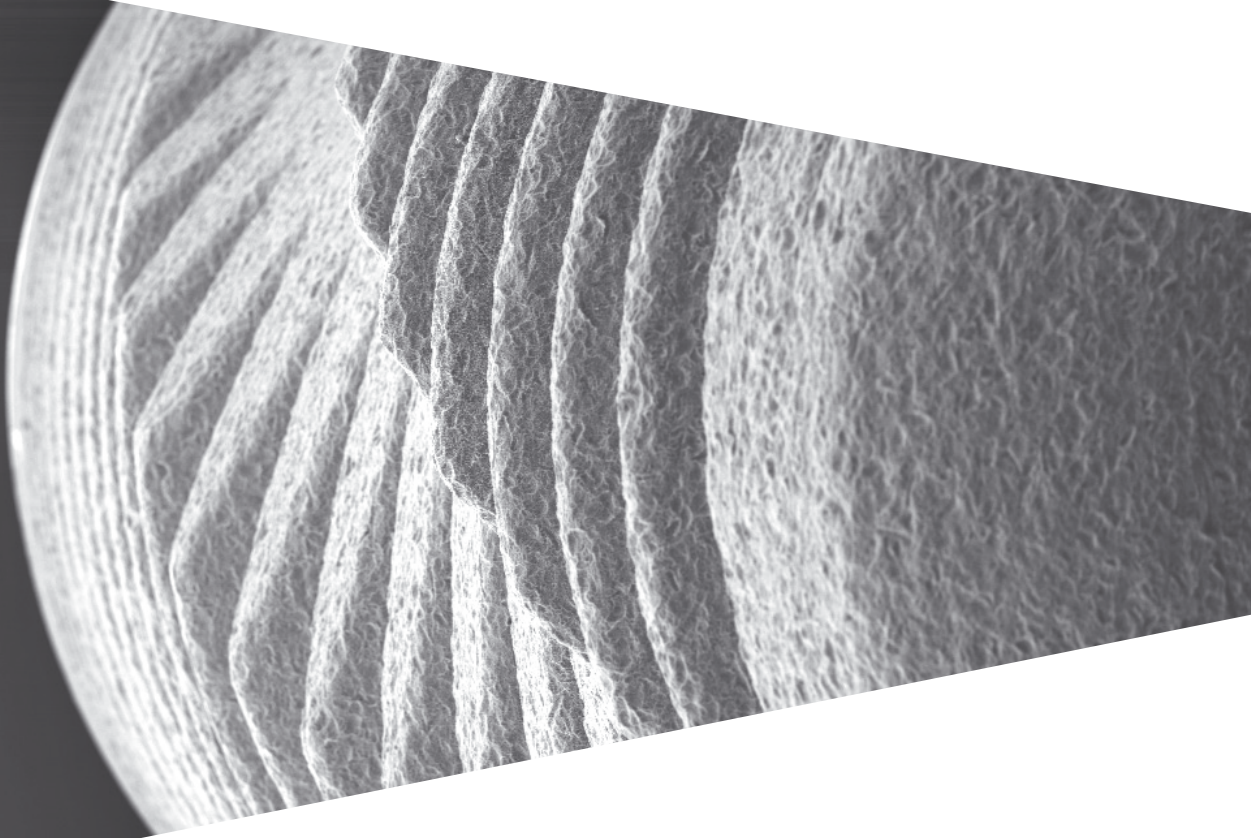


MANUEL CHIRURGICAL



  
sweden & martina  
40 | ANNIVERSARY | 1972 | 2012

# MANUEL CHIRURGICAL TABLE DES MATIÈRES



Implants Global

04



La gamme

12



Plateforme de connexion

14



Dispositifs chirurgicaux

18



Anamnèse du patient  
et plan de traitement

30



Insertion de l'implant

72

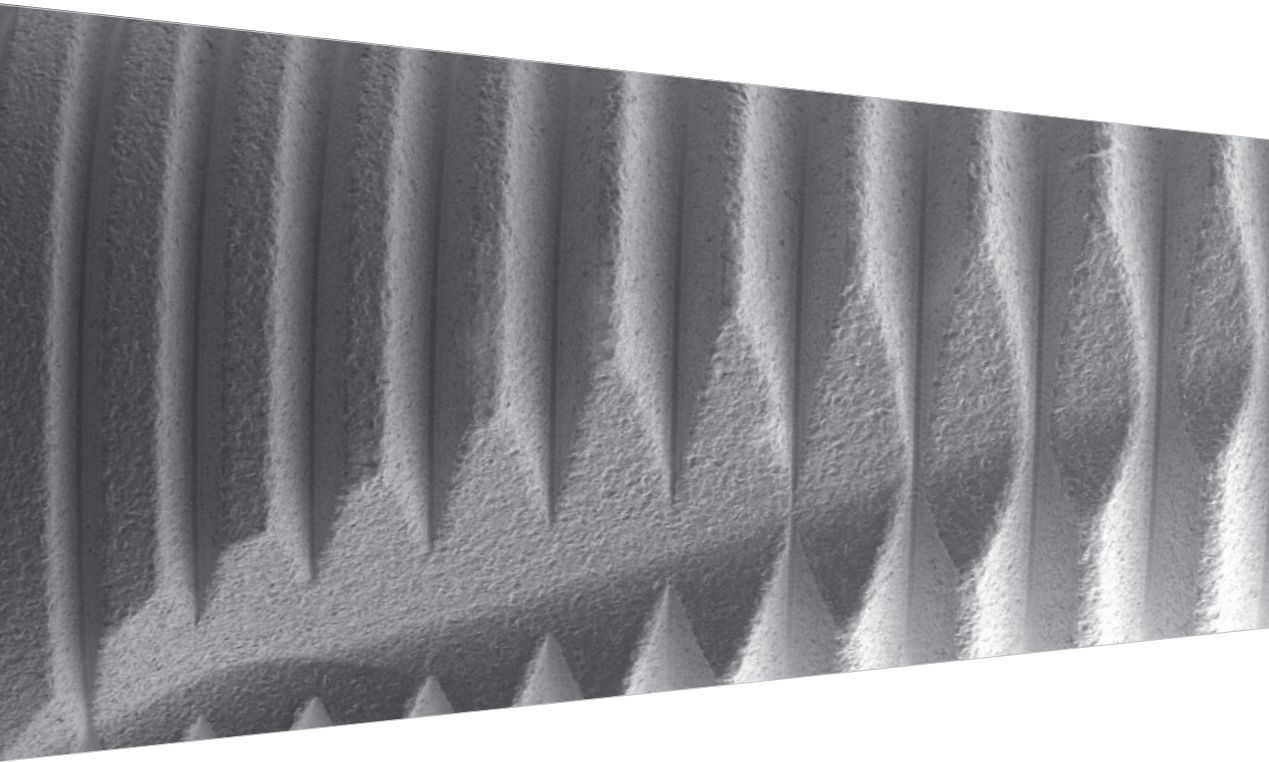


Bibliographie

74

Dans la réhabilitation implanto-prothétique avec les implants Global, seuls les composants prothétiques originaux Sweden & Martina doivent être exclusivement utilisés. L'utilisation de composants non originaux limite la responsabilité de Sweden & Martina et annule la garantie sur le produit.

Pour l'insertion chirurgicale des implants, utiliser les dispositifs chirurgicaux prévus à cet effet, disponibles à l'unité ou en kit. Nous préconisons l'utilisation d'accessoires chirurgicaux originaux fabriqués par Sweden & Martina. Nous ne répondons pas de l'utilisation d'instruments non originaux.

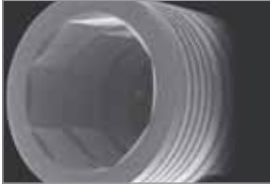


Les implants dentaires Global sont des dispositifs médicaux implantables aptes à réhabiliter les patients affectés d'édentation totale ou partielle. Ils sont destinés à être insérés chirurgicalement dans l'os mandibulaire ou maxillaire. Ils peuvent être insérés dans les différents sièges de la cavité orale avec plusieurs techniques, puis reliés aux prothèses à des moments différents. En fonction du protocole chirurgical, ils peuvent être implantés avec un **protocole enfoui ou pas**; selon les temps d'utilisation (fonctionnalisation), ils peuvent être réhabilités avec mise en **charge immédiate ou différée**. Les implants Global peuvent être insérés dans des sites **déjà édentés ou dans des sites post-extractions** tant avec un protocole immédiat que différé.

## Morphologie

La morphologie des implants Global présente de nombreuses caractéristiques distinctes qui rendent le système implantaire particulièrement versatile et sûr.

La **conicité variable**, légère au niveau de la tête fraisée et de la première partie centrale, est plus accentuée dans la partie apicale ; ce profil caractéristique rend l'implant Global particulièrement adaptable aux différentes techniques chirurgicales.



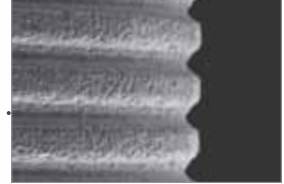
Cette caractéristique facilite l'insertion de la prothèse



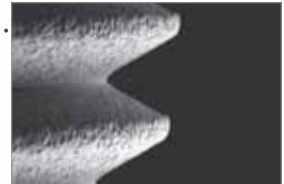
Les deux longues **incisions apicales**, hélicoïdales et profondes, favorisent le taraudage de l'os, ce qui offre deux zones de décompression et d'élimination de la coagulation et améliore la stabilité primaire, augmentant simultanément le caractère antirotationnel de l'implant pendant les manœuvres de vissage et de dévissage de ses composants. Le taraudage préventif de l'os est de toute façon toujours conseillé en cas d'os très compact.



Le sommet arrondi rend l'implant apte même aux mini élévations de sinus et à l'élévation du sinus maxillaire.



Le **micro-taraudage coronal** présente la même forme que la spire effective, mais avec un pas réduit de moitié. La partie micro-taraudée de la tête fraisée de l'implant et la continuité avec le filetage principal apportent une meilleure stabilité primaire.



Le **filet à profil conique** a un pas de 0,6 mm et une profondeur de 0,4 mm pour fournir une plus grande surface de contact en présence d'un os plus spongieux. La spire extérieure à profil progressif, avec angle de 60°, est complet jusqu'au sommet de l'implant.

## Mounter multifonctions

L'implant est vendu avec le mounter déjà assemblé. Les dimensions particulières et le design du mounter le rendent pratique, fonctionnel et versatile. Le mounter travaille dans le puits de l'implant avec une géométrie particulière, à angles arrondis et des saillies de décharge, expressément dessinée pour éviter des déformations de connexion et faciliter l'enlèvement du mounter à la fin de l'insertion de l'implant.

En plus de la fonction habituelle de carrier pour le positionnement in situ de l'implant, les caractéristiques du mounter permettent également son utilisation pour une empreinte précise grâce à une gaine en PEEK\* dotée d'ailettes qui assurent un ancrage stable dans le matériau de l'empreinte.

La gaine, opportunément réduite et/ou adaptée à la morphologie de l'élément remplacé, permet également de réaliser un provisoire immédiat auprès du patient, garantissant ainsi précision et simplicité de procédure.

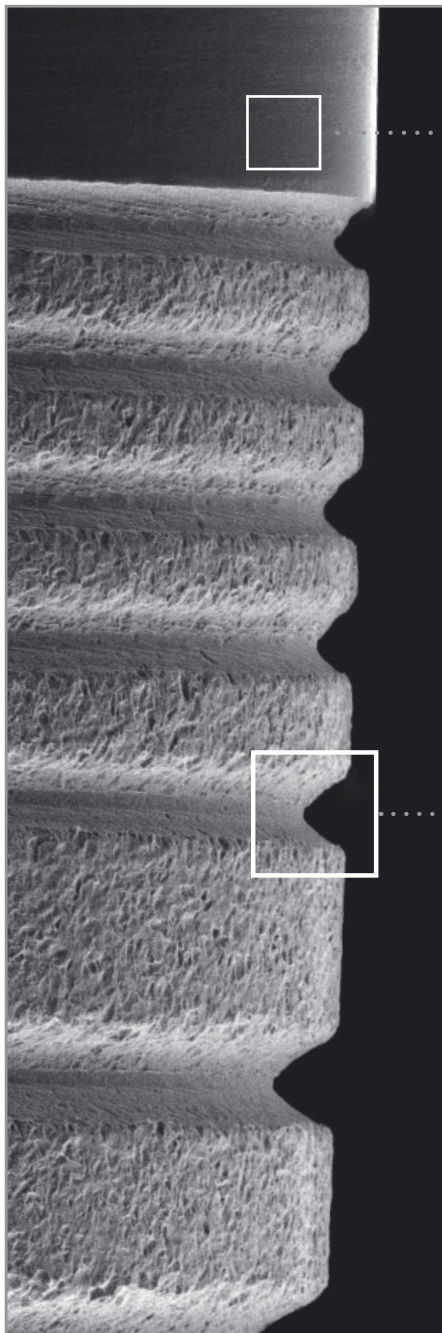


\* La gaine n'est pas fournie avec le mounter et l'implant mais peut être achetée à part.



## Surface

Il a été amplement démontré que plus la rugosité est proche de la dimension des fibroblastes, plus elle est en mesure d'influencer le comportement cellulaire, provoquant une activation plaquettaire plus importante par rapport à une surface lisse, ce qui accélère le processus de réparation et d'ostéointégration : la rugosité est en mesure d'orienter la disposition des cellules, d'en altérer le métabolisme et la prolifération, de différencier les ostéoblastes et de moduler la production de matrice extracellulaire.



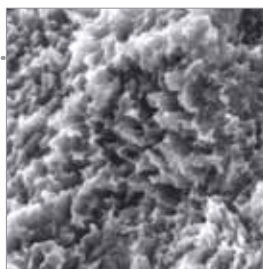
Le **collet dentaire est brillant** sur 0.3 mm, ce qui permet le contrôle parfait du diamètre de connexion et la prévention de l'accumulation de plaque au niveau du raccord avec le pilier.

Le degré de rugosité est Ra 0.2.

### Surface ZirTi

(Zirconium Sand-Blasted Acid Etched Titanium)

Le corps de l'implant est soumis au traitement ZirTi qui augmente considérablement la surface de contact entre os et implant et garantit une excellente stabilité primaire. Il s'agit d'une surface nanostructurée de dernière génération obtenue au moyen d'un processus de propriété, qui prévoit une séquence de passages du sablage avec oxyde de zirconium au mordantage avec acides minéraux. La rugosité et la morphologie de la surface sont en mesure de promouvoir la prolifération et la différenciation ostéoblastique, la formation et la maturation du tissu osseux et augmentent considérablement la surface de contact os-implant. La surface ZirTi s'est avérée être un substrat favorable à la croissance cellulaire apte à en promouvoir de manière appropriée la différenciation. Le degré de rugosité est (1.2 ÷ 1.3).



Surface ZirTi à 4.000 et 10.000 agrandissements au microscope à scannage électronique : la macro et la micro rugosité, obtenues par le biais des différents passages du traitement de surface, sont appréciables.

Les matériaux employés pour la production des implants dentaires Global ont été sélectionnés en fonction des propriétés indiquées pour leur destination d'emploi, conformément à la directive 93/42 transposée en Italie avec la loi 46/97, Annexe I Conditions requises Essentielles, point 7.1.

Elles sont produites en titane commercialement pur de grade 1, conforme aux normes harmonisées.

**L'allergie au titane est très rare mais possible**, il est donc toujours nécessaire de demander préalablement aux patients s'ils ne présentent pas d'allergies de ce type.

# Décontamination de la surface par plasma froid

Au terme des traitements de la surface, les implants sont soumis à un minutieux processus de décontamination de la surface par plasma froid avec amorçage en Argon, après avoir éliminé les principaux agents contaminants avec de nombreux cycles de lavage dans des solvants prévus à cet effet. Lors du traitement à base d'Argon, les atomes du gaz sont partiellement ionisés, ils acquièrent de l'énergie et "bombardent" violemment la surface de l'implant. Cette sorte de "sablage atomique" provoque l'élimination des agents contaminants organiques sans laisser de traces ou résidus. L'Argon, comme nous le savons, est un gaz inerte et ne réagit pas avec la surface du titane. L'état de décontamination superficielle est périodiquement contrôlé par le biais d'analyses randomisées de Bioburden résiduel et par un examen au SEM sur tous les lots produits. Ce processus, en activant l'ionisation des atomes les plus superficiels de l'oxyde de titane, augmente la mouillabilité de l'implant.



*Implant avant le traitement de décontamination.*



.....

*Réacteur au plasma en fonction lors d'un processus de décontamination de la surface des implants.*

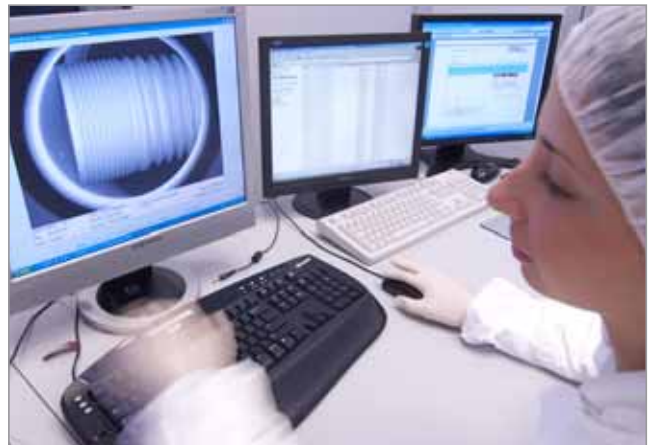


*Implant après le traitement de décontamination.*

## Composition de la surface des implants

Plus les processus de passivation, nettoyage, décontamination de la surface d'un implant sont performants, plus grande est la présence de titane pur sur cette surface, ce qui augmente proportionnellement les possibilités d'ostéointégration.

Sweden & Martina, grâce aux traitements de surface rigoureux et au processus de décontamination par plasma froid, a réussi à obtenir **une valeur de titane en pourcentage en masse très élevée**, documentée par les analyses ESCA effectuées de façon randomisée sur les lots de production. Seuls les implants soumis à des traitements aussi minutieux garantissent des résultats à ce point significatifs, en mesure d'offrir les meilleures probabilités de succès et de durée.



## L'emballage des implants

Les implants sont contenus dans des ampoules en PMMA dans lesquelles ils sont conservés dans de petits paniers en titane qui évitent à la surface de l'implant les potentielles contaminations de contact. Tous les matériaux qui composent le packaging ont été opportunément testés pour en vérifier l'aptitude à la stérilisation, à la préservation et à l'usage médical.



Les blisters contenant les implants sont emballés dans de petites boîtes en carton à l'intérieur desquelles se trouvent également le mode d'emploi et les étiquettes pour la fiche du patient reportant les données qui permettent la traçabilité du produit (numéro de code et de



Le mounter, assemblé sur chaque implant, se présente prêt à être engagé par les drivers prévus à cet effet.

La vis de couverture est fournie avec chaque implant et est logée dans un emplacement prévu à cet effet dans la partie supérieure d'un bouchon bleu en LDPE qui ferme l'ampoule. Un petit couvercle transparent en PMMA ferme à son tour le bouchon bleu.

Sur le fond de l'ampoule est appliquée une étiquette ronde de couleur rouge. Au début cette étiquette est jaune et vire au rouge pendant le rayonnement, confirmant ainsi que la stérilisation a bien eu lieu.



Les ampoules sont contenues dans un blister en PETG scellé par un film de Tyvek qui garantit la stérilité du produit pendant 5 ans.



## La stérilisation

La stérilisation est effectuée au moyen de l'**irradiation avec des rayons beta**. Les procédures de stérilisation sont effectuées conformément au régime de garantie de qualité UNI EN ISO 13485 et UNI EN ISO 9001. Un processus de stérilisation à rayons beta a été choisi car ce type de stérilisation présente différents avantages :

- le processus se fait de manière complètement automatisée avec monitoring informatisé pendant toutes les phases ;
- le processus est testé, fiable et extrêmement reproductible en toute sécurité et précision ;
- le processus est parfaitement compatible avec l'environnement, il ne requiert pas la présence de sources radioactives et ne donne pas lieu à la formation de produits toxiques ou radioactifs ;
- les rayons beta ne sont absolument pas invasifs par rapport à l'emballage, cela s'explique par la rapidité du traitement. Cela garantit le maintien dans le temps de la stérilité du produit (durée certifiée de 5 ans).

Le processus de stérilisation a été validé de manière opportune, conformément aux dispositions de la loi. La validation a été effectuée selon la méthode indiquée et décrite dans ISO 11137-(1-3):2006, ISO 11137-2:2012, UNI EN 552:2002, ISO/TS 13409:2002. Des échantillons d'implants sont ensuite régulièrement soumis à des analyses microbiologiques et biologiques pour contrôler que les paramètres validés pour la stérilisation ne varient pas dans le temps.

### AVIS IMPORTANT

La date d'expiration est reportée sur l'emballage. Le blister stérile doit être ouvert uniquement au moment de l'intervention. Avant l'ouverture, contrôler que l'emballage soit intact. Tout endommagement pourrait compromettre la stérilité de l'implant et par conséquent le succès de l'intervention. Les implants déjà utilisés ou non stériles ne doivent jamais être réutilisés.

Il s'agit d'un dispositif jetable : sa réutilisation n'est pas consentie et peut amener à la perte de l'implant et à des infections croisées.

## Légende des codes : implants

Les codes des implants sont pour ainsi dire "parlants", cela signifie qu'ils permettent une identification aisée de la pièce. Ci-après tableau du fonctionnement du code parlant en prenant comme exemple U-ZT-550-115.

Type d'implant U-	Surface ZT-	Diamètre 550	Longueur 115
U: Implant Global	ZT: Surface ZirTi	380: 3.80 mm 430: 4.30 mm 480: 4.80 mm 550: 5.50 mm	085: 8.5 mm 100: 10 mm 115: 11.5 mm 130: 13 mm 150: 15 mm
		est la dimension du ø de la connexion de l'implant	exprime la longueur de l'implant

# Implants Global

La morphologie root form qui caractérise les implants Global prévoit une première partie d'une hauteur de 6 mm et une conicité de 1°, afin de stabiliser l'implant dans la zone la plus corticale de l'os récepteur, et un sommet à conicité 6° mais avec une longueur variable, de sorte à mieux s'adapter à la morphologie des crêtes osseuses, grâce à la réduction progressive du diamètre apical.



Matériau implant et vis chirurgicales de fermeture : titane grade 4.

Matériau mounter standard et vis de fixation : titane grade 5.

\* Les mounter sont vendus uniquement préassemblés aux implants de diamètre correspondant, la vente à l'unité n'est pas prévue.

La vis mounter (code U-VMOU-180), qui assure le mounter à l'implant, est également disponible comme pièce de rechange.

\*\* Chaque implant est vendu avec sa vis chirurgicale de fermeture. Les vis chirurgicales en emballage stérile sont disponibles également à la vente à l'unité.

Pour toutes les indications relatives aux implants, se référer aux modes d'emploi présents dans chaque emballage.

ø 3.80 mm

ø 4.30 mm

ø 4.80 mm

ø 5.50 mm

h  
8.50



U-ZT-380-085



U-ZT-430-085



U-ZT-480-085



U-ZT-550-085

h  
10.00



U-ZT-380-100



U-ZT-430-100



U-ZT-480-100



U-ZT-550-100

h  
11.50



U-ZT-380-115



U-ZT-430-115



U-ZT-480-115



U-ZT-550-115

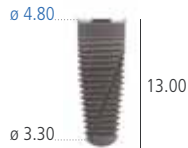
h  
13.00



U-ZT-380-130



U-ZT-430-130



U-ZT-480-130



U-ZT-550-130

h  
15.00



U-ZT-380-150



U-ZT-430-150



U-ZT-480-150

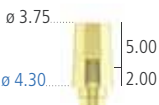


U-ZT-550-150

Mounter \*



U-MOU-380



U-MOU-430



U-MOU-480



U-MOU-550

Vis  
chirurgicales  
de  
fermeture \*\*



U-VT-380



U-VT-430



U-VT-480



U-VT-550

### Kit Chirurgical

Le kit chirurgical du système implantaire Global a été étudié pour être simple et ergonomique. Les descriptions des instruments sont sérigraphiées sur le plateau pour permettre au personnel auxiliaire un repositionnement aisé après les phases de décontamination et de nettoyage. Les kits contiennent les butées de forage profondeur pour une utilisation sûre des forets (sauf countersink et forets évaseurs). Ces butées de forage profondeur sont extrêmement pratiques car elles peuvent être insérées et ôtées des forets en direction pointe > \_tige, manuellement. Les instruments contenus dans le kit sont tous produits en acier inoxydable pour un usage chirurgical. Afin de garantir une meilleure durée de vie des pièces, il est conseillé de suivre les procédures de décontamination et de stérilisation préconisées. Les kits chirurgicaux contiennent les calques radiographiques avec la représentation des mesures des implants pour permettre, à travers l'analyse radiographique ou tomographique, le choix des implants dans les diamètres et les longueurs les plus appropriés. Avec le kit est également livré un implant factice pour les tests pratiques (à ne pas utiliser chez les patients car anodisé et non stérile), un mouter avec sa vis et le manuel chirurgical relatif aux implants Global. Sont également fournis la clé hexagonale pour le réglage rapide du couple de serrage de la clé à cliquet dynamométrique et un tube de gel lubrifiant pour la maintenance de cette dernière.

Y est incluse également une pratique clé à cliquet qui joue aussi bien le rôle de clé dynamométrique pour le contrôle du couple de serrage de fermeture des vis prothétiques que de clé chirurgicale lors de l'insertion des implants. La clé à cliquet a une très petite tête dont l'encombrement très limité facilite l'utilisation de même dans les secteurs distaux.



Le kit est composé d'un boîtier pratique en radel avec à l'intérieur un plateau chirurgical prévu pour loger les instruments selon un parcours guidé. Les séquences d'utilisation des instruments sont indiquées par des marquages colorés.

## code

## description



ZGLOBAL2\*

Kit chirurgical complet avec instruments nécessaires pour implants Global



GLO2-KIT\*

Coffret porte-instruments en Radel pour implants Global



GROMMET-3

Kit de 5 supports en silicone de rechange pour plateau chirurgical, pour forets ou instruments avec tige pour contrangle



GROMMET-4

Kit de 5 supports en silicone de rechange pour plateau chirurgical, pour instruments dotés d'hexagone de raccord



GROMMET-5

Kit de 5 supports en silicone de rechange pour plateau chirurgical, pour instruments digitaux ou petites pièces-à-main

\* Les sigles ZGLOBAL2\* et GLO2-KIT\* sont suivis d'une lettre et d'un chiffre qui indiquent la révision du kit chirurgical.

## Code couleur

À l'intérieur du système implantaire Global a été défini un système de code couleur qui identifie le diamètre et/ou la connexion des composants.

Le kit chirurgical contient les forets chirurgicaux et les butées de forage (anneau coloré sur la tige) caractérisés par le code couleur :

**Ø 2.20 BLANC**

**Ø 2.80 NOIR**

**Ø 3.80 VERT**

**Ø 4.30 BLEU**

**Ø 4.80 MAGENTA**

**Ø 5.50 BLUE CIEL**

De même les vis de couverture, les transferts pour la prise d'empreinte et les analogues de laboratoire suivent le même code couleur pour permettre une reconnaissance aisée de la plateforme, même au moment de la seconde phase chirurgicale et de la réalisation de la prothèse.



## Kit Chirurgical

**FORET LANCÉOLÉ**  
FS-230

**FORETS CYLINDRIQUES**  
○ FI3-220-LXS  
● FI3-280-LXS

**BUTÉES DE FORAGE PROFONDEUR POUR FORETS CONIQUES**  
● U-STOP3-380  
● U-STOP3-430  
● U-STOP3-480  
● U-STOP3-550

**BUTÉES DE FORAGE PROFONDEUR POUR FORETS CYLINDRIQUES**  
STOP3-220-280-085  
STOP3-220-280-100  
STOP3-220-280-115  
STOP3-220-280-130  
STOP3-220-280-150

**DRIVER POUR MOUNTER**  
U-AVV3-MOU-CA    U-AVV-MOUC

**DRIVER POUR IMPLANTS**  
U-BC-OT275-CA    U-BC-OT275

**ADAPTATEURS ET PROLONGATEURS**  
PROF-CAL2    B-AVV-CA3    BPM-15

**TARAUEURS**  
● U-MS-380  
● U-MS-430  
● U-MS-480  
● U-MS-550

**U-BLP-OT275**    **U-BL-OT275**

● FORETS CONIQUES

- FU-380-085
- FU-380-100
- FU-380-115
- FU-380-130
- FU-380-150



● FORETS CONIQUES

- FU-430-085
- FU-430-100
- FU-430-115
- FU-430-130
- FU-430-150



● FORETS CONIQUES

- FU-480-085
- FU-480-100
- FU-480-115
- FU-480-130
- FU-480-150



● FORETS CONIQUES

- FU-550-085
- FU-550-100
- FU-550-115
- FU-550-130
- FU-550-150



ADAPTATEUR



AV3-MAN-DG

CLÉ À CLIQUET  
DYNAMOMÉTRIQUE



CR15

CLÉ  
BLOQUE-  
MOUNTER



U-CM

ADAPTATEUR



AV2-CA-DG

VISSEUSES POUR CLÉ À CLIQUET

HSM-20-CA

HSM-20-EX

HSM-20-EX



PILIER DE PARALLÉLISME

- U-PP-220
- U-PP-280



VISSEUSES DIGITALES POUR VIS DE SERRAGE

- HSMXS-20-DG
- HSM-20-DG
- HSM-20-DG



### Indications générales

Les dispositifs chirurgicaux relatifs aux systèmes implantaires fabriqués par Sweden & Martina S.p.A. sont des dispositifs médicaux destinés à être utilisés dans la cavité orale, pour une utilisation temporaire (durée non supérieure à 60 minutes consécutives), réutilisables.

Les fonctions des dispositifs chirurgicaux sont la préparation des sites pour implants Sweden & Martina, l'insertion des implants dans les sites, le serrage et le dévissage de toutes les vis de connexion (vis de couverture, vis transmuqueuses de cicatrisation, vis pour piliers, vis prothétiques, vis pour transferts, etc.).

Les dispositifs chirurgicaux fabriqués par Sweden & Martina S.p.A. sont destinés à l'utilisation des implants dentaires également fabriqués par Sweden & Martina S.p.A.. L'utilisation des dispositifs chirurgicaux pour des interventions avec des implants autres que ceux fabriqués par Sweden & Martina S.p.A. limite la responsabilité de Sweden & Martina S.p.A. et annule la garantie sur le produit. Nous ne répondons pas de l'utilisation d'instruments non originaux.

Les dispositifs chirurgicaux Sweden & Martina S.p.A. sont vendus en emballage NON STÉRILE. Ils doivent être nettoyés, désinfectés et stérilisés avant utilisation, conformément aux instructions décrites dans le présent document. Le non respect de cet avertissement peut provoquer des infections chez le patient.

Les matériaux employés pour la production des dispositifs chirurgicaux pour implants dentaires fabriqués par Sweden & Martina S.p.A. ont été sélectionnés en fonction des propriétés indiquées pour leur destination d'emploi, conformément à la directive 93/42 transposée en Italie avec la loi 46/97, Annexe I Conditions Requises Essentielles, point 7.1.

Chaque emballage indique le code, la description du contenu et le numéro de lot. Ces données sont également indiquées sur les étiquettes placées à l'intérieur des emballages et doivent toujours être citées par le médecin dans toute communication.

# Légendes des codes : dispositifs médicaux

Les codes des implants sont pour ainsi dire “parlants”, cela signifie qu’ils permettent une identification aisée de la pièce. Ci-après tableau du fonctionnement du code parlant en prenant comme exemple différentes typologies d’instruments.

Exemples	Typologie de composant et type d’implant	Révision/ Dimension	Diamètre	Longueur
La gamme des dispositifs est ample, nous en indiquons quelques exemples relatifs aux principales familles :	Le sigle “U” indique le système Global. Les autres lettres identifient la famille du produit.	Le sigle identifie la longueur de la tige dans le cas des forets, ou le numéro de la révision de l’accessoire.	Normalement c’est la mesure du $\varnothing$ de l’implant pour lequel est prévue l’utilisation du dispositif.	Il s’agit d’une mesure normalement liée à la hauteur du composant, ou à d’autres mesures importantes qui la caractérisent, ou un sigle qui définit si un pilier est repositionnable ou pas.
FU3-380-150	FU : Foret pour Implant Global	3 : Révision 3 (en cas de forets indiquant une tige de 14 mm)	380: 3.80 mm	150: 15 mm
STOP3-220/280-150	STOP : Butées de forage profondeur pour forets cylindriques	3 : Révision 3	220: 2.20 mm 280: 2.80 mm	150: 15 mm
U-STOP3-550	U-STOP: Butées de forage profondeur pour forets coniques pour Implants Global	3 : Révision 3	550: 5.50 mm	-
U-MS-430	U-MS : Taraudeur pour implant Global	-	430: 4.30 mm	-
U-PP-280	U-PP : Pilier de Parallélisme pour Implants Global	-	280: 2.80 mm	-
U-BLP-OT275	U-BLP : Clé Hexagonale pour Vissage Implants Global, Pleine	OT : Octogonal	-	275: 2.75 mm

### Forets

Tous les forets Sweden & Martina sont réalisés en **acier inoxydable** caractérisé par une **résistance élevée à la corrosion et à l'usure**. Ils sont destinés à un emploi mécanique, c'est-à-dire qu'ils présentent une tige avec attachement pour contre-angle et doivent être utilisés avec un micromoteur spécifique. Le soin extrême apporté à la phase de projet et de réalisation permettent une utilisation avec une **absence totale de vibrations et d'oscillations**. Néanmoins une insertion incorrecte des instruments dans les pièces-à-main peut provoquer des vibrations, des rotations excentriques, une usure précoce et le pliage de la tige. Il est conseillé d'utiliser exclusivement les micromoteurs chirurgicaux prévus à cet effet. Il est conseillé de faire contrôler les micromoteurs périodiquement par les producteurs, selon les indications de ces derniers, afin de prévenir les éventuels dysfonctionnements (par ex. les déplacements de l'axe des arbres de transmission, les pinces usées ou fonctionnant mal, etc.). Le non respect des indications fournies peut entraîner des problèmes chirurgicaux et des troubles de la santé du patient.

Nous conseillons l'utilisation des vitesses de rotation indiquées dans les procédures page 42, afin d'éviter l'apparition de nécrose osseuse. Les mouvements levier augmentent les risques de rupture des instruments. Il faut pour cela les éviter. En règle générale, il faut éviter les brusques changements de vitesse. Ne jamais appliquer une pression telle à interrompre brusquement la rotation de l'instrument. Ce fait pourrait donner lieu à une augmentation excessive de chaleur dans les tissus intéressés par la coupe, provoquant ainsi une nécrose osseuse, et abimer aussi bien l'instrument que l'appareil utilisé (micromoteur). Ce fait pourrait comporter la rupture de l'instrument. Il est conseillé de travailler de façon intermittente pour éviter les surchauffes et l'usure de la partie travaillante mais également l'augmentation de la chaleur des tissus concernés par la coupe. L'utilisation de liquide de refroidissement prévu à cet effet est préconisée. L'absence d'une bonne irrigation peut entraîner une nécrose osseuse.

L'usure des forets dépend en grande partie du type et de la densité de l'os fraisé : un os plus dur provoque une usure plus importante des instruments. Pour une meilleure sécurité et prudence quant à la capacité de résistance à l'usure du dispositif, il est conseillé d'utiliser les forets pendant une durée ne dépassant pas les 20 cycles de travail, voire moins si les instruments perdent leur capacité de coupe. Les 20 cycles préconisés représentent une donnée moyenne. Il est conseillé de contrôler l'état d'entretien de la capacité résiduelle de coupe après chaque intervention.

Sweden & Martina S.p.A. n'assume aucune responsabilité en cas d'utilisations excédantes. Les forets ne doivent jamais être aiguisés avant l'emploi. Ne jamais utiliser d'instruments abîmés, pliés ou usés.





## Foret lancéolé de précision FS230

Le foret lancéolé de précision est en acier chirurgical inoxydable. Il sert à pratiquer une incision dans la corticale, il est donc très pointu et coupant. Le dessin des lames garantit une coupe efficace tant au niveau de la pointe que sur le côté. Il présente un diamètre maximum de 2,30 mm. Le marquage au laser à 4,80 mm indique la profondeur à laquelle insérer le foret pour obtenir un foret guide approprié pour les forets suivants.

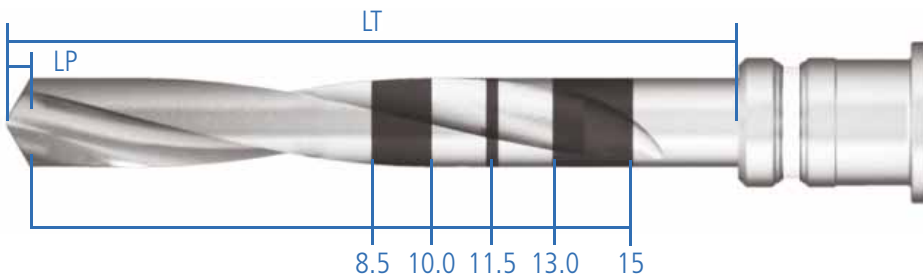


## Forets cylindriques F13-220-LXS F13-280-LXS

Les forets intermédiaires pour les implants Global sont cylindriques et présentent des géométries à hélice à deux coupants. Ils sont dotés d'un marquage au laser pour indiquer la profondeur du travail. Ils doivent être utilisés avec une irrigation extérieure abondante.

**LT:** Longueur totale de la partie travaillante, pointe comprise.

**LP:** Longueur de la pointe. Cette dimension doit être calculée en sus de la longueur de l'orifice de la préparation.



### AVIS IMPORTANT

Les forets pratiquent toujours un trou plus long que l'implant à insérer.

Le surdimensionnement (Lp) est égal à la hauteur de la pointe du foret que l'on est en train d'utiliser.

Code	Ø	Lp	Lt
F13-220-LXS	2.20	0.64	18.20
F13-280-LXS	2.80	0.81	18.35

## Butées de forage profondeur pour forets cylindriques

Le kit contient deux séries complètes de butées de forage profondeur pour les forets cylindriques. Les deux séries sont identiques et interchangeables, de manière à permettre au médecin de préparer sur la table stérile tous les instruments déjà assemblés pour la procédure chirurgicale complète.

Hauteur : **8.50 mm**    **10.00 mm**    **11.50 mm**    **13.00 mm**    **15.00 mm**



Les butées de forage profondeur sont des dispositifs à insérer dans le sens → tige sur forets prédisposés à les recevoir. Ils permettent de limiter la longueur de travail d'un foret à une hauteur prédéfinie.

Il est conseillé de vérifier systématiquement que la butée de forage profondeur soit introduite à la hauteur souhaitée. Une insertion incomplète peut réduire la hauteur de la préparation. Les éventuelles difficultés d'insertion peuvent être résolues en desserrant légèrement les ailettes des butées de forage, au moyen d'une petite pince. Il est par ailleurs conseillé de vérifier également la rétention exercée par la butée de forage, car une rétention trop faible peut faire tomber l'instrument du foret pendant l'intervention. Si la capacité de rétention des butées de forage profondeur diminue, il suffit de serrer légèrement les ailettes à la main ou à l'aide d'une petite pince.

Les deux séries de butées de forage profondeur pour forets cylindriques sont identiques et peuvent être montées indistinctement sur le foret de diamètre 2,20 mm et sur celui de diamètre 2,80 mm. Le kit en contient deux séries, ce qui le rend pratique et complet.



# Forets coniques

Les forets coniques sont eux aussi réalisés en acier inoxydable avec une résistance élevée à la corrosion et à l'usure. Ils présentent un nombre de coupants proportionnel au diamètre de l'orifice, de façon à permettre un mouvement de coupe continu et homogène et une meilleure stabilité de l'instrument pendant les phases opératoires. Tout cela se traduit en préparations implantaire très précises qui sont la clé du succès des implants à morphologie conique.

Leur tige pour contrangle standard mesure 14,5 mm. Le kit contient 20 forets coniques, chacun trace l'orifice final pour l'implant de diamètre de hauteur rappelé par le code de l'instrument.

Les forets sont les suivants :

pour implant :	ø 3.80 mm	ø 4.30 mm	ø 4.80 mm	ø 5.50 mm
<b>8.50</b>	 FU3-380-085	 FU3-430-085	 FU3-480-085	 FU3-550-085
<b>10.00</b>	 FU3-380-100	 FU3-430-100	 FU3-480-100	 FU3-550-100
<b>11.50</b>	 FU3-380-115	 FU3-430-115	 FU3-480-115	 FU3-550-115
<b>13.00</b>	 FU3-380-130	 FU3-430-130	 FU3-480-130	 FU3-550-130
<b>15.00</b>	 FU3-380-150	 FU3-430-150	 FU3-480-150	 FU3-550-150

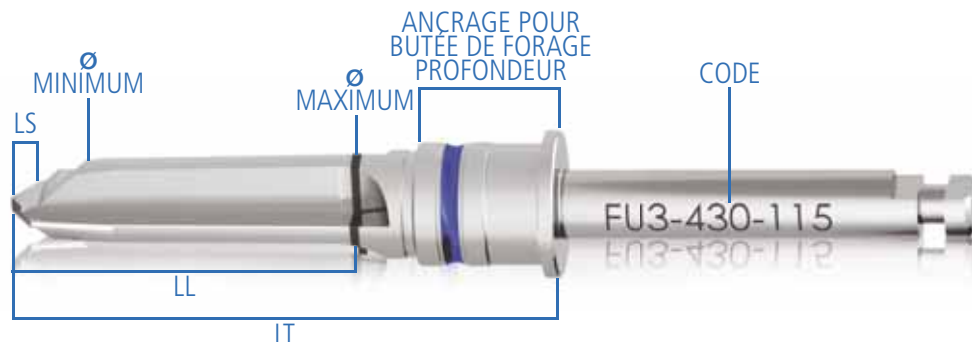
# DISPOSITIFS CHIRURGICAUX

Les forets coniques se distinguent par un anneau coloré qui facilite la reconnaissance des instruments dédiés à chaque diamètre.

**LS** : mesure de la surpréparation.

**LL** : longueur de travail, comprenant la surpréparation de la pointe.

**LT** : longueur totale de la partie qui reste à l'extérieur du contrangle.



## AVIS IMPORTANT

Les forets pratiquent toujours un trou plus long que l'implant à insérer.

Le surdimensionnement (LS) est égal à la différence entre la longueur de la partie travaillante du foret et la hauteur nominale de l'implant.

Pour le détail des mesures des différents forets, se référer à la grille suivante :

Code Foret	Implant correspondant	ø Nominal	ø Minimum	ø Maximum	LT	LL	LS	CODE COULEUR
FU3-380-085	U-ZT-380-085	3.80	3.00	3.25	15.70	8.90	0.40	VERT
FU3-380-100	U-ZT-380-100	3.80	2.80	3.25	17.15	10.35	0.35	VERT
FU3-380-115	U-ZT-380-115	3.80	2.40	3.25	18.60	11.80	0.30	VERT
FU3-380-130	U-ZT-380-130	3.80	2.10	3.25	20.05	13.25	0.25	VERT
FU3-380-150	U-ZT-380-150	3.80	1.70	3.25	22.00	15.20	0.20	VERT
FU3-430-085	U-ZT-430-085	4.30	3.40	3.70	15.75	8.95	0.45	BLEU
FU3-430-100	U-ZT-430-100	4.30	3.20	3.70	17.20	10.40	0.40	BLEU
FU3-430-115	U-ZT-430-115	4.30	2.80	3.70	18.65	11.85	0.35	BLEU
FU3-430-130	U-ZT-430-130	4.30	2.50	3.70	20.10	13.30	0.30	BLEU
FU3-430-150	U-ZT-430-150	4.30	2.10	3.70	22.05	15.25	0.25	BLEU
FU3-480-085	U-ZT-480-085	4.80	4.00	4.25	15.80	9.00	0.50	MAGENTA
FU3-480-100	U-ZT-480-100	4.80	3.70	4.25	17.25	10.45	0.45	MAGENTA
FU3-480-115	U-ZT-480-115	4.80	3.40	4.25	18.70	11.90	0.40	MAGENTA
FU3-480-130	U-ZT-480-130	4.80	3.00	4.25	18.15	13.35	0.35	MAGENTA
FU3-480-150	U-ZT-480-150	4.80	2.60	4.25	22.10	15.35	0.35	MAGENTA
FU3-550-085	U-ZT-550-085	5.50	4.80	5.05	15.90	9.10	0.60	BLEU CIEL
FU3-550-100	U-ZT-550-100	5.50	4.40	5.05	17.35	10.55	0.55	BLEU CIEL
FU3-550-115	U-ZT-550-115	5.50	4.10	5.05	18.80	12.00	0.50	BLEU CIEL
FU3-550-130	U-ZT-550-130	5.50	3.80	5.05	20.25	13.45	0.45	BLEU CIEL
FU3-550-150	U-ZT-550-150	5.50	3.30	5.05	22.20	15.40	0.40	BLEU CIEL

# Butées de forage profondeur pour forets coniques

Le kit contient une butée de forage profondeur pour chaque diamètre des forets terminaux coniques, prédisposés pour **l'insertion de la pointe du foret**. Ils sont aptes à réduire la longueur de travail à des hauteurs prédéfinies. A diamètre équivalent, la même butée de forage profondeur est compatible avec toutes les longueurs de forets, comme expliqué dans la grille suivante :

	 U-STOP3-380	 U-STOP3-430	 U-STOP3-480	 U-STOP3-550
<b>CODE COULEUR</b>	VERT	BLEU	MAGENTA	BLEU CIEL
<b>Ø NOMINAL</b> correspondant au diamètre de l'implant	3.80	4.30	4.80	5.50
<b>FORET POUR IMPLANT L. 8.50 mm</b>	FU3-380-085	FU3-430-085	FU3-480-085	FU3-550-085
<b>FORET POUR IMPLANT L. 10.00 mm</b>	FU3-380-100	FU3-430-100	FU3-480-100	FU3-550-100
<b>FORET POUR IMPLANT L. 11.50 mm</b>	FU3-380-115	FU3-430-115	FU3-480-115	FU3-550-115
<b>FORET POUR IMPLANT L. 13.00 mm</b>	FU3-380-130	FU3-430-130	FU3-480-130	FU3-550-130
<b>FORET POUR IMPLANT L. 15.00 mm</b>	FU3-380-150	FU3-430-150	FU3-480-150	FU3-550-150

Comme déjà indiqué pour les butées de forage profondeur pour forets cylindriques, il est conseillé de vérifier systématiquement que la butée soit introduite à la hauteur souhaitée. Une insertion incomplète peut réduire la hauteur de la préparation. Les éventuelles difficultés d'insertion peuvent être résolues en desserrant légèrement les ailettes des butées de forage, au moyen d'une petite pince.

Il est par ailleurs conseillé de vérifier également la rétention exercée par la butée de forage, car une rétention trop faible peut faire tomber l'instrument du foret pendant l'intervention. Si la capacité de rétention des butées de forage profondeur diminue, il suffit de serrer légèrement les ailettes à la main ou à l'aide d'une petite pince.



# Taraudeurs

Il s'agit de dispositifs coupants en mesure de préparer dans l'os les logements pour les spires des implants, surtout dans des situations où l'os se présente très compact ou cortical, pour soulager la compression et le couple de serrage d'insertion.

ø 3.80 mm



U-MS-380

ø 4.30 mm



U-MS-430

ø 4.80 mm



U-MS-480

ø 5.50 mm



U-MS-550

### AVIS IMPORTANT

La portion d'implant en contact avec l'os cortical est celle à profil cylindrique. Pour cette raison il existe un seul taraudeur par plateforme, avec un marquage au laser à 8,00 mm à partir de la pointe de l'instrument aidant ainsi à identifier avec précision la partie commune à toutes les hauteurs d'un même diamètre implantaire.



Les taraudeurs sont utilisés manuellement avec les pièces-à-main digitales AVV3-MAN-DG ou la clé à cliquet CR15. Pour les indications d'utilisation de la clé à cliquet et de la pièce-à-main digitale, consulter respectivement les pages 31 et 29. S'ils sont utilisés avec la clé à cliquet, il est conseillé de régler le couple de serrage d'utilisation à 40-50 Ncm et d'augmenter progressivement cette valeur jusqu'à la valeur maximum (sans réglage du couple de serrage), seulement si strictement nécessaire. Des valeurs de couple de serrage élevées entraînent une forte compression sur l'os, donnant lieu à des risques d'hyschémie et de réduction de la capacité de vascularisation des tissus. Dans les cas où il est difficile de faire avancer l'instrument, il est toujours conseillé de procéder avec 2-3 tours dans le sens horaire et 1-2 tours dans le sens inverse pour réduire la compression, en alternant sans cesse le vissage et le dévissage.

Les taraudeurs sont produits en acier chirurgical inoxydable. Ils sont pourvus d'un hexagone qui les rend compatibles avec les dispositifs présents dans le kit. L'hexagone d'accouplement prévoit un o'ring qui garantit la tenue des composants. Cet o'ring doit être vérifié régulièrement et remplacé lorsqu'il est usé et plus en mesure d'exercer la juste friction.

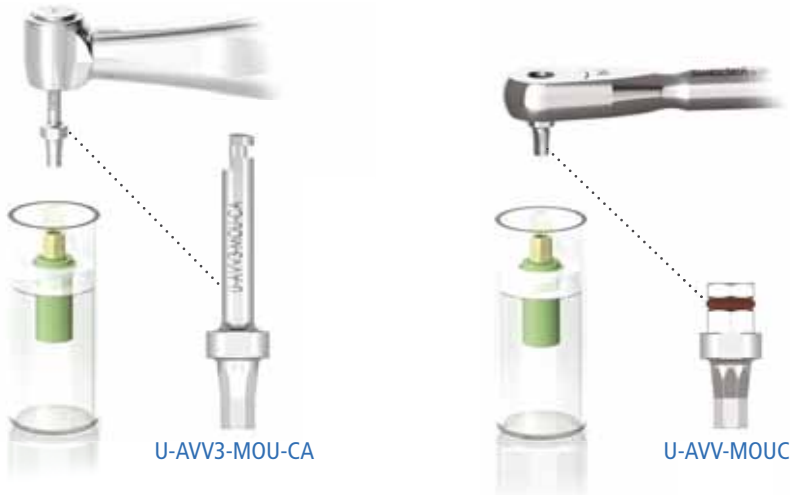


Un kit de 5 o'ring est disponible de rechange à commander avec le code ORING180-088.

## Driver pour monter

Les driver sont des dispositifs qui permettent le transport et le vissage des implants dans les sites chirurgicaux. Ils sont tous produits en acier inoxydable pour usage chirurgical. Les implants Global sont fournis avec le mounter préassemblé qui se présente dans l'emballage prêt à être engagé dans le driver.

Les driver contenus dans le kit chirurgical pour ce faire sont les suivants :



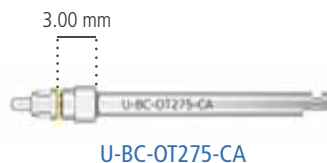
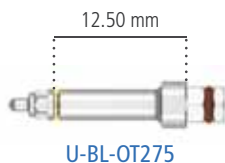
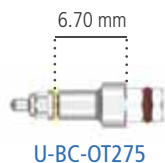
Les drivers pour monter sont en mesure de transporter l'implant dans la cavité au moyen d'une friction entre le driver et le mounter. La friction est déterminée par le schéma mécanique des deux composants. Ces drivers ont été testés pour leur fonctionnalité jusqu'à un couple de serrage de 70 Ncm. Des couples de serrage d'insertion supérieurs peuvent entraîner des problèmes mécaniques. Si le couple de serrage dépasse cette valeur, il est préférable ôter le mounter et de continuer le vissage avec la clé hexagonale pleine U-BLP-OT275.

Consulter la page 53 pour la procédure complète d'insertion.



### Driver pour monter

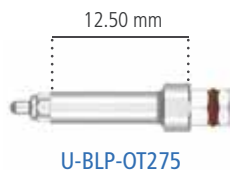
Le kit chirurgical contient également 3 driver qui permettent de transporter et de visser l'implant s'il est nécessaire ou préférable d'enlever le mouther avant l'opération :



Ces drivers, deux manuels (un court et un long), et un mécanique pour contrangle, présentent dans la partie qui entre dans les implants un o'ring métallique qui s'enclenche dans la connexion et permet de transporter l'implant dans la cavité orale après un enlèvement du mouther. Ces drivers ont été testés jusqu'à 70 Ncm de couple de serrage. Des couples de serrage d'insertion supérieurs peuvent entraîner des problèmes mécaniques. Si le couple de serrage dépasse cette valeur, il est préférable ôter le mouther et de continuer le vissage avec la clé hexagonale pleine U-BLP-OT275.

### Clé hexagonale pleine

La clé hexagonale pour usage digital uniquement ne dispose pas d'une rétention dans la connexion, comme dans le cas des trois drivers précédemment décrits. Il s'agit donc d'un driver plein, solide, qui peut être utile en cas d'os particulièrement dense pour compléter l'insertion de l'implant si le couple de serrage nécessaire à l'insertion est très élevé.



Consulter la page 53 pour la procédure complète d'insertion.

Les clés hexagonales pour usage digital ne doivent pas être employées avec la pièce-à-main digitale AVV3-MAN-DG ou la clé à cliquet CRI5 et présentent un o'ring en polymère rouge dans l'hexagone de connexion avec ces dispositifs. Pour les indications d'utilisation de la pièce-à-main digitale et de la clé à cliquet, consulter respectivement les pages 31 et 29. Pour la maintenance des o'ring en polymère rouge, consulter ce qui est indiqué dans la section "Taraudeurs", page 24.

### AVIS IMPORTANT

Les mouvements de levier peuvent provoquer la fracture ou le pliage des drivers et en conséquence d'éventuelles complications chirurgicales intraopératoires.

## Visseuses pour vis de serrage

Le kit chirurgical contient différents tournevis pour visser et dévisser les vis de serrage des mounter, piliers de cicatrisation, vis pour transferts, pour piliers et de façon plus générale toutes les vis du système Global. Ils sont tous réalisés en acier inox pour usage chirurgical.

La forme de la pointe est identique pour toutes les visseuses, les tournevis sont donc tous interchangeables entre eux. Ils se distinguent l'un de l'autre de par la longueur totale et de par le fait d'être digitaux et en une seule pièce, à savoir solidaires avec la pièce-à-main qui en permet la prise, ou dotés d'un raccord hexagonal compatible avec la clé à cliquet.

Les visseuses sont disponibles dans le kit en 3 différentes hauteurs et sont les suivantes :



HSMXS-20-DG

Visseuse pour vis de serrage, digitale, extra courte



HSM-20-DG

Visseuse pour vis de serrage, digitale, courte



HSML-20-DG

Visseuse pour vis de serrage, digitale, longue

Elles sont très pratiques pendant la phase intraopératoire car elles sont sûres, pratiques et n'ont pas besoin d'assemblage et de désassemblage.

### AVIS IMPORTANT

- Il est conseillé de passer un fil antichute à travers le petit orifice prévu à cet effet qui se trouve au sommet de la pièce-à-main.



## DISPOSITIFS CHIRURGICAUX

Les visseuses avec le raccord hexagonal supérieur sont en revanche à utiliser avec la clé à cliquet dynamométrique. Le kit contient les versions longue et courte :



HSM-20-EX

Visseuse pour vis de serrage, avec raccord pour clé à cliquet dynamométrique ou raccord digital, court.



HSML-20-EX

Visseuse pour vis de serrage, avec raccord pour clé à cliquet dynamométrique ou raccord digital, long.

Une version extra longue est également disponible, nécessaire lorsque la longueur de l'orifice de passage de la vis à l'intérieur des piliers est supérieure à 13,50 mm :



HSMXL-20-EX

Visseuse pour vis de serrage, avec raccord pour clé à cliquet dynamométrique ou raccord digital, extra long.  
*(Non compris dans le kit chirurgical, à commander à part).*

Le kit contient également une visseuse avec tige pour contrangle, très pratique tant en phase chirurgicale que prothétique si utilisée avec un micromoteur muni de contrôle du couple de serrage :



HSM-20-CA

Visseuse pour vis de serrage, avec tige pour contrangle.

Toutes les visseuses pour clé à cliquet présentent, dans l'hexagone de connexion, un o'ring en polymère rouge qui garantit la friction entre les dispositifs. Pour la maintenance et le remplacement de cet o'ring, consulter ce qui est expliqué dans la section "Taraudeurs" page 24.

### AVIS IMPORTANT

Des couples de serrage excessifs peuvent lisser les puits des vis de serrage et arrondir les angles des tournevis, causant ainsi des complications intra-opératoires ou prothétiques graves. Les couples de serrage préconisés pour les différents composants sont résumés dans la grille suivante :

vis chirurgicales de fermeture, vis transmuqueuses de cicatrisation	10 Ncm
toutes les vis prothétiques	20-25 Ncm
tous les composants prothétiques à vissage direct sur implant	25-30 Ncm

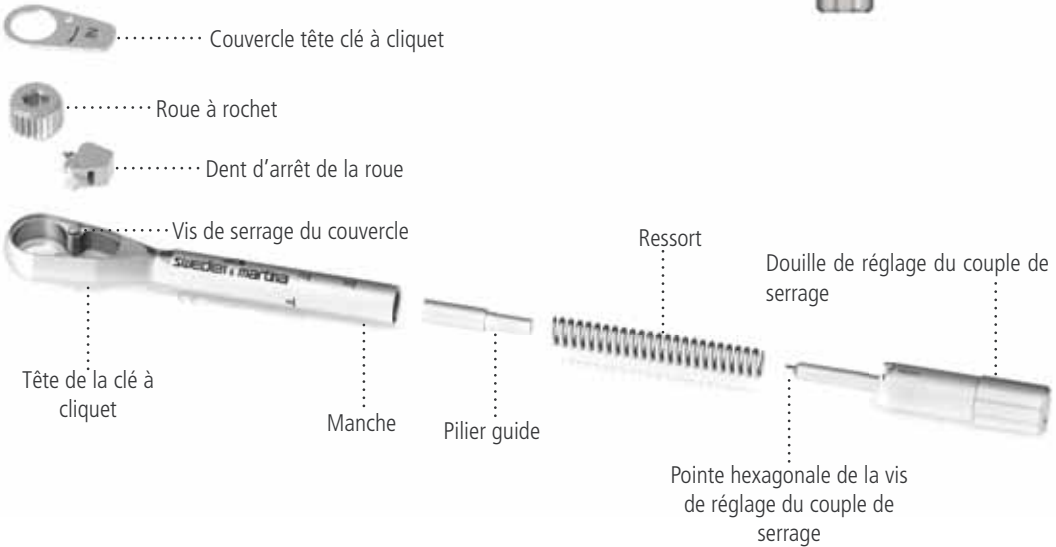
# Clé à cliquet dynamométrique CR15

Le kit chirurgical du système implantaire présente une clé à cliquet particulière (CR15) accompagnée de sa clé de réglage pour visser rapidement la douille de réglage du couple de serrage, et un tube de 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.

Dans l'emploi comme clé à cliquet prothétique pour le serrage des vis, se référer aux valeurs de couple de serrage reportées dans la grille de la page ci-contre.

La clé à cliquet CR15 est un instrument démontable, multi-usage, vendu non stérile.



Avant chaque utilisation, nettoyer et stériliser cet instrument en suivant les indications reportées page 36. Une maintenance appropriée, effectuée en suivant 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 le préserver dans la durée. Le personnel préposé à l'utilisation de cet instrument doit avoir reçu une formation adéquate et avoir lu les instructions reportées dans le présent manuel avant toute manipulation de ce dernier.

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, tant de type chirurgical que prothétique.

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, tant de type chirurgical que prothétique. Le réglage du couple se fait 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 dessous indique la position de desserrage. Une position de couple illimitée s'obtient par le biais du positionnement du dispositif de réglage du couple jusqu'à l'encoche portant la lettre "R" placée sur le manche du corps de la clé à cliquet.



### AVIS IMPORTANT

Le réglage du couple se fait toujours au moyen du vissage de la douille située au fond du manche de l'instrument. Le couple doit toujours se régler en augmentation, en commençant par visser d'une valeur plus basse jusqu'à arriver au couple de serrage souhaité, à savoir en vissant la douille dans le sens horaire. Pour ce faire, s'il est nécessaire de régler un couple inférieur à celui utilisé en dernier, il faut alors dévisser de deux tours en dessous de la valeur du nouveau couple souhaité et remonter à cette valeur en revissant la douille dans le sens horaire.

La douille peut être vissée et dévissée manuellement, mais pour accélérer ces opérations, le kit propose également une clé hexagonale qui permet 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 UNIQUE. En cas de perte d'une pièce, nous vous demandons de bien vouloir rendre l'instrument concerné à Sweden & Martina S.p.A. pour la réparation de ce dernier. Aucun composant d'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.





## Clé bloque-mounter

Il s'agit d'une clé utilisée pour bloquer le mounter des implants pendant l'opération de dévissage de la vis de serrage. Elle est produite en acier inoxydable pour usage chirurgical.

Pour la procédure d'enlèvement du mounter, consulter la page 55.



U-CM



## Adaptateurs et prolongateurs



AVV3-MAN-DG

Pièce-à-main digitale. Permet une utilisation manuelle des dispositifs munis de raccord hexagonal



AVV2-CA-DG

Adaptateur digital pour dispositifs avec tiges pour contrangle



B-AVV-CA3

Adaptateur mécanique avec tige pour contrangle pour dispositifs avec raccord hexagonal



PROF-CAL-2

Prolongateur pour forets chirurgicaux

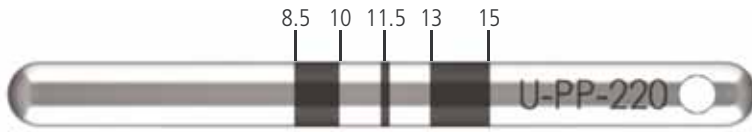


BPM-15

Prolongateur pour instruments avec raccord hexagonal

## Piliers de parallélisme

Le kit chirurgical contient deux séries de piliers de parallélisme, un de diamètre 2,20 mm et un de 2,80 mm, caractérisés par des encoches de profondeur à 8,5 - 10 - 11,5, 13 et 15 mm qui permettent de vérifier également la profondeur des orifices préparés avec les forets cylindriques.



U-PP-220

Pilier de parallélisme  $\varnothing$  2.20 mm (x 3 pièces) ; encoches à 8.5 - 10 - 11.5 - 13 et 15 mm



U-PP-280

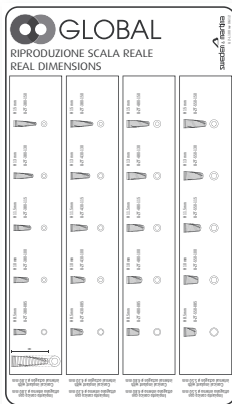
Pilier de parallélisme  $\varnothing$  2.80 mm (x 3 pièces) ; encoches à 8.5 - 10 - 11.5 - 13 et 15 mm

### AVIS IMPORTANT

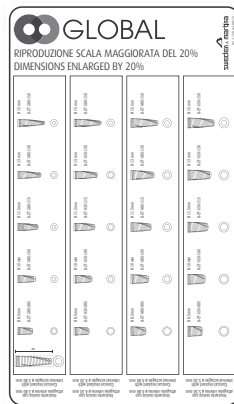
- Il est conseillé de passer un fil antichute à travers le petit orifice prévu à cet effet qui se trouve au sommet de la pièce-à-main.

## Images radiographiques

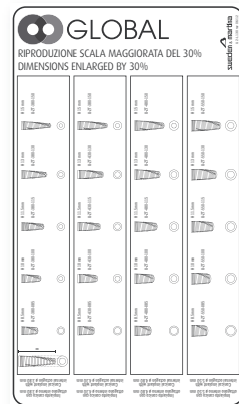
Les kits chirurgicaux contiennent les **calques radiographiques** et la représentation des mesures des implants pour permettre, par le biais de l'analyse radiographique ou tomographique, le choix des implants dans les diamètres et les longueurs les plus appropriées. Disponibles en trois versions : avec représentation en dimensions réelles, en dimensions augmentées de 20 % et en dimensions augmentées de 30 %.



U2-L100



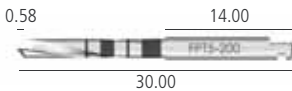
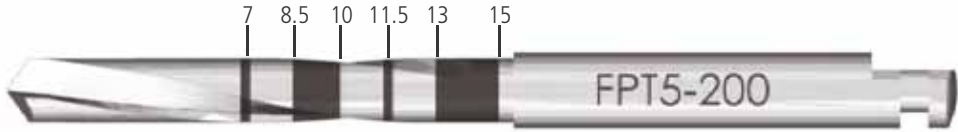
U2-L120



U2-L130

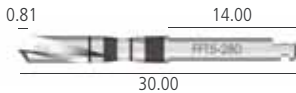
## Forets pour secteurs distaux

Des forets courts avec tige de 14 mm de longueur pour une longueur totale de 30 mm sont disponibles en option ; à utiliser sans BUTÉES DE FORAGE PROFONDEUR, ils sont destinés aux secteurs distaux et ne reportent pas le code couleur sur la tige. Ils présentent un marquage de profondeur à 7 mm, car ils sont communs à d'autres systèmes implantaires Sweden & Martina.



**FPT5-200-LXS**

Foret pilote cylindrique  $\varnothing$  2,00 mm, sans irrigation, non inclus dans le kit chirurgical



**FFT5-280-LXS**

Foret terminal cylindrique universel  $\varnothing$  2,80 mm, sans irrigation, non inclus dans le kit chirurgical

## Ostéotomes

Pour les techniques d'expansion des crêtes fines, pour les mini relèvements crestaux et pour la compactation d'os faiblement minéralisé, un set complet d'ostéotomes a été mis au point, pour être utilisé en alternative aux forets terminaux. La séquence d'utilisation doit être déterminée sur la base du degré de densité osseuse et de la préparation que l'on souhaite obtenir.

### code

### description



**OS-U-KIT\***

OS-U-KIT\* Kit d'ostéotomes pour implants Global composé de :  
 - coffret en Radel  
 - ostéotomes : OS-U-380-85-PT, OS-U-380-10-PT, OS-U-380-115-PT, OS-U-380-13-PT,  
 OS-U-430-85-PT, OS-U-430-10-PT, OS-U-430-115-PT, OS-U-430-13-PT,  
 OS-U-480-85-PT, OS-U-480-10-PT, OS-U-480-115-PT, OS-U-480-13-PT























**OS-U-TRAY**

Coffret en Radel-R pour ostéotomes pour implants Global. Peut contenir jusqu'à 12 instruments

\* Le sigle OS-U-KIT est suivi d'une lettre et d'un numéro qui indiquent la révision du kit.

## tailles des ostéotomes

<b>8.50</b>				
	ø 3.70 ø 3.00 OS-U-380-85-PT	ø 4.20 ø 3.40 OS-U-430-85-PT	ø 4.70 ø 3.90 OS-U-480-85-PT	ø 5.40 ø 4.60 OS-U-550-85-PT*
<b>10.00</b>				
	ø 3.70 ø 2.60 OS-U-380-10-PT	ø 4.20 ø 3.00 OS-U-430-10-PT	ø 4.70 ø 3.50 OS-U-480-10-PT	ø 5.40 ø 4.20 OS-U-550-10-PT*
<b>11.50</b>				
	ø 3.70 ø 2.40 OS-U-380-115-PT	ø 4.20 ø 2.80 OS-U-430-115-PT	ø 4.70 ø 3.30 OS-U-480-115-PT	ø 5.40 ø 4.00 OS-U-550-115-PT*
<b>13.00</b>				
	ø 3.70 ø 2.20 OS-U-380-13-PT	ø 4.20 ø 2.60 OS-U-430-13-PT	ø 4.70 ø 3.10 OS-U-480-13-PT	ø 5.40 ø 3.80 OS-U-550-13-PT*
<b>15.00</b>				
	ø 3.70 ø 1.90 OS-U-380-15-PT*	ø 4.20 ø 2.30 OS-U-430-15-PT*	ø 4.70 ø 2.80 OS-U-480-15-PT*	ø 5.40 ø 3.50 OS-U-550-15-PT*

\* Tous les ostéotomes ne sont pas contenus dans le kit. Consulter les détails du contenu page 33. Les codes indiqués par l'astérisque doivent être commandés séparément.

## Nettoyage, désinfection, stérilisation et conservation des kits et des dispositifs chirurgicaux

Attention ! Tous les dispositifs chirurgicaux pour implants dentaires sont vendus en condition NON STERILE. Avant l'utilisation, ils doivent être nettoyés, désinfectés et stérilisés en suivant la procédure validée par Sweden & Martina S.p.A. indiquée ci-après. Ces processus doivent être effectués avant la première utilisation et avant chaque réutilisation successive. Le renouvellement des processus décrits dans ce paragraphe a un effet moindre sur ces dispositifs. Le bon fonctionnement des instruments doit systématiquement être contrôlé avant leur utilisation. En présence de signes d'usure, les instruments doivent immédiatement être remplacés par de nouveaux dispositifs. Nous conseillons notamment de vérifier systématiquement la bonne rétention des visseuses à l'intérieur des puits d'engagement sur la tête des vis qui doivent être prélevées et vissées. Le non respect de ces indications peut donner lieu à l'apparition d'infections croisées et de complications intraopératoires.

### 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 utilisant une solution détergente appropriée. Nous conseillons l'utilisation exclusive de détergents neutres. La concentration de la solution et la durée du lavage doivent respecter les indications du fabricant. Utiliser de l'eau déminéralisée pour prévenir la formation de taches et d'auréoles. Au moment du déchargement, contrôler les embrèvements des dispositifs, les orifices, etc., pour s'assurer de l'élimination complète des résidus. Si nécessaire, renouveler le cycle ou pratiquer un nettoyage manuel.

En cas de nettoyage manuel : utiliser un détergent neutre approprié, en suivant les instructions d'emploi du fabricant. Brosser les produits avec une brosse à soie souple sous un abondant jet d'eau courante. À l'aide de la brosse, appliquer la solution détergente sur toutes les surfaces. Rincer avec de l'eau distillée pendant une durée minimum de 4 minutes. S'assurer que l'eau courante passe abondamment à travers les éventuels orifices.

En cas de forets munis d'irrigation interne, utiliser les buses prévues à cet effet et fournies avec les pièces-à-main pour s'assurer que les orifices d'irrigation soient complètement propres et libres de tout résidu de fragments osseux ou de tissus biologiques.

Après le rinçage, sécher parfaitement les dispositifs et les disposer dans des enveloppes de stérilisation.

En cas de cycle de séchage ne pas dépasser la température de 120 °C.

**b. Stérilisation** : en autoclave sous vide et stériliser selon les modalités suivantes :

- Température = 121 ÷ 124 °C, avec cycle autoclave minimum de 20 minutes et cycle de séchage de 15 minutes.

**c. Conservation** : après la stérilisation, le produit doit rester dans les enveloppes utilisées pour la stérilisation. Les enveloppes ne doivent être ouvertes qu'au moment de leur utilisation. Les enveloppes pour stériliser sont normalement en mesure de maintenir la stérilité à l'intérieur, sauf si elles sont endommagées. Faire attention à ne pas utiliser les composants si les enveloppes présentent des altérations et les stériliser à nouveau dans de nouvelles enveloppes avant leur utilisation. La période de conservation des produits stérilisés à l'intérieur des enveloppes ne doit pas dépasser la durée préconisée par le producteur des enveloppes.

Le produit doit être conservé dans un endroit frais et sec, à l'abri des rayons directs du soleil, de l'eau et des sources de chaleur.

### Normes de référence

Le projet et la production des composants chirurgicaux sont réalisés dans le respect des plus récentes directives et normes harmonisées pour ce qui est des matériaux utilisés, des processus de production, des informations fournies et des emballages.

### Procédures d'écoulement

Les dispositifs chirurgicaux, si employés, doivent être assimilés pour leur écoulement aux déchets biologiques, selon les normes locales en vigueur.

### Nettoyage, désinfection, stérilisation et conservation de la clé à cliquet dynamométrique CRI5

Les processus décrits ci-après doivent être effectués avant la première utilisation, et avant chaque intervention à venir. Le renouvellement des processus décrits dans ce paragraphe a un effet en termes d'usure sur le dispositif. Le non respect 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.

Dès que possible, après chaque utilisation de la clé, la déposer dans un récipient plein de solution désinfectante / détergente et recouvrir le tout d'une serviette. Le but de cette opération est 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 de la façon suivante :



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 pilier qui sert 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 du côté indiqué par OUT. Exercer une légère pression pour éviter d'endommager la pointe hexagonale.



Après avoir ôté le couvercle, extraire les deux composants se trouvant à l'intérieur de la tête de la clé à cliquet : la roue à rochet dentée et la dent d'arrêt de la roue.

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 poils souples. Rincer les orifices accessibles de la tête et autour de la roue à rochet et de la dent d'arrêt de la roue 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 suivant les instructions d'emploi du fabricant. À l'aide de la brosse, appliquer la solution détergente sur toutes les surfaces. Rincer avec de l'eau distillée pendant une durée minimum de 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 utilisant une solution détergente appropriée. Nous conseillons l'utilisation exclusive de détergents neutres. La concentration de la solution et la durée du lavage doivent respecter les indications du fabricant. Utiliser de l'eau déminéralisée pour prévenir la formation de taches et d'auréoles. Pendant ce cycle, éviter le contact des pièces entre elles car cela provoque la détérioration des surfaces travaillées et par conséquent une perte de précision de la mesure du couple. Au moment du déchargement, contrôler les emboîtements des dispositifs, les orifices, etc., pour s'assurer de l'élimination complète des résidus. Si nécessaire, renouveler le cycle ou pratiquer un nettoyage manuel.

Remarque : Les résidus de sang ou autres dépôts réduisent l'efficacité de la stérilisation ; c'est pourquoi il est important d'effectuer un nettoyage minutieux. Pendant tous les cycles de nettoyage, éviter les éclaboussures ou jets de liquide et travailler avec les protections appropriées. Eviter le contact entre cet instrument et d'autres instruments.

Avant de procéder à la stérilisation, les pièces doivent être remontées. Sécher les pièces et lubrifier modérément les zones fonctionnelles et remonter la clé comme illustré par les figures ci-après. Un excès de lubrifiant provoque le retour en surface du dispositif pendant la stérilisation. Utiliser exclusivement le lubrifiant fourni.



Après avoir lubrifié les parties indiquées par la figure, insérer les deux éléments de la tête de la clé à cliquet selon la séquence suivante : roue à rochet dentelée puis la dent d'arrêt de la roue.



Lubrifier les zones de contact entre la dent de la roue à rochet et le pilier de la dent d'arrêt de la roue.



Après avoir inséré et lubrifié les parties 2 et 3 dans la tête du corps de la clé à cliquet, placer le couvercle et tourner le corps de la clé à cliquet du 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. Assembler la vis de réglage du couple de serrage en vérifiant la bonne fonctionnalité du dispositif et en actionnant manuellement la roue à rochet.

**Stérilisation** : en autoclave sous vide selon les modalités suivantes :

Température =  $121 \div 124$  °C, avec cycle autoclave minimum de 20 minutes et cycle de séchage de 15 minutes.

Cette procédure est importante pour maintenir 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. Éliminer les traces de lubrifiant de la surface extérieure de la clé. Placer le dispositif dans des enveloppes de stérilisation prévues à cet effet. Il est conseillé de s'exercer pour les opérations de démontage et de remontage en suivant les indications.



# Anamnèse du patient et plan de traitement

L'évaluation du patient tient compte de l'aptitude à la réhabilitation implanto-prothétique mais aussi des contre-indications valables pour les interventions de chirurgie dentaire.

Les principales contre-indications sont :

- Les altérations de la chaîne hématique de la coagulation, thérapies effectuées avec anti-coagulants.
- Les troubles de la cicatrisation ou de la régénération osseuse comme par ex. :
  - le diabète mellitus non compensé ;
  - les maladies métaboliques ou systémiques du métabolisme qui compromettent la régénération des tissus avec une incidence particulière sur la cicatrisation et sur la régénération osseuse ;
  - l'abus d'alcool, de tabac et l'utilisation de drogues ;
- Les thérapies immunosuppressives telles que la chimiothérapie et la radiothérapie ;
- Les infections et inflammations telles que la périodontite, gingivite ;
- La mauvaise hygiène orale ;
- Une faible motivation ;
- Les défauts de l'occlusion et/ou de l'articulation ainsi qu'un espace interocclusal insuffisant ;
- Un processus alvéolaire inadéquat.

### AVIS IMPORTANT

Les forêts doivent être utilisés avec prudence en cas de faible densité osseuse.

Les sites doivent être correctement préparés. Utiliser de préférence les ostéotomes.

L'insertion des implants et des prothèses implantaires est déconseillée chez les patients qui présentent un mauvais état de santé général, une hygiène orale négligée ou insuffisante, l'impossibilité de contrôler des conditions générales ou qui ont subi par le passé des transplantations d'organe. De même qu'il ne faut pas retenir les patients psychologiquement fragiles ou abusant d'alcool ou de drogue, avec une faible motivation ou une coopération insuffisante. Les patients présentant un mauvais état parodontal doivent être préalablement traités et soignés. En cas d'absence de substance osseuse ou de mauvaise qualité de l'os récepteur, au point que la stabilité de l'implant puisse être compromise, il faut effectuer au préalable une régénération guidée des tissus. D'autres facteurs de contre indications peuvent également intervenir comme l'allergie au titane, les maladies infectieuses aiguës ou chroniques, les ostéites maxillaires de type subaigu chronique, les maladies systémiques, les troubles endocriniens, les maladies avec troubles microvasculaires, les grossesses, l'allaitement, les précédentes expositions aux rayonnements, l'hémophilie, la granulocytopenie, l'utilisation de stéroïdes, le diabète mellitus, l'insuffisance rénale, la dysplasie fibreuse, le traitement avec biphosphonates.

Les implants destinés à soutenir la prothèse sont des dispositifs médicaux à insérer dans la cavité orale dans le cadre d'une intervention chirurgicale, et en tant que tels prévoient d'autres restrictions d'utilisation pour lesquelles nous renvoyons aux Indications d'Utilisation relatives aux implants.

### Symptômes collatéraux

Parmi les manifestations qui accompagnent les interventions chirurgicales, peuvent apparaître :

- des tuméfactions locales temporaires, oedèmes, hématomes ;
- des pertes passagères de sensibilité ;
- des pertes passagères des fonctions de la mastication ;
- des microhémorragies post-opératoires dans les 12/24 heures suivantes.

Il est important d'effectuer une anamnèse préopératoire minutieuse du patient pour en vérifier l'aptitude au traitement implantaire. Il est opportun de recueillir et de garder un dossier clinique, radiologique et radiographique complet. Après la réalisation des modèles des deux arcades, la position et l'orientation idéales des implants choisis seront évaluées en fonction du plan occlusal et de la bonne distribution des forces ; au cours de cette phase pourra être effectué un gabarit chirurgical qui guidera le juste positionnement des implants pendant la phase opératoire. En fonction du cas examiné, on choisira une procédure à simple ou double phase chirurgicale en utilisant, pour la réalisation du gabarit radiologique/chirurgical, les cylindres en titane (code DIM).



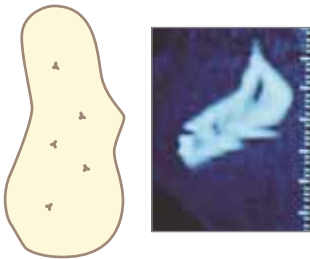
Gabarit radiologique et chirurgical. Avec l'utilisation des petits cylindres en titane (code DIM), il est possible de construire un gabarit radiologique afin d'obtenir le positionnement idéal des implants, tant du point de vue biomécanique qu'esthétique.

En plus d'une étude orale clinique et radiographique, il est conseillé de réaliser un C.T SCAN de la zone concernée ; grâce aux images radiographiques et tomographiques, le spécialiste pourra identifier l'implant le plus approprié au cas à l'aide de guides radiographiques transparents.

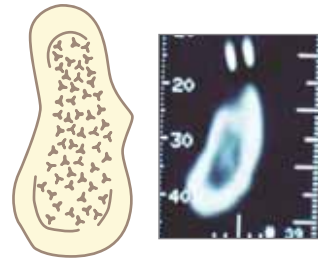
Grâce à l'étude préopératoire de la T.C. Dentalscan, il est possible d'identifier le type d'os présent dans les zones où l'on prévoit d'insérer l'implant.

Le choix de la procédure chirurgicale ne peut ignorer le type d'os présent.

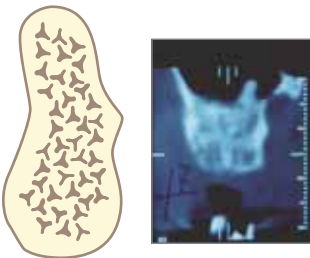
L'os est normalement identifiable en 4 types selon la densité. La classification (selon Karl Misch) est la suivante :



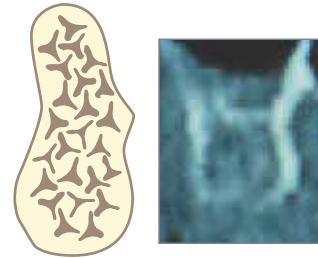
OS D1 : tout os cortical.



OS D2 : âme d'os médullaire dans une coque d'os cortical.



OS D3 : tout os médullaire sans corticale crestale.



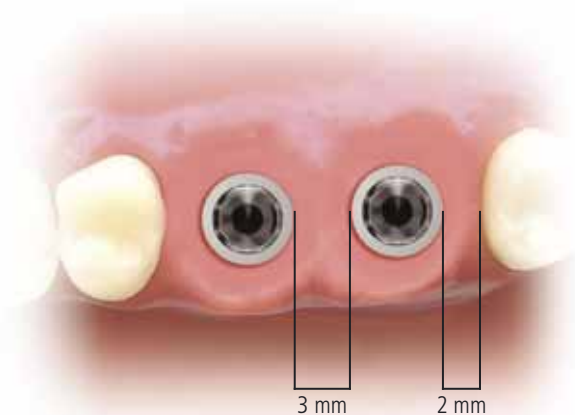
OS D4 : tout os médullaire avec très faible taux de minéralisation.

# Préparation du site implantaire

Afin d'obtenir une visualisation tridimensionnelle de l'os disponible, il est recommandé de soulever un lambeau muco-périosté.

Comme nous le disions auparavant, les analyses cliniques et radiographiques pré-opératoires jouent un rôle important pour déterminer la position et la direction selon lesquelles les implants seront positionnés ; à ce stade, un gabarit chirurgical servira de guide dans la phase de marquage de la corticale à l'aide du foret lancéolé et la phase de fraisage avec le foret pilote de 2.20 mm.

Il serait normalement juste de garder une distance de 3 mm entre les implants.



Les pages suivantes reportent les séquences de préparation optimales pour toutes les typologies d'implant. Nous rappelons d'utiliser systématiquement les forets avec la butée de forage profondeur correctement inséré.

Nous rappelons que les forets préparent toujours un orifice plus long que l'implant. Pour les dimensions de la surpréparation, consulter la page 19 pour les forets cylindriques et la page 22 pour les forets coniques. Les préparations doivent être atraumatiques, les plus progressives possible et doivent être guidées avec rapidité et précision. Il faut éviter toute surchauffe de l'os.

Par ailleurs nous rappelons de programmer au début le micromoteur avec les valeurs correctes de couple de serrage, de réduction et de rotation en fonction de l'opération à effectuer. Notamment :

- les **forets** doivent être utilisés à la vitesse indiquée dans les séquences, avec couple de serrage maximum et irrigation abondante avec une solution physiologique stérile froide, de préférence refroidie dans un réfrigérateur ;
- les **taraudeurs** doivent être utilisés uniquement si indiqué dans chaque procédure.



Sweden & Martina distribue XO Osseux, micromoteur brushless pour la chirurgie et l'implantologie. Cela conjugue parfaitement les concepts de fiabilité, de hautes performances et de procédures d'utilisation simplifiées. Compact, pratique et au design moderne, XO Osseux possède toutes les conditions requises pour des interventions de haute précision et sans risques.

## Séquences chirurgicales

Les pages suivantes décrivent les procédures chirurgicales et les séquences d'utilisation des instruments pour la préparation des sites pour les implants Global.

Ces procédures naissent de l'expérience clinique et des indications provenant des nombreuses recherches et protocoles cliniques pour les implants de ce type. Mais il faut toujours tenir compte du fait que les différentes densités osseuses requièrent des approches chirurgicales tout aussi différentes. Les indications ci-après ne peuvent pas et n'entendent pas remplacer la formation et la connaissance des médecins, ni leur expérience personnelle qui peuvent parfois suggérer des indications différentes. Les séquences qui suivent se réfèrent toutefois à des types d'os spécifiques. Dans les techniques d'expansion ou en cas de chirurgie régénératrice, ou lorsque l'on souhaite augmenter la compaction d'un os de mauvaise qualité, l'utilisation des forets peut être remplacée par les ostéotomes correspondants.

# SÉQUENCE CHIRURGICALE POUR IMPLANTS DE HAUTEUR 8.50 mm

La séquence illustre la préparation référée à l'implant de 5,5 mm de  $\phi$ . Pour les autres diamètres, se limiter aux forets indiqués dans les grilles. L'utilisation de la BUTÉE DE FORAGE PROFONDEUR relève du choix du médecin. Son utilisation est toutefois conseillée, surtout dans les cas de mauvaise visibilité intraopératoire.



	<b>FS-230</b>	<b>FI3-220-LXS</b> utiliser jusqu'à marquage 8.50 mm	<b>FI3-280-LXS</b> utiliser jusqu'à marquage 8.50 mm	<b>FU3-380-085</b>
<b>U-ZT-380-085</b>				
<b>OS D1</b>	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm
<b>OS D2</b>	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm
<b>OS D3</b>	900 rpm	900 rpm	900 rpm	900 rpm
<b>OS D4</b>	900 rpm	préparation avec ostéotomes	-	-
<b>U-ZT-430-085</b>		<b>marquage 8.50 mm</b>	<b>marquage 8.50 mm</b>	
<b>OS D1</b>	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm
<b>OS D2</b>	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm
<b>OS D3</b>	900 rpm	900 rpm	900 rpm	900 rpm
<b>OS D4</b>	900 rpm	préparation avec ostéotomes	-	-
<b>U-ZT-480-085</b>		<b>marquage 8.50 mm</b>	<b>marquage 8.50 mm</b>	
<b>OS D1</b>	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm
<b>OS D2</b>	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm
<b>OS D3</b>	900 rpm	900 rpm	900 rpm	900 rpm
<b>OS D4</b>	900 rpm	préparation avec ostéotomes	-	-
<b>U-ZT-550-085</b>		<b>marquage 8.50 mm</b>	<b>marquage 8.50 mm</b>	
<b>OS D1</b>	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm
<b>OS D2</b>	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm
<b>OS D3</b>	900 rpm	900 rpm	900 rpm	900 rpm
<b>OS D4</b>	900 rpm	préparation avec ostéotomes	-	-



FU3-430-085



FU3-480-085



FU3-550-085



U-MS-550



U-AVV3-MOU-CA

			50 Ncm max	50 Ncm max
-	-	-	U-MS-380 (20 rpm)	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
			<b>50 Ncm max</b>	<b>50 Ncm max</b>
900 rpm	-	-	U-MS-430 (20 rpm)	20 rpm
900 rpm	-	-	-	20 rpm
900 rpm	-	-	-	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
			<b>50 Ncm max</b>	<b>50 Ncm max</b>
1.100 rpm	900 rpm	-	U-MS-480 (20 rpm)	20 rpm
1.100 rpm	900 rpm	-	-	20 rpm
900 rpm	900 rpm	-	-	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
			<b>50 Ncm max</b>	<b>50 Ncm max</b>
1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm	U-MS-550 (20 rpm)	20 rpm
1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm	-	20 rpm
900 rpm	900 rpm	900 rpm	-	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm

# SÉQUENCE CHIRURGICALE POUR IMPLANTS DE HAUTEUR 10.00 mm

La séquence illustre la préparation référée à l'implant de 5,5 mm de  $\phi$ . Pour les autres diamètres, se limiter aux forets indiqués dans les grilles. L'utilisation de la BUTÉE DE FORAGE PROFONDEUR relève du choix du médecin. Son utilisation est toutefois conseillée, surtout dans les cas de mauvaise visibilité intraopératoire. **N.B.** La profondeur d'utilisation des forets cylindriques dépend du diamètre de l'implant. Consulter la grille ci-dessous.



	<b>FS-230</b>	<b>FI3-220-LXS</b> utiliser jusqu'à marquage 10.00 mm	<b>FI3-280-LXS</b> utiliser jusqu'à marquage 8.50 mm	<b>FU3-380-100</b>
<b>U-ZT-380-100</b>				
<b>OS D1</b>	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm
<b>OS D2</b>	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm
<b>OS D3</b>	900 rpm	900 rpm	900 rpm	900 rpm
<b>OS D4</b>	900 rpm	préparation avec ostéotomes	-	-
<b>U-ZT-430-100</b>		<b>marquage 10.00 mm</b>	<b>marquage 10.00 mm</b>	
<b>OS D1</b>	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm
<b>OS D2</b>	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm
<b>OS D3</b>	900 rpm	900 rpm	900 rpm	900 rpm
<b>OS D4</b>	900 rpm	préparation avec ostéotomes	-	-
<b>U-ZT-480-100</b>		<b>marquage 10.00 mm</b>	<b>marquage 10.00 mm</b>	
<b>OS D1</b>	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm
<b>OS D2</b>	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm
<b>OS D3</b>	900 rpm	900 rpm	900 rpm	900 rpm
<b>OS D4</b>	900 rpm	préparation avec ostéotomes	-	-
<b>U-ZT-550-100</b>		<b>marquage 10.00 mm</b>	<b>marquage 10.00 mm</b>	
<b>OS D1</b>	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm
<b>OS D2</b>	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm
<b>OS D3</b>	900 rpm	900 rpm	900 rpm	900 rpm
<b>OS D4</b>	900 rpm	préparation avec ostéotomes	-	-





**FU3-430-100**



**FU3-480-100**



**FU3-550-100**



**U-MS-550**



**U-AVV3-MOU-CA**

			<b>50 Ncm max</b>	<b>50 Ncm max</b>
-	-	-	U-MS-380 (20 rpm)	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
			<b>50 Ncm max</b>	<b>50 Ncm max</b>
900 rpm	-	-	U-MS-430 (20 rpm)	20 rpm
900 rpm	-	-	-	20 rpm
900 rpm	-	-	-	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
			<b>50 Ncm max</b>	<b>50 Ncm max</b>
1.100 rpm	900 rpm	-	U-MS-480 (20 rpm)	20 rpm
1.100 rpm	900 rpm	-	-	20 rpm
900 rpm	900 rpm	-	-	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
			<b>50 Ncm max</b>	<b>50 Ncm max</b>
1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm	U-MS-550 (20 rpm)	20 rpm
1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm	-	20 rpm
900 rpm	900 rpm	900 rpm	-	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm

# SÉQUENCE CHIRURGICALE POUR IMPLANTS DE HAUTEUR 11.50 mm

La séquence illustre la préparation référée à l'implant de 5,5 mm de  $\phi$ . Pour les autres diamètres, se limiter aux forets indiqués dans les grilles. L'utilisation de la BUTÉE DE FORAGE PROFONDEUR relève du choix du médecin. Son utilisation est toutefois conseillée, surtout dans les cas de mauvaise visibilité intraopératoire. **N.B.** La profondeur d'utilisation des forets cylindriques dépend du diamètre de l'implant. Consulter la grille ci-dessous.



	<b>FS-230</b>	<b>FI3-220-LXS</b> utiliser jusqu'à marquage 11.50 mm	<b>FI3-280-LXS</b> utiliser jusqu'à marquage 8.50 mm	<b>FU3-380-115</b>
<b>U-ZT-380-115</b>				
<b>OS D1</b>	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm
<b>OS D2</b>	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm
<b>OS D3</b>	900 rpm	900 rpm	900 rpm	900 rpm
<b>OS D4</b>	900 rpm	préparation avec ostéotomes	-	-
<b>U-ZT-430-115</b>		<b>marquage 11.50 mm</b>	<b>marquage 11.50 mm</b>	
<b>OS D1</b>	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm
<b>OS D2</b>	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm
<b>OS D3</b>	900 rpm	900 rpm	900 rpm	900 rpm
<b>OS D4</b>	900 rpm	préparation avec ostéotomes	-	-
<b>U-ZT-480-115</b>		<b>marquage 11.50 mm</b>	<b>marquage 11.50 mm</b>	
<b>OS D1</b>	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm
<b>OS D2</b>	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm
<b>OS D3</b>	900 rpm	900 rpm	900 rpm	900 rpm
<b>OS D4</b>	900 rpm	préparation avec ostéotomes	-	-
<b>U-ZT-550-115</b>		<b>marquage 11.50 mm</b>	<b>marquage 11.50 mm</b>	
<b>OS D1</b>	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm
<b>OS D2</b>	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm
<b>OS D3</b>	900 rpm	900 rpm	900 rpm	900 rpm
<b>OS D4</b>	900 rpm	préparation avec ostéotomes	-	-



FU3-430-115



FU3-480-115



FU3-550-115



U-MS-550



U-AVV3-MOU-CA

			50 Ncm max	50 Ncm max
-	-	-	U-MS-380 (20 rpm)	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
			50 Ncm max	50 Ncm max
900 rpm	-	-	U-MS-430 (20 rpm)	20 rpm
900 rpm	-	-	-	20 rpm
900 rpm	-	-	-	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
			50 Ncm max	50 Ncm max
1.100 rpm	900 rpm	-	U-MS-480 (20 rpm)	20 rpm
1.100 rpm	900 rpm	-	-	20 rpm
900 rpm	900 rpm	-	-	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
			50 Ncm max	50 Ncm max
1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm	U-MS-550 (20 rpm)	20 rpm
1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm	-	20 rpm
900 rpm	900 rpm	900 rpm	-	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm

# SÉQUENCE CHIRURGICALE POUR IMPLANTS DE HAUTEUR 13.00 mm

La séquence illustre la préparation référée à l'implant de 5,5 mm de  $\phi$ . Pour les autres diamètres, se limiter aux forets indiqués dans les grilles. L'utilisation de la BUTÉE DE FORAGE PROFONDEUR relève du choix du médecin. Son utilisation est toutefois conseillée, surtout dans les cas de mauvaise visibilité intraopératoire. **N.B.** La profondeur d'utilisation des forets cylindriques dépend du diamètre de l'implant. Consulter la grille ci-dessous.



Niveau crête  
osseuse

**FS-230**

**FI3-220-LXS**

**FI3-280-LXS**

**FU3-380-130**

## U-ZT-380-130

utiliser jusqu'à  
marquage 13.00 mm

utiliser jusqu'à  
marquage 8.50 mm

<b><math>\phi</math> 3.80 mm</b>	OS D1	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm
	OS D2	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm
	OS D3	900 rpm	900 rpm	900 rpm	900 rpm
	OS D4	900 rpm	préparation avec ostéotomes	-	-

## U-ZT-430-130

marquage 13.00 mm

marquage 11.50 mm

<b><math>\phi</math> 4.30 mm</b>	OS D1	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm
	OS D2	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm
	OS D3	900 rpm	900 rpm	900 rpm	900 rpm
	OS D4	900 rpm	préparation avec ostéotomes	-	-

## U-ZT-480-130

marquage 13.00 mm

marquage 13.00 mm

<b><math>\phi</math> 4.80 mm</b>	OS D1	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm
	OS D2	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm
	OS D3	900 rpm	900 rpm	900 rpm	900 rpm
	OS D4	900 rpm	préparation avec ostéotomes	-	-

## U-ZT-550-130

marquage 13.00 mm

marquage 13.00 mm

<b><math>\phi</math> 5.50 mm</b>	OS D1	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm
	OS D2	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm
	OS D3	900 rpm	900 rpm	900 rpm	900 rpm
	OS D4	900 rpm	préparation avec ostéotomes	-	-



FU3-430-130



FU3-480-130



FU3-550-130



U-MS-550



U-AVV3-MOU-CA

			50 Ncm max	50 Ncm max
-	-	-	U-MS-380 (20 rpm)	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
			50 Ncm max	50 Ncm max
900 rpm	-	-	U-MS-430 (20 rpm)	20 rpm
900 rpm	-	-	-	20 rpm
900 rpm	-	-	-	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
			50 Ncm max	50 Ncm max
1.100 rpm	900 rpm	-	U-MS-480 (20 rpm)	20 rpm
1.100 rpm	900 rpm	-	-	20 rpm
900 rpm	900 rpm	-	-	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
			50 Ncm max	50 Ncm max
1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm	U-MS-550 (20 rpm)	20 rpm
1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm	-	20 rpm
900 rpm	900 rpm	900 rpm	-	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm

# SÉQUENCE CHIRURGICALE POUR IMPLANTS DE HAUTEUR 15.00 mm

La séquence illustre la préparation référée à l'implant de 5,5 mm de  $\phi$ . Pour les autres diamètres, se limiter aux forets indiqués dans les grilles. L'utilisation de la BUTÉE DE FORAGE PROFONDEUR relève du choix du médecin. Son utilisation est toutefois conseillée, surtout dans les cas de mauvaise visibilité intraopératoire. **N.B.** La profondeur d'utilisation des forets cylindriques dépend du diamètre de l'implant. Consulter la grille ci-dessous.



	<b>FS-230</b>	<b>FI3-220-LXS</b> utiliser jusqu'à marquage 13.00 mm	<b>FI3-280-LXS</b> utiliser jusqu'à marquage 8.50 mm	<b>FU3-380-150</b>
<b>U-ZT-380-150</b>	OS D1	1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm
	OS D2	1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm
	OS D3	900 rpm	900 rpm	900 rpm
	OS D4	900 rpm	préparation avec ostéotomes	-
<b>U-ZT-430-150</b>		<b>marquage 15.00 mm</b>	<b>marquage 11.50 mm</b>	
	OS D1	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm
	OS D2	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm
	OS D3	900 rpm	900 rpm	900 rpm
OS D4	900 rpm	préparation avec ostéotomes	-	-
<b>U-ZT-480-150</b>		<b>marquage 15.00 mm</b>	<b>marquage 13.00 mm</b>	
	OS D1	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm
	OS D2	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm
	OS D3	900 rpm	900 rpm	900 rpm
OS D4	900 rpm	préparation avec ostéotomes	-	-
<b>U-ZT-550-150</b>		<b>marquage 15.00 mm</b>	<b>marquage 15.00 mm</b>	
	OS D1	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm
	OS D2	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm
	OS D3	900 rpm	900 rpm	900 rpm
OS D4	900 rpm	préparation avec ostéotomes	-	-



FU3-430-150



FU3-480-150



FU3-550-150



U-MS-550



U-AVV3-MOU-CA

			50 Ncm max	50 Ncm max
-	-	-	U-MS-380 (20 rpm)	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
			50 Ncm max	50 Ncm max
900 rpm	-	-	U-MS-430 (20 rpm)	20 rpm
900 rpm	-	-	-	20 rpm
900 rpm	-	-	-	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
			50 Ncm max	50 Ncm max
1.100 rpm	900 rpm	-	U-MS-480 (20 rpm)	20 rpm
1.100 rpm	900 rpm	-	-	20 rpm
900 rpm	900 rpm	-	-	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
			50 Ncm max	50 Ncm max
1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm	U-MS-550 (20 rpm)	20 rpm
1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm	-	20 rpm
900 rpm	900 rpm	900 rpm	-	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm



## Phases opérationnelles de positionnement de l'implant



1) Utiliser l'étiquette du patient qui se trouve à l'intérieur de la pochette de la fiche clinique du patient et l'appliquer sur la Dental Card : cela rendra plus simple l'enregistrement du plan de traitement du patient et servira à garder des traces du lot utilisé.



(2) Ouvrir le blister et déposer l'ampoule sur une surface stérile en proximité du champ opératoire.





(3) Immédiatement avant l'insertion dans la cavité orale, ôter le bouchon bleu de l'ampoule en prenant soin de ne pas enlever la capsule transparente située sur le dessus et contenant la vis de couverture. Le disque porte-implant à l'intérieur de l'ampoule et la vis chirurgicale de fermeture sont colorés selon un code couleur qui permet l'identification immédiate du diamètre de l'implant.

Le monter Global est conçu de sorte à permettre le transport l'implant de l'ampoule à la cavité orale avec l'instrument prévu à cet effet, sans avoir besoin d'en toucher la surface. Cette précaution permet d'éviter le risque de contamination de la surface de l'implant, si importante pour le processus d'ostéointégration. Le monter Global prémonté sur tous les implants du système est utilisable pour l'insertion avec contrangle et a comme caractéristique la possibilité d'être utilisé pour la prise de l'empreinte et ensuite pour la réalisation du provisoire.

## Procédure standard

À l'ouverture de l'ampoule l'implant se présente avec l'octogone prêt à être engagé.

L'implant peut être prélevé au moyen du driver U-AV3-MOU-CA puis vissé mécaniquement dans le site avec un micromoteur chirurgical au contrôle du couple de serrage réglé à une vitesse de vissage de 20 rpm (t/mn) et couple de serrage maximum 70 Ncm de couple de serrage. Cette valeur représente pour le moment le maximum que les micromoteurs disponibles sur le marché peuvent atteindre.

Le driver a été testé jusqu'à 70 Ncm et n'a pas présenté de déformations ou d'affaissement. Les instruments à contrôle de couple de serrage, aussi bien mécaniques que normaux, doivent être réglés régulièrement à l'aide d'un instrument calibré.



En alternative à l'utilisation du driver pour contrangle, l'implant peut être prélevé en utilisant le driver digital U-AVV-MOUC. En cas de nécessité, le prolongateur BPM-15 peut être utilisé. Pour le vissage il est possible d'utiliser la pièce-à-main digitale AVV3-MAN-DG ou la clé à cliquet CR15.

L' U-AVV-MOUC se caractérise par quatre facettes disposées symétriquement le long du périmètre extérieur.

Les facettes sont alignées avec quatre côtés alternés de l'octogone intérieur de l'implant. Il est ainsi possible de positionner l'implant avec l'octogone orienté dans la direction souhaitée. Si nécessaire, les mêmes instruments peuvent être utilisés pour ôter l'implant avec une grande facilité.



### AVIS IMPORTANT

L'association implant-mounter-driver manuel U-AVV-MOUC a été testé sans reporter aucun dommage jusqu'à 140-150 Ncm de couple de serrage. Si l'implant a eu du mal à descendre dans le site chirurgical, il est conseillé de :

- dévisser et revisser de 2 tours ;
- tarauder ou retarauder ;
- surdimensionner légèrement la partie coronale de la préparation.



En cas d'os particulièrement dense il est conseillé d'enlever le mouter avant l'insertion complète de l'implant.

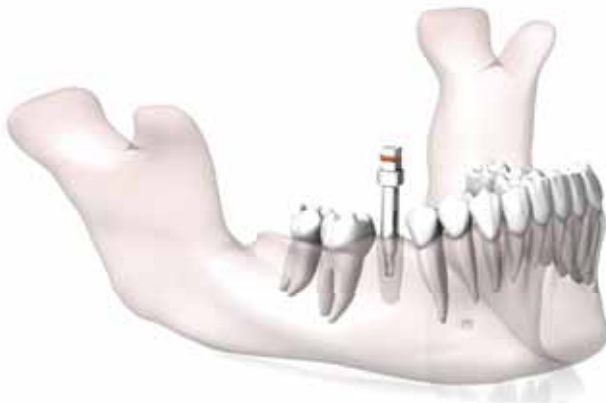
Il faudra terminer l'insertion par le biais de la clé hexagonale pleine U-BLP-OT275, dont la résistance a été testée jusqu'à 150 Ncm de couple de serrage. Cette clé hexagonale va en connexion de l'octogone de travail interne de l'implant.

Il faut aussi veiller à ce que la pièce soit engagée complètement et dans l'axe de la connexion interne.

La connexion hexagonale peut être raccordée à la visseuse digitale AVV3-MAN-DG ou à la clé à cliquet dynamométrique CR15.



Phase d'enlèvement intra-opératoire du mouter.



Phase de vissage avec la clé hexagonale pleine U-BLP-OT275.

### Procédure en cas d'enlèvement pré-opératoire du mounter

Pour tous les cas où il est nécessaire ou préférable d'enlever le mounter avant l'insertion de l'implant (faible ouverture orale du patient, positions distales où il est difficile de dévisser dans la bouche, mise en charge immédiate avec piliers provisoires différents du mounter), une procédure prévoyant un support en titane a été prévue (code U-SUP, non présent dans le kit chirurgical, à demander à part), stérilisable et réutilisable, qui permet de loger l'implant pendant le dévissage de la vis de serrage du mounter sans risque de contamination de la surface implantaire.



1) Positionner l'implant dans l'U-SUP avec une petite pince stérile ; dévisser la vis de fixation avec HSM-20-DG ou autre visseuse équivalente, parmi celles présentées page 27. La petite clé bloque-mounter U-CM bloque l'ensemble implant-mounter pendant le dévissage de la vis.



2) après le dévissage de la vis, il est nécessaire ôter l'U-CM pour pouvoir ôter la vis et enlever le mounter.



3) après avoir enlevé le mounter à l'aide d'une pince, l'implant est prélevé du support U-SUP avec l'une des trois clés hexagonales de retenue (U-BL-OT275, U-BC-OT275 respectivement longue et courte, U-BL-OT275-CA pour contrangle), et transféré de manière sûre dans la cavité orale grâce à l'action de retenue exercée par l'o'ring métallique. L'o'ring est anodisé et de couleur jaune pour permettre un contrôle aisé de son insertion complète dans le puits de l'implant.



4) les driver de retenue sont testés pour résister en toute sécurité jusqu'à 70 Ncm de couple de serrage pendant le vissage. En cas de couple de serrage plus élevé, il est conseillé de procéder au vissage final de l'implant au moyen de la clé hexagonale pleine U-BLP-OT275, dont la résistance a été testée jusqu'à 150 Ncm de couple de serrage.

Si l'implant a du mal à descendre dans le site chirurgical, il est conseillé de :

- dévisser et revisser de 2 tours plusieurs fois ;
- tarauder ou retarauder ;
- surdimensionner légèrement la partie coronale de la préparation.

## Phase suivant l'insertion de l'implant

Une fois l'insertion de l'implant terminée et ce en fonction du plan de traitement :

- en cas de mise en charge immédiate il est possible de procéder à la prise de l'empreinte et à la réalisation du provisoire directement sur le monter ;
- en cas de mise en charge différée il est possible ôter le monter en dévissant la vis qui le tient vissé à l'implant (s'il n'a pas déjà été enlevé avant de compléter le vissage de l'implant). Pour enlever le monter, utiliser le tournevis pour contrangle avec connexion hexagonale (HSM-20-CA) et tenir le monter bloqué avec la clé spéciale U-CM pour éviter que l'implant ne bouge.

Le monter est très précis dans la connexion avec l'octogone "de travail" de l'implant de sorte à être fermement solidaire avec ce dernier lors de la phase d'insertion. Du fait justement de cette extrême précision pendant la phase d'enlèvement du monter, il pourrait être nécessaire d'effectuer un léger mouvement dans le sens inverse des aiguilles d'une montre avec la clé monter U-CM pour faciliter le démontage. La vis de fermeture est prélevée de son emplacement dans le bouchon bleu de l'ampoule et est vissée à l'implant à la main ou avec un couple de serrage ne dépassant pas 10 Ncm. Puis l'on passe à la suture des lambeaux selon la procédure habituelle.

### DELAIS DE CICATRISATION

Les temps de cicatrisation préliminaires à la mise en charge d'un implant sont influencés par de nombreux facteurs :

- la qualité de l'os recevant ;
- la longueur de l'implant utilisé ;
- le nombre d'implants à relier ensemble ;
- le positionnement des implants en ligne ou le long d'un arc.

Dans les cas où tous ou une partie des facteurs susmentionnés sont favorables, une mise en charge précoce ou immédiate est envisageable.

### SECONDE PHASE CHIRURGICALE

Lors de la seconde phase chirurgicale, on passe donc à l'exposition des vis de fermeture des implants, on élimine les éventuels tissus durs en excès et on procède au dévissage des vis. Si l'on utilise la visseuse pour contrangle, le micromoteur chirurgical doit être réglé avec les paramètres suivants : 20 rpm (t/mn) et couple de serrage égal à 10 Ncm.

Une fois que les piliers de cicatrisation sont placés, on rapproche les bords des lambeaux, on adapte le tissu mou au profil de la transmuqueuse de cicatrisation et on le suture autour. Il est conseillé de serrer les piliers de cicatrisation à la main ou avec un couple de serrage ne dépassant pas 10 Ncm.

Il est possible de conditionner les tissus mous avec un provisoire unitaire plutôt qu'avec les vis transmuqueuses de cicatrisation.

En cas de mise en charge différée, si le choix se porte sur une technique enfouie à double phase chirurgicale, l'emploi des prothèses provisoires doit être effectué avec prudence, en les déchargeant amplement. Les protocoles implantaires à deux phases prévoient que, après une période de cicatrisation nécessaire durant laquelle s'expriment les processus biologiques d'ostéointégration, l'on puisse passer à la deuxième phase chirurgicale, finalisée au remplacement des vis de couverture avec les piliers de cicatrisation.

## Enlèvement intraopératoire des implants

S'il est nécessaire ôter un implant déjà inséré, il est possible de procéder par le biais du mouter ou par une prise directe sur la connexion octogonale de travail de l'implant.

### Enlèvement à l'aide du mouter

Si le mouter a déjà été enlevé, nettoyer soigneusement le petit puits de l'implant en éliminant le sang et les éventuels résidus produits en phase d'insertion et procéder au repositionnement du mouter en le fixant à l'implant avec la vis correspondante. Pendant la phase de vissage on utilisera le tournevis pour contrangle (HSM-20-CA) en réglant le micro-moteur chirurgical avec les paramètres suivants : 20 rpm (t/mn) et couple de serrage égal à 10 Ncm ; en alternative il est possible d'utiliser les tournevis digitaux à une pièce. Se rappeler à ce stade de bloquer le mouter avec la clé prévue à cet effet, code U-CM, pour éviter que l'implant ne se visse d'avantage dans l'os et ne soit plus difficile à enlever.

Le mouter correctement connecté à l'implant se présente avec l'octogone intérieur supérieur prêt à être engagé en utilisant l'instrument pour contrangle (U-AVV3-MOU-CA). L'implant peut être dévissé (l'instrument doit tourner en sens antihoraire) et ôté du site à l'aide d'un micromoteur chirurgical à contrôle de couple de serrage réglé à une vitesse de dévissage égale à 20 rpm (t/mn) et au couple de serrage maximum ; en alternative, l'implant peut être dévissé et enlevé en utilisant la clé hexagonale manuelle (U-AVV-MOUC) raccordée à la visseuse digitale (AVV3-MAN-DG) ou avec la clé à cliquet (CRI5) utilisée dans la position de contrôle du couple de serrage ou en position bloquée en faisant attention à ce que le marquage au laser sur la tête de la clé à cliquet indique la position OUT.

Prélever l'implant enlevé à l'aide de pinces stériles.

### Enlèvement sans utiliser le mouter

Si le mouter a déjà été enlevé et si l'on veut ôter l'implant sans mouter, nettoyer soigneusement le puits de l'implant en enlevant le sang et les éventuels résidus produits en phase d'insertion, prélever du kit chirurgical la clé hexagonale pleine U-BLP-OT275, introduire la partie octogonale de la clé hexagonale à l'intérieur du puits de l'implant en faisant très attention à ce que l'instrument soit dans l'axe par rapport à l'implant et qu'il soit complètement engagé dans la connexion interne ; à ce point, bloquer la tête de la clé à cliquet et la relier à la partie hexagonale de la clé à cliquet en prenant soin que la flèche marquée au laser sur la tête de la clé à cliquet indique le sens OUT et faire levier dans ce sens en faisant attention à maintenir dans l'axe avec l'index l'ensemble clé hexagonale/clé à cliquet.

#### AVIS IMPORTANT

La clef hexagonale pleine U-BLP-OT275 n'exerce pas de rétention à l'intérieur de la connexion, prélever l'implant à l'aide d'une petite pince en faisant attention de ne pas la faire tomber dans la bouche. L'utilisation des clés hexagonales de rétention n'est pas préconisée car normalement les couples de serrage nécessaires pour enlever les implants peuvent être très élevés.

## Identification du fabricant

Le fabricant du système implantaire Global, qui comprend des implants, des dispositifs chirurgicaux et des composants prothétiques est :

### Sweden & Martina














Via Veneto 10

35020 Due Carrare (Padova) - Italie

Tel. +39 049.9124300 - Fax + 39 049.9124290

e-mail: info@sweden-martina.com - www.sweden-martina.com

## Légende des symboles reportés sur les emballages des implants et/ ou des dispositifs chirurgicaux et/ou des composants prothétiques :

symbole	description
	Attention ! Consulter le mode d'emploi
	Numéro de lot
	Code
	Stérilisé avec rayonnements ionisants (uniquement implants et vis chirurgicales de fermeture de rechange)
	Produit non stérile (uniquement composants prothétiques et dispositifs chirurgicaux)
	Ne pas utiliser le produit après la date d'expiration (uniquement implants)
	Ne pas réutiliser, produit jetable
	Fabricant
	Consulter le mode d'emploi
	Ne pas utiliser le produit si l'emballage n'est pas intact
	Marquage de conformité CE pour les produits de classe 1
	Marquage de conformité CE pour les produits de classe 2a et 2b
	La loi fédérale américaine limite la vente de la part ou pour l'ordre d'un dentiste professionnelle



- Galli C., Macaluso G.M., Elezi E., Ravanetti F., Cacchioli A., Gualini G., Passeri G.; The Effects of Er:YAG Laser Treatment on Titanium Surface Profile and Osteoblastic Cell Activity: An In Vitro Study; *Journal of Periodontology*, 82 (8): 1169-1177, 2011; DOI: 10.1902/jop.2010.100428
- Ramaglia L., Postiglione L., Di Spigna G., Capece G., Salzano S., Rossi G.; Sandblasted-acid-etched titanium surface influences in vitro the biological behavior of SaOS-2 human osteoblast-like cells; *Dental Material Journal*, 30: 183-192, 2011; DOI: 10.4012/dmj.2010-107
- Scala A., Botticelli D., Faeda R.S., Rangel I.G.Jr., de Oliveira J.A., Lang N.P.; Lack of influence of the Schneiderian membrane in forming new bone apical to implants simultaneously installed with sinus floor elevation: an experimental study in monkeys; *Clinical Oral Implant Research*, Early View, First Published online on 2011, June 13th; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02227.x
- Rossi F., Botticelli D., Pantani F., Pereira F.P., Salata L.A., Lang N.P.; Bone healing pattern in surgically created circumferential defects around submerged implants: an experimental study in dog; *Clinical Oral Implant Research*, Early View, First Published online on 2011, March 28th; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02170.x
- Caneva M., Botticelli D., Pantani F., Baffone G.M., Rangel I.G.Jr., Lang N.P.; Deproteinized bovine bone mineral in marginal defects at implants installed immediately into extraction sockets: an experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, Early View, First Published online on 2011, May 5th; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02202.x
- De Santis E., Botticelli D., Pantani F., Pereira F.P., Beolchini M., Lang N.P.; Bone regeneration at implants placed into extraction sockets of maxillary incisors in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, 22, 2011; 430-437; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2010.02122.x
- De Santis E., Lang N.P., Scala A., Viganò P., Salata L.A., Botticelli D.; Healing outcomes at implants installed in grafted sites: an experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, Early View, First Published online on 2011, October 3rd; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02326.x
- Caneva M., Botticelli D., Morelli F., Cesaretti G., Beolchini M., Lang N.P.; Alveolar process preservation at implants installed immediately into extraction sockets using deproteinized bovine bone mineral - an experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, Early View, First Published online on 2011, October 21st; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02332.x
- Caneva M., Botticelli D., Rossi F., Carvalho Cardoso L., Pantani F., Lang N.P.; Influence of implants with different sizes and configurations installed immediately into extraction sockets on peri-implant hard and soft tissues: an experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, Early View, First Published online on 2011, September 29th; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02310.x
- Vignoletti F., De Sanctis M., Sanz M.; Impianti immediati post-estrattivi: fattori critici per la guarigione dei tessuti; *Il Dentista Moderno*, 9:94-114, 2011
- Farronato D., Santoro G., Canullo L., Botticelli D., Maiorana C., Lang N.P.; Establishment of the epithelial attachment and connective tissue adaptation to implants installed under the concept of "platform switching": a histologic study in minipigs; *Clinical Oral Implant Research*, Early View, First Published online on 2011, April 15th; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02196.x
- Baffone G.M., Botticelli D., Pantani F., Cardoso L.C., Schweikert M.T., Lang N.P.; Influence of various implant platform configurations on peri-implant tissue dimensions: an experimental study in dog; *Clinical Oral Implant Research*, 22, 2011; 438-444; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2010.02146.x
- Canullo L., Pellegrini G., Allievi C., Trombelli L., Annibaldi S., Dellavia C.; Soft tissues around long-term platform switching implant restorations: a histological human evaluation. Preliminary results; *Journal of Clinical Periodontology*, 2011; 38: 86-94; DOI: 10.1111/j.1600-051X.2010.01641.x
- Canullo L., Iannello G., Netuschil L., Jepsen S.; Platform switching and matrix metalloproteinase-8 levels in peri-implant sulcular fluid; *Clinical Oral Implant Research*, Early View, First Published online on 2011, March 28th; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02175.x
- Della Via C., Canullo L., Allievi C., Lang N.P., Pellegrini C.; Soft tissue surrounding switched platform implants: an immunohistochemical evaluation; *Clinical Oral Implant Research*, Early View, First Published online on 2011, September 29th; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02301.x
- Baffone G.M., Botticelli D., Canullo L., Scala A., Beolchini M., Lang N.P.; Effect of mismatching abutments on implants with wider platforms - an experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, Early View First Published online on 2011, November 2nd; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02320.x
- Canullo L., Pace F., Coelho P., Sciubba E., Vozza I.; The Influence of Platform Switching on the Biomechanical Aspects of the Implant-Abutment System. A Three Dimensional Finite Element Study; *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011 Sep 1; 16 (6):e852-6; DOI: 10.4317/medoral.17243
- Canullo L., Iannello G., Götz W.; The influence of individual bone patterns on peri-implant bone loss: preliminary report from a 3-year randomized clinical and histologic trial in patients treated with implants restored with matching-diameter abutments or the platform-switching concept; *International Journal of Oral and Maxillofacial Implants*, 2011 May-Jun; 26(3):618-30
- Serrano-Sánchez P., Calvo-Guirado J.L., Manzanera-Pastor E., Lorrio-Castro C., Bretones-López P., Pérez-Llanes J.A.; The influence of platform switching in dental implants. A literature review; *Medicina Oral Patologia Oral Cirugia Bucal*. 2011 May 1; 16 (3):e400-5; DOI: 10.4317/medoral.16.e400
- Bruschi G.B., Crespi R., Capparè P., Bravi F., Bruschi E., Gherlone E.; Localized Management of Sinus Floor Technique for Implant Placement in Fresh Molar Sockets; *Clinical Implant Dentistry and Related Research*, 2011 May 20. [Epub ahead of print]; DOI: 10.1111/j.1708-8208.2011.00348.x
- Sisti A., Canullo L., Mottola M.P., Iannello G.; A case series on crestal sinus elevation with rotary instruments; *European Journal of Oral Implantology*. 2011 Summer; 4(2):145-52
- Garcia-Fajardo Palacios C.; Sinus Lift. Ottimizzazione dei risultati; *NumeriU-no 10(06)*, 2011, 04-07
- Canullo L.; RIGENERAZIONE DI UN SITO POST-ESTRATTIVO con grave deficit osseo vestibolare con idrossiapatite arricchita di magnesio. CASE REPORT CON FOLLOW UP DEL RESTAURO IMPLANTO-PROTESICO A 2 ANNI; *Odontoiatria - Rivista degli Amici di Brugg*, 2: 166-167, 2011
- Becattelli A., Biscaro L., Ferlin P., Soattin M.; Riabilitazione implanto-protesica di entrambe le arcate mediante Toronto Bridge su impianti tiltati a carico immediato; *NumeriU-no 10(06)* 2011, 10-12
- Marano G., Tomarelli F.; Carico implantare immediato e condizionamento dei tessuti molli con provvisorio in ceramica; *NumeriU-no 10(06)* 2011, 18-21
- Avvanzo P., Fabrocini L., Avvanzo A., Ciavarella D., Lo Muzio L., De Maio R.; Use of intra-oral welding to stabilize dental implants in augmented sites for immediate provisionalization: a case report; *Journal of Oral Implantology*, 2010 Oct 8. [Epub ahead of print]; DOI: 10.1563/AAID-JOI-D-10-00047
- Domini A.D.; Solidarizzazione elettronica su impianti a carico immediato: un caso clinico in chirurgia flapless; *Dental Cadmos*, 79(8):545-550, 2011; DOI: 10.1016/j.cadmos.2011.03.002
- De Paolis G., Quaranta A., Zappia S., Vozza I., Quaranta M.; Valutazione clinica e microbiologica di impianti a connessione conometrica rispetto a impianti a connessione esadagonale: caso clinico; *Dental Cadmos*, 79(7):443-454, 2011; DOI: 10.1016/j.cadmos.2010.11.2010
- Canullo L., Bignozzi I., Cocchetto R., Cristalli M.P., Iannello G.; Immediate positioning of a definitive abutment versus repeated abutment replacements in post-extractive implants: 3-year follow-up of a randomised multicentre clinical trial; *European Journal of Oral Implantology*, 2010 Winter; 3(4):285-96
- Csonka M.; Carico Immediato di una Cresta Mandibolare Edentula con Tecnica SIMPLE; *Italian Dental Journal*, 2011
- Canullo L., Baffone G.M., Botticelli D., Pantani F., Beolchini M., Lang N.P.; Effect of wider implant/abutment mismatching: an histological study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, 22(9), 2011:910; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02271.x
- Rossi F., Botticelli D., Salata L.; Bone healing in animal surgically created circumferential defects around submerged implants; *Clinical Oral Implant Research*, 22(9), 2011: 937; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02271.x
- Ricci M., Funel N., Orazio V., Bobbio A., Barone A., Covani U.; Analysis of osteoblastic gene dynamics in the early human mesenchymal cell response to an implant support: an in vitro study; *Clinical Oral Implant Research*, 22(9), 2011: 1071; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02271.x
- Canullo L., Götz W.; Cell growth on titanium disks treated by plasma of Argon: experimental study; *Clinical Oral Implant Research*, 22(9), 2011: 1082-3; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02271.x
- Bruschi G.B., Crespi R.; TECNICHE DI ESPANSIONE OSSEA IN CHIRURGIA IMPLANTARE; Quintessenza Edizioni S.r.l., 2011, Milano (Anteprima)
- Avellino W., Milan U., Delle Rose D.; SOLUZIONI CLINICHE E TECNICHE PER LA REALIZZAZIONE DI UN PROVVISORIO FULL-ARCH SU IMPIANTI CON FUNZIONE IMMEDIATA; *NumeriU-no*, 7: 11-13, 2010
- Branchi R., Vangi D., Virga A., Guertin G., Fazi G.; RESISTANCE TO WEAR OF FOUR MATRICES WITH BALL ATTACHMENTS FOR IMPLANT OVERDENTURES: A FATIGUE STUDY; *Journal of Prosthodontics*, 19(8):614-619, 2010
- Bruschi G.B., Crespi R., Capparè P., Gherlone E.; TRANSCRESTAL SINUS FLOOR ELEVATION: A RETROSPECTIVE STUDY OF 46 PATIENTS UP TO 16

- YEARS; Clinical Implant Dentistry and Related Research, 2010 Oct 26
- Caneva M., Salata L.A., Scombatti de Souza S., Baffone G., Lang N.P., Botticelli D.; INFLUENCE OF IMPLANT POSITIONING IN EXTRACTION SOCKETS ON OSSEOINTEGRATION: HISTOMORPHOMETRIC ANALYSES IN DOGS; Clinical Oral Implant Research 21; 43-49, 2010
- Caneva M., Salata L.A., Scombatti de Souza S., Bressan E., Botticelli D., Lang N.P.; HARD TISSUE FORMATION ADJACENT TO IMPLANTS OF VARIOUS SIZE AND CONFIGURATION IMMEDIATELY PLACED INTO EXTRACTION SOCKETS: AN EXPERIMENTAL STUDY IN DOGS; Clinical Oral Implant Research, 21(9):885-90, 2010
- Caneva M., Botticelli D., Stellini E., Souza S.L., Salata L.A., Lang N.P.; MAGNESIUM-ENRICHED HYDROXYAPATITE AT IMMEDIATE IMPLANTS: A HISTOMORPHOMETRIC STUDY IN DOGS; Clinical Oral Implant Research, Early View, first published online 2010 Dec 9
- Caneva M., Botticelli D., Salata L.A., Scombatti de Souza S., Carvalho Cardoso L., Lang N.P.; COLLAGEN MEMBRANES AT IMMEDIATE IMPLANTS: A HISTOMORPHOMETRIC STUDY IN DOGS; Clinical Oral Implant Research, 21(9):891-7, 2010
- Caneva M., Botticelli D., Salata L.A., Scombatti de Souza S.L., Bressan E., Lang N.P.; FLAP VS. "FLAPLESS" SURGICAL APPROACH AT IMMEDIATE IMPLANTS: A HISTOMORPHOMETRIC STUDY IN DOGS; Clinical Oral Implant Research, 21 (12):1314-1319, 2010
- Canullo L., Quaranta A., Teles R.P.; THE MICROBIOTA ASSOCIATED WITH IMPLANTS RESTORED WITH PLATFORM SWITCHING: A PRELIMINARY REPORT; Journal of Periodontology, 81:403-411, 2010
- Canullo L., Rossi Fedele G., Iannello G., Jepsen S.; PLATFORM SWITCHING AND MARGINAL BONE-LEVEL ALTERATIONS: THE RESULTS OF A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL; Clinical Oral Implant Research, 21:115-121, 2010
- Canullo L., Bignozzi I., Cocchetto R.; "ONE ABUTMENT-ONE TIME": OPTIMIZING PLATFORM-SWITCHING CONCEPT. THREE-YEAR CONTROLLED PROSPECTIVE STUDY; Clinical Oral Implant Research, 21 (10): 1085, 2010
- Canullo L.; CASO CLINICO: AGENESIA DELL'INCISIVO LATERALE SUPERIORE DESTRO; Italian Dental Journal, 4: 16, 2010
- Canullo L., Cocchetto R., Loi I.; PERI-IMPLANT TISSUES REMODELING: SCIENTIFIC BACKGROUND & CLINICAL IMPLICATIONS; Quintessenza Edizioni S.r.l., 2010, Milano (Anteprima)
- Canullo L., Sisti A.; EARLY IMPLANT LOADING AFTER VERTICAL RIDGE AUGMENTATION (VRA) USING E-PTEF TITANIUMREINFORCED MEMBRANE AND NANOSTRUCTURED HYDROXYAPATITE: 2-YEAR PROSPECTIVE STUDY; European Journal Oral Implantology, 3(1):59-69, 2010
- Canullo L., Patacchia O., Sisti A., Heinemann F.; IMPLANT RESTORATION 3 MONTHS AFTER ONE STAGE SINUS LIFT SURGERY IN SEVERELY RESORBED MAXILLAE: 2-YEAR RESULTS ON A MULTICENTER PROSPECTIVE CLINICAL STUDY; Clinical Implant Dentistry and Related Research, Early view - Published online in ahead of printing, 21-10-2010
- Ciccù M., Risitano G., Maiorana C., Herford A., Oteri G., Ciccù D.; "TORONTO" SCREWED MANDIBULAR OVERDENTURE ON DENTAL IMPLANTS: FEM AND VON MISES ANALYSIS OF STRESS DISTRIBUTION; The Journal of Implants and Advanced Dentistry, 2(9): 41-58, 2010
- Covani U., Marconcini S., Santini S., Cornellini R., Barone A.; IMMEDIATE RESTORATION OF SINGLE IMPLANTS PLACED IMMEDIATELY AFTER IMPLANT REMOVAL. A CASE REPORT; International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry, 30:639-645, 2010
- Crespi R., Cappare P., Gherlone E.; OSTEOTOME SINUS FLOOR ELEVATION AND SIMULTANEOUS IMPLANT PLACEMENT IN GRAFTED BIOMATERIAL SOCKETS: 3 YEARS OF FOLLOW-UP; Journal of Periodontology, 81:344-349, 2010
- Crespi R., Cappare P., Gherlone E.; A 4-YEAR EVALUATION OF THE PERI-IMPLANT PARAMETERS OF IMMEDIATE LOADED IMPLANTS PLACED IN FRESH EXTRACTION SOCKETS; Journal of Periodontology, 81 (11):1629-1634, 2010
- Crespi R., Cappare P., Gherlone E.; IMMEDIATE LOADING OF DENTAL IMPLANTS PLACED IN PERIODONTALLY INFECTED AND NON INFECTED SITES IN HUMANS: A FOUR YEARS FOLLOW-UP CLINICAL STUDY; Journal of Periodontology, 81 (8):1140-1146, 2010
- Crespi R., Cappare P. and Gherlone E.; FRESH-SOCKET IMPLANTS IN PERIAPICAL INFECTED SITES IN HUMANS; Journal of Periodontology, 81:378-383, 2010
- Galli C., Passeri G., Piemontese M., Lumetti S., Manfredi E., Carra M.C., Macaluso G.M.; PHOSPHOSERINE-POLY (LYSINE) COATINGS PROMOTE OSTEOBLASTIC DIFFERENTIATION AND WNT SIGNALING ON TITANIUM SUBSTRATES; Clinical Oral Implant Research, 21(10): 1172, 2010
- Mantoan G.; LE CORONE PROVVISORIE IMMEDIATE SU IMPIANTI GLOBAL (METODICA CLINICA); NumeriUno, 7: 17-18, 2010
- Momen A. A., Hadeel M. I., Ahmad H. A.; PLATFORM SWITCHING FOR MARGINAL BONE PRESERVATION AROUND DENTAL IMPLANTS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS; Journal of Periodontology, 81 (10):1350-1366, 2010
- Pantani F., Botticelli D., Rangel Garcia I. Jr., Salata L.A., Jayme Borges G., Lang N. P.; INFLUENCE OF LATERAL PRESSURE TO THE IMPLANT BED ON OSSEOINTEGRATION: AN EXPERIMENTAL STUDY IN DOGS; Clinical Oral Implant Research, 21(11): 1264-70, 2010
- Passeri G., Cacchioli A., Ravanetti F., Galli C., Elezi E., Macaluso G.M.; ADHESION PATTERN AND GROWTH OF PRIMARY HUMAN OSTEOBLASTIC CELLS ON FIVE COMMERCIALY AVAILABLE TITANIUM SURFACES; Clinical Oral Implant Research 21: 756-765, 2010
- Raddi F.; ANALISI COMPARATIVA TEST DI RESISTENZA A FATICA SPERIMENTALI E VIRTUALI; Relazione interna, Sweden & Martina, 2010
- Scala A., Botticelli D., Oliveira J.A., Okamoto R., Garcia Rangel I. Jr., Lang N.P.; EARLY HEALING AFTER ELEVATION OF THE MAXILLARY SINUS FLOOR APPLYING A LATERAL ACCESS - A HISTOLOGICAL STUDY IN MONKEYS; Clinical Oral Implant Research, 21 (12): 1320-6, 2010
- Silvasan M.H.; TIMING OF DENTAL IMPLANT LOADING - A LITERATURE REVIEW; Implants - Oemus, 11 (3): 06-16, 2010
- Sbordone I., Levin L., Guidetti F., Sbordone C., Gilkman A., Schwartz-Arad D.; APICAL AND MARGINAL BONE ALTERATIONS AROUND IMPLANTS IN MAXILLARY SINUS AUGMENTATION GRAFTED WITH AUTOGENOUS BONE OR BOVINE BONE MATERIAL AND SIMULTANEOUS OR DELAYED DENTAL IMPLANT POSITIONING; Clinical Oral Implants Research, 2010 Nov 19. [Epub ahead of print]
- Ballini D., Attini M., Giunta S., Mezzanotte E.; MINI IMPIANTI: UN CASE REPORT; NumeriUno, 5: 18-20, 2009
- Biscaro L., Becattelli A., Soattin M.; RIABILITAZIONE IMPLANTO-PROTESICA DELLE DUE ARCADE CON CARICO IMMEDIATO: PROTOCOLLO DI LAVORO CON L'UTILIZZO DELLA TECNICA DEL MODELLO UNICO E DELLA SISTEMA-TICA PAD; NumeriUno, 8, 04-05, 2009
- Briguglio F., Briguglio E., Sidoti Pinto G.A., Lapi M., Zappia D., Briguglio R.; VALUTAZIONE CLINICA COMPARATIVA SULL'UTILIZZO DI UN COPI-LIMERO DELL'ACIDO POLIGLICOLICO E POLILATTICO NEL SINUS LIFT; Implantologia, 1:9-14, 2009
- Bruschi G. B., Bravi F., Di Felice A.; RIABILITAZIONE PROTESICA SU DENTI E IMPIANTI MEDIANTE TECNICHE CHIRURGICHE DI ESPANSIONE CRESTALE E SOLLEVAMENTO DEL SENO E CHIRURGIA PROTESICAMENTE GUIDATA; NumeriUno, 5: 8-14, 2009
- Calesini G., Micarelli C., Coppe S., Scipioni A.; EDENTULOUS SITE ENHANCEMENT: A REGENERATIVE APPROACH TO THE MANAGEMENT OF EDENTULOUS AREAS. PART 2- PERI-IMPLANT TISSUES; International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry, 29(1):49-57, 2009
- Canullo L., Iurlaro G., Iannello G.; DOUBLE-BLIND RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL STUDY ON POSTEXTRACTION IMMEDIATELY RESTORED IMPLANTS USING THE SWITCHING PLATFORM CONCEPT: SOFT TISSUE RESPONSE. PRELIMINARY REPORT; Clinical Oral Implant Research, 20 (4):414-420, 2009
- Canullo L., Goglia G., Iurlaro G., and Iannello G.; SHORT-TERM BONE LEVEL OBSERVATIONS ASSOCIATED WITH PLATFORM SWITCHING IN IMMEDIATELY PLACED AND RESTORED SINGLE MAXILLARY IMPLANTS: A PRELIMINARY REPORT; International Journal of Prosthodontics, 22 (3):277-282, 2009
- Canullo L., Iannello G., Jepsen S.; MATRIX-METALLOPROTEINASES AND BONE LOSS AT IMPLANTS RESTORED ACCORDING TO THE PLATFORM SWITCHING CONCEPT: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL ON THE INFLUENCE OF DIFFERENT MISMATCHING; Clinical Oral Implant Research, 20(9):873-874, 2009
- Canullo L., Vozza I., Caricato F., Dellavica C.; MAXILLARY SINUS FLOOR AUGMENTATION USING A NANO-CRYSTALLINE HYDROXYAPATITE SILICA GEL. A PROSPECTIVE STUDY - HISTOLOGICAL RESULTS AFTER 3 MONTHS OF HEALING; Implants 2, 24-27, 2009
- Cardelli P., Montani M., Gallo M., Biancolini M., Brutti C., Barlattani A.; ABUTMENTS ANGOLATI E TENSIONI PERIIMPLANTARI: ANALISI F.E.M.; Oral Implantology, 1:7-14, 2009
- Carinci F., Guidi R., Franco M., Viscioni A., Rigo L., De Santis B., Tropina E.; IMPLANTS INSERTED IN FRESH-FROZEN BONE: A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF 88 IMPLANTS LOADED 4 MONTHS AFTER INSERTION; Quintessence International, 40(5): 413-419, 2009
- Carusi G., Sisti A., Mottola M.P., Matera G., Veruggio P., Gelmi L., Bailo A.; TECNICA DI RIALZO DI SENO MINIMAMENTE INVASIVA NEL TRATTAMEN-

- TO IMPLANTARE DEL MASCELLARE EDENTULO; *Dental Cadmos*, 77(10): 31-40, 2009
- Ceccherini A., De Angelis L., Silvestrelli S.; CHIRURGIA SOFTWARE ASSISTITA CON LA TECNICA MODEL GUIDE: PROGETTO 3D - POSA DELL'IMPIANTO GUIDATA; *TeamWork*, 11(6): 63-75, 2009
  - Ciccù M., Risitano G., Maiorana C., Franceschini G.; PARAMETRIC ANALYSIS OF THE STRENGTH IN THE "TORONTO" OSSEOUS-PROSTHESIS SYSTEM; *Minerva Stomatologica*, 58(1-2):9-23, 2009
  - Covani U.; I VANTAGGI DELL'IMPIANTO PREMIUM/KOHNO NELLA CHIRURGIA SOSTITUTIVA DELL'ARCATA DENTARIA; Atti del Congresso, X Congresso Nazionale di Implantoprotesi Integrata Premium Day 2009, 18-20 giugno 2009, Abano Terme, pp. 14-15
  - Crespi R., Cappare P., Gherlone E.; RADIOGRAPHIC EVALUATION OF MARGINAL BONE LEVELS AROUND PLATFORM-SWITCHED AND NON-PLATFORM-SWITCHED IMPLANTS USED IN AN IMMEDIATE LOADING PROTOCOL; *The International Journal of Oral and Maxillofacial Implants*, 24:920-926, 2009
  - Crespi R., Cappare P., Gherlone E.; DENTAL IMPLANTS PLACED IN EXTRACTION SITES GRAFTED WITH DIFFERENT BONE SUBSTITUTES: RADIOGRAPHIC EVALUATION AT 24 MONTHS; *Journal of Periodontology*, 80 (10):1616-1621, 2009
  - Figliuzzi M.; LA TECNICA FLAPLESS: INDICAZIONI E LIMITI; *NumeriUno*, 3 (12-3); 2009, 04-07
  - Lenzi C.; LA RIGENERAZIONE DEI DIFETTI OSSEI NEI SITI POSTESTRATTIVI MEDIANTE OS BOVINO DEPROTEINIZZATO. VALUTAZIONE DELLE DIFFERENTI TECNICHE CHIRURGICHE; *Implantologia*, 1: 51-59, 2009
  - Maiorana C., Ciccù M., Andreoni D., Beretta M.; CARICO IMMEDIATO DI DENTE SINGOLO: CASO CLINICO E REVISIONE DELLA LETTERATURA; *Journal of Osseointegration*, 2(1): 1-10, 2009
  - Maiorana C., Ciccù M., Beretta M., Andreoni D.; RISULTATI DEL TRATTAMENTO CON CARICO FUNZIONALE PRECOCE SU PROTESI TORONTO DOPO IL POSIZIONAMENTO DI IMPIANTI IN SITI POSTESTRATTIVI; *Journal of Osseointegration*, 2(1): 95-100, 2009
  - Mazzella M., Protà V., Mazzella A.; IL PONTIC A CONFORMAZIONE OVOIDALE IN PROTESI IMPIANTARE; *NumeriUno*, 6: 6-7, 2009
  - Monguzzi R., Pozzi E., Franceschini F. G.; PROTESI IN ZIRCONIO SU IMPIANTI ED ELEMENTI NATURALI; *NumeriUno*, 6, 04-05, 2009
  - Paniz G.; L'UTILIZZO DELLA TECNOLOGIA CAD-CAM ECHO PER IL TRATTAMENTO PROTESICO DI TIPO CEMENTATO DELLE EDENTULIE SINGOLE IN ZONA ESTETICA; *NumeriUno*, 4 (4-6):04-05, 2009
  - Quaranta A., Maida C., Scrascia A., Campus G., Quaranta A.; ER:YAG LASER APPLICATION ON TITANIUM IMPLANT SURFACES CONTAMINATED BY PORPHYROMONAS GINGIVALIS: AN HISTOMORPHOMETRIC EVALUATION; *Minerva Stomatologica*, 58:317-30, 2009
  - Ricci M., Tonelli P., Barone A., Covani U.; RUOLO DEL PLATFORM SWITCHING NEL MANTENIMENTO DELL'OS PERIMPLANTARE; *Dental Cadmos*, 77(9): 31-39, 2009
  - Severi G.; CARICO PRECOCE DI IMPIANTI DENTALI CHE SOSTENGONO UNA PROTESI FISSA NELLA MANDIBOLA POSTERIORE EDENTULA; *NumeriUno*, 4: 6-8, 2009
  - Barone A., Cornellini R., Ciaglia R., Covani U.; IMPLANT PLACEMENT IN FRESH EXTRACTION SOCKETS AND SIMULTANEOUS OSTEOTOME SINUS FLOOR ELEVATION: A CASE SERIES; *International Journal of Periodontics Restorative Dentistry*, 28(3):283-9, 2008
  - Bosisio C.; CARICO IMMEDIATO MANDIBOLARE; *NumeriUno*, 0: 7-9, 2008
  - Canullo L., Malagnino G., Iurlaro G.; RIABILITAZIONE PROTESICA DI IMPIANTI SINGOLI A CARICO IMMEDIATO: STUDIO PROSPETTICO; *Dental Cadmos*, 76(6): 1-8, 2008
  - Canullo L., Nuzzoli A., Marinotti F.; TECNICHE DI REALIZZAZIONE DI UN PROVVISORIO SU MONOIMPIANTO A CARICO IMMEDIATO; *Implantologia*, 1: 21-29, 2008
  - Canullo L.; PLATFORM SWITCHING E CARICO IMMEDIATO SUL DENTE SINGOLO IN ZONA ESTETICA; *NumeriUno*, 1: 6-7, 2008
  - Ciccù M., Beretta M., Risitano G., Maiorana C.; CEMENTED-RETAINED VS SCREW-RETAINED IMPLANT RESTORATIONS: AN INVESTIGATION ON 1939 DENTAL IMPLANTS; *Minerva Stomatol*, 57(4):167-79, 2008
  - Covani U., Barone A., Cornellini R.; BUCCAL BONE AUGMENTATION AROUND IMMEDIATE IMPLANTS WITH AND WITHOUT FLAP ELEVATION: A MODIFIED APPROACH; *International Journal Oral and Maxillofacial Implants*, 23:841-846, 2008
  - Crespi R.; CARICO IMMEDIATO IN IMPLANTOPROTESI. PROTOCOLLI SPERIMENTALI E APPLICAZIONI CLINICHE; *Quintessenza Edizioni S.r.l.*, 2008, Milano
  - Crespi R., Cappare P., Gherlone E., Romanos G.E.; IL CARICO IMMEDIATO IN IMPIANTI POSTESTRATTIVI IMMEDIATI; *Implantologia*, anno 6, marzo 2008
  - Crespi R., Cappare P., Gherlone E., Romanos G.E.; IMMEDIATE VERSUS DELAYED LOADING OF DENTAL IMPLANTS PLACED IN FRESH EXTRACTION SOCKETS IN THE MAXILLARY ESTHETIC ZONE: A CLINICAL COMPARATIVE STUDY; *International Journal of Oral Maxillofacial Implants*, 23:753-758, 2008
  - Lenzi C. C.; LA RIABILITAZIONE IMPLANTOPROTESICA FUNZIONALE ED ESTETICA CON SINUS LIFT MONOLATERALE. CASE REPORT; *Implantologia*, 4:63-65, 2008
  - Risitano G., Franceschini G., Ciccù M., Maiorana C.; ANALISI PARAMETRICA DELL'EFFICIENZA DEL SISTEMA PROTESI TIPO "TORONTO"; XXXVII Convegno Nazionale, AIAS Associazione Italiana per l'Analisi delle Sollecitazioni, 10-13 settembre 2008, Università di Roma la Sapienza, Atti del Congresso
  - Scipioni A., Calesini G., Micarelli C., Coppe S., Scipioni L.; MORPHOGENIC BONE SPLITTING: DESCRIPTION OF AN ORIGINAL TECHNIQUE AND ITS APPLICATION IN AESTHETICALLY SIGNIFICANT AREAS; *The International Journal of Prosthodontics*, 21(5):389-397, 2008
  - Tagliani M., Morandini E.; RIABILITAZIONE IMPLANTO-PROTESICA BIMASCELLARE DI UN PAZIENTE CON GRAVE ATROFIA OSSEA MEDIANTE TECNICA DI ESPANSIONE CRESTALE ASSOCIATA A CARICO IMMEDIATO NELL'ARCATA INFERIORE E A RIALZO DI SENO MASCELLARE LOCALIZZATO CON APPROCCIO CRESTALE; *NumeriUno*, 2(10-12):04-06, 2008
  - Covani U., Marconini S., Galassini G., Cornellini R., Santini S., Barone A.; CONNECTIVE TISSUE GRAFT USED AS A BIOLOGIC BARRIER TO COVER AN IMMEDIATE IMPLANT; *Journal of Periodontology*, 78:1644-1649, 2007
  - Covani U., Barone A., Cornellini R.; VERTICAL CRESTAL BONE CHANGES AROUND IMPLANTS PLACED INTO FRESH EXTRACTION SOCKETS; *Journal of Periodontology*, 78:810-815, 2007
  - Crespi R., Cappare P., Gherlone E., Romanos G.E.; IMMEDIATE OCCLUSAL LOADING OF IMPLANTS PLACED IN FRESH SOCKETS AFTER TOOTH EXTRACTION; *International Journal of Oral Maxillofacial Implants*, 22:955-962, 2007
  - Elezi E., Galli C., Passeri G., Lumetti S., Manfredi E., Bonanini M., Macaluso G.M.; IL COMPORTAMENTO DEGLI OSTEOBLASTI UMANI SU SUPERFICIE DI TITANIO TRATTATE IN MODO DIVERSO; IADR General Session & Exhibition - Abstract Collection, 2007
  - Pappalardo S., Milazzo I., Nicoletti G., Baglio O., Blandino G., Scalini L., Mastrangelo F., Tete S.; DENTAL IMPLANTS WITH LOCKING TAPER CONNECTION VERSUS SCREWED CONNECTION: MICROBIOLOGIC AND SCANNING ELECTRON MICROSCOPE STUDY; *International Journal of Immunopathologic Pharmacology*, 20 (Suppl1) Jan-Mar: 13-17, 2007
  - Ravasini T., Malaguti G., Coppi C., Bortolini S., Consolo U.; APPLICAZIONE CLINICA DI UN NUOVO IMPIANTO CORTO; *Dental Cadmos*, 6: 57-62, 2007
  - Barone A., Rispoli L., Vozza I., Quaranta A., Covani U.; IMMEDIATE RESTORATION OF SINGLE IMPLANTS PLACED IMMEDIATELY AFTER TOOTH EXTRACTION; *Journal of Periodontology*, 77 (11):1914-1920, 2006
  - Barone A., Santini S., Sbordone L., Crespi R., Covani U.; A CLINICAL STUDY OF THE OUTCOMES AND COMPLICATIONS ASSOCIATED WITH MAXILLARY SINUS AUGMENTATION; *International Journal of Oral Maxillofacial Implants*, 21(11):81-5, 2006
  - Covani U., Barone A., Cornellini R., Crespi R.; CLINICAL OUTCOME OF IMPLANTS PLACED IMMEDIATELY AFTER IMPLANT REMOVAL; *Journal of Periodontology*, 77:722-727, 2006
  - Pettrillo N.; CARICO IMMEDIATO POST-ESTRATTIVO SU MONOIMPIANTI MASCELLARI; *Dental Cadmos*, 8:37-45, 2006
  - Sbordone L., Guidetti F., Menchini Fabris G.B., Sbordone C.; LANGERHANS' CELL HISTIOCYTOSIS: A CASE REPORT OF AN EOSINOPHILIC GRANULOMA OF THE MANDIBLE TREATED WITH BONE GRAFT SURGERY AND ENDOSSEOUS TITANIUM IMPLANTS; *International Journal of Oral and Maxillofacial Implants*, 21: 124-130, 2006
  - Seganti P.; TORONTO IN FIBRA, UN'ALTERNATIVA MODERNA; *Quintessenza Odontotecnica*, 3:30-38, 2006
  - Barone A., Crespi R., Santini S., Cornellini R., Covani U.; RIALZO DEL SENO MASCELLARE IN CASI DI SPLIT MOUTH: OSSERVAZIONI ISTOLOGICHE; *Italian Oral Surgery*, 2: 19-24, 2005
  - Conserva E., Tealdo I., Acquaviva A., Bevilacqua E., Volpara G., Pera P.; ANALISI MORFOLOGICA E VALUTAZIONE DELLA PROLIFERAZIONE CELLULARE IN RELAZIONE A DIFFERENTI TRATTAMENTI DI SUPERFICIE IMPIANTARE: STUDIO IN VITRO; *Implantologia*, 4: 303-317, 2005
  - Covani U., Barone A., Marconini S., Cornellini R.; IMPIANTI POSTESTRATTIVI A PROTESIZZAZIONE IMMEDIATA. STUDIO CLINICO PRELIMINARE; *Implantologia Orale*, 5 (11): 40-45, 2005

- Pappalardo S., Baglio O.A., Carlino P., Grassi F.R.; INDAGINE AL MICROSCOPIO ELETTRONICO A SCANSIONE DI DIVERSE SUPERFICI IMPLANTARI: STUDIO COMPARATIVO; *European Journal of Implant Prosthodontics*, 1 (1): 25-34, 2005
- Riley D., Bavastrello V., Covani U., Barone A., Nicolini C.; AN IN-VITRO STUDY OF THE STERILIZATION OF TITANIUM DENTAL IMPLANTS USING LOW INTENSITY UV-RADIATION; *Dental materials*; official publication of the Academy of Dental Materials, 21 (8): 756-60, 2005
- Barone A., Ameri S., Santini S., Covani U.; GUARIGIONE OSSEA MARGINALE IN IMPIANTI POSTESTRATTIVI IMMEDIATI; *Implantologia Orale*, 5 (11): 37-40; 2004
- Barone A., Santini S., Covani U.; IMPIANTI POST-ESTRATTIVI IMMEDIATI. STUDIO LONGITUDINALE A 4 ANNI. RISULTATI PRELIMINARI; *Il Circolo, Rivista Periodica di Odontostomatologia*, 1: 7-11, 2004
- Barone A., Ameri S., Santini S., Covani U.; IMPIANTI POST-ESTRATTIVI SENZA LEMBO CHIRURGICO: GUARIGIONE DEI TESSUTI MOLLI; *DoctorOs*, 15 (3): 223-227, 2004
- Bruschi G.B.; TECNICA DI ESPANSIONE VERTICALE DELLA CRESTA EDENTULA CON DISLOCAMENTO DEL PAVIMENTO DEL SENO MASCELLARE; *Implantologia Orale*, 3 (5): 9-24; 2004
- Calesini G., Scipioni A.; RITRATTAMENTO IMPLANTARE: RIFLESSIONI SU UN CASO CLINICO; *Il Circolo, Rivista Periodica di Odontostomatologia*, 1: 21-26, 2004
- Carinci F., Pezzetti F., Volinia S., Francioso F., Arcelli D., Marchesini J., Caramelli E., Piattelli A.; ANALYSIS OF MG63 OSTEOBLASTIC-CELL RESPONSE TO A NEW NANOPOROUS IMPLANT SURFACE BY MEANS OF A MICROARRAY TECHNOLOGY; *Clinical Oral Implant Research*, 15: 180-186, 2004
- Cassetta M., Dell'Aquila D., Calasso S., Quaranta A.; LA MODULAZIONE DEI TEMPI DELLA TERAPIA IMPLANTARE. ANALISI DELLA FREQUENZA DI RISONANZA (AFR); *Dental Cadmos*, 1: 1-30, 2004
- Covani U., Barone A., Cornelini R., Crespi R.; SOFT TISSUE HEALING AROUND IMPLANTS PLACED IMMEDIATELY AFTER TOOTH EXTRACTION WITHOUT INCISION: A CLINICAL REPORT; *The International Journal Of Oral and Maxillofacial Implants*, 19(4): 549-553, 2004
- Covani U., Crespi R., Cornelini R., Barone A.; IMMEDIATE IMPLANTS SUPPORTING SINGLE CROWN RESTORATION: A 4-YEAR PROSPECTIVE STUDY; *Journal of Periodontology*, 75(7):982-8, 2004
- Covani U., Bortolaia C., Barone A., Sbordone L.; BUCCO-LINGUAL CRESTAL BONE CHANGES AFTER IMMEDIATE AND DELAYED IMPLANT PLACEMENT; *Journal of Periodontology*, 75(12):1605-12, 2004
- Morra M., Cassinelli C., Crespi R., Covani U.; VALUTAZIONE IN VITRO DI UNA NUOVA SUPERFICIE IMPLANTARE CON MORFOLOGIA NANOSTRUTTURATA; *Il Circolo, Rivista Periodica di Odontostomatologia*, 1: 27-34, 2004
- Perrotti V., Scarano A., Iezzi G., Piattelli A.; RISPOSTA OSSEA AD IMPIANTI A SUPERFICIE ANODIZZATA; *Il Circolo, Rivista Periodica di Odontostomatologia*, 1: 13-20, 2004
- Postiglione L., Di Domenico G., Ramaglia L., di Lauro A.E., Di Meglio F., Montagnani S.; DIFFERENT TITANIUM SURFACES MODULATE THE BONE PHENOTYPE OF SAOS-2 OSTEOBLAST-LIKE CELLS; *European Journal of Histochemistry* 49 (3): 213-222, 2004
- Bellabona G.; IMPIANTO POST-ESTRATTIVO CON INNESTO DI OS AUTOLOGO E MEMBRANA NON RIASSORBIBILE; *Il Dentista Moderno*, 7 (9): 121-126, 2003
- Biancolini M., Brutti C.; STUDIO COMPARATIVO DEL COMPORTAMENTO MECCANICO DI QUATTRO IMPIANTI; *Relazione interna, Sweden & Martina*, 15 gennaio 2003
- Cassetta M., Vozzolo S.V., Stasolla A., Marini M.; LA RISONANZA MAGNETICA NELLA VALUTAZIONE PREIMPLANTARE; *Dental Cadmos*, 3: 19-37, 2003
- Covani U., Cornelini R., Barone A.; BUCCO-LINGUAL BONE REMODELING AROUND IMPLANTS PLACED INTO IMMEDIATE EXTRACTION SOCKETS: A CASE SERIES; *Journal of Periodontology*, 74(2):268-73, 2003
- Covani U., Barone A., Cornelini R., Gherlone E.; RADIOGRAPHIC BONE DENSITY AROUND IMMEDIATELY LOADED ORAL IMPLANTS; *Clinical Oral Implant Research*; nr. 14 (5): 610-615, 2003
- Marzo G., Di Martino S., Marchetti E., Mummolo S.; VALUTAZIONE RETROSPETTIVA DELLA METODICA IMPLANTARE POSTESTRATTIVA: 10 ANNI DI OSSERVAZIONE; *Doctor OS*, 14 (4): 366-379, 2003
- Masolini P.; IMPIANTO POSTESTRATTIVO IMMEDIATO; *Il Dentista Moderno*, 4:115-122, 2003
- Postiglione L., Di Domenico G., Ramaglia L., Montagnani S., Salzano S., Di Meglio F., Sbordone L., Vitale M., Rossi G.; BEHAVIOR OF SAOS-2 CELLS CULTURED ON DIFFERENT TITANIUM SURFACES; *Journal of Dental Research*, 82 (9): 692-696, 2003
- Scarano A., Iezzi G., Petrone G., Quaranta A., Piattelli A.; VALUTAZIONE DELLA DENSITA' OSSEA PERIMPLANTARE: UNO STUDIO SPERIMENTALE SU CONIGLIO; *Il Dentista Moderno*, 5:95-107, 2003
- Covani U., Barone A., Cornelini R.; RIALZO DEL SENO MASCELLARE UTILIZZANDO PLASMA RICCO DI PIASTRINE E SOLFATO DI CALCIO; *Doctor OS*, 6: 725-730, 2002
- Covani U., Barone A.; IMPIANTI IMMEDIATI E PLASMA RICCO DI PIASTRINE: CASO CLINICO; *Dental Cadmos*, 10:79-85, 2002
- Cilenti C., Grasso G., Pinco S., Pulvirenti G.; SISTEMA COMBINATO PER LA CARATTERIZZAZIONE A FATICA DI MATERIALI IMPLANTOLOGICI E PROTETICI; *Relazione interna, Università di Catania*, 2001
- Conforti A., Madini G.; MONO IMPIANTI: REALIZZAZIONI PROTETICHE CON L'AUSILIO DI VETROPOLIMERI OCCLUSO FUNZIONALI; *Rassegna Odontotecnica*, 9: 33-48, 2000



M C - I M P - G L O B A L - F

Rev. 10-12



[www.sweden-martina.com](http://www.sweden-martina.com)

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](mailto:info@sweden-martina.com)

Sweden & Martina Mediterranea S.L.  
Sorolla Center, Oficina 504  
Avda Cortes Valencianas 58, 5pl  
46015-Valencia, España  
Tel. +34.96.3525895

[info.es@sweden-martina.com](mailto:info.es@sweden-martina.com)  
Numero gratuito 900993963

Sweden & Martina Deutschland GmbH  
Steinstraße, 27  
D - 40210 Düsseldorf

[info.de@sweden-martina.com](mailto:info.de@sweden-martina.com)  
Hotline 08001830964

Les produits faisant l'objet du présent catalogue fabriqués par Sweden & Martina sont des Dispositifs Médicaux, ils sont produits dans le respect des standards UNI EN ISO 9001:2000 / UNI EN 13485:2002 et sont marqués CE (Classe I) et CE 0476 (Classe IIA et classe IIB) conformément à la Directive Dispositifs Médicaux 93/42/CEE et à la Directive 2007/47/CE.

Dans l'intérêt de l'amélioration du produit, Sweden & Martina se réserve le droit d'en modifier les caractéristiques sans préavis.