 0.02
hydrogène	0.015	+/- 0.002
fer	0.30	+/- 0.10 (%<0.25) +/- 0.15 (%>0.25)
oxygène	0.25	+/- 0.02 (%<0.20) +/- 0.03 (%>0.20)
titane	reste	-

* Ces informations techniques se réfèrent aux indications expressément spécifiées dans les réglementations en vigueur pour l'utilisation du titane Gr. 2 en implantologie.

Titane Gr. 4 (Cold worked)* ASTM F67-13, ISO 5832-2:2012

composition chimique	valeurs maximales admises (%)	tolérance
azote	0.05	+/- 0.02
carbone	0.10	+/- 0.02
hydrogène	0.015	+/- 0.002
fer	0.25	+/- 0.10 (%<0.25) +/- 0.15 (%>0.25)
oxygène	0.20	+/- 0.02 (%<0.20) +/- 0.03 (%>0.20)
titane	reste	-

*Ces informations techniques se réfèrent aux indications expressément spécifiées dans les réglementations en vigueur pour l'utilisation du titane Gr. 4 en implantologie:

- ASTM F67-13: Standard Specification for unalloyed titanium, for surgical implant applications.
- ISO 5832-2: 2012: Implant for surgery - Metallic materials - Part 2: Unalloyed titanium.

Notez bien : L'utilisation de barres de titane Gr. 4, obtenues par travail à froid, pour la production des implants Sweden & Martina permet d'exploiter des caractéristiques mécaniques supérieures à celles prescrites par la norme. Par ailleurs, les excellents résultats documentés **depuis 1996** soutiennent le choix du processus de production à froid et du traitement de **surface ZirTi**, qui exprime et valorise les potentialités de la matière première sélectionnée par Sweden & Martina.

Titane Gr. 5* ASTM F136-13, ISO 5832-3:2012

composition chimique:	valeurs maximales admises (%)	tolérance
azote	0.05	+/- 0.02
carbone	0.08	+/- 0.02
hydrogène	0.012	+/- 0.002
fer	0.25	+/- 0.10
oxygène	0.13	+/- 0.02
aluminium	5.5÷6.5	+/- 0.40
vanadium	3.5÷4.5	+/- 0.15
titane	a bilancio	-

*Ces informations techniques se réfèrent aux indications expressément spécifiées dans les réglementations en vigueur pour l'utilisation du titane Gr. 5 en implantologie:

- ASTM F 136-13: Standard Specification for wrought Titanium-6 Aluminium-4 Vanadium Eli (Extra low interstitial) Alloy for surgical applications ;
- ISO 5832-3:2012: Implant for surgery - Metallic materials - Part 3: wrought Titanium-6 Aluminium-4 Vanadium Alloy.

Résine REEF

Résine Reef	
description	matériel acrylique résistant à la colonisation bactérienne
couleur	blanc translucide

propriétés physiques et mécaniques	
dureté (ASTMD92/ISO 6507)	17.5 +/- 0.5 Vickers
résistance à la traction	28.3 +/- 3.8 Mpa
résistance à la compression (ASTM D3410)	404.2 +/- 22 Mpa
résistance à la flexion (ASTM D790M)	67.5 +/- 15.3 Mpa

PEEK

PEEK	
dénomination chimique	polyétheréthercétone
couleur	blanc crème mat

propriétés physiques et mécaniques	
densité	1.14 g/cm ³
module d'élasticité à la traction (DIN EN ISO 527-2)	4100 MPa
limite d'élasticité (DIN EN ISO 527-2)	>90 MPa
limite d'élasticité à 0.2% (DIN EN ISO 527-2)	>70 MPa
allongement à 0.2 % (DIN EN ISO 527-2)	5 %
allongement à la rupture (DIN EN ISO 527-2)	13 %
résistance à la flexion (DIN EN ISO 178)	174 MPa
module d'élasticité à la flexion (DIN EN ISO 178)	4000 MPa
module de compressibilité (EN ISO 604)	3500 MPa

propriétés thermiques	
température de transformation vitreuse	150 °C
température maximale pour une utilisation de courte durée	300 °C
température maximale pour une utilisation en continu	260 °C

propriétés chimiques	
absorption à 23° en 24/96 h (DIN EN ISO 62)	0.02/0.03%

PMMA

PMMA	
dénomination chimique	polyméthacrylate de méthyle
couleur	transparent

propriétés physiques et mécaniques	
densité	1.19 g/cm ³
limite d'élasticité (DIN EN ISO 527-2)	80 MPa
allungamento alla rottura (DIN EN ISO 527-2)	5.5 %
module d'élasticité à la traction (DIN EN ISO 527-2)	3300 MPa
dureté de pénétration à la bille (ISO 2039-1)	175 MPa
résistance au choc (Charpy) (DIN EN ISO 179-1eU)	15 kJ/m ²

propriétés thermiques	
température maximale pour une utilisation en continu	80 °C
température maximale pour une utilisation de courte durée	85 °C
coefficient d'expansion thermique linéaire (0-50 °C, long) (DIN 53752-A)	7x10 ⁻⁵ 1/K
conductivité thermique (DIN 52612)	0.19 W/(K*m)
Heat Deflection Temperature (HDT-B) à 0.46 MPa (DIN ISO 75)	113 °C
Heat Deflection Temperature (HDT-A) à 1.80 MPa (DIN ISO 75)	105 °C

POM

POM	
dénomination chimique	polioossimetilene (copolimero)
couleur	bianco opaco

propriétés physiques et mécaniques	
densité	1.41 g/cm ³
limite d'élasticité (DIN EN ISO 527-2)	67 MPa
allungamento alla rottura (DIN EN ISO 527-2)	32%
module d'élasticité à la traction (DIN EN ISO 527-2)	2800 MPa
dureté de pénétration à la bille (ISO 2039-1)	165 MPa
résistance au choc (Charpy) (DIN EN ISO 179-1eU)	Non rotto

propriétés thermiques	
température de fusion (DIN 53765)	166 °C
température maximale pour une utilisation en continu	100 °C
température maximale pour une utilisation de courte durée	140 °C
capacité thermique spécifique	1,4 J/(g*K)
expansion thermique (CLTE) 23°C-60°C (DIN EN ISO 11359-1;2)	13x10 ⁻⁵ 1/K
expansion thermique (CLTE) 23°C-100°C (DIN EN ISO 11359-1;2)	14x10 ⁻⁵ 1/K

propriétés chimiques	
absorption (DIN EN ISO 62) 24h/96h (23 °C)	0.05/0.1%

Alliage d'or

alliage d'or	alliage d'or 1	alliage d'or 2
dénomination	alliage d'or 1	alliage d'or 2
couleur	blanc	jaune

composition	% de référence	
Au	60 %	> 68.60 %
Pt	24 %	2.45 %
Pd	15 %	3.95 %
Ir	1 %	0.05 %
Ag	-	11.85 %
Cu	-	10.60 %
Zn	-	2.50 %
Au+métaux du groupe	-	75.35 %
Ru	-	-

propriétés physiques et mécaniques		
densité	18.1 g/cm ³	15.0 g/cm ³
intervalle de fusion	1400 ÷ 1460 °C	880 ÷ 940 °C
module d'élasticité à la traction	115 GPa	97 GPa
dureté Vickers HV5 (gold alloy 2)	160 (recuit) 250 (trempé) 220 (après déformation) 240 (après coulée)	> 240
limite d'élasticité	400 MPa (recuit) 700 (après déformation) 800 (après coulée)	> 710 MPa
allongement	20 % (recuit) 15 % (après déformation) 1 % (après cuisson)	> 4 %

- Alliage d'or "1": tous les piliers calcinables avec base en alliage préformée
- Alliage d'or "2": CAP-1 coiffe pour attachements boules en alliage d'or.

Alliage chrome cobalt

composition chimique	valeurs maximales admises (%)
C	0.10
Mn	1.00
Cr	26.00 ÷ 30.00
Ni	1.00
Mo	5.00 ÷ 7.00
N	0.25
Fe	0.75
Co	reste

propriétés physiques et mécaniques	
densité	8.27 g/cm ³
module d'élasticité à la traction	241 GPa
limite d'élasticité (0.2%)	585 MPa
tension à la rupture	1035 MPa
allongement à la limite d'élasticité	25 %
réduction de la section	23 %
dureté	30 HTc

propriétés thermiques	
intervalle de fusion	1400 ÷ 1450 °C
coefficient d'expansion thermique à 500 °C	14.15
coefficient d'expansion thermique à 600 °C	14.47
conductibilité thermique à 600 °C	25.76W/mK

Conseils pour la surcoulée avec des alliages vils

Par l'Odt Loris Zamuner

La coulée avec des alliages vils, moins prévisible par rapport à celle avec des alliages nobles, augmente la difficulté de maintenir la précision au niveau de la connexion prothétique car, outre aux facteurs de contact intime entre les alliages et la résistance mécanique, il peut également survenir des problèmes de phénomènes corrosifs, bien connus par les prothésistes dentaires.

Puisque ces alliages s'oxydent pendant leur réchauffement, il est nécessaire de prendre des précautions supplémentaires pendant la préparation des modèles, pendant la procédure de mise en revêtement et de coulée pour éviter toutes complications de type non seulement mécanique mais aussi biologique (ex. tatouages gingivaux, soit, des taches noirâtres dues à l'oxydoréduction des métaux de la prothèse, ceux-ci étant très difficiles à traiter et à éliminer).

A ce propos, voici quelques conseils qui, bien que n'éliminant pas complètement les problèmes susdits, peuvent représenter une aide pour le laboratoire pour une utilisation correcte des piliers calcinables avec base en chrome-cobalt:

Retirer la chape calcinable de la base et sceller avec de la cire ou de la résine calcinable l'espace interstitiel, de façon à éviter la formation d'éventuelles fissures.

- Etendre sur la surface métallique une couche de solution désoxydante (ex. flux) avant de repositionner et de fixer la chape calcinable: cette procédure peut réduire la quantité d'oxydes qui se forment pendant le réchauffement de l'alliage.
- Le modelage doit délimiter d'une manière très définie la zone de jonction chape calcinable - base préfabriquée avec un bord de fermeture bien représenté, et ce, afin d'éviter que l'alliage de la surcoulée puisse pénétrer à la base du pilier.
- L'insertion d'un pivot pour la mise en cylindre doit être effectuée dans une zone présentant un volume constant adéquat pour éviter que, lors de la coulée, l'alliage injecté ne refroidisse avant de compléter le remplissage de la forme finale. Ne pas positionner la tige de coulée dans des zones minces pour éviter des déformations causées par la chaleur de l'alliage coulé.
- L'expansion du revêtement réfractaire de la coulée doit être maintenue à des valeurs minimales pour éviter la création d'un espace entre la base métallique et le revêtement, dû à une différence d'expansion entre les deux couches. En l'absence d'un contact intime entre le revêtement et la base métallique, une fine pellicule de métal pourrait s'infiltrer sur la base préfabriquée qui, atteignant également la plate-forme de connexion implanto-prothétique, influencerait sur la précision, entraînant d'évidents problèmes de type biomécanique et biologique.
- Le réchauffement du cylindre doit être uniforme dans toutes ses parties. Les composants métalliques préfabriqués, qui absorbent la chaleur de par leur nature, y étant englobés à l'intérieur, il est opportun de maintenir la température de réchauffement finale pendant un certain temps et, successivement, de l'augmenter d'environ 20 -30°C par rapport à la température conseillée par le producteur de l'alliage.
- Lors du choix de l'alliage à surcouler, il est opportun d'en évaluer soigneusement la température de fusion par rapport à celle du composant à surcouler, celle-ci devant être supérieure d'environ 80 -100°C pour ne pas être déformée mais pour permettre une bonne union entre les deux alliages.
- Après la coulée, laisser refroidir le cylindre lentement pour éviter la formation de tensions entre les deux alliages.
- Eviter le contact entre la céramique et l'alliage de base pendant la cuisson de la même céramique car les différents coefficients d'expansion thermique (CTE) peuvent créer des fissures dans la couche de revêtement.
- Dans les zones qui en offrent la possibilité (zones non esthétiques), faire en sorte que la zone d'interface entre la base préfabriquée et la structure surcoulée soit en dehors du sillon gingival.
- Dans les cas de prothèses vissées en composite, englober la ligne d'interface entre la base préfabriquée et la structure surcoulée à l'intérieur du revêtement esthétique.
- Utiliser le même type d'alliage pour toute la reconstruction prothétique, et ce, afin d'éviter des affaiblissements partiels, des ruptures et la décharge incorrecte des forces sur les implants.

Nous rappelons que cette technique est exposée à des problèmes de résistance mécanique, de corrosion et de réactions galvaniques typiques des alliages précieux, et donc plus présents encore dans des alliages non nobles.

Indications cliniques générales

La prothèse implanto-portée moderne, tant à mise en charge immédiate qu'à mise en charge différée, est une discipline largement expérimentée et fiable, en mesure de résoudre presque tous les problèmes d'édentement, fonctionnels ou esthétiques qu'ils soient. Une prothèse implantaire peut remplacer une dent unitaire (couronne sur implant), un groupe de dents proches (pont sur implants), une arcade dentaire entière. Ce manuel se réfère à la réalisation de prothèses vissées et scellées pour la réhabilitation d'édentements unitaires, d'édentements multiples et d'édentements complets.

Une réhabilitation prothétique implanto-portée doit respecter certains critères fondamentaux:

- la présence d'une certaine quantité d'os ;
- la stabilité primaire des implants une fois posés ;
- un bon support parodontal (gingival) ;
- l'absence de bruxisme (grincement de dents) ou d'une malocclusion grave ;
- la présence d'un bon équilibre occlusal (plan occlusal masticatoire correct).

Avertissements et contre-indications

Lors de l'évaluation du patient, il ne faut pas seulement considérer l'aptitude à la réhabilitation prothétique implanto-portée, mais il est généralement nécessaire de tenir compte des contre-indications valables pour les interventions de chirurgie dentaire.

Il faut mentionner, entre autres:

- altérations de la chaîne hématique de la coagulation, thérapies effectuées avec des anticoagulants ;
- troubles de la cicatrisation ou de régénération osseuse ;
- diabète Mellitus non compensé ;
- maladies métaboliques ou systémiques compromettant la régénération des tissus, avec une incidence particulière sur la cicatrisation et sur la régénération osseuse ;
- abus d'alcool, de tabac et consommation de drogues ;
- thérapies immunosuppressives comme, par exemple, la chimiothérapie et la radiothérapie ;
- infections et inflammations comme, par exemple, des périodontites et des gingivites ;
- hygiène orale insuffisante ;
- faible motivation ;
- défauts de l'occlusion et/ou de l'articulation ainsi qu'un espace inter-occlusal insuffisant ;
- processus alvéolaire inadéquat.

L'insertion d'implants et de prothèses implantaires est déconseillée chez les patients qui présentent un mauvais état de santé général, une hygiène orale négligée ou insuffisante, l'impossibilité ou la faible possibilité de contrôle de leurs conditions générales, ou encore, qui aient précédemment subi des greffes d'organe. Il ne faut également pas prendre en considération des patients psychologiquement fragiles ou abusant d'alcool ou de drogue, offrant une faible motivation ou une coopération insuffisante. Les patients présentant un mauvais état parodontal doivent être préalablement traités et récupérés. En cas d'absence de matière osseuse ou d'une mauvaise qualité de l'os récepteur, pouvant compromettre la stabilité de l'implant, il convient d'effectuer préalablement une régénération guidée des tissus. D'autres facteurs de contre-indications peuvent également intervenir: bruxisme, allergie au titane (cas extrêmement rare), maladies infectieuses aiguës ou chroniques, ostéites maxillaires de type subaigu chronique, maladies systémiques, troubles endocriniens, maladies comportant des troubles microvasculaires, grossesse, allaitement, expositions précédentes à des radiations, hémophilie, granulocytopenie, usage de stéroïdes, diabète mellitus, insuffisance rénale, dysplasie fibreuse. Il est par ailleurs nécessaire d'observer les contre-indications normales et communes à toutes les interventions de chirurgie orale. Les patients suivant des traitements anticoagulants, anti-convulsions, immunodépresseurs, avec des processus inflammatoires et infectieux actifs de la cavité orale, ainsi que les patients présentant des valeurs de créatinine et BUN en dehors des valeurs usuelles, ne doivent pas être soumis à l'intervention. Il faut également évaluer avec une attention particulière les cas de patients souffrant de maladies cardiovasculaires, hypertension, maladies de la thyroïde ou de la parathyroïde, tumeurs malignes s'étant manifestées dans les 5 années précédant l'intervention ou lésions nodulaires. Les chimiothérapies réduisent ou annulent la capacité d'ostéointégration et, par conséquent, les patients soumis à ces traitements doivent être examinés attentivement avant d'intervenir avec des réhabilitations prothétiques implanto-portées. En cas d'administration de biphosphonates, de nombreux cas d'ostéonécrose péri-implantaire, localisée principalement sur la mandibule, ont été signalés dans la littérature. Ce problème concerne en particulier les patients soumis à un traitement par voie endoveineuse.

La prothèse doit toujours être préalablement programmée. La planification prothétique doit être effectuée en collaboration avec le prothésiste dentaire. L'insertion prothétiquement guidée des implants facilite le devoir du prothésiste et fournit de plus grandes garanties de durée. Il convient de réunir et d'archiver une documentation clinique, radiologique et radiographique complète. Le la référence, la description du contenu et le numéro de lot sont reportés sur chaque emballage. Ces informations figurent également sur les étiquettes devant être utilisées pour la fiche du patient et doivent toujours être citées par le dentiste pour toute communication. Lors de la manipulation des dispositifs, tant pendant leur utilisation que pendant les opérations de nettoyage et de stérilisation, il est recommandé de porter toujours des gants chirurgicaux de protection individuelle contre toutes contaminations bactériennes. Le non-respect de cet avertissement peut comporter des infections croisées. L'emballage est conforme aux normes européennes.

Informations normatives

La conception et la production des dispositifs objet du présent manuel d'utilisation sont réalisées conformément aux directives et aux normes harmonisées les plus récentes en ce qui concerne les matériaux utilisés, les processus de production, la stérilisation, les informations incluses et les emballages.

Le la référence, la description du contenu et le numéro de lot sont reportés sur chaque emballage. Ces mêmes informations, qui figurent également sur les étiquettes placées à l'intérieur des emballages, doivent toujours être citées par le dentiste pour toute communication.

Les composants prothétiques et les instruments fabriqués par Sweden & Martina ne contiennent pas de matériaux d'origine humaine, ni d'origine animale, ni de phtalates. Il est recommandé de vérifier avec les patients toute éventuelle allergie aux substances utilisées.

L'allergie au titane est un événement très rare mais possible. Pour cela, il est de toute façon toujours nécessaire de vérifier préalablement avec les patients que ces derniers ne présentent pas d'allergies, ni même à ce matériel.

Consulter les pages 236-243 pour les fiches techniques détaillées de tous les matériaux utilisés, pour la vérification des compositions chimiques correspondantes et pour les caractéristiques physico-mécaniques.

Identification du fabricant

Le fabricant des composants prothétiques et des instruments décrits dans le présent manuel est:

Sweden & Martina

Via Veneto 10

35020 Due Carrare (Padova) – Italia

Tél. +39 049.9124300 - Fax + 39 049.9124290

e-mail: info@sweden-martina.com

www.sweden-martina.com

Destination d'utilisation et classes de risque

Aux fins de la directive CEE 93/42, transposée en Italie par le D.-L. 46/97 du 26/3/97, annexe IX, Sweden & Martina identifie les composants prothétiques et les instruments décrits dans le présent manuel comme des dispositifs médicaux et en identifie la classe de risque comme indiqué dans le tableau ci-après.

En particulier, les composants prothétiques sont des dispositifs médicaux destinés à être utilisés dans la cavité orale. Les fonctions des composants prothétiques sont les suivantes:

- le reconditionnement des gencives (vis de cicatrisation, dispositifs de longue durée) ;
- la prise de l'empreinte (transferts et vis de fixation correspondantes, dispositifs à usage temporaire, d'une durée certifiée non supérieure à 60 minutes consécutives) ;
- l'ancrage à des implants dentaires pour le support de prothèses dentaires (piliers provisoires et vis de fixation définitives correspondantes, dispositifs de longue durée).

Les composants prothétiques sont à usage unique. L'expression "usage unique" signifie que chaque dispositif doit être exclusivement utilisé pour un seul patient.

Il est d'usage qu'un composant prothétique soit essayé en bouche, voire plusieurs fois, et retransmis au prothésiste dentaire pour la finalisation prothétique. Cette pratique est licite et n'altère aucunement le concept d'usage unique, à la condition que ce composant prothétique ne soit toujours et uniquement utilisé que pour le même patient. Dans les cas de prothèses multiples, il est important que le même composant soit toujours et uniquement utilisé dans la même position et en connexion avec le même implant, soit, que les composants ne soient pas échangés dans le cadre de la même réhabilitation.

La non-observation de ces indications peut compromettre la précision des éléments.

Une éventuelle réutilisation sur d'autres patients doit être considérée comme un usage hors indication, et, dans ces cas, Sweden & Martina S.p.A. décline toute responsabilité.

Les instruments sont des dispositifs médicaux destinés à être utilisés dans la cavité orale, pour un usage temporaire (durée continue non supérieure à 60 minutes), réutilisables. La fonction des instruments est le serrage et le dévissage de toutes les vis de connexion (vis de couverture, vis de cicatrisation, vis pour piliers, abutment, vis prothétiques, vis pour transferts, etc.).

dispositif	classification	emballage	règle annexe IX DDM 93/42	classe de risque
Vis de cicatrisation	Invasives pour usage à long terme de type chirurgical	A usage unique, non stériles	8	2B
Transferts	Invasifs de type chirurgical pour usage à court terme	A usage unique, non stériles, munis de vis de fixation	7	2A
Coiffes pour la prise d'empreinte sur pilier P.A.D	Invasifs de type chirurgical pour usage à court terme	A usage unique, non stériles	7	2A
Vis pour transferts	Accessoires de dispositifs médicaux invasifs de type chirurgical, pour usage à court terme	A usage unique, non stériles	5	2A
Piliers et composants pour prothèses vissées, de type traditionnel ou pour technique P.A.D.	Invasives pour usage à long terme de type chirurgical	A usage unique, non stériles, munis de vis de fixation	8	2B
Calcinables avec base métallique	Invasifs de type non chirurgical, destinés à la cavité orale, pour usage à long terme	A usage unique, non stériles, munis de vis de fixation	5	2A
Vis de serrage pour piliers, abutment et suprastructures (vis de serrage et prothétiques)	Accessoires de dispositifs médicaux invasifs de type chirurgical, destinés à la cavité orale, pour usage à long terme	A usage unique, non stériles Vendus avec leurs piliers respectifs ou individuellement, en emballage individuel ou multiple	5	2A
Analogues	Dispositif médical, non invasif	A usage unique, non stériles	1	1
Chapes calcinables de réserve	Dispositif médical, non invasif	A usage unique, non stériles, sans vis de fixation	5	1
Drivers, tournevis et prolongateurs avec tige pour contre-angle	Instruments chirurgicaux invasifs pour usage temporaire (d'une durée inférieure à 60 minutes consécutives), destinés à être raccordés à un dispositif médical actif	Réutilisables, non stériles	6	2A
Tournevis, drivers, embouts hexagonaux, poignées, jauges de parallélisme à usage manuel	Instruments chirurgicaux invasifs pour usage temporaire (d'une durée inférieure à 60 minutes consécutives), non destinés à être raccordés à un dispositif médical actif	Réutilisables, non stériles	6	1

Tous les dispositifs listés, bien que destinés à être utilisés sur tous les sujets qui présentent les indications thérapeutiques appropriées, doivent être exclusivement utilisés par un personnel médical professionnel possédant les qualifications et les habilitations nécessaires ainsi que par des prothésistes dentaires dans le cadre de la préparation des prothèses.

Avertissements particuliers

Lors du serrage de vis de cicatrisation et du serrage définitif de vis pour piliers, ou vis prothétiques, il est recommandé de se conformer aux couples de serrage suivants:

Description	couples de serrage préconisés
Vis de cicatrisation	8-10 Ncm
Vis pour transferts	8-10 Ncm
Vis traversantes pour serrer les piliers et les abutment sur les implants	20-25 Ncm
Vis traversantes pour serrer les suprastructures prothétiques sur les piliers	20-25 Ncm
Composants à vissage direct sur les implants (ex. P.A.D. droits, piliers PLAIN qui n'ont pas de vis traversante mais forment un corps unique avec la vis)	25-30 Ncm
Vis traversantes pour serrer des suprastructures vissées directement sur les implants (sans l'utilisation de piliers intermédiaires)	25-30 Ncm

Des couples de serrage trop élevés peuvent fragiliser la structure mécanique des vis et compromettre la stabilité prothétique, entraînant de possibles dommages à la connexion implantaire.

Le vissage de piliers entièrement calcinables sur les modèles doit être effectué manuellement et/ou appliquant des couples de serrage non supérieurs à 8-10 Ncm.

Maintenance

La littérature mentionne les complications liées aux prothèses implantaires. Ces complications peuvent aboutir à la perte de l'intégration osseuse et à l'échec implantaire. Une maintenance correcte de la part du patient, une hygiène régulière à domicile et des contrôles périodiques associés à des séances d'hygiène professionnelle allongent la durée de vie utile du dispositif. Des complications comme, par exemple, le dévissage des vis qui serrent les piliers sur les implants peuvent être facilement évitées grâce à des visites de contrôle périodiques. En cas de nécessité de serrage des vis pour piliers, ces opérations doivent être effectuées par le dentiste au moyen de dispositifs appropriés, dotés de contrôle du couple de serrage. Il est opportun de vérifier régulièrement l'étalonnage de ces mêmes dispositifs. Si le patient constate l'un de ces problèmes, il est préférable qu'il s'adresse sans tarder au dentiste pour le rétablissement de la fonctionnalité prothétique. Tout retard dans le recours à l'intervention du dentiste peut comporter la fracture de la vis de serrage ou de la prothèse, dans le premier cas, et la perte de l'implant, dans le second, compromettant ainsi le résultat de la réhabilitation. Il est nécessaire que les dentistes éduquent les patients en ce sens.

Les complications peuvent être de type biologique (perte de l'intégration), ou mécanique (fracture d'un composant par excès de charge). Si aucune complication ne se présente, la durée des dispositifs et de tout l'appareil prothétique dépend de la résistance mécanique, en fonction de la fatigue accumulée par le dispositif. Les éventuelles manœuvres de décimentation de couronnes ou de ponts cimentés avec un ciment définitif, susceptibles de comporter la transmission de coups aux structures implantaires, peuvent aboutir à la fracture de ces dernières. Sweden & Martina S.p.A. a soumis les ensembles implant-pilier-vis de serrage aux tests de résistance à la fatigue à 5 000 000 de cycles prévus.

Ces ensembles ont passé positivement ce test. Les tests de fatigue sont effectués conformément à la norme spécifique et ultérieurement validés avec le calcul des éléments finis.

Nettoyage / stérilisation / conservation des composants prothétiques et des instruments

Attention !!! Tous les composants prothétiques et tous les instruments pour implants dentaires sont vendus en condition NON STERILE. Avant leur utilisation, ces dispositifs doivent être nettoyés, désinfectés et stérilisés selon la procédure validée par Sweden & Martina S.p.A. indiquée ci-après. Ces processus doivent être effectués préalablement à l'utilisation intra-orale, soit, avant chaque utilisation pour les éventuelles phases d'essai et, de toute façon, avant la mise en charge prothétique définitive. La répétition des processus décrits dans ce paragraphe n'altère aucunement les caractéristiques de ces dispositifs.

La non-observation de ces indications peut donner lieu à l'apparition d'infections croisées.

a. Nettoyage: récipients et transport à utiliser pour le lavage: il n'existe pas de critères particuliers.

En cas de nettoyage automatisé: utiliser une cuve à ultrasons en employant une solution détergente appropriée (comme, par exemple, DURR ID212, DC1 ou solutions équivalentes). La concentration de la solution et la durée du lavage doivent être conformes aux indications du fabricant du produit. Utiliser de l'eau déminéralisée pour prévenir la formation de taches et d'auréoles. Au moment de l'évacuation, contrôler tous les recoins des dispositifs, les trous, etc., afin de vérifier l'élimination complète de résidus. Si nécessaire, répéter le cycle ou recourir au nettoyage manuel. En cas de nettoyage manuel: utiliser un détergent approprié (comme, par exemple, DURR ID212, DC1 ou solutions équivalentes), en respectant la notice d'utilisation du fabricant. Brosser les produits à l'aide d'une brosse à soies souples, sous un abondant jet d'eau courante. En utilisant la brosse, appliquer la solution détergente sur toutes les surfaces. Rincer à l'eau distillée pendant au moins 4 minutes. S'assurer que l'eau courante passe abondamment à travers les trous éventuels. Après le rinçage, sécher parfaitement les dispositifs et les placer dans des enveloppes de stérilisation. En cas de cycle de séchage comme partie de cycle d'un appareil de lavage et de désinfection, ne pas dépasser la température de 120 °C.

b. Stérilisation: en autoclave sous vide, et stériliser selon la modalité suivante:

- autoclave (Gravity-Displacement Cycles) à la température de 121°C avec exposition minimum de 30 minutes et cycle de séchage de 15 minutes ;
- autoclave (Dynamic-Air-Removal Cycles) à la température de 132°C avec exposition de 4 minutes et cycle de séchage minimum de 20 minutes.

c. Conservation: après la stérilisation, le produit doit rester dans les enveloppes utilisées pour la stérilisation. Les enveloppes ne doivent être ouvertes qu'immédiatement avant la réutilisation. Les enveloppes de stérilisation sont normalement en mesure de maintenir une stérilité intérieure, sauf en cas d'endommagements de celles-ci. S'abstenir d'utiliser des composants ayant été conservés dans des enveloppes endommagées et les stériliser de nouveau dans de nouvelles enveloppes avant de les réutiliser. La période de conservation des produits stérilisés à l'intérieur des enveloppes ne doit pas dépasser la durée recommandée par le producteur des mêmes enveloppes. Le produit doit être conservé dans un lieu frais et sec, à l'abri des rayons solaires directs, de l'eau et de toute source de chaleur.

Nettoyage, stérilisation et conservation de la clé à cliquet dynamométrique CR15

Les processus décrits ci-après doivent être effectués avant la première utilisation et avant chaque intervention successive. La répétition des processus décrits dans ce paragraphe a un effet minimum, en termes d'usure, sur le dispositif.

La non-observation de ces indications peut donner lieu à l'apparition d'infections croisées.

Récipients et transport à utiliser pour le lavage: il n'existe pas de critères particuliers.

Après chaque utilisation de la clé, la déposer dès que possible dans un récipient rempli d'une solution désinfectante/détergente et recouvrir le tout d'une serviette. Cette opération a pour but de prévenir le séchage des agents de contamination provenant du patient, de les dissoudre et, par la suite, de faciliter le nettoyage et le rendre plus efficace.

Démonter entièrement la clé comme indiqué ci-après:

Dévisser complètement la vis de réglage du couple de serrage et extraire le ressort se trouvant à l'intérieur du manche du corps de la clé à cliquet. Ne pas séparer le ressort du goujon servant de butée.



Avec la pointe hexagonale située à la base de la vis de réglage du couple de serrage, dévisser et extraire complètement la vis de serrage du couvercle sur le côté portant l'indication OUT. Exercer une légère pression pour éviter d'endommager la pointe hexagonale.



Après avoir enlevé le couvercle, extraire les deux composants se trouvant à l'intérieur de la tête de la clé à cliquet: la molette dentelée et la dent d'arrêt de la molette.



En cas de nettoyage manuel, nettoyer mécaniquement sous l'eau chaude toutes les surfaces extérieures et intérieures de l'instrument à l'aide d'une brosse à soies souples. Rincer les trous peu accessibles de la tête et tout autour de la molette et de sa dent d'arrêt en injectant de l'eau chaude à l'aide d'une seringue sans aiguille. Si nécessaire, procéder de la même manière pour l'intérieur du manche et du dispositif de réglage du couple. Utiliser un détergent neutre approprié en se conformant aux instructions de la notice du produit. En utilisant la brosse, appliquer la solution détergente sur toutes les surfaces. Rincer à l'eau distillée pendant au moins 4 minutes. S'assurer que l'eau courante passe abondamment à travers les orifices. En cas de nettoyage automatisé par ultrasons: utiliser une cuve à ultrasons en employant une solution détergente appropriée. Il est recommandé d'utiliser exclusivement des détergents neutres. La concentration de la solution et la durée du lavage doivent être conformes aux indications du fabricant du produit. Utiliser de l'eau déminéralisée pour prévenir la formation de taches et d'auréoles. Au cours de ce cycle, éviter tout contact des pièces entre elles car cela provoque la détérioration des surfaces travaillées et, consécutivement, une perte de précision de la mesure du couple. Au moment de l'évacuation, contrôler tous les recoins des dispositifs, les trous, etc., afin de vérifier l'élimination complète de résidus. Si nécessaire, répéter le cycle ou recourir au nettoyage manuel.

Observation: Les résidus de sang ou autres dépôts réduisent l'efficacité de la stérilisation ; c'est le pourquoi il est important d'effectuer un nettoyage minutieux. Pendant tous les cycles de nettoyage, éviter les éclaboussures ou les jets de liquide et travailler en portant les protections appropriées. Eviter le contact entre cet instrument et d'autres instruments nickelés. Avant de procéder à la stérilisation, les pièces doivent être remontées. Sécher les pièces et en lubrifier légèrement les parties fonctionnelles, puis remonter la clé comme illustré sur les figures ci-après. Un excès de lubrifiant en provoque le retour à la surface de l'instrument lors de la stérilisation. Utiliser exclusivement le lubrifiant fourni.

Après avoir lubrifié les parties indiquées en figure, insérer les deux éléments composant la tête de la clé à cliquet selon la séquence suivante: molette dentelée et, successivement, la dent d'arrêt de la molette.



Lubrifier les zones de contact entre la dent de la molette et le goujon de la dent d'arrêt de la molette.

Après avoir lubrifié et inséré les parties 2 et 3 dans la tête du corps de la clé à cliquet, positionner le couvercle et faire pivoter le corps du cliquet vers le côté OUT. Serrer la vis avec la pointe hexagonale de la vis de réglage du couple de serrage.



Lubrifier le ressort à l'intérieur du manche de la clé à cliquet comme illustré sur la figure. Assembler la vis de réglage du couple de serrage en vérifiant le bon fonctionnement de l'instrument et en actionnant manuellement la molette.



Stérilisation: en autoclave sous vide, selon la modalité suivante:

- autoclave (Gravity-Displacement Cycles) à la température de 121°C avec exposition minimum de 30 minutes et cycle de séchage de 15 minutes.

Cette procédure est importante afin de préserver la précision de l'instrument dans les limites d'une tolérance de $\pm 3,5$ Ncm. Faire fonctionner le mécanisme de couple et d'insertion pour en vérifier le bon fonctionnement. Eliminer toute trace de lubrifiant de la surface extérieure de la clé. Placer le dispositif dans des enveloppes de stérilisation appropriées. Il est conseillé de s'exercer aux opérations de démontage et de remontage en se conformant aux indications.

Responsabilité du produit défectueux et conditions de garantie

Le soin optimal du patient et l'attention à ses nécessités représentent des conditions nécessaires pour le succès de l'implantologie. Il est donc indispensable de sélectionner attentivement le patient, de l'informer des risques intrinsèques et des devoirs associés au traitement et de l'encourager à coopérer avec le dentiste pour le bon résultat du même traitement. Pour cela, il faut que le patient maintienne une bonne hygiène, confirmée lors des check-up et des visites de contrôle. Cette hygiène doit toujours être assurée et documentée, tout comme les indications et les prescriptions du dentiste. La garantie couvre uniquement les défauts de production constatés, après l'envoi de la pièce identifiée par la référence de l'article et par le lot, avant la date d'échéance de la période de validité de la garantie.



Les clauses de garantie sont disponibles sur le site www.sweden-martina.com

Avertissement - Limites de garantie

Les composants prothétiques fabriqués par Sweden & Martina sont destinés à une utilisation avec des implants dentaires et des instruments prothétiques également fabriqués par Sweden & Martina. L'utilisation de composants non originaux limite la responsabilité de Sweden & Martina et annule la garantie sur le produit.

Les composants prothétiques doivent être vissés sur les implants en utilisant les instruments prévus à cet effet.

Il est recommandé d'utiliser les instruments de vissage originaux fabriqués par Sweden & Martina. Nous ne répondons pas de l'utilisation d'instruments non originaux.

Les instruments fabriqués par Sweden & Martina sont destinés à une utilisation avec des implants dentaires et des composants prothétiques également fabriqués par Sweden & Martina. L'utilisation des instruments pour des interventions avec des implants autres que ceux fabriqués par Sweden & Martina limite la responsabilité de Sweden & Martina et annule la garantie sur le produit. Nous ne répondons pas de l'utilisation d'instruments non originaux.

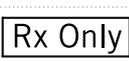
Traitement d'élimination

Les composants prothétiques, s'ils sont retirés de la cavité orale consécutivement à un échec biologique ou mécanique, doivent être assimilés aux déchets biologiques et éliminés à ce titre. Les instruments sont constitués de composants de petite taille, essentiellement métalliques. Ils peuvent être éliminés comme tels. S'ils sont souillés, ils doivent être assimilés aux déchets biologiques et éliminés à ce titre. D'une manière générale, se conformer aux normes locales en vigueur.

Légende des symboles figurant sur les emballages des implants:

description	symbole
Attention ! Consulter le mode d'emploi	
Numéro de lot	
Référence	
Fabricant	
Consulter le mode d'emploi	
Marquage de conformité CE pour les produits des classes IIa et IIb	
La loi fédérale américaine limite la vente de la part ou pour l'ordre d'un dentiste professionnel	
Ne pas restériliser	
Ne pas réutiliser, produit à usage unique	
Ne pas utiliser si l'emballage n'est pas intact	
Stérilisation par rayonnements ionisants	
Date d'échéance après laquelle le produit ne doit pas être utilisé	

Légende des symboles figurant sur les emballages des instruments chirurgicaux:

description	symbole
Attention ! Consulter le mode d'emploi	
Numéro de lot	
Référence	
Fabricant	
Consulter le mode d'emploi	
Marquage de conformité CE pour les produits des classes IIa et IIb	
Marquage de conformité CE pour les produits de classe I	
La loi fédérale américaine limite la vente de la part ou pour l'ordre d'un dentiste professionnel	
Produit non stérile	

Légende des symboles figurant sur les emballages des prothèses:

symbole	symbole
Attention ! Consulter le mode d'emploi	
Numéro de lot	
Référence	
Fabricant	
Consulter le mode d'emploi	
Marquage de conformité CE pour les produits des classes IIa et IIb	
Marquage de conformité CE pour les produits de classe I	
La loi fédérale américaine limite la vente de la part ou pour l'ordre d'un dentiste professionnel	
Ne pas réutiliser, produit à usage unique	
Produit non stérile	

LA DERNIERE REVISION DU PRESENT MANUEL REMONTE AU MOIS DE MAI 2017.

La conception et la production des dispositifs objet du présent manuel sont réalisées conformément aux directives et aux normes harmonisées les plus récentes en ce qui concerne les matériaux utilisés, les processus de production, la stérilisation, les informations incluses et les emballages.

Bibliographie relative aux implants Sweden & Martina depuis 2013

Pour les publications précédentes, consulter "Scientifica - Rassegna Bibliografica di Implantologia"

- Rancitelli D., Cicciù M., Lini F., Fumagalli D., Frigo C., Maiorana C. Reproducibility of a Digital Method to Evaluate Soft Tissue Modifications: A study of Inter and Intra-Operative Measurement Concordance. *The Open Dentistry Journal*, 2017, 11, 171-180 DOI: 10.2174/1874210601711010171
- Sanz-Martin I., Noguerol F., Ortiz-Vigón A., Sanz-Sánchez I., Cok S., Sanz M. Randomized controlled clinical trial comparing two dental implants with different neck configurations. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2017;1-11
- Solá-Ruiz F., Del Rio Highsmith J., Labaig-Rueda C., Agustín-Panadero R. Biologically oriented preparation technique (BOPT) for implant-supported fixed prostheses *J Clin Exp Dent*. 2017;9(4):e603-7. doi:10.4317/jced.53703
- Deiana T., Menini M., Calimodio I., Canepa P., Setti P., Pera P. AIOF XXXV International Congress Bologna, November 17-19, 2016
- Vigolo P. Gracis S., Carboncini F., Mutinelli S., Internal- vs External-Connection Single Implants: A Retrospective Study in an Italian Population Treated by Certified Prosthodontists *Int J Oral Maxillofac Implants* 2016;31:1385-1396. doi: 10.11607/jomi.4618
- Crespi R., Capparé P., Crespi G., Gastaldi G., Gherlone E., Bone-Level Changes Around Delayed Dental Implants in Previous Large Bone Defects Filled with Reactive Soft Tissue After Extraction: A Cone Beam Computed Tomography Study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2016;31:1429-1434. doi: 10.11607/jomi.4739
- Bruschi G., Capparé P., Bravi F., Grande N., Gherlone E., Gastaldi G., Crespi R. Radiographic Evaluation of Crestal Bone Level in Split-Crest and Immediate Implant Placement: Minimum 5-Year Follow-up. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2017;32:114-120. doi: 10.11607/jomi.4203
- Canullo L., Orlando Rossetti P., Penarrocha D. Identification of *Enterococcus Faecalis* and *Pseudomonas Aeruginosa* on and in Implants in Individuals with Peri-implant Disease: A Cross-Sectional Study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2015;30:583-587. doi: 10.11607/jomi.3946
- Kalemaj Z., Scarano A., Valbonetti L., Rapone B., Grassi F. Bone response to four dental implants with different surface topographies: a histologic and histometric study in minipigs. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2016;36:745-754. Doi: 10.11607/prd.2719
- Canullo L., Tallarico M., Penarrocha D., Meloni S., Penarrocha M. Impact of abutment cleaning on peri-implant tissues: 5-year RCT; *Eur J Oral Implantol* 2016;9(3 Suppl 2): S9-S52
- Sanz-Sánchez I., Sanz-Martin I., Ortiz-Vigón A., Cok S., Bollain J., Noguerol F., Sanz M. Randomised controlled clinical trial comparing two dental implants with different neck configurations. *Clin. Oral Impl. Res.* 27 (Suppl. 13), 2016
- Canullo L., Tallarico M., Penarrocha M., Garcia B., Penarrocha D. Plasma of argon cleaning treatment on implant abutments in periodontally healthy patients: five years post-loading results of an RCT *Clin. Oral Impl. Res.* 27 (Suppl. 13), 2016
- Matarozzi M., Manfredi E., Lorenzi A., Smerieri A., Di Blasio A., Macaluso G., Lumetti S., Galli C. Comparison of environmental scanning electron microscopy in low vacuum or wet mode for the investigation of cell biomaterial interactions. *Acta Biomed* 2016; Vol. 87, N. 1: 16-21
- Agabiti I., Botticelli D., Transcrestal sinus floor elevation performed twice with collagen sponges and using a sonic instrument. *J Oral Science Rehabilitation*. 2016 Mar;2(1):40-7
- Cannizzaro G., Felice P., Loi I., Viola P., Ferri V., Leone M., Lazzarini M., Trullenque-Eriksson A., Esposito M. Immediate loading of two (fixed-on-2) versus three (fixed-on-3) implants placed supporting cross-arch fixed prostheses: One-year results from a randomized controlled trial. *Eur J Oral Implantol* 2016;9(2):143-153
- Cannizzaro G., Felice P., Loi I., Viola P., Ferri V., Leone M., Lazzarini M., Trullenque-Eriksson A., Esposito M. Machined versus roughened immediately loaded and finally restored single implants inserted flapless: preliminary 6-month data from a split-mouth randomised controlled trial; *Eur J Oral Implantol* 2016;9(2):155-163
- Tarazona B, Vidal-Infer A, Alonso-Arroyo A. Bibliometric analysis of the scientific production in Implantology (2009-2013). *Clin. Oral Impl. Res.* 00, 2016, 1-7. doi: 10.1111/clr.12891
- Garcia B, Camacho F, Penarrocha D, Tallarico M, Perez S, Canullo L. Influence of plasma cleaning procedure on the interaction between soft tissue and abutments: a randomized controlled histologic study. *Clin. Oral Impl. Res.* 00, 2016, 1-9 doi: 10.1111/clr.12953
- Botticelli D, Lang NP. Dynamics of osseointegration in various human and animal models - a comparative analysis. *Clin. Oral Impl. Res.* 00:2016,1-7. doi: 10.1111/clr.12872
- Penarrocha-Oltra D., Monreal-Bello A., Penarrocha-Diogo M., Barquero J., Botticelli D., Canullo L., Microbial Colonization of the Peri-Implant Sulcus and Implant Connection of Implants Restored With Cemented Versus Screw-Retained Superstructures: A Cross-Sectional Study *J Periodontol* 2016;87:1002-1011.
- Canullo L, Caneva M, Tallarico M. Ten-year hard and soft tissue results of a pilot double-blinded randomized controlled trial on immediately loaded post-extractive implants using platform-switching concept *Clin. Oral Impl. Res.* 00, 2016, 1-9 doi: 10.1111/clr.12940
- Canullo L, Radovanovic S, Delibasic B, Blaya J, Penarrocha D, Rakic M. The predictive value of microbiological findings on teeth, internal and external implant portions in clinical decision making. *Clin. Oral Impl. Res.* 00, 2016, 1-9 doi: 10.1111/clr.12828
- Caroprese M, Lang NP, Rossi F, Ricci S, Favero R, Botticelli D. Morphometric evaluation of the early stages of healing at cortical and marrow compartments at titanium implants: an experimental study in the dog. *Clin. Oral Impl. Res.* 00, 2016; 1-8. doi: 10.1111/clr.12913
- Cannizzaro G., Felice P., Loi I., Viola P., Ferri V., Leone M., Colivasone D., Esposito M. Immediate loading of bimaxillary total fixed prostheses supported by five flapless-placed implants with machined surfaces: a 6-month follow-up prospective single cohort study; *Eur J Oral Implantol* 2016;9(1):67-74
- Barone A., Marconcini S., Giammarinaro E., Mijiritsky E., Gelpi F., Covani U., Clinical Outcomes of Implants Placed in Extraction Sockets and Immediately Restored: A 7-Year Single-Cohort Prospective Study; DOI 10.1111/cid.12393
- Natali A., Bertocchi E., Baldini A., Mulas G., Martinolli M., Bortolini S., A New Volumetric Parameter for a Comparative Finite-Element Analysis of a Six- or Four-Implant Mandibular Total-Arch Rehabilitation; *Open Journal of Stomatology*, 2016, 6, 12-21
- Annunziata M, Canullo L, Donnarumma G, Caputo P, Nastri L, Guida L. Bacterial inactivation/sterilization by argon plasma treatment on contaminated titanium implant surfaces: In vitro study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2016 Jan 1;21 (1):e118-21. doi:10.4317/medoral.20845
- Canullo L., Schlee M., Wagner W., Covani U., on behalf of the Montegrotto Group for the Study of Peri-implant Disease, International Brainstorming Meeting on Etiologic and Risk Factors of Peri-implantitis, Montegrotto (Padua, Italy), August 2014, *INT J ORAL MAXILLOFAC IMPLANTS* 2015;30:1093-1104. doi: 10.11607/jomi.4386
- L. Canullo, Penarrocha-Oltra D., Covani U., Orlando Rossetti P., Microbiologic and Clinical Findings of Implants in Healthy Condition and with Peri-Implantitis. *INT J ORAL MAXILLOFAC IMPLANTS* 2015;30:834-842. doi: 10.11607/jomi.3947
- L. Canullo, T. Genova, M. Tallarico, G. Gautier, F. Mussano, D. Botticelli, Plasma of Argon Affects the Earliest Biological Response of Different Implant Surfaces: An In Vitro Comparative Study, *Journal of Dental Research* 1-8, DOI: 10.1177/0022034516629119

- Canullo L, Tallarico M, Radovanovic S, Delibasic B, Covani, U, Rakic M. Distinguishing predictive profiles for patientbased risk assessment and diagnostics of plaque induced, surgically and prosthetically triggered peri-implantitis. *Clin. Oral Impl. Res.* 00, 2015, 1–8; doi: 10.1111/clr.12738
- Canullo L., Tallarico M., Penarrocha-Oltra D., Monje A., Wang H., Penarrocha-Diago M., Implant Abutment Cleaning by Plasma of Argon: 5-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Trial; *J Periodontol* 2016;87:434-442.
- Canullo L, Cocchetto R, Marinotti F, Oltra DP, Diago MP, Loi I. Clinical evaluation of an improved cementation technique for implant-supported restorations: a randomized controlled trial. *Clin. Oral Impl. Res.* 00, 2015; 1–8; doi: 10.1111/clr.12589
- Crespi R., Capparè P., Gastaldi G., Gherlone E. Immediate Occlusal Loading of Full Arch Rehabilitations: Screw-Retained Versus Cement-Retained Prosthesis. An 8-Year Clinical Evaluation; *INT J ORAL MAXILLOFAC IMPLANTS* 2014;29:1406–1411; doi: 10.11607/jomi.3746
- Kern J-S, Kern T, Wolfart S, Heussen N. A systematic review and meta-analysis of removable and fixed implant-supported prostheses in edentulous jaws: post-loading implant loss. *Clin. Oral Impl. Res.* 00, 2015, 1–22; doi: 10.1111/clr.12531
- Beolchini M, Lang NP, Gomez Moreno G, Iezzi G, Botticelli D, Calvo Guirado JL. Bone healing at implants with different surface configurations: an experimental study in dogs. *Clin. Oral Impl. Res.* 00, 2015; 1–7; doi: 10.1111/clr.12562
- Mainetti T, Lang NP, Bengazi F, Favero V, Soto Cantero L, Botticelli D. Sequential healing at implants installed immediately into extraction sockets. An experimental study in dogs. *Clin. Oral Impl. Res.* 27, 2016, 130–138; doi: 10.1111/clr.12533
- Canullo L., Penarrocha-Oltra D, Covani U, Botticelli D, Serino G, Penarrocha M.; Clinical and microbiological findings in patients with peri-implantitis: a cross-sectional study. *Clin. Oral Impl. Res.* 00, 2015, 1–7; doi: 10.1111/clr.12557
- Agustín-Panadero R., Serra-Pastor B., Chust-López C., Fons-Font A, Ferreiroa A.; Immediate placement of single implant simultaneously with immediate loading in a fresh socket associated to periapical infection: a clinical case report; *J Clin Exp Dent.* 2015;7(1):e175-9; doi:10.4317/jced.52160
- Gandolfi M.G., Siboni F., Piattelli A., Prati C.; Nano-topography, microchemical properties and calcium phosphates nucleation of premium implant surfaces; 30th Annual Congress, American Academy of Osseointegration, San Francisco, 12-14 March 2015, Poster Id 2088727
- Caneva M., Lang N.P., Calvo Guirado J.L., Spriano A.M., Iezzi G., Botticelli D.; Bone healing at bicortically installed implants with different surface configurations. an experimental study in rabbits; *Clinical Oral Implant Research*, 2015; 26:293–299 doi: 10.1111/clr.12475
- Beolchini M, Lang N.P., Gomez Moreno G., Iezzi G., Botticelli D., Calvo Guirado J.L.; Bone healing at implants with different surface configurations: an experimental study in dogs, *Clinical Oral Implant Research*, 2015; 00:1–7, doi: 10.1111/clr.12562
- Baffone G., Lang N.P., Pantani F., Favero G., Ferri M., Botticelli D.; Hard and soft tissue changes around implants installed in regular-sized and reduced alveolar bony ridges. An experimental study in dogs. *Clinical Oral Implant Research*, 2015; 26:96–101; doi: 10.1111/clr.12306
- Bengazi F., Lang N.P., Caroprese M., Velez J.U., Favero V., Botticelli D.; Dimensional changes in soft tissues around dental implants following free gingival grafting: an experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, 2015; 26:176–82; doi: 10.1111/clr.12280
- Morelli F., Lang N.P., Bengazi F., Baffone D., Vila Morales C.D., Botticelli D.; Influence of bone marrow on osseointegration in long bones: an experimental study in sheep; *Clinical Oral Implant Research*, 2015; 26:300–306; doi: 10.1111/clr.12487
- Mainetti T., Lang N., Bengazi F., Sbricoli L., Soto Cantero L., Botticelli D.; Immediate loading of implants installed in a healed alveolar bony ridge or immediately after tooth extraction: an experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, 2015; 26:435–441; doi: 10.1111/clr.12389
- Borgia V., Alfonsi F., Toti P., Tonelli P., Covani U., Barone A.; Immediate restoration of post-extraction implants. a 7 years prospective single cohort study; 30th Annual Congress, American Academy of Osseointegration, San Francisco, 12-14 March 2015, Poster
- Guazzotti P.P.;Carico immediato di impianti post estrattivi: presentazione di un caso clinico *Full Arch; Doctor OS*, 2015; XXVI, 01
- Agustín Panadero R., Serra Pastor B., Chust López C., Fons Font A., Ferreiroa A.; Immediate placement of single implant simultaneously with immediate loading in a fresh socket associated to periapical infection: a clinical case report; *Journal of Clinical and Experimental Dentistry* 2015;7(1):e175-9
- Crespi R., Bruschi G. B., Gastaldi G., Capparè P., Gherlone E.F.; Immediate loaded implants in split-crest procedure; *Clinical Implant Dentistry and Related Research*, Article first published online: 17 MAR 2015; DOI: 10.1111/cid.12316
- Peñarrocha Oltra D., Covani U., Peñarrocha Diago M., Peñarrocha Diago M.A.; Immediate versus conventional loading with fixed Full Arch prostheses in mandibles with failing dentition: a prospective controlled study; *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants* 2015;30:427–434; doi: 10.11607/jomi.3534
- Canullo L., Peñarrocha Oltra D., Covani U., Botticelli D., Serino G., Peñarrocha Diago M.; Clinical and microbiological findings in patients with peri-implantitis: a cross-sectional study; *Clinical Oral Implants Research* 2015; 00:1-7; doi: 10.1111/clr.12557
- Requena Gómez E., Cervantes Haro M.N., Aragoneses Lamas J.M.; ¿Es la cirugía guiada junto a la carga inmediata una técnica predecible? a propósito de un caso clínico; *Numeri Uno* 2015; 04: 16-19
- Peñarrocha Oltra D., Covani U., Peñarrocha Diago M., Peñarrocha Diago M.A.; Immediate versus conventional loading for the maxilla with implants placed into fresh and healed extraction sites to support a Full Arch fixed prosthesis: nonrandomized controlled clinical study; *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants* 2015;30:427–434; doi: 10.11607/jomi.3534
- Bruschi G.B., Crespi R., Capparè P., Grande N., Bruschi E., Gherlone E.; Radiographic evaluation of crestal bone levels of delayed implants at medium-term follow-up; *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants* 2014;29:441-447 doi: 10.11607/jomi.3254
- Prati C., Zamparini F., Ciulla A., Buonavoglia A., Gatto M.R., Piattelli A., Gandolfi M.G.; Evaluation of marginal bone level of premium implants; *IADR General Session*, Boston 11-14 Marzo 2015, Poster
- Canullo L., Peñarrocha Oltra D., Soldini C., Mazzocco F., Peñarrocha Diago M., Covani U.; Microbiological assessment of the implant-abutment interface in different connections: cross-sectional study after 5 years of functional loading; *Clinical Oral Implantology*, 2015; 26:426–434, doi: 10.1111/clr.12383
- Kern J.S., Kern T., Wolfart S., Heussen N.; Review - a systematic review and meta-analysis of removable and fixed implant-supported prostheses in edentulous jaws: post-loading implant loss; *Clinical Oral Implants Research* 2015; 00:1–22 ; doi: 10.1111/clr.12531
- Martín Anciburo M.A.; Rehabilitación unitaria implantosoportada utilizando la técnica B.O.P.T. ,Numeri Uno 2015; 04:11-14
- Agustín Panadero R., Serra Pastor B., Roig Vanaclocha A., Román Rodríguez J.L., Fons Font A.; Mechanical behavior of provisional implant prosthetic abutments; *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal* 2015; 20(1):e94-102
- Crespi R., Capparè P., Polizzi E.M., Gherlone E.F. ; Tissue remodeling after bone expansion in grafted and ungrafted sockets

- The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants, 2014;29:699-704; doi: 10.11607/jomi.3535
- Negri B., López Mari M., Maté Sánchez de Val J.E., Iezzi G., Bravo González L.A., Calvo Guirado J.L.; Biological width formation to immediate implants placed at different level in relation to the crestal bone: an experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, 2014; 00:1-11 ;doi: 10.1111/clr.12345
- Esposito M., Ardebili Y., Worthington H.V.; Interventions for replacing missing teeth: different types of dental implants (review); *Cochrane database of systematic reviews*, 2014;22;7; doi: 10.1002/14651858.CD003815.pub4.
- Canullo L., Peñarrocha Oltra D., Peñarrocha Diago M., Rocio A.G., Peñarrocha Diago M.A.; Piezoelectric vs. conventional drilling in implant site preparation: pilot controlled randomized clinical trial with crossover design; *Clinical Oral Implants Research* 2014; 25:1336-43; doi: 10.1111/clr.12278
- Lumetti S., Di Blasio A., Manfredi E., Ghiacci G., Toffoli A., Bonanini M., Macaluso G.M., Galli C.; Implant surface microtopography affects cell the pattern of cell growth, cell-to-cell contacts and the expression of connexin 43; *Clinical Oral Implant Research*, 2014; 25 Suppl 10:222
- Negri M., Galli C., Smerieri A., Macaluso G.M., Manfredi E., Ghiacci G., Toffoli A., Bonanini M., Lumetti S.; The effect of age, gender and insertion site on marginal bone loss around endosseous implants: results from a 3-year trial with premium implant system; *BioMed research International*, 2014; Article ID 369051; 7; doi.org/10.1155/2014/369051
- Quaranta A., Andreana S., Pompa G., Procaccini M.; Active implant peri-apical lesion: a case report treated via guided bone regeneration with a 5-year clinical and radiographic follow-up ; *Journal of Oral Implantology* 2014;40:313-319; doi: 10.1563/AAID-JOI-D-11-00214
- Bowen Antolín A., Ariño B., Arlandi Garrido M.; Regeneración ósea periimplantaria con fosfato de calcio bifásico y ácido poliláctico; *Gaceta Dental*, 2014, 260(7): 174-186
- Mainetti T., Lang N.P., Bengazi F., Favero V., Soto Cantero L., Botticelli D.; Sequential healing at implants installed immediately into extraction sockets. An experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, 2014; 00:1-9; doi: 10.1111/clr.12533
- Covani U., Marconcini S., Ferrini F., Gelpi F., Finotti M., Barone A.; Post-traumatic use of dental implants immediately after tooth extraction - clinical study, *The Journal of Craniofacial Surgery*, 2014; 25:796-798; doi: 10.1097/SCS.0000000000000522
- Engelhardt S., Papacosta S., Rathe F., Ozen J., Jansen J.A., Junker R.; Annual failure rates and marginal bone-level changes of immediate compared to conventional loading of dental implants. a systematic review of the literature and meta-analysis; *Clinical Oral Implants Research* 2014;00:1-17; doi: 10.1111/clr.12363
- Romanos G.R., Javed F.; Platform switching minimises crestal bone loss around dental implants: truth or myth? *Journal of Oral Rehabilitation*, 2014; 41:700-708; doi: 10.1111/joor.12189
- Strietzel F.P., Neumann K., Hertel M.; Review article: impact of platform switching on marginal peri-implant bone-level changes. a systematic review and meta-analysis. *Clinical Oral Implant Research*, 2014; 00:1-16; doi: 10.1111/clr.12339
- Kinaia B.M., Shah M., Neely A.L., Goodies H.E.; Crestal bone level changes around immediately placed implants: a systematic review and meta-analyses with at least 12 months' follow-up after functional loading; *Journal of Periodontology*, 2014; 85:1537-48; doi: 10.1902/jop.2014.130722. Epub 2014 May 2
- Covani U., Canullo L., Toti P., Alfonsi F., Barone A.; Tissue stability of implants placed in fresh extraction sockets: a 5-year prospective single-cohort study ; *Journal of Periodontology*, 2014; 85:e323-332; doi: 10.1902/jop.2014.140175. Epub 2014 May 16.
- D'Ercole S., Tripodi D., Marzo G., Bernardi S., Continenza M.A., Piattelli A., Iaculli F., Mummolo S.; Microleakage of bacteria in different implant-abutment assemblies: an in vitro study ; *Journal of Applied Biomaterial and Functional Materials*, 2014, accepted June 12; doi: 105301/jabfm.5000214
- Peñarrocha Oltra D., Rossetti P.H., Covani U., Galluccio F., Canullo L.; Microbial leakage at the implant/abutment connection due to implant insertion maneuvers: cross-sectional study 5 years post loading in healthy patients; *Journal of Oral Implantology*, 2014; 23 [Epub ahead of print]
- Maiorana C., Farronato D., Pieroni S., Cicciù M., Andreoni D., Santoro F.; A four-year survival rate multicenter prospective clinical study on 377 implants: correlations between implant insertion torque, diameter and bone quality; *Journal of Oral Implantology* 2014;11 [Epub ahead of print]
- Crespi R., Bruschi G.B., Cappare P., Gherlone E.; The utility of the electric mallet; *The Journal of Craniofacial Surgery*, 2014;25:793-795; doi: 10.1097/SCS.0000000000000523
- Schirripa G., Schirripa F.; Carico immediato; *Numeri Uno*, 2014, 19, 22-24
- Csonka M.; Trattamento implantologico delle creste sottili: split crest o gbr? ; *Numeri Uno*, 19: 12-14, 2014
- Machín Muñoz A.; Regeneración ósea y gingival en implantes inmediatos post-extracción; *Numeri Uno* 2014; 01: 20-21
- Peñarrocha Oltra D., Peñarrocha Diago M.A., Canullo L., Covani U., Peñarrocha Diago M.; Patient-reported outcomes of immediate versus conventional loading with fixed Full Arch prostheses in the maxilla: a nonrandomized controlled prospective study; *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants*, 2014;29:690-698; doi: 10.11607/jomi.3516
- Baldi D., Colombo J., Pera P., Hauschild U.; Una tecnica minimamente invasiva: implantologia con utilizzo di impianti a diametro ridotto e tecniche cad cam per una provvisorizzazione a lungo termine; *Numeri Uno*, 2014;18: 6-9
- Calesini G., Zarone F., Sorrentino R., Micarelli C., Fabianelli A., Papacchini F., Gherlone E.; Effect of 2 impression techniques on the dimensional accuracy of working implant prosthesis models: an in vitro study; *Journal of Craniofacial Surgery* 2014;25:822-827
- Pellicer Chover H., Peñarrocha Oltra D., Bagán L., Fichy Fernandez A.J., Canullo L., Peñarrocha Diago M.; Single-blind randomized clinical trial to evaluate clinical and radiological outcomes after one year of immediate versus delayed implant placement supporting Full Arch prostheses; *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*, 2014; 19: e295-301
- Morandini E.; La precisione nel cr.co. laser sinterizzato rivestito in ceramica parte 2; *NumeriUno*, 2014;18: 16-19
- De Santis E., Lang N.P., Favero G., Beolchini M., Morelli F., Botticelli D.; Healing at mandibular block-grafted sites. an experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, 2014; 00:1-7; doi: 10.1111/clr.12434
- Cocchetto R.; Improved cementation technique for implant restorations to avoid peri-implant cement remnants: clinical and microscopical evaluation with two different abutment design; *Clinical Oral Implants Research* 2014; 25(Suppl. 10); Doi 10.1111 clr.12458_94
- J. Viña Almunia; Microbial colonization of the implant connection with cemented versus screw-retained suprastructures *Clinical Oral Implants Research*, 2014; 25; DOI 10.1111/clr.12458_91
- Cicciù M., Bramanti E., Maticena G., Guglielmino E., Risitano G.; Fem evaluation of cemented-retained versus screw-retained dental implant single-tooth crown prosthesis ; *International Journal of Clinical and Experimental Medicine* 2014; 7(4):817-825
- Vischia F., Roncoroni F.; Ortodonzia protesica mediante tecnica B.O.P.T. ; *Numeri Uno*, 2014;19:19-21
- Loi I.; Tecnica B.O.P.T. su denti e impianti per la riabilitazione di un'arcata completa; *Numeri Uno*, 2014;18:21-22
- Vedove F.; Riabilitazione di elemento singolo in zona estetica con impianto Prama; *Numeri Uno*, 2014;20:18-19
- Gorni F.; Riabilitazione di elemento singolo in zona estetica con impianto Prama RF; *Numeri Uno*, 2014;20:16-17
- Andreoni D.; Riabilitazione di elemento singolo in posizione 4.6 con impianto Prama; *Numeri Uno*, 2014; 20: 20-21
- Sandri L.P.; Utilizzo clinico dei nuovi impianti Prama: inserimento e riabilitazione con un singolo impianto; *Numeri Uno* 2014; 20:22-24
- Loi I.; Riabilitazione implanto-protesica di elemento incisivo frontale con impianto Prama; *Numeri Uno*, 2014; 20:12-13
- Loi I.; Riabilitazione implanto-protesica di ponte distale con impianti Prama; *Numeri Uno*, 2014; 20:14-15
- Canullo L., Peñarrocha Oltra D., Marchionni S., Bagán L., Peñarrocha Diago M.A., Micarelli C.; Soft tissue cell adhesion to titanium abutments after different cleaning procedures: preliminary results of a randomized clinical trial; *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal* 2014;19(2):e177-83
- Canullo L., Micarelli C., Bettazzoni L., Magnelli A., Baldissara P.; Shear bond strength of veneering porcelain to zirconia after argon plasma treatment; *The International Journal of Prosthodontics* 2014;27(2):137-139; doi: 10.11607/ijp.3722
- Canullo L., Micarelli C., Bettazzoni L., Koçi B., Baldissara P.;

- Zirconia-composite bonding after plasma of argon treatment; *The International Journal of Prosthodontics* 2014; 27:267-269; doi: 10.11607/ijp.3686
- Marchetti E., Ratta S., Mummolo S., Tecco S., Pecci R., Bedini R., Marzo G.; Evaluation of an endosseous oral implant system according to uni en iso 14801 fatigue test protocol; *Implant Dentistry*, 2014, Early View in ahead of print; doi: 10.1097/id.151
- Crespi R., Capparè P., Gastaldi G., Gherlone E.F.; Immediate occlusal loading of Full Arch rehabilitations: screw-retained versus cement-retained prosthesis. an 8 year clinical evaluation; *International Journal of Oral & Maxillofacial Implants* 2014;29:1406-1411; doi: 10.11607/jomi.3746
- Peñarrocha Oltra D., Candel Martí M.E., Peñarrocha Diago M., Agustín-Panadero R., Canullo L., Peñarrocha Diago M.A.; The horizontal denture: a prosthodontic alternative for patients with severe maxillary atrophy. a technical note; *Journal of Oral Implantology* 2014; 8 [Epub ahead of print]
- Gaspari L.; Tecnica conometrica con provvisorio elettrosaldato per carico immediato; *Italian Dental Journal* 2014; 29, agosto
- Gaspari L.; Implantopotesi conometrica elettrosaldato chair-side a carico immediato - caso clinico; *Numeri Uno* 2014;18:12-14
- Pradés Ramiro G., Abad Coronel C., García Martínez I., Ferreiroa Navarro A.; Impresiones fiables: dos propuestas para un mismo objetivo; *Numeri Uno* 2014; 01:6-9
- Beolchini M., Lang N.L., Ricci E., Bengazi F., Garcia Triana B., Botticelli D.; Influence on alveolar resorption of the buccal bony plate width in the edentulous ridge expansion (e.r.e.) – an experimental study in the dog; *Clinical Oral Implant Research*, 2013; 00:1-6;doi: 10.1111/clr.12308
- Petrillo N.; Carico immediato Full Arch mascellare e mandibolare: un nuovo approccio chirurgico e protesico; *Il Dentista Moderno*, 2013, Novembre: 82-96
- Sisti A., Mottola M.P., Mottola P.; Riabilitazione bilaterale con chirurgia guidata; *Numeri Uno*, 2013; 16:16-18
- Ponzi A.; Echoplan: accuracy dell'implantologia guidata; *Numeri Uno*, 2013;16:12-13
- Morandini E.; La precisione nel cr.co. laser sinterizzato rivestito in ceramica parte 1; *NumeriUno*, 2013; 17: 9-11
- Figliuzzi M. M., De Fazio R., Tiano R., Scordamaglia F., Fortunato L.; Riabilitazione con impianto post-estrattivo immediato in zona estetica: case report; *Numeri Uno*, 17, 2013, 21-22
- Canullo L., Cicchese P., Marinotti F.; Riabilitazione impianto-supportata di entrambi i mascellari edentuli con carico immediato; *Numeri Uno*, 2013; 16, 14-15
- Beolchini M., Lang N.L., Viganò P., Bengazi F., Triana B.G., Botticelli D.; The edentulous ridge expansion (ere) technique an experimental study in the dog; *Clinical Oral Implant Research*, 2013; 25:1207-1211; doi: 10.1111/clr.12263. Epub 2013 Sep 12
- Bengazi F., Botticelli D., Favero V., Perini A., Urbizo Velez J., Lang N.P.; Influence of presence or absence of keratinized mucosa on the alveolar bony crest level as it relates to different buccal marginal bone thicknesses. an experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, 2014; 25:1065-71 ;doi: 10.1111/clr.12233. Epub 2013 Jul 29.
- Crespi R., Capparè P., Gherlone E.F.; Electrical mallet in implants placed in fresh extraction sockets with simultaneous osteotome sinus floor elevation; *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants* 2013;28:869-874; doi: 10.11607/jomi.2679
- Crespi R., Capparè P., Gherlone E.F.; Electrical mallet provides essential advantages in split-crest and immediate implant placement; *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2014;18:59-64; doi: 10.1007/s10006-013-0389-2. Epub 2013 Jan 18
- Csonka M.; Split crest di una cresta molto sottile con il magnetic mallet; *Numeri Uno*, 2013,16:22-23
- Calesini G., Scipioni A.; Approccio rigenerativo sistematico finalizzato all'integrazione morfo-funzionale in implantopotesi; *Numeri Uno*, 16: 6-9, 2013
- Bressan E., Lang N.P., Corazza B., Rizzi S., Almagro Urrutia Z., Botticelli D.; The platform switching concept revisited. an experimental study in dogs. *Clinical Oral Implant Research*, 2013; 00:1-7; doi: 10.1111/clr.12262
- Corrente G., Abundo R., Greppi M., Perelli M., Villa A.; Posizionamento implantare e ricostruzione dei tessuti duri e molli: un protocollo semplificato ; *Numeri Uno*, 2013, 17:14-17
- Guidi R., Viscioni A., Dattola F., Carinci F.; Dental implants inserted in native bone: cases series analyses.; *Dental Research Journal* 2012;9:s175-180; doi: 10.4103/1735-3327.109747
- Canullo L., Cicchese P., Marinotti F.; Valutazione di una procedura clinica e tecnica per la riabilitazione di mascellari edentuli; *Il dentista moderno*, 2012; Marzo: 86-102
- Covani U., Ricci M., Tonelli P., Barone A.; An evaluation of new designs in implant-abutment connections: a finite element method assessment; *Implant Dentistry / volume 22, Number 3* 2013; DOI: 10.1097/ID.0b013e318292625f
- Micarelli C., Canullo L., Grusovin M.G., Peñarrocha Oltra D.; Cell adhesion to titanium abutments after different cleaning procedures; *Clinical Oral Implants Research* 2013;24,79-102 (Suppl. 9); doi: 10.11607/jomi.2664
- Canullo L., Peñarrocha Oltra D., Covani U., Micarelli C., Massidda O.; Hard tissue response to plasma of argon cleaning treatment on titanium abutments: 2-year follow-up rct; *Clinical Oral Implants Research* 2013; 24:27-47 (Suppl. 9)
- Canullo L., Peñarrocha Oltra D., Micarelli C., Massidda O., Bazzoli M.; Risposta dei tessuti duri alla pulizia con plasma di argon/sterilizzazione di pilastri in titane individualizzati, vs pulizia di 5 secondi con vapore: risultati di un studio controllato randomizzato in pazienti con una situazione parodontale favorevole con follow-up a 2 anni dal carico; *European Journal of Oral Implantology* 2013;6(3):251-60
- Canullo L., Peñarrocha Oltra D., Clementini M., Iannello G., Micarelli C.; impact of plasma of argon cleaning treatment on implant abutments in patients with a history of periodontal disease and thin biotype: radiographic results at 24-month follow-up of a rct; *Clinical Oral Implants Research* 2015;26(1):8-14; doi: 10.1111/clr.12290. Epub 2013 Nov 6
- Canullo L., Cassinelli C., Götz W., Tarnow D.; Plasma of argon accelerates murine fibroblast adhesion in early stages of titanium disk colonization; *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants* 2013;28(4):957-62; doi: 10.11607/jomi.2664
- Avellino W., De Maria A., Milan U., Tamagnone L., Delle Rose D.; Direct prosthetic framework (D.P.F.) *Numeri Uno*, 2013; 17:18-20
- Agustín Panadero R., Fons Font A., Román Rodríguez J.L., Solá Ruiz M.F., Cebriá J.R.; Sobredentadura implantosoportada de inserción horizontal; *Gaceta Dental* 249, 2013; 100-112
- Sandri L.P.; Preparazione protesica mediante tecnica B.O.P.T.: caso clinico; *Numeri Uno*, 2013;17:6-8
- Canullo L., Cicchese P., Marinotti F., Sisti A.; Strategia protesica minimamente invasiva negli impianti post-estrattivi: posizionamento e avvitamento; *Il Dentista Moderno*, 2011, Dicembre: 46-54
- Bengazi F., Lang NP, Caroprese M, Velez JU, Favero V, Botticelli D; Dimensional changes in soft tissues around dental implants following free gingival grafting: an experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research* 26, 176-182, 2015, doi: 10.1111/clr.12280
- Micarelli C, Canullo L, Giuliano I.; Implant/abutment connection deformation after prosthetics procedures - an in vitro study; *International Journal of Prosthodontics*, 1-9,2014, Early view in ahead of print, accepted July 21st, 2015 doi to be attributed
- Peñarrocha-Oltra D, Covani U, Peñarrocha M, Peñarrocha-Diago M.; Immediate versus conventional loading with fixed Full Arch prostheses in mandibles with failing dentition: a prospective controlled study; *International Journal of Oral and Maxillofacial Implants* 30, 2015:427-434; doi: 10.11607/jomi.3534
- Prati C, Zamparini F, Ciulla A, Buonavoglia A, Gatto MR, Piattelli A, Gandolfi MG; Evaluation of marginal bone level of Premium implants; XXIII Congress SIO, Milano 6-7 febbraio Poster; 2015
- Gandolfi MG, Siboni F, Piattelli A, Prati C; Nano-topography, microchemical properties and calcium phosphate nucleation of Premium implants; 30th Annual Congress, American Academy of Osseointegration, San Francisco, 12-14 March Poster, 2015 Id 2088727
- Guazzotti PP; Carico immediato di impianti post estrattivi: presentazione di un caso clinico Full Arch; *Doctor Os*, XXVI, 01, gennaio 24-29 ; 2015
- Peñarrocha-Oltra D, Rossetti PHO, Covani U, Galluccio F, Canullo L; Microbial leakage at the implant/abutment connection due to implant insertion maneuvers: cross-sectional study 5 years post loading in healthy patients.; *Journal of Oral Implantology*, accepted for publication January 2015
- Agustín-Panadero R., Serra-Pastor B., Chust-López C., Fons-Font A., Ferreiroa A. ; Immediate placement of single implant simultaneously with immediate loading in a fresh socket asso-

- ciated to periapical infection: A clinical case report; *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 7(1), 2015:175-9
- Canullo L., Peñarrocha-Oltra D., Covani U., Botticelli D., Serino G., Peñarrocha M.; Clinical and microbiological findings in patients with peri-implantitis: a cross-sectional study; *Clinical Oral Implant Research*, 00, 1-7, 2015; doi: 10.1111/clr.12557
- Mainetti T, Lang NP, Bengazi F, Favero V, Soto Cantero L, Botticelli D; Sequential healing at implants installed immediately into extraction sockets: an experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, 00, 1-9, 2014, doi: 10.1111/clr.12533
- Beolchini M, Lang NP, Gomez Moreno G, Iezzi G, Botticelli D, Calvo Guirado JL; Bone healing at implants with different surface configuration: an experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research* 00, 1-7, 2015, doi: 10.1111/clr.12562
- Borgia V, Alfonsi F, Toti P, Tonelli P, Covani U, Barone A; Immediate restoration of post-extraction implants. A 7 years prospective single cohort study.; 30th Annual Congress, American Academy of Osseointegration, San Francisco, 12-14 March Poster; 2015
- Kern JS, Kern T, Wolfart S, Heussen N; A systematic review and meta-analysis of removable and fixed implant-supported prostheses in edentulous jaws: post-loading implant loss; *Clinical Oral Implant Research*, 00, 1-22, 2015, doi: 10.1111/clr.12531
- Crespi R, Bruschi GB, Gastaldi G, Cappare P, Gherlone EF; Immediate loaded implants in split-crest procedure; *Clin Implant Dent Relat Res.*, Mar 17. 2015 doi: 10.1111/cid.12316
- Martín Anciburo Miguel Ángel; Rehabilitación unitaria implantosoportada utilizando la técnica B.O.P.T.; *Numeri Uno* 04, 2015: 11-14
- Requena Gómez E., Cervantes Haro MN, Aragonese Lamas JM; ¿Es la cirugía guiada junto a la carga inmediata una técnica predecible? A propósito de un caso clínico; *Numeri Uno* 04, 2015: 16-19
- Canullo L, Peñarrocha-Oltra D, Marchionni S, Bagán L, Peñarrocha-Diago MA, Micarelli C.; Soft tissue cell adhesion to titanium abutments after different cleaning procedures: Preliminary results of a randomized clinical trial.; *Medicina Oral y Patología Oral Cirugía Bucal*, published on line 2013 Oct 13, 2014 Mar 1; 19(2): el 77-83, doi: 10.4317/medoral.19329
- Pellicer-Chover H, Peñarrocha-Oltra D, Bagán L, Fichy-Fernandez AJ, Canullo L, Peñarrocha-Diago M; Single blind randomized clinical trial to evaluate clinical and radiological outcomes after one year of immediate versus delayed implant placement supporting Full Arch prosthesis; *Medicina Oral y Patología Oral Cirugía Bucal*, 1; 19(3), 2014: 295-301, doi: 10.4317/medoral.19536
- Crespi R, Cappare P, Polizzi E, Gherlone E; Fresh-socket implants of different collar length: Clinical evaluation in the aesthetic zone; *Clinical Implant Dentistry and Related research*, 00, 2014: 1-8, early view in ahead of print, first published on line 7 Feb 2014 doi 10.1111/cid.12202
- Negri B, López Mari M, Maté Sánchez de Val JE, Iezzi G, Bravo González LA, Calvo Guirado JL; Biological width formation to immediate implants placed at different levels in relation to the crestal bone - an experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, 00, 2014: 1-11, Early view in ahead of print, accepted 06 January 2014 doi 10.1111/clr.12345,
- Strietzel FP, Neumann K, Hertel M; Impact of platform switching on marginal peri-implant bone-level changes. A systematic review and meta-analysis; *Clinical Oral Implant Research*, 00, 2014: 1-16, Early view in ahead of print, accepted 11 December 2013, doi 10.1111/clr.123339
- Peñarrocha-Oltra D, Candel-Martí E, Peñarrocha-Diago M, Agustín-Panadero R, Canullo L, Peñarrocha M; The Horizontal Denture®: a prosthodontic alternative for Severe Maxillary Atrophy. A technical note; *Journal of Oral Implantology*, Early view in ahead of print, accepted 8 January 2014, 2014
- Maiorana C, Farronato D, Pieroni S, Cicciù M, Andreoni D, Santoro F; A four-year survival rate multicenter prospective clinical study on 377 implants - correlations between implant insertion torque, diameter and bone quality; *Journal of Oral Implantology*, 2014, Early view in ahead of print, accepted 11 February 2014
- Canullo L, Peñarrocha-Oltra D, Soldini C, Mazzocco F, Peñarrocha M, Covani U; Microbiological assessment of the implant-abutment interface in different connections: cross-sectional study after 5 years of functional loading; *Clinical Oral Implant Research*, 00, 2014: 1-9, Early view in ahead of print, accepted 22 February 2014, doi 10.1111/clr.12383
- Mainetti T, Lang N, Bengazi F, Sbricoli L, Soto Cantero L, Botticelli D.; Immediate loading of implants installed in a healed alveolar bony ridge or immediately after tooth extraction: an experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, 00, 2014: 1-8, Early view in ahead of print, accepted 5 March 2014, doi 10.1111/clr.12389
- Engelhardt S, Papacosta S, Rathe F, Ozen J, Jansen J.A., Juncker R.; Annual failure rates and marginal bone-level changes of immediate compared to conventional loading of dental implants. A systematic review of the literature and meta-analysis; *Clinical Oral Implant Research*, 00, 2014: 1-17, Early view in ahead of print, accepted 9 February 2014, doi 10.1111/clr.12363
- Bruschi GB, Crespi R, Cappare P, Grande N, Bruschi E, Gherlone E; Radiographic evaluation of crestal bone levels of delayed implants at 5 medium term follow up; *International Journal of Oral & Maxillofacial Implants*, 29; 2014: 441-447 doi 10.11607/jomi.3254
- Sbordone C, Toti P, Martuscelli R, Guidetti F, Sbordone L, Ramaglia L; A 5-year implant follow-up in maxillary and mandibular horizontal osseous onlay grafts and native bone; *Journal of Oral Implantology*, Early view in ahead of print, accepted 4 March 2014; 2014
- Canullo L, Micarelli C, Bettazzoni L, Magnelli A, Baldissara P; Shear bond strength of veneering porcelain to zirconia after argon plasma treatment; *International Journal of Prosthodontics*, Mar-Apr, 27(2), 2014: 137-9, 2014 doi: 10.11607/ijp.3722
- Canullo L, Micarelli C, Bettazzoni L, Koçi B, Baldissara P; Zirconia-Composite bonding after plasma of argon treatment; *International Journal of Prosthodontics*, 27:267-269, 2014, doi: 10.11607/ijp.3686
- Peñarrocha-Oltra D, Peñarrocha-Diago M, Canullo L, Covani U, Peñarrocha Miguel; Patient-reported outcomes of immediate versus conventional loading with fixed Full Arch prostheses in the maxilla: a non-randomized controlled prospective study; *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants*, 29 (3), 690-698; 2014
- Covani U, Canullo L, Toti P, Alfonsi F, Barone A; Tissue stability of implants placed in fresh extraction sockets - a 5 year prospective single cohort study; *Journal of Periodontology*, 85: 323-332, 2014, doi 10.1902/jop.2014.140175
- De Santis E, Lang NP, Favero G, Beolchini M, Morelli F, Botticelli D.; Healing at mandibular block-grafted sites. An experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, 00, 2014: 1-7, Early view in ahead of print, accepted 17 May 2014, doi 10.1111/clr.12434
- Crespi R, Bruschi GB, Cappare P, Gherlone E.; The utility of the electric mallet; *The Journal of Craniofacial Surgery*, 25 May (3), 793-795, 201, 2014, doi 10.1097/SCS.0000000000000523; 2014
- Covani U, Marconcini S, Ferrini F, Gelpi F, Finotti M, Barone A.; Post-traumatic use of dental implants immediately after tooth extraction - clinical study; *The Journal of Craniofacial Surgery*, 25 May (3), 796-798, 2014, doi 10.1097/SCS.0000000000000522
- Calesini G, Zarone F, Sorrentino R, Micarelli C, Fabianelli A, Papacchini F, Gherlone E.; Effect of 2 impression techniques on the dimensional accuracy of working implant prosthesis models - an in vitro study; *The Journal of Craniofacial Surgery*, 25 May (3), 822-827, 2014, doi 10.1097/SCS.0000000000000715
- Quaranta A, Andreana S, Pompa G, Procaccini M; Active implant peri-apical lesion - a case report treated via guided bone regeneration with a 5-year clinical and radiographic follow-up; *Journal of Oral Implantology*, 40 (3), 313-319, 2014, doi: 10.1563/AAL.JOI.D.11.00214
- J. Viña-Almunia; Microbial colonization of the implant connection with cemented versus screw-retained supra-structures; *Oral presentation, Clinical research - Prosthodontically oriented*
- EAO Congress, Rome 25-27 September 2014, *Clinical Oral Implant Research*, 25 (suppl. 10), 93, 2014
- Cocchetto R.; Improved cementation technique for implant restorations to avoid periimplant cement remnants: clinical and microscopical evaluation with two different abutment design; *Oral presentation, Clinical research - Prosthodontically oriented*
- EAO Congress, Rome 25-27 September 2014, *Clinical Oral Implant Research*, 25 (suppl. 10), 96; 2014
- Agustín-Panadero R, Serra-Pastor B, Roig-Vanaclocha A, Román-Rodríguez JL, Fons-Font A; Mechanical behavior of provisional implant prosthetic abutments; *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*, 1-9, 2014, Early view in ahead of

- print, accepted July 2014, doi 10.4317/medoral.19958,
- Micarelli C, Canullo L, Giuliano I.; Implant/abutment connection deformation after prosthetics procedures - an in vitro study; *International Journal of Prosthodontics*, 1-9, 2014, Early view in ahead of print, accepted July 21st, 2015 doi to be attributed
- Kinaia BM, Shah M, Neely AL, Goodies HE; Crestal bone level changes around immediately placed implants - A systematic review and meta-analyses with at least 12 months follow up after functional loading; *Journal of Periodontology*, 2014, early view in ahead of print, doi: 10.1902/jop.2014.130722; 2014
- Ciccù M, Bramanti E, Matacena G, Guglielmino E, Risitano G.; FEM evaluation of cemented-retained versus screw-retained dental implant single-tooth crown prosthesis; *International Journal of Clinical and Experimental Medicine* 7(4) , 2014: 817-825; doi: 1940-5901.ijcem.1402025
- Crespi R, Capparè P, Polizzi EM, Gherlone EF.; Tissue remodeling after bone expansion in grafted and ungrafted sockets; *The International Journal of Oral and Maxillofacial Implants*, 29, 2014: 699-704, , doi: 10.11607/jomi.3535
- Bruschi GB, Crespi R, Capparè P, Gherlone E.; Clinical Study of flap design to increase the keratinized gingiva around implants - a 4 year follow-up; *Journal of Oral Implantology*, 40(4) , 2014: 459-464, doi: 10.1563/aaid-joi-d-11-00236
- Romanos GR, Javed F.; Platform switching minimises crestal bone loss around dental implants - truth or myth?; *Journal of Oral Rehabilitation*, 2014, early view in ahead of printing, accepted for publication 30 April 2014, doi 10.1111/joor.12189
- Gaspari L.; Tecnica conometrica con provvisorio elettrosaldato per carico immediato; *Italian Dental Journal*, agosto, 29; 2014
- Lumetti S, Galli C, Smerieri A, Macaluso G, Manfredi E, Ghiacci G, Di Blasio A, Megri M.; The effect of age, gender and insertion site on marginal bone loss around endosseous implants: results for a 3 year trial; Poster, EAO Congress, Rome 25-27 September 2014, *Clinical Oral Implant Research*, 25 (suppl. 10), 440; 2014
- Lumetti S, Di Blasio A, Manfredi E, Ghiacci G, Toffoli A, Bonanini M, Macaluso G, Galli C.; Implant surface microtopography affects the pater of cell growth, cell-to-cell contacts and the expression of Connexin 43; Poster, EAO Congress, Rome 25-27 September 2014, *Clinical Oral Implant Research*, 25 (suppl. 10), 222; 2014
- Caneva M, Lang NP, Calvo Guirado JL, Spriano AM, Iezzi G, Botticelli D.; Bone healing at bicortically installed implants with different surface configurations. An experimental study in rabbits; *Clinical Oral Implant Research*, 00, 2014: 1-7, Early view in ahead of printing, accepted 29 July 2014, doi:10.1111/clr.12475
- D'Ercole S, Tripodi D, Marzo G, Bernardi S, Continenza MA, Piattelli A, Iaculli F, Mummolo S.; Microleakage of bacteria in different implant-abutment assemblies: an in vitro study; *Journal of Applied Biomaterial and Functional Materials*, 2014, accepted June 12, 2014, doi: 105301/jabfm.5000214
- Peñarrocha-Oltra D, Peñarrocha-Diago M, Aloy-Prosper A, Covani U, Peñarrocha M.; Immediate versus conventional loading of complete-arch implant-supported prostheses in mandibles with failing dentition: a patient centered controlled prospective study; *Journal of oral and Maxillofacial Implants*, submitted; 2014
- Bowen Antolín A, Ariño B, Arlandi Garrido M.; Regeneración ósea periimplantaria con fosfato de calcio bifásico y ácido poliláctico; *Gaceta Dental*, 260(7), 2014: 174-186;
- Morelli F, Lang NP, Bengazi F, Baffone D, Vila Morales CD, Botticelli D.; Influence of bone marrow on osseointegration in long bones: an experimental study in sheep; *Clinical Oral Implant Research*, 00, 1-7, 2014, Early view in ahead of printing, accepted 29 August 2014, doi:10.1111/clr.12487
- Marchetti E, Ratta S, Mummolo S, Tecco S, Pecci R, Bedini R, Marzo G.; Evaluation of an endosseous oral implant system according to UNI EN ISO 14801 Fatigue Test Protocol; *Implant Dentistry*, 2014, Early view in ahead of print, doi: 10.1097/id.151
- Negri M, Galli C, Smerieri A, Macaluso GM, Manfredi E, Ghiacci G, Toffoli A, Bonanini M, Lumetti S; The effect of age, gender and insertion site on marginal bone loss around endosseous implants: results from a 3-year trial with Implant System; *BioMed research International*, Volume 2014, Article ID 369051, 7 pages, doi.org/10.1155/2014/369051
- Esposito M, Ardebili Y, Worthington HV; Interventions for replacing missing teeth: different types of dental implants (Review); *The Cochrane Collaboration*, John Wiley and Sons, Ltd; 2014
- Mainetti T, Lang NP, Bengazi F, Favero V, Soto Cantero L, Botticelli D; Sequential healing at implants installed immediately into extraction sockets. An experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, 00, 1-9, 2014, doi: 10.1111/clr.12533
- Crespi R, Capparè P, Gastaldi G, Gherlone EF; Immediate Occlusal loading of Full Arch rehabilitations: screw-retained versus cement-retained prosthesis. An 8 year clinical evaluation; *International Journal of Oral & Maxillofacial Implants* 29, 2014:1406-1411; doi: 10.11607/jomi.3746
- Pradies Ramiro G., Abad Coronel C., García Martínez I., Ferreira Navarro A.; Impresiones fiables: dos propuestas para un mismo objetivo; *Numeri Uno*, 01, 2014, 6-9
- Machín Muñoz A.; Regeneración ósea y gingival en implantes inmediatos post-extracción; *Numeri Uno* 01 , 2014: 20-21
- Loi I.; Riabilitazione implanto-protesica di elemento incisivo frontale con impianto Prama; *Numeri Uno* 20, 2014: 12-13
- Loi I.; Riabilitazione implanto-protesica di ponte distale con impianti Prama; *Numeri Uno* 20, 2014: 14-15
- Gorni F.; Riabilitazione di elemento singolo in zona estetica con impianto Prama RF; *Numeri Uno* 20, 2014: 16-17
- Vedove F.; Riabilitazione di elemento singolo in zona estetica con impianto Prama; *Numeri Uno* 20, 2014: 18-19
- Andreoni D.; Riabilitazione di elemento singolo in posizione 4.6 con impianto Prama; *Numeri Uno* 20, 2014: 20-21
- Sandri L.P.; Utilizzo clinico dei nuovi impianti Prama: inserimento e riabilitazione con un singolo impianto; *Numeri Uno* 20, 2014: 22-24
- Csonka M.; Trattamento implantologico delle creste sottili: Split Crest o GBR?; *Numeri Uno* 19, 2014: 12-14
- Vischia F., Roncoroni F.; Ortodonzia protesica mediante tecnica B.O.P.T.; *Numeri Uno* 19, 2014: 19-21
- Schirripa G., Schirripa F.; Carico immediato; *Numeri Uno* 19, 2014: 22-24
- Baldi D., Colombo J., Pera P., Hauschild U.; Una tecnica minimamente invasiva: implantologia con utilizzo di impianti a diametro ridotto e tecniche CAD CAM per una provvisorizzazione a lungo termine; *Numeri Uno* 18, 2014: 6-9
- Gaspari L.; Implantopotesi conometrica elettrosaldato chairside a carico immediato - caso clinico; *Numeri Uno*, 18, 2014:12-14
- Loi I.; Tecnica B.O.P.T. su denti e impianti per la riabilitazione di un'arcata completa; *Numeri Uno* 18 , 2014:21-22
- Morandini E. ; La precisione nel Cr.Co. laser sinterizzato rivestito in ceramica; *NumeriUno* 17, 2013: 9-11 - NumeriUno 18, 2014: 16-19
- Loi I.; Técnica B.O.P.T. sobre dientes naturales; *Numeri Uno* 02, 2014: 8-9
- Loi I.; Técnica B.O.P.T. sobre dientes e implantes para la rehabilitación de los dos arcos completos; *Numeri Uno* 02, 2014: 14
- Canullo L, Cassinelli C, Goetz W, Tarnow D; Il plasma di argon accelera l'adesione dei fibroblasti murini nelle fasi precoci della colonizzazione di dischetti in titane; *International Journal of Oral and Maxillofacial Implants* 2013; 28: 957-962. DOI: 10.11607/jomi.2664
- Bengazi F, Botticelli D, Favero V, Perini A, Urbizo Velez J, Lang NP ; Influence of presence or absence of keratinized mucosa on the alveolar bony crest level as it relates to different buccal margin bone thicknesses. An experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, 00, 2013, 1-7, Accepted 26 June 2013, first published on line on 29/07/2013, DOI 10.1111/clr.12233
- Peñarrocha-Oltra D, Covani U, Aparicio A, Ata-Ali J, Peñarrocha-Diago Miguel, Peñarrocha-Diago María; Immediate versus conventional loading for the maxilla with implants placed into fresh and healed extraction sites to support a Full Arch fixed prosthesis: nonrandomized controlled clinical study; *International Journal of Oral and Maxillofacial Implants* 2013; 28: 1116-1124 DOI: 10.11607/jomi.3119
- Covani U, Ricci M, Tonelli P, Barone A; An evaluation of new designs in implant-abutment connections: a finite element method assessment; *Implant Dentistry*, 2013, Jun22(3): 263-267, DOI 10.1097/ID.0b013e318292625f
- Crespi R, Capparè P, Gherlone EF, ; Electrical mallet in implants placed in fresh extraction sockets with simultaneous osteotome sinus floor elevation; *International Journal of Oral and Maxillofacial Implants*, 2013; 28(3): 869-874, doi: 10.11607/jomi.2679
- Panadero RA, Fons Font A, Granell Ruíz M, Román Rodríguez

- JL, Solá Ruíz MF, Rubio Cebriá J; Sobredentadura implantosoportada de inserción horizontal; *Gaceta Dental*, 249: 100-112, 2013
- Beolchini M, Lang NL, Viganò P, Bengazi F, Triana BG, Botticelli D; The edentulous ridge expansion (ERE) technique - an experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant research*, 2013: 1-7, published on line early view in ahead of print in September 2013, doi: 10.1111/clr.12262
- Bressan E., Lang NP, Corazza B, Rizzi S, Almagro Urrutia Z, Botticelli D; The Platform Switching concept revisited. An experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant research*, 2013: 1-5, published on line early view in ahead of print in September 2013, doi: 10.1111/clr.12263
- Crespi R, Capparè P, Gherlone EF, ; Electrical mallet provides essential advantages in split-crest and immediate implant placement ;*Oral and Maxillofacial Surgery*, 2013, (18): published on line early view in ahead of print in January 2013, doi: 10.1007/s10006-013-0389-2
- Canullo L, Peñarrocha-Oltra D, Marchionni S, Bagán L, Peñarrocha-Diago MA, Micarelli C.; Soft tissue cell adhesion to titanium abutments after different cleaning procedures: Preliminary results of a randomized clinical trial.; *Medicina Oral y Patología Oral Cirugía Bucal*, published on line 2013 Oct 13, 2014 Mar 1;19(2): el 77-83, doi: 10.4317/medoral.19329
- Canullo L, Peñarrocha D, Peñarrocha M, Rocio A-G, Peñarrocha-Diago M.; Piezoelectric vs. conventional drilling in implant site preparation: pilot controlled randomized clinical trial with crossover design.; *Clinical Oral Implant Research* 00, 2013, 1-8, published on line early view in ahead of print in October 2013, doi: 10.1111/clr.12278
- Micarelli C, Canullo L, Grusovin MG, Peñarrocha Oltra D, ;Cell adhesion to titanium abutments after different cleaning procedures; *Clinical Oral Implant Research*, 24(Suppl.9), 2013: 79-102
- Canullo L, Peñarrocha D, Covani U, Micarelli C, Massidda O, ; Hard Tissue response to plasma of argon cleaning treatment on titanium abutments - 2 year follow-up RCT; *Clinical Oral Implant Research*, 24(Suppl.9), 27-47, 2013
- De Risi V, Clementini M, Vittorini G, Mannocci A, De Sanctis M; Alveolar ridge preservation techniques: a systematic review and meta-analysis of histological and histomorphometrical data; *Clinical Oral Implant Research*, 00, 2013: 000-000, Early view in ahead of print, accepted September 2013, doi 10.1111/clr.12288
- Canullo L, Peñarrocha D, Clementini M, Iannello G, Micarelli C; Impact of plasma of argon cleaning treatment on implant abutments in patients with a history of periodontal disease and thin biotype - radiographic results at 24 months follow-up of a RCT; *Clinical Oral Implant Research*, 00, 2013: 000-000, Early view in ahead of print, accepted 18 September 2013, doi 10.1111/clr.12290
- Canullo L, Peñarrocha D, Micarelli C, Massidda O, Bazzoli M; Hard tissue response to argon plasma cleaning / sterilization of customised titanium abutments versus 5-second steam cleaning: results of a 2-year post-loading follow-up from an explanatory randomized controlled trial in periodontally healthy patients; *European Journal of Oral Implantology*. Autumn ; 6(3) ,2013:251-60
- Petrillo N.; Carico immediato full arch mascellare e mandibolare: un nuovo approccio chirurgico e protesico; *Il Dentista Moderno*, 2013 Novembre 2013: 82-96
- Baffone G, Lang NP, Pantani F, Favero G, Ferri M, Botticelli D; Hard and soft tissue changes around implants installed in regular-sized and reduced alveolar bony ridges. An experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, 00, Early view in ahead of print, accepted 28 October 2013: 1-6, doi 10.1111/clr.12306
- Beolchini M, Lang NL, Ricci E, Bengazi F, Garcia Triana B, Botticelli D; Influence on alveolar resorption of the buccal bony plate width in the edentulous ridge expansion (E.R.E.) - an experimental study in the dog; *Clinical Oral Implant Research*, 00, 2013: 1-6, Early view in ahead of print, accepted 28 October 2013doi 10.1111/clr.12308
- Strietzel FP, Neumann K, Hertel M ; Impact of platform switching on marginal peri-implant bone-level changes. A systematic review and meta-analysis; *Clinical Oral Implant Research*, 00, 2014: 1-16, Early view in ahead of print, accepted 11 December 2013, doi 10.1111/clr.123339
- Morandini E. ; La precisione nel Cr.Co. laser sinterizzato rivestito in ceramica; *NumeriUno* 17, 2013: 9-11 - NumeriUno 18, 2014: 16-19
- Sandri L.P. ; Preparazione protesica mediante tecnica B.O.P.T.: caso clinico; *Numeri Uno* 17, 2013:6-8
- Corrente G., Abundo R., Greppi M., Perelli M., Villa A.; Posizionamento implantare e ricostruzione dei tessuti duri e molli: un protocollo semplificato; *Numeri Uno* 17, 2013:14-17
- Avellino W., De Maria A., Milan U., Tamagnone L., Delle Rose D.; Direct Prosthetic Framework (D.P.F.); *Numeri Uno*, 17, 2013: 18-20
- Figliuzzi M. M., De Fazio R., Tiano R., Scordamaglia F., Fortunato L.; Riabilitazione con impianto post-estrattivo immediato in zona estetica: Case Report; *Numeri Uno* 17, 2013:21-22
- Fadda M.; Caso clinico con M.F. Extrusion; *Numeri Uno*, 17, 2013:26
- Cardarelli F.; Effetti dentofacciali della terapia ortodontica in dentizione mista per la correzione delle II Classi; *Numeri Uno* 17, 2013: 28-31
- Calesini G., Scipioni A.; Approccio rigenerativo sistematico finalizzato all'integrazione morfo-funzionale in implantoprotesi; *Numeri Uno* 16, 2013: 6-9
- Ponzi A.; Echo Plan: accuracy dell'implantologia guidata; *Numeri Uno* 16, 2013: 12-13
- Canullo L., Cicchese P., Marinotti F.; Riabilitazione implantosupportata di entrambi i mascellari edentuli con carico immediato; *Numeri Uno* 16, 2013: 14-15
- Sisti A., Mottola M.P., Mottola P.; Riabilitazione bilaterale con chirurgia guidata; *Numeri Uno* 16, 2013: 16-18
- Csonka M.; Split crest di una cresta molto sottile con il Magnetic Mallet; *Numeri Uno* 16, 2013: 22-23



rev.10-17
v.01



Sweden & Martina S.p.A.

Via Veneto, 10
35020 Due Carrare (PD), Italy
Tel. +39.049.9124300
Fax +39.049.9124290
info@sweden-martina.com

www.sweden-martina.com

Sweden & Martina Mediterranea S.L. - España

info.es@sweden-martina.com
Sweden & Martina Lda - Portugal
info.pt@sweden-martina.com

Sweden & Martina Ltd - United Kingdom
info.uk@sweden-martina.com

Sweden & Martina Inc. - Distributor for U.S.
info.us@sweden-martina.com

Les implants, les composants prothétiques et les instruments chirurgicaux faisant l'objet du présent catalogue sont des Dispositifs Médicaux produits par Sweden & Martina S.p.A. Les articles faisant l'objet du manuel sont conformes aux normes ISO 9001 et ISO 13485 et sont enregistrés avec marquage CE (Classe I) et CE0476 (Classe IIA et Classe IIB) dans le respect de la Règlement (Ue) 2017/745 Du Parlement Européen concernant les dispositifs médicaux.

L'établissement Sweden & Martina produit des Dispositifs médicaux conformes aux cGMP en vigueur aux USA et dans d'autres pays du monde.



Certains produits pourraient ne pas être disponibles sur tous les marchés.

Toutes les marques présentes dans le catalogue sont la propriété de Sweden & Martina, exception faite pour les produits portant une indication contraire.

Ces produits sont destinés aux cabinets médicaux et aux laboratoires, leur vente ne s'adresse pas au patient.

Il est interdit de revendre, dupliquer ou divulguer les produits contenus dans le présent catalogue sans le consentement écrit de Sweden & Martina S.p.A.

Pour toutes informations supplémentaires sur les produits, y compris les indications, contre-indications, avertissements, précautions et effets collatéraux potentiels, se référer au site web de Sweden & Martina S.p.A.

Les contenus de ce catalogue correspondent à la documentation mise à jour au moment de la publication. Contacter la société Sweden & Martina pour les mises à jour successives.