

Manuel chirurgical

PRAMA





# Prama



## Les implants

Indications cliniques pour le recours à des thérapies implanto-prothétiques	4
Symptômes collatéraux et effets secondaires	5
Indications générales	6
Méthode d'utilisation	7
Implants Prama	8
Implants Prama RF	9
Surface	10
Légende des codes des implants	11
Code couleur	11



## La gamme

Prama	12
Prama RF	13



## Instruments chirurgicaux

Trousse chirurgicale	14
Indications générales	18
Forets	19
Foret lancéolé de précision FS-230	20
Foret pilote FPT3-200-LXS	20
Forets intermédiaires	22
Autres forets intermédiaires	22
Forets terminaux cylindriques et butées correspondantes	24
Forets terminaux coniques et butées correspondantes	26
Reply : répliques pour implants Prama RF	30
Forets countersink	32
Forets pour secteurs distaux	34
Tarauts	35
Ostéotomes	36
Jauges de parallélisme	38
Profondimètre PROF3	39
Images radiographiques	39
Driver Easy Insert	40
Tournevis	42
Clé à cliquet dynamométrique CRI5-KIT	46
Clé dynamométrique à levier de contrôle TWL	48
Nettoyage, désinfection, stérilisation et conservation des kits et des instruments chirurgicaux	49
Drilling Kit Shorty	54
Drilling Kit Syra Short	58



## Séquences chirurgicales

Préparation du site implantaire	62
Séquences chirurgicales	62
Séquence chirurgicale pour implants Prama	64
Séquence chirurgicale pour implants Prama RF	76



## Procédures chirurgicales

Insertion de l'implant	88
Eventuel retrait intra-opératoire des implants	90



## Indications générales

Maintenance de la prothèse	91
Responsabilité du produit défectueux et conditions de garantie	91
Mise au rebut	91
Composition des matériaux	92
Identification du fabricant	93



Bibliographie relative aux implants Sweden & Martina depuis 2013	96
--	----

# Indications cliniques pour le recours à des thérapies implanto-prothétiques

Lors de l'évaluation du patient, il ne faut pas seulement considérer l'aptitude à la réhabilitation prothétique implanto-portée, mais il est généralement nécessaire de tenir compte des contre-indications valables pour les interventions de chirurgie dentaire. Il faut mentionner, entre autres :

- altérations de la chaîne hématique de la coagulation, thérapies effectuées avec des anticoagulants ;
- troubles de la cicatrisation ou de régénération osseuse ;
- diabète sucré non compensé ;
- maladies métaboliques ou systémiques compromettant la régénération des tissus, avec une incidence particulière sur la cicatrisation et sur la régénération osseuse ;
- abus d'alcool, de tabac et consommation de drogues ;
- thérapies immunosuppressives comme, par exemple, la chimiothérapie et la radiothérapie ;
- infections et inflammations comme, par exemple, des périodontites et des gingivites ;
- hygiène orale insuffisante ;
- faible motivation ;
- défauts de l'occlusion et/ou de l'articulation ainsi qu'un espace interocclusal insuffisant ;
- processus alvéolaire inadéquat.

L'insertion d'implants et de prothèses implantaires est déconseillée chez les patients qui présentent un mauvais état de santé général, une hygiène orale négligée ou insuffisante, l'impossibilité ou la faible possibilité de contrôle de leurs conditions générales, ou encore, qui aient précédemment subi des greffes d'organe. Il ne faut également pas prendre en considération des patients psychologiquement fragiles ou abusant d'alcool ou de drogue, offrant une faible motivation ou une coopération insuffisante. Les patients présentant un mauvais état parodontal doivent être préalablement traités et récupérés. En cas d'absence de matière osseuse ou d'une mauvaise qualité de l'os récepteur, pouvant compromettre la stabilité de l'implant, il convient d'effectuer préalablement une régénération guidée des tissus.

D'autres facteurs de contre-indications peuvent également intervenir : allergie au titane (cas rare, mais documenté dans la littérature internationale), maladies infectieuses aiguës ou chroniques, ostéites maxillaires de type subaigu chronique, maladies systémiques, troubles endocriniens, maladies comportant des troubles microvasculaires, grossesse, allaitement, expositions précédentes à des radiations, hémophilie, granulocytopénie, utilisation de stéroïdes, diabète mellitus, insuffisance rénale, dysplasie fibreuse. Il est par ailleurs nécessaire d'observer les contre-indications normales et communes à toutes les interventions de chirurgie orale. Les patients suivant des traitements anticoagulants, anticonvulsions, immunodépresseurs, avec des processus inflammatoires et infectieux actifs de la cavité orale, ainsi que les patients présentant des valeurs de créatinine et BUN en dehors des valeurs usuelles, ne doivent pas être soumis à l'intervention. L'intervention est également proscrite pour les patients souffrant de maladies cardiovasculaires, hypertension, maladies de la thyroïde ou de la parathyroïde, tumeurs malignes s'étant manifestées dans les 5 années précédant l'intervention ou lésions nodulaires.

Les chimiothérapies réduisent ou annulent la capacité d'ostéointégration et, par conséquent, les patients soumis à ces traitements doivent être examinés attentivement avant d'intervenir avec des réhabilitations prothétiques implanto-portées. En cas d'administration de biphosphonates, de nombreux cas d'ostéonécrose péri-implantaire, localisée principalement sur la mandibule, ont été signalés dans la littérature. Ce problème concerne en particulier les patients soumis à un traitement par voie endoveineuse. A titre de précaution, après l'intervention le patient doit éviter toute activité demandant des efforts physiques.

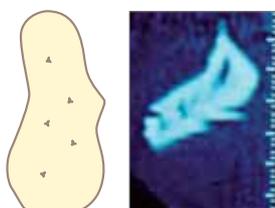
# Symptômes collatéraux et effets secondaires

Parmi les manifestations qui accompagnent les interventions chirurgicales, on peut constater des tuméfactions locales temporaires, œdèmes, hématomes, pertes passagères de sensibilité, pertes passagères des fonctions masticatoires, microhémorragies postopératoires dans les 12/24 heures successives. On peut également constater des douleurs, problèmes de prononciation, gingivites, perte de crête osseuse, paresthésie permanente, dysesthésie, infections locales ou systémiques, exfoliation, hyperplasie, perforation de la membrane de Schneider, fistules oro-antrales et oro-nasales, perforation de la plaque labiale ou linguale, fractures osseuses, fractures de l'implant, fractures des suprastructures, problèmes esthétiques, perforation accidentelle du sinus nasal, lésions nerveuses, compromission de la dentition naturelle. Les problèmes physiopathologiques suivants peuvent augmenter les risques : insuffisance cardiovasculaire, troubles coronariens, arythmie, maladies pulmonaires ou respiratoires chroniques, maladies gastro-intestinales, hépatites, inflammations intestinales, insuffisance rénale chronique et troubles du système urinaire, troubles endocriniens, diabète, maladies de la thyroïde, problèmes hématologiques, anémie, leucémie, problèmes de la coagulation, ostéoporose ou arthrite musculo-squelettique, infarctus, troubles neurologiques, retards mentaux, paralysies. Il est important d'effectuer une anamnèse préopératoire minutieuse du patient pour en vérifier l'aptitude au traitement implantaire. Il convient également de réunir et d'archiver une documentation clinique, radiologique et radiographique complète. Successivement à la réalisation des modèles des deux arcades, la position et l'orientation optimales des implants choisis seront évaluées en fonction du plan occlusal et d'une distribution correcte des forces ; au cours de cette phase, un gabarit chirurgical pourra être réalisé pour guider le bon positionnement des implants pendant la phase opératoire, utilisant, pour la réalisation de ce même gabarit radiologique/chirurgical, les cylindres en titane (code DIM).

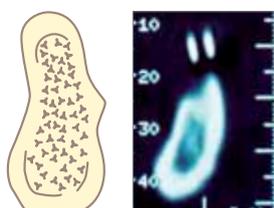


Grâce à l'utilisation des petits cylindres en titane (code DIM), il est possible de construire un gabarit radiologique et chirurgical permettant d'obtenir un positionnement idéal des implants, des points de vue tant biomécanique qu'esthétique.

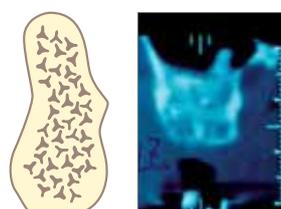
Outre une enquête orale, tant clinique que radiographique, il est conseillé d'effectuer une tomographie computerisée (TC) de la zone concernée ; grâce aux images radiographiques et tomographiques obtenues, le spécialiste pourra identifier l'implant le plus adapté au cas, à l'aide de guides radiographiques transparents. L'étude préopératoire du scanner Dentalscan permet d'identifier le type d'os présent dans le point dans lequel il est prévu d'insérer l'implant. Pour le choix de la procédure chirurgicale, il ne peut pas être fait abstraction du type d'os présent. Il peut être normalement identifié 4 types d'os, selon leur densité. La classification (selon Karl Misch) est la suivante :



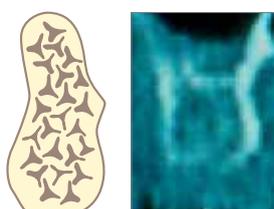
OSSO D1: tout os cortical



OSSO D2: âme d'os médullaire dans une coque d'os cortical



OSSO D3: tout os médullaire sans corticale crestale



OSSO D4: tout os médullaire avec très faible taux de minéralisation

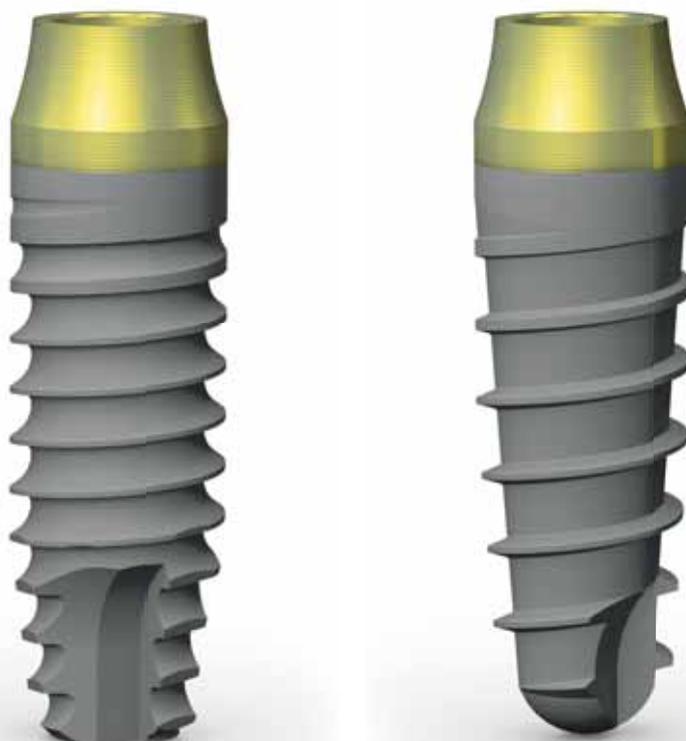
Images Dentalscan avec l'aimable autorisation du Doct. Marco Csonka - Catane

# Indications générales

Les implants Prama sont des dispositifs médicaux de type implantable destinés à un usage à long terme. Tous les implants sont commercialisés dans un emballage stérile à usage unique. La fonction des implants consiste à remplacer les racines dentaires manquantes. Les implants présentent une connexion dans la partie coronaire destinée à recevoir un pilier implantaire servant à soutenir une prothèse dentaire. Dans la réhabilitation prothétique implanto-portée avec des implants Prama, seuls les composants prothétiques originaux Sweden & Martina doivent être utilisés.

L'utilisation de composants non originaux limite la responsabilité de Sweden & Martina et annule la garantie sur le produit. Les implants ont une forme cylindrique (Prama) et conique (Prama RF) ; ils sont en forme de vis et présentent un filetage extérieur et une connexion interne de conformation hexagonale servant à relier les composants prothétiques. Les implants Prama peuvent être insérés dans des sites déjà édentés ou dans des sites post-extractionnels, tant immédiatement (insertion de l'implant après l'enlèvement de la dent ou de la racine) que de manière différée (laissant généralement passer une période d'au moins 3 semaines entre l'extraction et l'insertion de l'implant).

Tous les implants sont vendus dans des emballages stériles avec leurs vis de couverture respectives. Les vis de couverture sont également des dispositifs médicaux implantables, de type chirurgical, destinés à demeurer dans la cavité orale pour une durée même supérieure à 30 jours. Les vis de couverture sont également disponibles dans des emballages unitaires.



# Méthode d'utilisation

La méthode d'utilisation prévoit une technique chirurgicale en un temps, celle-ci comportant l'insertion de l'implant, la fermeture de la connexion avec une vis de couverture ou une vis de cicatrisation. Comme alternative, les indications thérapeutiques persistant, la mise en charge immédiate avec un pilier dentaire spécifique, de manière provisoire ou définitive, selon les cas.

Les implants sont insérés dans l'os conformément à des protocoles chirurgicaux qui doivent être étudiés en fonction de la quantité et de la qualité de l'os récepteur, de l'implant et de l'éventuelle nécessité de thérapies régénératrices. Il est créé un logement dans l'os du patient (au niveau de la nouvelle dent à remplacer ou à insérer ex novo), à l'aide d'une série de forets osseux calibrés ou en utilisant des instruments appropriés tels que les expandeurs d'os, les compacteurs osseux ou autre.

Les conditions nécessaires au succès implantaire sont les suivantes :

- la présence d'une certaine quantité d'os ;
- un bon support parodontal (gingival) ;
- l'absence de bruxisme (grincement de dents) ou d'une malocclusion grave ;
- la présence d'un bon équilibre occlusal (plan occlusal masticatoire correct).

Les implants Prama ont été testés dans une vaste gamme de situations cliniques :

- procédures opératoires standard ;
- mise en charge précoce et immédiate ;
- situations post-extractionnelles, également associées à une mise en charge immédiate.

Généralement, la mise en charge masticatoire avec prothèse fixe s'effectue dans un deuxième temps, après 2/3 mois pour la mandibule et après 4/6 mois pour le maxillaire supérieur. Dans certains cas, il est également possible d'effectuer une mise en charge immédiate des implants ; pour ce faire, il faut avoir une bonne stabilité primaire ainsi qu'une mobilité nulle ou de l'ordre de quelques microns. L'interface os-implant doit donc être de l'ordre de quelques millimicrons, sinon, l'implant risque d'être fibro-intégré. Dans les cas de couronnes unitaires provisoires à mise en charge immédiate, il est conseillé d'éviter une occlusion directe avec l'antagoniste ; dans les cas de solutions multiples, la prothèse provisoire doit être solidarisée en une seule structure.

L'indication clinique pour le choix spécifique des implants Prama dépend du site auquel l'implant est destiné, de l'anatomie osseuse réceptrice, du nombre d'implants et du choix technique du protocole le plus indiqué parmi les protocoles cités plus haut. Ce choix doit être fait exclusivement par le chirurgien-dentiste, celui-ci devant posséder une préparation adéquate et planifier opportunément et préalablement les réhabilitations prothétiques. Sweden & Martina a soumis les implants Prama aux tests de résistance à la fatigue prévus de 5 000 000 de cycles. Les implants ont passé positivement ce test. Les tests de fatigue sont effectués conformément à la norme spécifique et ultérieurement validés avec le calcul des éléments finis.

# Implants Prama



Le col des implants Prama est transgingival et se caractérise par une première partie cylindrique de 0,80 mm de hauteur, suivie par une portion à géométrie hyperbolique. Le diamètre de connexion est de 3,40 mm dans tous les diamètres implantaire disponibles.



L'implant Prama se caractérise par sa connexion Collex, avec hexagone interne et bague de support prothétique, qui assure robustesse et stabilité à la prothèse tout en servant de guide et d'engagement pour les drivers Easy Insert.



La spire de l'implant Prama présente un profil asymétrique et son filet a un pas de 1,00 mm et une profondeur de 0,40 mm.

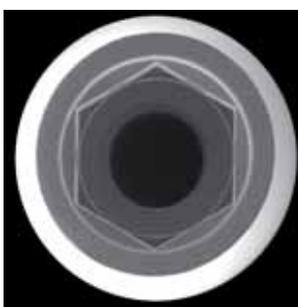


L'apex des implants Prama présente trois incisions apicales qui augmentent la capacité de pénétration, garantissent une bonne capacité autotaraudante, améliorent la stabilité primaire et offrent trois zones de décompression et d'écoulement du caillot.

# Implants Prama RF



Le col des implants Prama RF présente les mêmes caractéristiques que celles des implants Prama: la partie transgingivale offre une géométrie hyperbolique et est suivie par un trajet cylindrique de 0,80 mm de hauteur.



Les implants Prama RF, à l'instar des implants Prama, sont caractérisés par une connexion Collex, avec hexagone interne et bague de support prothétique.



Le filet des implants Prama RF se caractérise par un profil triangulaire, un pas de 1,50 mm et une profondeur de 0,40 mm.

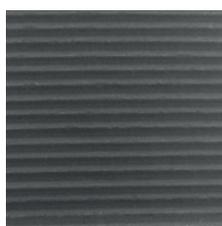
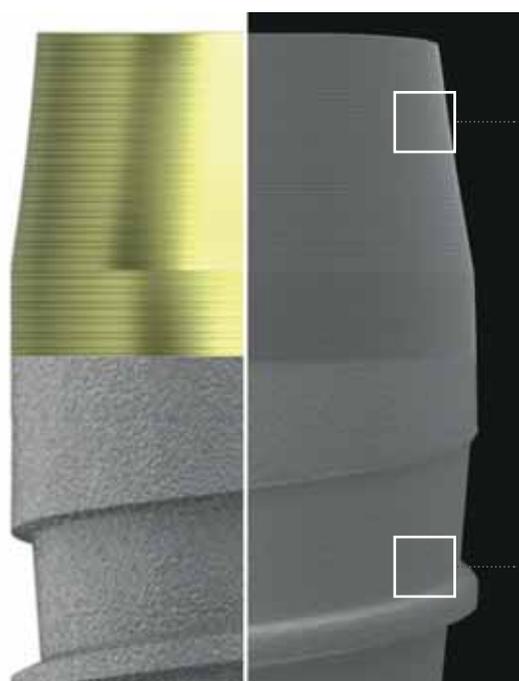


L'apex des implants Prama RF présente deux incisions qui augmentent la capacité de pénétration et le caractère antirotationnel. L'apex de forme arrondie permet aux implants RF d'être particulièrement adaptés aux procédures d'élévation du sinus.

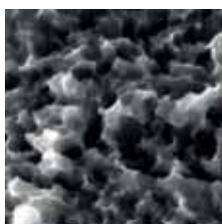
# Surfaces

Les implants Prama et Prama RF ont un corps endo-osseux avec surface ZirTi (Zirconium Sand-Blasted Acid Etched Titanium), traité par sablage avec oxyde de zirconium et par mordantage à base d'acides minéraux. Le col transgingival est caractérisé par un traitement de surface Gold UTM (Ultrathin Threaded Microsurface), soumis à un procédé de passivation contrôlée particulier, qui lui donne une couleur jaune or.

## Surface ZirTi - Gold UTM



Le col UTM permet un contrôle parfait du diamètre de connexion et prévient l'accumulation de plaque au niveau de la jonction avec le pilier; par ailleurs, la rugosité particulière donnée par le fraisage du col permet une excellente adhésion des fibres conjonctives. La couleur qui caractérise le trajet transmuqueux permet un mimétisme naturel du métal sous les tissus mous et sous les nouveaux matériaux utilisés dans le domaine de la prothèse implantoportée, dont le mimétisme est également dû, en partie, à la translucidité et à la transparence.



Le corps ZirTi est traité par des procédés de sablage avec oxyde de zirconium et de mordantage à base d'acides minéraux, ces techniques donnant à la surface une micromorphologie caractéristique en mesure d'augmenter considérablement la surface de contact os-implant et de garantir l'ostéointégration.

Photos au MEB - Reproduction graphique

La validité de la surface ZirTi est documentée par de nombreuses études expérimentales.

Rossi F., Botticelli D., Pantani F., Priscila Pereira F., Salata L.A., Lang N.P.

**Bone healing pattern in surgically created circumferential defects around submerged implants: an experimental study in dog**

*Clin. Oral Impl. Res.* 23, 2012, 41–48. doi: 10.1111/j.1600-0501.2011.02170.x

Sivolella S., Bressan E., Salata L.A., Urrutia Z.A., Lang N.P., Botticelli D.

**Osteogenesis at implants without primary bone contact – An experimental study in dogs**

*Clin. Oral Impl. Res.* 23, 2012, 542–549 doi: 10.1111/j.1600-0501.2012.02423.x

Rossi F., Lang N.P., De Santis E., Morelli F., Favero G., Botticelli D.

**Bone-healing pattern at the surface of titanium implants: an experimental study in the dog**

*Clin. Oral Impl. Res.* 00, 2013, 1–8 doi: 10.1111/clr.12097

Baffone G., Lang N.P., Pantani F., Favero G., Ferri M., Botticelli D.

**Hard and soft tissue changes around implants installed in regular-sized and reduced alveolar bony ridges. An experimental study in dogs**

*Clin. Oral Impl. Res.* 00, 2013, 1–6 doi: 10.1111/clr.12306

# Légende des codes des implants

Les codes des implants sont dits “parlants”, autant qu’ils permettent une identification intuitif de la pièce. Le tableau explicatif ci-dessous illustre le fonctionnement du code parlant prenant pour exemple **LA-ZT-425-115** :

type d'implant	morphologie endo-osseuse	surface	diamètre	longueur
<b>L</b>	<b>A</b>	<b>ZT</b>	<b>425</b>	<b>115</b>
L: implant Prama	A: corps cylindrique S: corps conique RF	ZT: surface ZirTi	<b>380</b> : 3,80 mm <b>425</b> : 4,25 mm <b>500</b> : 5,00 mm  C'est la dimension du diamètre mesurée dans le point le plus large	<b>060</b> : 6,00 mm <b>085</b> : 8,50 mm <b>100</b> : 10,00 mm <b>115</b> : 11,50 mm <b>130</b> : 13,00 mm <b>150</b> : 15,00 mm  Longueur nominale exprimant la longueur <b>endo-osseuse</b> de l'implant

Toutes les dimensions mentionnées dans ce catalogue sont exprimées en mm, sauf indications contraires.

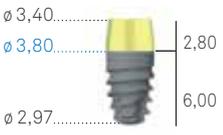
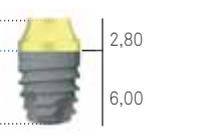
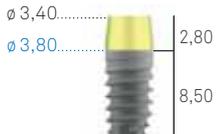
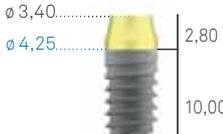
## Code couleur

Le système des implants Prama prévoit un système de code couleur qui permet d'identifier le diamètre endo-osseux du même implant (voir tableaux aux pages 12 et 13). Le code couleur identifie les éléments suivants :

- les transferts pour la prise d'empreinte et les analogues de laboratoire ;
- les forets finales ;
- le chemin sur le plateau chirurgical.

∅ implant	3,80	4,25	5,00
code couleur sur l'emballage			

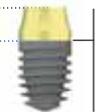
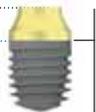
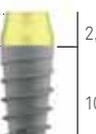
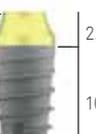
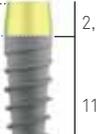
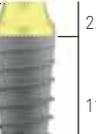
# Implants Prama

	$\varnothing$ implant 3,80	4,25	5,00
H 6,00 mm	<b>LA-ZT-380-060</b>  <p><math>\varnothing</math> 3,40 <math>\varnothing</math> 3,80 <math>\varnothing</math> 2,97</p> <p>2,80 6,00</p>	<b>LA-ZT-425-060</b>  <p><math>\varnothing</math> 3,40 <math>\varnothing</math> 4,25 <math>\varnothing</math> 3,32</p> <p>2,80 6,00</p>	<b>LA-ZT-500-060</b>  <p><math>\varnothing</math> 3,40 <math>\varnothing</math> 5,00 <math>\varnothing</math> 4,22</p> <p>2,80 6,00</p>
H 8,50 mm	<b>LA-ZT-380-085</b>  <p><math>\varnothing</math> 3,40 <math>\varnothing</math> 3,80 <math>\varnothing</math> 2,97</p> <p>2,80 8,50</p>	<b>LA-ZT-425-085</b>  <p><math>\varnothing</math> 3,40 <math>\varnothing</math> 4,25 <math>\varnothing</math> 3,32</p> <p>2,80 8,50</p>	<b>LA-ZT-500-085</b>  <p><math>\varnothing</math> 3,40 <math>\varnothing</math> 5,00 <math>\varnothing</math> 4,22</p> <p>2,80 8,50</p>
H 10,00 mm	<b>LA-ZT-380-100</b>  <p><math>\varnothing</math> 3,40 <math>\varnothing</math> 3,80 <math>\varnothing</math> 2,97</p> <p>2,80 10,00</p>	<b>LA-ZT-425-100</b>  <p><math>\varnothing</math> 3,40 <math>\varnothing</math> 4,25 <math>\varnothing</math> 3,32</p> <p>2,80 10,00</p>	<b>LA-ZT-500-100</b>  <p><math>\varnothing</math> 3,40 <math>\varnothing</math> 5,00 <math>\varnothing</math> 4,22</p> <p>2,80 10,00</p>
H 11,50 mm	<b>LA-ZT-380-115</b>  <p><math>\varnothing</math> 3,40 <math>\varnothing</math> 3,80 <math>\varnothing</math> 2,97</p> <p>2,80 11,50</p>	<b>LA-ZT-425-115</b>  <p><math>\varnothing</math> 3,40 <math>\varnothing</math> 4,25 <math>\varnothing</math> 3,32</p> <p>2,80 11,50</p>	<b>LA-ZT-500-115</b>  <p><math>\varnothing</math> 3,40 <math>\varnothing</math> 5,00 <math>\varnothing</math> 4,22</p> <p>2,80 11,50</p>
H 13,00 mm	<b>LA-ZT-380-130</b>  <p><math>\varnothing</math> 3,40 <math>\varnothing</math> 3,80 <math>\varnothing</math> 2,97</p> <p>2,80 13,00</p>	<b>LA-ZT-425-130</b>  <p><math>\varnothing</math> 3,40 <math>\varnothing</math> 4,25 <math>\varnothing</math> 3,32</p> <p>2,80 13,00</p>	<b>LA-ZT-500-130</b>  <p><math>\varnothing</math> 3,40 <math>\varnothing</math> 5,00 <math>\varnothing</math> 4,22</p> <p>2,80 13,00</p>
H 15,00 mm	<b>LA-ZT-380-150</b>  <p><math>\varnothing</math> 3,40 <math>\varnothing</math> 3,80 <math>\varnothing</math> 2,97</p> <p>2,80 15,00</p>	<b>LA-ZT-425-150</b>  <p><math>\varnothing</math> 3,40 <math>\varnothing</math> 4,25 <math>\varnothing</math> 3,32</p> <p>2,80 15,00</p>	<b>LA-ZT-500-150</b>  <p><math>\varnothing</math> 3,40 <math>\varnothing</math> 5,00 <math>\varnothing</math> 4,22</p> <p>2,80 15,00</p>
vis de cou- verture	<b>L-VT-340</b> 	<b>L-VT-340</b> 	<b>L-VT-340</b> 

**Notez bien** : la longueur nominale de l'implant exprime la longueur endo-osseuse de l'implant.

La longueur totale est plus grande de 2,80 mm par rapport à la longueur nominale, étant donné la présence du col transmuqueux. Chaque implant est vendu avec sa vis de couverture respective en titane Gr. 4. Les vis de couverture en titane Gr. 4 sont également disponibles en vente unitaire dans un emballage stérile et doivent être serrées à 8-10 Ncm.

# Implants Prama RF

$\phi$ implant	3,80	4,25	5,00
H 6,00 mm	-	<b>LS-ZT-425-060</b> $\phi$ 3,40..... $\phi$ 4,25.....  2,80 6,00	<b>LS-ZT-500-060</b> $\phi$ 3,40..... $\phi$ 5,00.....  2,80 6,00
H 8,50 mm	<b>LS-ZT-380-085</b> $\phi$ 3,40..... $\phi$ 3,80.....  2,80 8,50 $\phi$ 2,25.....	<b>LS-ZT-425-085</b> $\phi$ 3,40..... $\phi$ 4,25.....  2,80 8,50 $\phi$ 2,65.....	<b>LS-ZT-500-085</b> $\phi$ 3,40..... $\phi$ 5,00.....  2,80 8,50 $\phi$ 3,40.....
H 10,00 mm	<b>LS-ZT-380-100</b> $\phi$ 3,40..... $\phi$ 3,80.....  2,80 10,00 $\phi$ 2,25.....	<b>LS-ZT-425-100</b> $\phi$ 3,40..... $\phi$ 4,25.....  2,80 10,00 $\phi$ 2,65.....	<b>LS-ZT-500-100</b> $\phi$ 3,40..... $\phi$ 5,00.....  2,80 10,00 $\phi$ 3,40.....
H 11,50 mm	<b>LS-ZT-380-115</b> $\phi$ 3,40..... $\phi$ 3,80.....  2,80 11,50 $\phi$ 2,25.....	<b>LS-ZT-425-115</b> $\phi$ 3,40..... $\phi$ 4,25.....  2,80 11,50 $\phi$ 2,65.....	<b>LS-ZT-500-115</b> $\phi$ 3,40..... $\phi$ 5,00.....  2,80 11,50 $\phi$ 3,40.....
H 13,00 mm	<b>LS-ZT-380-130</b> $\phi$ 3,40..... $\phi$ 3,80.....  2,80 13,00 $\phi$ 2,25.....	<b>LS-ZT-425-130</b> $\phi$ 3,40..... $\phi$ 4,25.....  2,80 13,00 $\phi$ 2,65.....	<b>LS-ZT-500-130</b> $\phi$ 3,40..... $\phi$ 5,00.....  2,80 13,00 $\phi$ 3,40.....
H 15,00 mm	<b>LS-ZT-380-150</b> $\phi$ 3,40..... $\phi$ 3,80.....  2,80 15,00 $\phi$ 2,25.....	<b>LS-ZT-425-150</b> $\phi$ 3,40..... $\phi$ 4,25.....  2,80 15,00 $\phi$ 2,65.....	<b>LS-ZT-500-150</b> $\phi$ 3,40..... $\phi$ 5,00.....  2,80 15,00 $\phi$ 3,40.....
vis de cou- verture	<b>L-VT-340</b> 	<b>L-VT-340</b> 	<b>L-VT-340</b> 

**Notez bien** : la longueur nominale de l'implant exprime la longueur endo-osseuse de l'implant.

La longueur totale est plus grande de 2,80 mm par rapport à la longueur nominale, étant donné la présence du col transmuqueux. Chaque implant est vendu avec sa vis de couverture respective en titane Gr. 4. Les vis de couverture en titane Gr. 4 sont également disponibles en vente unitaire dans un emballage stérile et doivent être serrées à 8-10 Ncm.

Voir les caractéristiques techniques du titane Gr. 4 à la page 92.

# Trousse chirurgicale

La trousse chirurgicale Prama comprend tous les instruments pour insérer les implants de hauteur standard, tant les implants Prama, avec une morphologie endo-osseuse cylindrique, que les implants Prama RF, avec une morphologie endo-osseuse conique. Pour les implants Prama avec morphologie cylindrique de hauteur 6,00 mm, il est nécessaire d'utiliser le Drilling Kit Shorty, pour les implants Prama RF de hauteur 6,00 mm il est nécessaire d'utiliser le Drilling Kit Syra Shorty (voir les pages suivantes).

Chaque typologie de préparation dispose de ses forets correspondants dédiés, dont la séquence d'utilisation est signalée par des parcours colorés en fonction du diamètre de l'implant.

Pour les implants Prama RF, la trousse comprend également des répliques en titane qui permettent d'évaluer la congruence du site récepteur par rapport à l'implant. La trousse est fournie avec les images radiographiques de la représentation graphique des implants tant en dimension réelle qu'agrandie de 20% et de 30%, pour permettre, par analyse radiographique ou tomographique, le choix des implants dans les dimensions les plus appropriées.

Grâce à ses dimensions compactes, le kit est pratique à utiliser au quotidien et à transporter



Il comprend également une pratique clé à cliquet qui assure tant la fonction de clé dynamométrique pour le contrôle du couple de serrage de fermeture des vis prothétiques que de clé chirurgicale durant l'insertion des implants.

La clé à cliquet présente une très petite tête, dont l'encombrement très réduit en rend l'utilisation aisée, même dans les secteurs distaux

La trousse se compose d'un coffret pratique en Radel contenant un plateau chirurgical conçu pour le logement des instruments selon un parcours guidé. Les séquences d'utilisation des instruments sont indiquées par des marquages colorés

description	code
trousse chirurgicale contenant tous les instruments nécessaires pour les implants Prama et Prama RF	<b>ZPRAMA-INT</b> 
coffret porte-instruments en Radel pour les instruments Prama et Prama RF	<b>L-TRAY-INT</b> 

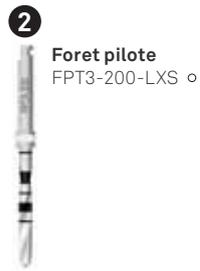
**Avertissement important**

La trousse chirurgicale contient également un implant d'essai (non stérile), à ne pas utiliser cliniquement ; il se distingue des autres car il est entièrement anodisé dans une couleur bleue. Il est conseillé d'utiliser cet implant pour effectuer quelques essais sur un modèle avant de commencer à utiliser les implants pour un emploi clinique, afin de se familiariser avec le système implantaire et ses instruments.

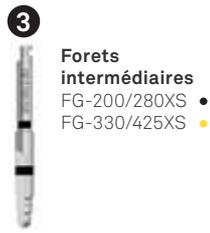




**1** Foret lancéolé  
FS-230



**2** Foret pilote  
FPT3-200-LXS ◦



**3** Forets intermédiaires  
FG-200/280XS ●  
FG-330/425XS ●



**4** Butées pour forets coniques  
SH-STOP4-FK380 ●  
SH-STOP4-FK425 ●  
SH-STOP4-FK500 ●



**5** Forets coniques  
SH-FK380-085 ●  
SH-FK380-100 ●  
SH-FK380-115 ●  
SH-FK380-130 ●  
SH-FK380-150 ●



**27** Butées pour foret pilote  
STOP4-200-085 ◦  
STOP4-200-100 ◦  
STOP4-200-115 ◦  
STOP4-200-130 ◦  
STOP4-200-150 ◦



**26** Prolongateur  
PROF-CAL3



**25** Jauges de parallélisme  
PP-2/28



**24** Prolongateur  
BPM-15



**23** Adaptateur  
AVV-CA-DG-EX



**22** Clé à cliquet dynamométrique  
CRI5-KIT



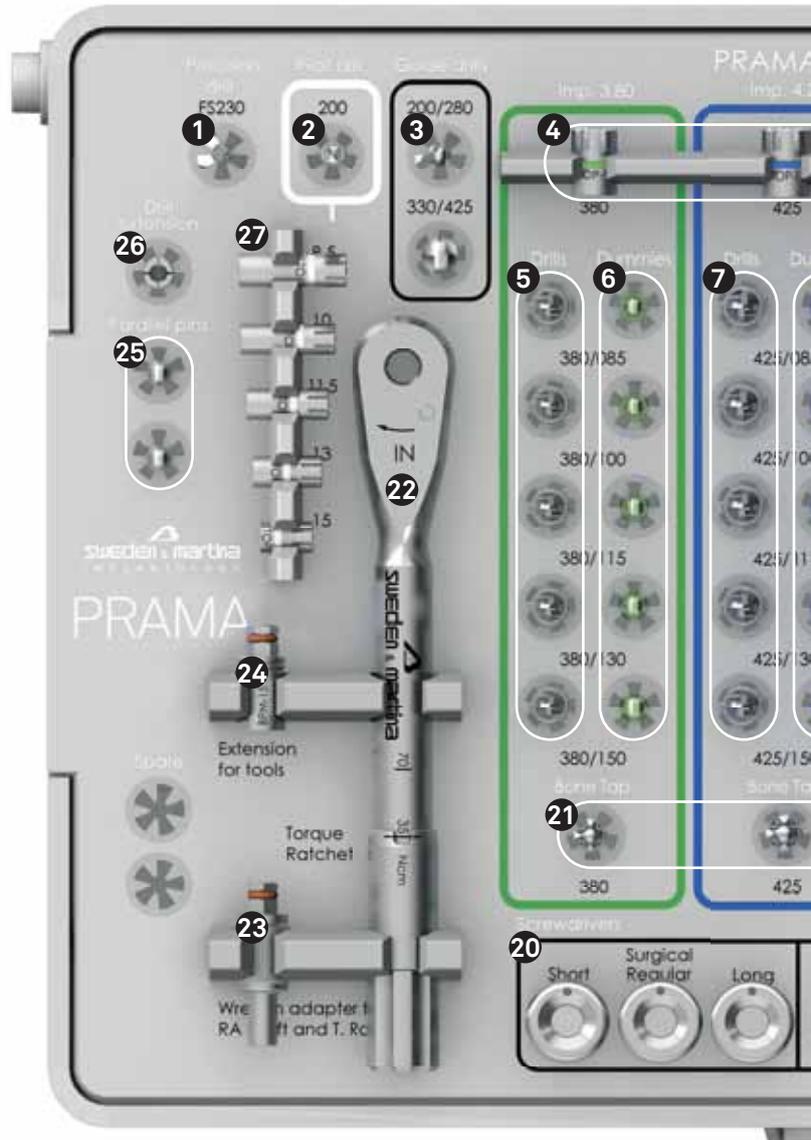
**21** Tarauds  
SH-MS-380-CA ●  
SH-MS-425-CA ●  
SH-MS-500-CA ●



**20** Tournevis chirurgicaux  
HSMXS-20-DG HSM-20-DG HSML-20-DG



**19** Tournevis prothétiques  
HSM-20-EX HSML-20-EX HSM-20-CA



6



- Répliques**
- SH-380-085-RP ●
  - SH-380-100-RP ●
  - SH-380-115-RP ●
  - SH-380-130-RP ●
  - SH-380-150-RP ●

7



- Forets coniques**
- SH-FK425-085 ●
  - SH-FK425-100 ●
  - SH-FK425-115 ●
  - SH-FK425-130 ●
  - SH-FK425-150 ●

8



- Répliques**
- SH-425-085-RP ●
  - SH-425-100-RP ●
  - SH-425-115-RP ●
  - SH-425-130-RP ●
  - SH-425-150-RP ●

9



- Forets coniques**
- SH-FK500-085 ●
  - SH-FK500-100 ●
  - SH-FK500-115 ●
  - SH-FK500-130 ●
  - SH-FK500-150 ●

10



- Répliques**
- SH-500-085-RP ●
  - SH-500-100-RP ●
  - SH-500-115-RP ●
  - SH-500-130-RP ●
  - SH-500-150-RP ●

11



- Forets terminaux cylindriques**
- FFT3-300-LXS ●
  - FFT3-340-LXS ●
  - FFT3-425-LXS ●

12



- Butées pour forets cylindriques**
- STOP4-300-085 ●
  - STOP4-300-100 ●
  - STOP4-300-115 ●
  - STOP4-300-130 ●
  - STOP4-300-150 ●

13



- Butées pour forets cylindriques**
- STOP4-340-085 ●
  - STOP4-340-100 ●
  - STOP4-340-115 ●
  - STOP4-340-130 ●
  - STOP4-340-150 ●

14

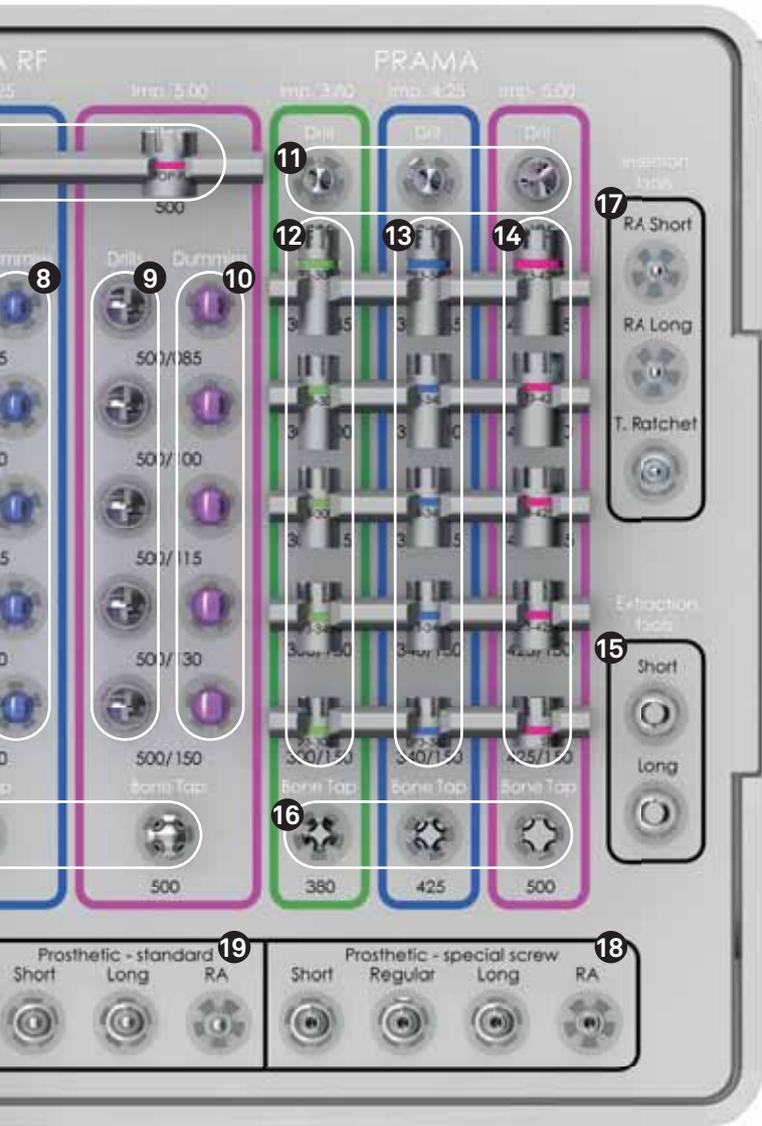


- Butées pour forets cylindriques**
- STOP4-425-085 ●
  - STOP4-425-100 ●
  - STOP4-425-115 ●
  - STOP4-425-130 ●
  - STOP4-425-150 ●

15



- Embouts hexagonaux**
- BC-EX230
  - BL-EX230



18

- Tournevis prothétiques pour vis Full Head**
- L-HSM-EX
  - L-HSML-EX
  - L-HSMXL-EX
  - L-HSM-CA



17

- Driver Easy Insert**
- EASY4-EX230-EX
  - EASYC4-EX230-CA
  - EASYL4-EX230-CA



16

- Tarauts**
- A-MS-380-CA ●
  - A-MS-425-CA ●
  - A-MS-500-CA ●



# Indications générales

Les instruments 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 un usage temporaire (durée continue non supérieure à 60 minutes), réutilisables.

Les fonctions des instruments chirurgicaux consistent dans 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 de cicatrisation, vis pour piliers, abutment, vis prothétiques, vis pour transferts, etc.).

Les instruments chirurgicaux fabriqués par Sweden & Martina sont destinés à une utilisation avec des implants dentaires également fabriqués par Sweden & Martina. L'utilisation des instruments chirurgicaux pour des interventions avec des implants autres que ceux fabriqués par Sweden & Martina limite la responsabilité de Sweden & Martina et annule la garantie sur le produit. Nous ne répondons pas de l'utilisation d'instruments non originaux. Les instruments chirurgicaux Sweden & Martina sont vendus en condition NON STERILE. Avant leur utilisation, ils doivent être nettoyés, désinfectés et stérilisés selon les instructions indiquées plus loin. Le non-respect de cet avertissement peut comporter des infections pour le patient. Les matériaux utilisés pour la production des instruments chirurgicaux fabriqués par Sweden & Martina ont été sélectionnés sur la base des propriétés indiquées pour leur destination d'usage, conformément à la directive 93/42, transposée en Italie par la loi 46/97, Annexe I Exigences essentielles, point 7.1.

Le code, la description du contenu et le numéro de lot sont reportés sur chaque emballage. Ces mêmes informations, qui figurent également sur les étiquettes placées à l'intérieur des emballages, doivent toujours être citées par le dentiste pour toute communication. Tous les dispositifs sont identifiés par le code de l'instrument, indiqué par un marquage laser sur le corps du même instrument. Lorsque l'espace est insuffisant pour reporter le code complet, les éléments indiqués permettent de toute façon d'identifier le dispositif de manière univoque (ex. diamètre ou longueur). Lors de la manipulation des dispositifs, tant pendant leur utilisation que pendant les opérations de nettoyage et de stérilisation, il est recommandé de porter toujours des gants chirurgicaux de protection individuelle contre toutes contaminations bactériennes. La non-observation de ces règles peut donner lieu à l'apparition d'infections croisées.

## Légende des codes : instruments chirurgicaux

Les codes des implants sont dits "parlants", à savoir, ils permettent une identification facile de la pièce. Le tableau explicatif ci-dessous illustre le fonctionnement du code parlant en prenant pour exemple plusieurs typologies d'instruments.

exemples	typologie de composant	diamètre	longueur
La gamme de dispositifs étant vaste, nous indiquons quelques exemples relatifs aux principales familles d'instruments.		C'est normalement la dimension du diamètre de l'implant pour lequel l'emploi de l'instrument est prévu.	Il s'agit d'une dimension normalement liée à la hauteur du composant, ou à d'autres dimensions importantes qui la caractérisent, ou bien c'est un sigle qui définit la hauteur de préparation du foret.
FFT3-300-LXS	<b>FFT3</b> : foret terminal cylindrique	300 : 3,00 mm, pour la préparation de l'implant avec $\varnothing$ 3,80 mm	115 : 11,50 mm
STOP4-200-085	<b>STOP4</b> : butée pour foret pilote	200 : 2,00 mm	085 : 0,85 mm
PP-2/28	<b>PP</b> : jauge de parallélisme	2/28 : de 2,00 mm à 2,80 mm	-

# Forets

Tous les forets Sweden & Martina sont réalisés en **acier pour usage chirurgical**, caractérisé par une **haute résistance 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 approprié. Le soin extrême accordé à leur conception et à leur réalisation en permet une utilisation **dépourvue de toute vibration et de toute oscillation**. Toutefois, l'insertion incorrecte des instruments dans les pièces-à-main peut donner lieu à des vibrations de l'instrument, à des rotations excentriques, à une usure précoce et à un pliage de la tige. Il est conseillé d'utiliser exclusivement des micromoteurs chirurgicaux prévus à cet effet. Il est conseillé de faire contrôler régulièrement les micromoteurs par les producteurs, selon les indications de ces derniers, pour prévenir toute possibilité de dysfonctionnement (ex. déplacement de l'axe des arbres de transmission, pinces usées ou au fonctionnement défectueux, etc.).

Le non-respect des indications fournies peut donner lieu à des complications chirurgicales et compromettre la santé du patient. Il est conseillé de respecter les vitesses de rotation indiquées dans les procédures à pag. 68 afin d'éviter le développement de nécroses osseuses. Les mouvements de levier augmentant les risques de rupture des instruments, ils doivent donc être évités. D'une manière générale, tout brusque changement de vitesse doit être également évité. Il ne faut pas non plus appliquer de pression en mesure d'arrêter par la force la rotation de l'instrument. Ce fait pourrait comporter une augmentation excessive de chaleur dans les tissus concernés par la coupe, avec une nécrose osseuse consécutive, et endommager tant l'instrument que l'appareil utilisé (micromoteur). Ce fait pourrait également comporter la rupture du même instrument. Par ailleurs, il est conseillé de travailler de manière intermittente, en exerçant un mouvement de va-et-vient dans le sens vertical, pour éviter la surchauffe et l'usure de la partie travaillante ainsi que toute augmentation de chaleur dans les tissus concernés par la coupe. Il est conseillé d'utiliser un liquide de refroidissement approprié. L'absence d'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 comporte une plus grande usure des instruments.

Pour plus de sécurité et de prudence relativement à la capacité de résistance à l'usure du dispositif, il est conseillé d'utiliser les forets pour un maximum de **20 cycles de travail**, voire moins si les instruments perdent leur capacité de coupe. Les 20 cycles recommandés représentent une moyenne. Il est conseillé de vérifier l'état d'entretien de la capacité de coupe résiduelle après chaque intervention. Sweden & Martina décline toute responsabilité en cas d'utilisations excédentaires. Les forets ne doivent jamais être aiguisés avant l'emploi. Ne jamais utiliser d'instruments détériorés, pliés ou usés.



# Foret lancéolé de précision FS-230

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



### Avertissement important

Le foret lancéolé est fourni avec une protection en silicone. Cette gaine de protection a uniquement pour but de protéger l'instrument en cours de transport et doit donc être enlevée avant la première utilisation. Ce foret étant extrêmement coupant, il doit être manipulé avec beaucoup d'attention afin d'éviter toute blessure.

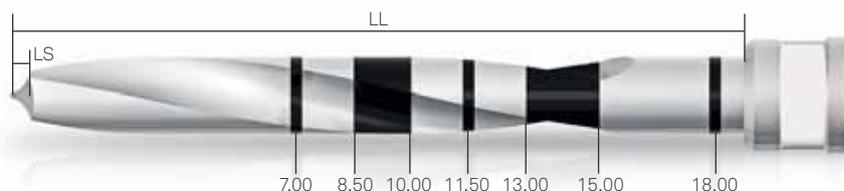
# Foret pilote FPT3-200-LXS

Le foret pilote, offrant une conformation cylindrique et un diamètre de 2,00, sert à préparer le trou de logement de l'implant. Ce foret est facilement identifiable grâce à la présence d'un petit anneau blanc et au code marqué au laser sur la tige du même foret. Il présente des encoches de profondeur marquées au laser ainsi qu'une géométrie à hélice et deux tranchants. Il doit être utilisé avec une abondante irrigation extérieure.



**LL** : Longueur totale de la partie travaillante, la pointe incluse.

**LS** : Longueur de la pointe. Cette dimension doit être calculée en supplément à la longueur du trou de préparation.



### Avertissement important

Les forets réalisent toujours un trou plus long que l'implant devant être inséré.

Le surdimensionnement (LS) est égal à la hauteur de la pointe du foret en cours d'utilisation.

code	∅	LS	LL
FPT3-200-LXS	2,00	0,58	19,30

### Butées pour foret pilote

Les butées sont des dispositifs devant être insérés dans le sens pointe → tige sur des forets prédisposés pour les recevoir. Ils permettent de limiter la longueur de travail d'un foret à une hauteur prédéterminée.

hauteur	8,50 mm	10,00 mm	11,50 mm	13,00 mm	15,00 mm
butées pour foret pilote	STOP4-200-085	STOP4-200-100	STOP4-200-115	STOP4-200-130	STOP4-200-150
					

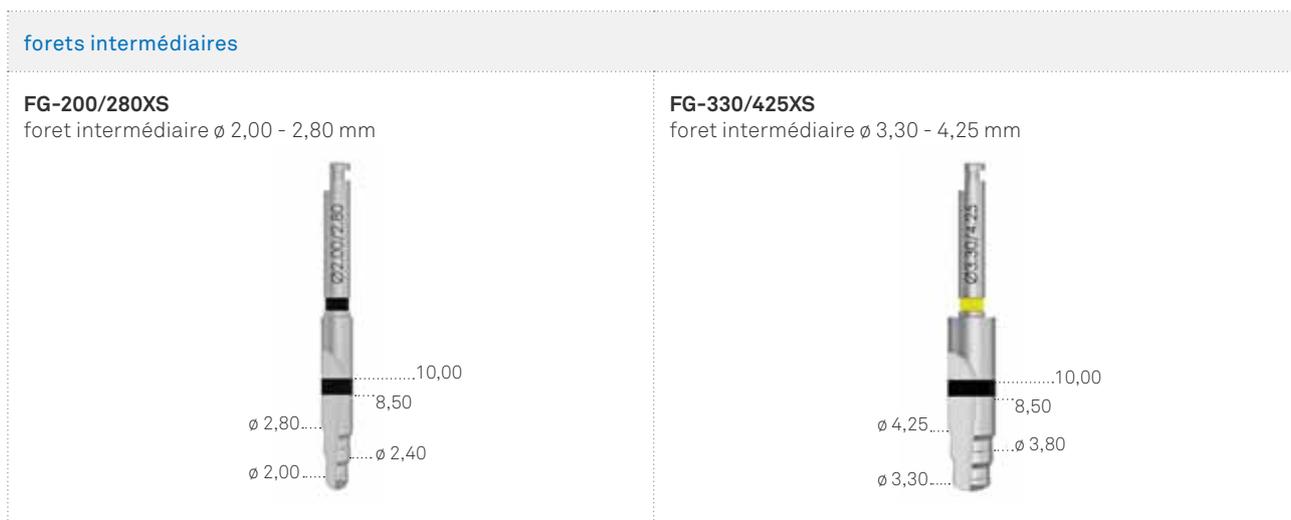
Il est conseillé de vérifier systématiquement que la butée soit insérée à la hauteur voulue. Une insertion incomplète peut réduire la hauteur de la préparation. Les éventuelles difficultés d'insertion peuvent être résolues en desserrant légèrement les ailettes des butées au moyen d'une petite pince.

Par ailleurs, il est également conseillé de vérifier la rétention exercée par la butée car une rétention trop faible pourrait faire tomber l'instrument du foret lors de l'intervention. En cas de réduction de la capacité de rétention, il suffit de serrer légèrement les ailettes, manuellement ou à l'aide d'une petite pince.



# Forets intermédiaires

Les forets intermédiaires sont des forets à deux tranchants, indiqués pour élargir progressivement les préparations en fonction du diamètre des forets à utiliser en séquence. Ils présentent deux échelons avec amorce initiale de diamètre progressif et diamètre final respectivement de 2,00/2,80 et de 3,30/4,25 mm. Ils présentent également un marquage laser de référence qui va de 8,50 à 10,00 mm de hauteur. Pour les préparations de longueur inférieure, ils doivent être utilisés jusqu'à la fin de la course (le guide n'est pas coupant).



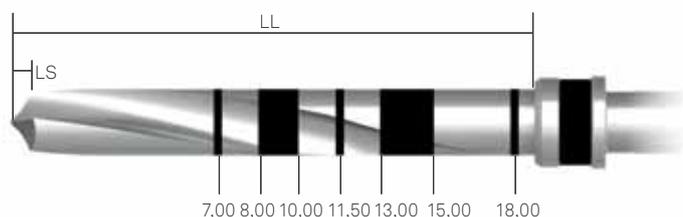
## Autres forets intermédiaires

En option sont disponibles deux forets intermédiaires de  $\varnothing$  2,50 mm en acier pour usage chirurgical. Les forets, disponibles soit en version cylindrique pour les implants Prama soit en version conique pour le système Prama RF, sont particulièrement utiles dans les cas de protocoles de sous-préparation. Les butées sont présents pour une préparation sécurisée.



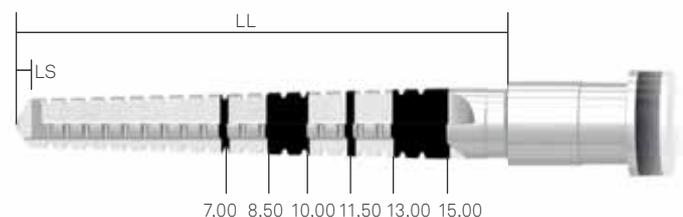
Les deux forets sont contenus à l'intérieur de la trousse chirurgicale Prama. Le foret cylindrique de  $\varnothing$  2,50 mm et les butées relatifs sont contenus dans un kit que peut être commandé par la référence **KIT-INTEGRA-F250**, ainsi que le foret conique de  $\varnothing$  2,50 mm et les butées relatifs sont contenus dans un kit que peut être commandé par la référence **KIT-INTEGRA-SE-FK250**.

**Notez bien :** Les forets réalisent toujours un trou plus long que l'implant devant être inséré. Le surdimensionnement (LS) est égal à la hauteur de la pointe du foret en cours d'utilisation. Voir le dessin à côté.



**LL :** Longueur totale de la partie travaillante, la pointe incluse.

**LS :** Longueur de la pointe. Cette dimension doit être calculée en supplément à la longueur du trou de préparation.



#### foret cylindrique $\varnothing$ 2,50 mm et butées correspondantes

<b>FFT3-250-LXS</b> foret cylindrique  $\varnothing$ 2,50 19,50 0,72 l	<b>STOP4-250-070</b> butée 7,00 mm pour foret cylindrique 	<b>STOP4-250-085</b> butée 8,50 mm pour foret cylindrique 	<b>STOP4-250-100</b> butée 10,00 mm pour foret cylindrique 	<b>STOP4-250-115</b> butée 11,50 mm pour foret cylindrique 	<b>STOP4-250-130</b> butée 13,00 mm pour foret cylindrique 	<b>STOP4-250-150</b> butée 15,00 mm pour foret cylindrique 
--	---	---	--	---	--	--

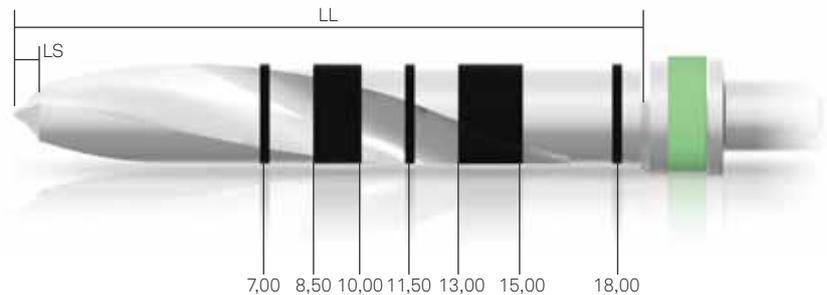
#### foret conique $\varnothing$ 2,50 mm et butées correspondantes\*

<b>SE-FK250</b> foret conique  $\varnothing$ 2,50 18,00 $\varnothing$ 1,80 0,50	<b>CSR-STOP-2028-085</b> butée 8,50 mm pour foret conique 	<b>CSR-STOP-2028-100</b> butée 10,00 mm pour foret conique 	<b>CSR-STOP-2028-115</b> butée 11,50 mm pour foret conique 	<b>CSR-STOP-2028-130</b> butée 13,00 mm pour foret conique 	<b>CSR-STOP-2028-150</b> butée 15,00 mm pour foret conique 
--	---	--	--	--	--

# Forets terminaux cylindriques et butées correspondantes

Réalisés en acier pour usage chirurgical à haute résistance à la corrosion et à l'usure, les forets terminaux Prama présentent un nombre de tranchants proportionnel au diamètre du trou, de façon à permettre un mouvement de coupe continu et homogène ainsi qu'une plus grande stabilité de l'instrument durant les phases opératoires. Tout cela permet d'obtenir des préparations implantaire de très haute précision ainsi qu'une facilité consécutive dans la phase d'insertion de l'implant. Il est conseillé d'utiliser ces forets avec les butées de forage correspondantes, celles-ci étant également incluses dans la trousse chirurgicale.

**LL** : Longueur totale de la partie travaillante, la pointe incluse.  
**LS** : Longueur de la pointe. Cette dimension doit être calculée en supplément à la longueur du trou de préparation.



ø implant	3,80 mm	4,25 mm	5,00 mm
forets cylindriques	FFT3-300-LXS	FFT3-340-LXS	FFT3-425-LXS

### Avertissement important

Les forets réalisent toujours un trou plus long que l'implant devant être inséré.  
 Le surdimensionnement (LS) est égal à la hauteur de la pointe du foret en cours d'utilisation.

## Butées pour foret cylindrique

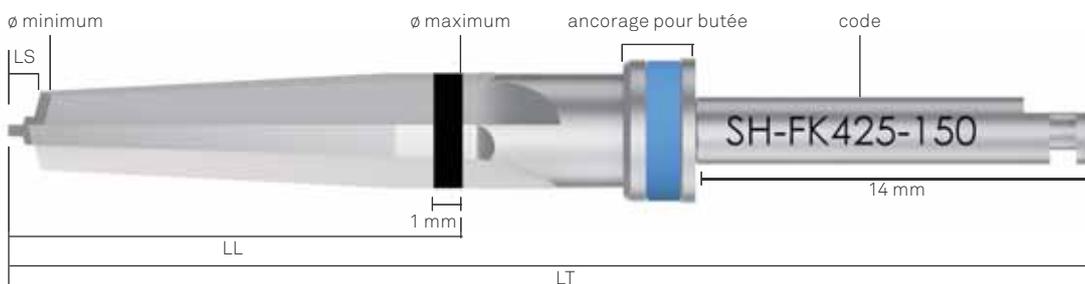
∅ implant	3,80 mm	4,25 mm	5,00 mm
butées pour préparations H 8,50 mm	<b>STOP4-300-085</b> 	<b>STOP4-340-085</b> 	<b>STOP4-425-085</b> 
butées pour préparations H 10,00 mm	<b>STOP4-300-100</b> 	<b>STOP4-340-100</b> 	<b>STOP4-425-100</b> 
butées pour préparations H 11,50 mm	<b>STOP4-300-115</b> 	<b>STOP4-340-115</b> 	<b>STOP4-425-115</b> 
butées pour préparations H 13,00 mm	<b>STOP4-300-130</b> 	<b>STOP4-340-130</b> 	<b>STOP4-425-130</b> 
butées pour préparations H 15,00 mm	<b>STOP4-300-150</b> 	<b>STOP4-340-150</b> 	<b>STOP4-425-150</b> 

Il est conseillé de vérifier systématiquement que la butée soit insérée à la hauteur voulue. 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 au moyen d'une petite pince.

Par ailleurs, il est également conseillé de vérifier la rétention exercée par la butée car une rétention trop faible pourrait faire tomber l'instrument du foret lors de l'intervention. En cas de réduction de la capacité de rétention, il suffit de serrer légèrement les ailettes, manuellement ou à l'aide d'une petite pince.

# Forets terminaux coniques et butées correspondantes

Les forets coniques sont également réalisés en acier inoxydable à haute résistance à la corrosion et à l'usure. Ils présentent un nombre de tranchants proportionnel au diamètre du trou, de façon à permettre un mouvement de coupe continu et homogène ainsi qu'une plus grande stabilité de l'instrument durant les phases opératoires. Tout cela se traduit par des préparations implantaire très précises qui sont la clé du succès des implants de morphologie conique. Ils présentent une tige pour contre-angle standard de 14,00 mm. Le kit contient 15 forets coniques, chacun d'entre eux traçant le trou final de l'implant avec un diamètre et une hauteur rappelés par le code de l'instrument.



**LT** : Longueur totale du foret, la tige incluse

**LL** : Longueur totale de la partie travaillante, la pointe incluse

**LS** : Longueur de la surpréparation

### Avertissement important

Les forets réalisent toujours un trou plus long que l'implant devant être inséré. 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 dimensions des différents forets, se référer au tableau de la page suivante.

$\varnothing$ implant	3,80 mm	4,25 mm	5,00 mm
H 8,50 mm	<b>SH-FK380-085</b>  $\varnothing$ 3,60... 8,50 $\varnothing$ 2,20... 0,42	<b>SH-FK425-085</b>  $\varnothing$ 4,00... 8,50 $\varnothing$ 2,60... 0,54	<b>SH-FK500-085</b>  $\varnothing$ 4,75... 8,50 $\varnothing$ 3,35... 0,75
H 10,00 mm	<b>SH-FK380-100</b>  $\varnothing$ 3,60... 10,00 $\varnothing$ 2,20... 0,44	<b>SH-FK425-100</b>  $\varnothing$ 4,00... 10,00 $\varnothing$ 2,60... 0,56	<b>SH-FK500-100</b>  $\varnothing$ 4,75... 10,00 $\varnothing$ 3,35... 0,77
H 11,50 mm	<b>SH-FK380-115</b>  $\varnothing$ 3,60... 11,50 $\varnothing$ 2,20... 0,46	<b>SH-FK425-115</b>  $\varnothing$ 4,00... 11,50 $\varnothing$ 2,60... 0,57	<b>SH-FK500-115</b>  $\varnothing$ 4,00... 11,50 $\varnothing$ 2,60... 0,79
H 13,00 mm	<b>SH-FK380-130</b>  $\varnothing$ 3,60... 13,00 $\varnothing$ 2,20... 0,47	<b>SH-FK425-130</b>  $\varnothing$ 4,00... 13,00 $\varnothing$ 2,60... 0,59	<b>SH-FK500-130</b>  $\varnothing$ 4,75... 13,00 $\varnothing$ 3,35... 0,80
H 15,00 mm	<b>SH-FK380-150</b>  $\varnothing$ 3,60... 15,00 $\varnothing$ 2,20... 0,52	<b>SH-FK425-150</b>  $\varnothing$ 4,00... 15,00 $\varnothing$ 2,60... 0,64	<b>SH-FK500-150</b>  $\varnothing$ 4,75... 15,00 $\varnothing$ 3,35... 0,85

code foret	implant correspondant	ø nominal	ø minimum	ø maximum	LT	LL	LS	code couleur
SH-FK380-085	LS-ZT-380-085	3,80	2,20	3,60	30,92	8,92	0,42	vert
SH-FK380-100	LS-ZT-380-100	3,80	2,20	3,60	32,44	10,44	0,44	vert
SH-FK380-115	LS-ZT-380-115	3,80	2,20	3,60	33,96	11,96	0,46	vert
SH-FK380-130	LS-ZT-380-130	3,80	2,20	3,60	35,47	13,47	0,47	vert
SH-FK380-150	LS-ZT-380-150	3,80	2,20	3,60	37,52	15,52	0,52	vert
SH-FK425-085	LS-ZT-425-085	4,25	2,60	4,00	31,04	9,04	0,44	bleu
SH-FK425-100	LS-ZT-425-100	4,25	2,60	4,00	32,56	10,56	0,56	bleu
SH-FK425-115	LS-ZT-425-115	4,25	2,60	4,00	34,07	12,07	0,57	bleu
SH-FK425-130	LS-ZT-425-130	4,25	2,60	4,00	35,59	13,59	0,59	bleu
SH-FK425-150	LS-ZT-425-150	4,25	2,60	4,00	37,64	15,64	0,64	bleu
SH-FK500-085	LS-ZT-500-085	5,00	3,35	4,75	31,26	9,25	0,75	magenta
SH-FK500-100	LS-ZT-500-100	5,00	3,35	4,75	32,77	10,77	0,77	magenta
SH-FK500-115	LS-ZT-500-115	5,00	3,35	4,75	34,29	12,29	0,79	magenta
SH-FK500-130	LS-ZT-500-130	5,00	3,35	4,75	35,80	13,80	0,80	magenta
SH-FK500-150	LS-ZT-500-150	5,00	3,35	4,75	37,85	15,85	0,85	magenta

### Butées pour forets coniques

Le kit contient une butée pour chaque diamètre des forets terminaux coniques, prédisposés **pour l'insertion de la pointe du foret**. Ils sont appropriés pour réduire la longueur de travail à des hauteurs prédéterminées. A diamètre d'usinage égal, la même butée est compatible avec toutes les longueurs de forets, conformément au tableau explicatif suivant :

butées pour forets coniques	SH-STOP4-FK380	SH-STOP4-FK425	SH-STOP4-FK500
			
code couleur	vert	bleu	magenta
∅ nominal correspondant au diamètre de l'implant	3,80	4,25	5,00
foret pour implant H 8,50 mm	SH-FK380-085	SH-FK425-085	SH-FK500-085
foret pour implant H 10,00 mm	SH-FK380-100	SH-FK425-100	SH-FK500-100
foret pour implant H 11,50 mm	SH-FK380-115	SH-FK425-115	SH-FK500-115
foret pour implant H 13,00 mm	SH-FK380-130	SH-FK425-130	SH-FK500-130
foret pour implant H 15,00 mm	SH-FK380-150	SH-FK425-150	SH-FK500-150

Comme indiqué précédemment relativement aux butées pour le foret pilote, il est également conseillé dans ce cas de vérifier systématiquement que la butée soit insérée à la hauteur voulue. 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 au moyen d'une petite pince. Par ailleurs, il est également conseillé de vérifier la rétention exercée par la butée car une rétention trop faible pourrait faire tomber l'instrument du foret lors de l'intervention. En cas de réduction de la capacité de rétention, il suffit de serrer légèrement les ailettes, manuellement ou à l'aide d'une petite pince.

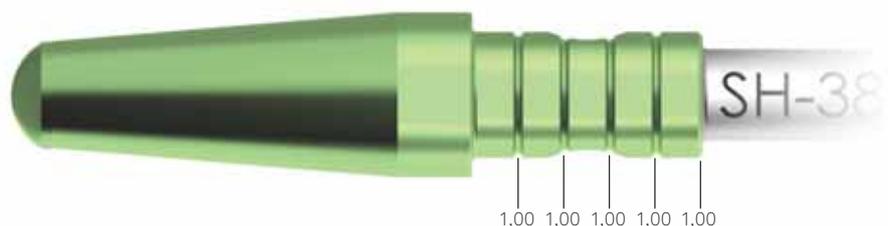
# Reply : répliques pour implants Prama RF

Les répliques Reply sont réalisées en titane Gr. 5 et reproduisent la morphologie des forets terminaux des implants coniques Prama RF correspondants. Elles sont utiles pour vérifier la profondeur de la préparation effectuée avec les forets terminaux ainsi que pour vérifier l'axe de la préparation réalisée avec le foret.



Sur la portion conique, les répliques présentent plusieurs encoches espacées de 1,00 mm l'une de l'autre pour vérifier les épaisseurs gingivales

La partie du dispositif destinée à être introduite dans l'os est anodisée dans la couleur du diamètre implantaire correspondant, suivant donc le même code couleur du système : ainsi, leur utilisation est plus simple et plus intuitive encore



$\varnothing$ implant	3,80 mm	4,25 mm	5,00 mm
H 8,50 mm	<b>SH-380-085-RP</b> 	<b>SH-425-085-RP</b> 	<b>SH-500-085-RP</b> 
H 10,00 mm	<b>SH-380-100-RP</b> 	<b>SH-425-100-RP</b> 	<b>SH-500-100-RP</b> 
H 11,50 mm	<b>SH-380-115-RP</b> 	<b>SH-425-115-RP</b> 	<b>SH-500-115-RP</b> 
H 13,00 mm	<b>SH-380-130-RP</b> 	<b>SH-425-130-RP</b> 	<b>SH-500-130-RP</b> 
H 15,00 mm	<b>SH-380-150-RP</b> 	<b>SH-425-150-RP</b> 	<b>SH-500-150-RP</b> 

# Forets countersink

Des forets countersink sont disponibles en option ; ils permettent de préparer le logement de la partie la plus coronaire des implants Prama et Prama RF en présence de corticale très dense. Ces forets sont caractérisés par une portion apicale qui se guide dans le trou créé par le foret cylindrique terminal et par une hauteur standard de la partie travaillante égale à 6,60 mm.

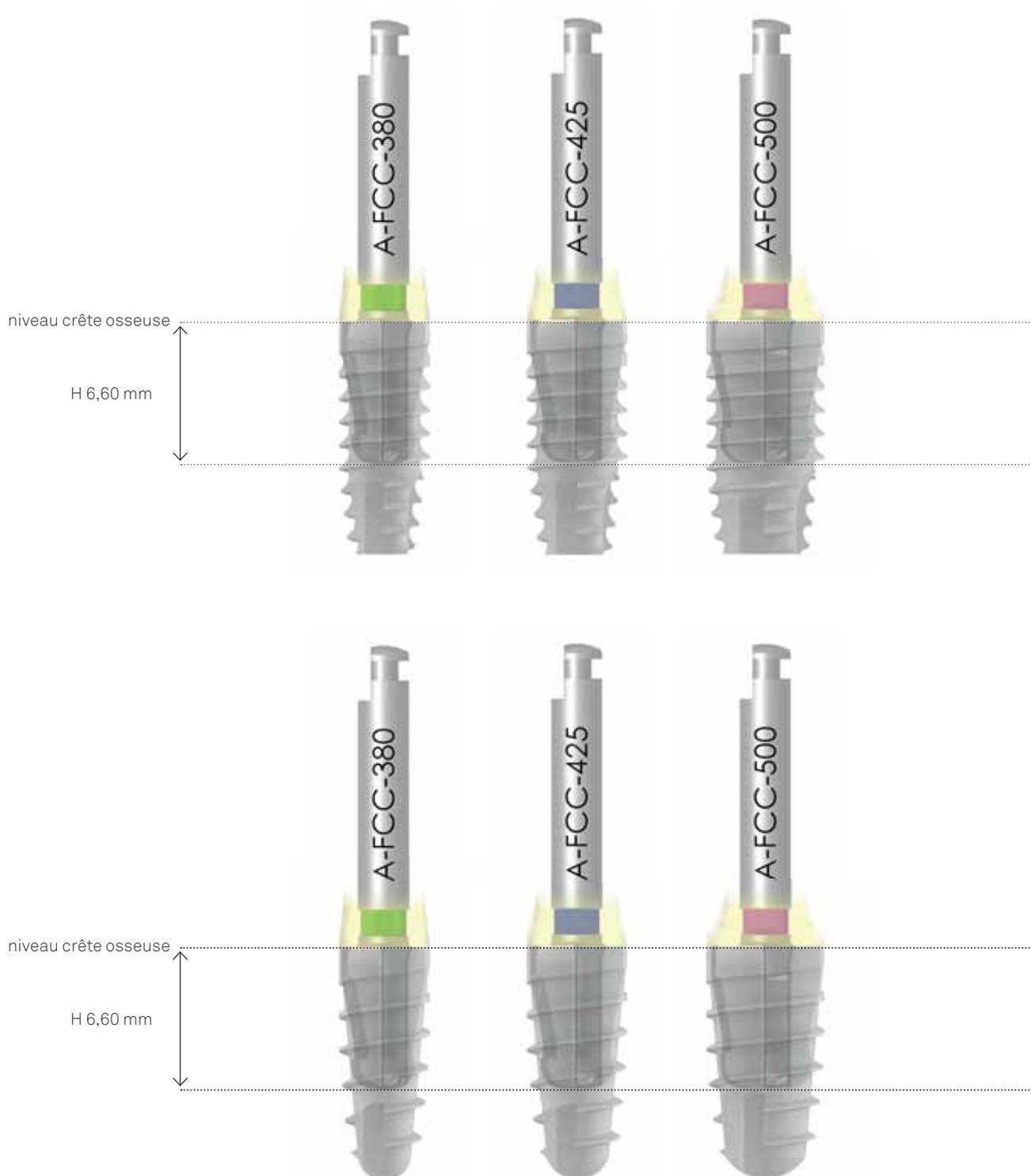


Les forets sont disponibles dans les diamètres 3,80, 4,25 et 5,00 mm

ø implant	3,80 mm	4,25 mm	5,00 mm
forets countersink	A-FCC-380	A-FCC-425	A-FCC-500
	<p>ø 3,80   6,60</p>	<p>ø 4,25   6,60</p>	<p>ø 5,00   6,60</p>

La morphologie particulière des forets countersink permet d'élargir la partie initiale du trou effectué par les forets terminaux pour préparer la portion d'os corticale, qui sera au contact du col de l'implant. La vitesse maximale conseillée est de 1000 rpm.

Chaque foret doit être exclusivement utilisé avec l'implant de même diamètre.

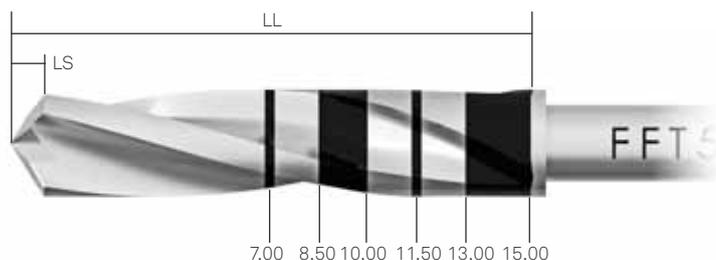


# Forets pour secteurs distaux

Des forets de longueur réduite, très pratiques dans les secteurs distaux en cas d'ouverture orale limitée, sont disponibles en option. Ils sont disponibles dans une vaste gamme de diamètres et sont également utiles en cas de préparations dans un os extrêmement compact dans lequel, pour la portion la plus coronaire, le diamètre de la préparation doit être élargi de 0,10 mm par rapport à la dimension des forets standard, afin de faciliter l'insertion des implants. Par contre, dans un os peu compact, ils peuvent être utilisés pour la sous-préparation du site implantaire, afin d'obtenir une stabilité primaire optimale.

**LL** : Longueur totale de la partie travaillante, la pointe incluse.

**LS** : Longueur de la pointe. Cette dimension doit être calculée en supplément à la longueur du trou de la préparation.



**Nota bene** : Les forets réalisent toujours un trou plus long que l'implant devant être inséré.

Le surdimensionnement (LS) est égal à la hauteur de la pointe du foret en cours d'utilisation.

Voir le dessin ci-dessus.

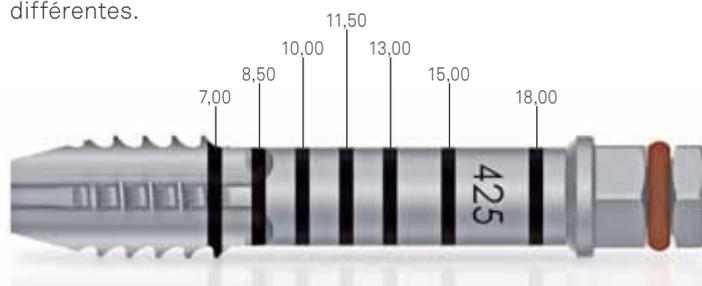
∅ forets	2,00 mm	2,80 mm	2,90 mm	3,00 mm	3,20 mm
forets pour secteurs distaux	<b>FPT5-200-LXS</b>	<b>FFT5-280-LXS</b>	<b>FFT5-290-LXS</b>	<b>FFT5-300-LXS</b>	<b>FFT5-320-LXS</b>
∅ forets	3,30 mm	3,40 mm	3,60 mm	4,25 mm	4,45 mm
forets pour secteurs distaux	<b>FPT5-330-LXS</b>	<b>FFT5-340-LXS</b>	<b>FFT5-360-LXS</b>	<b>FFT5-425-LXS</b>	<b>FFT5-445-LXS</b>

Les forets pour secteurs distaux ne sont inclus dans aucune trousse chirurgicale mais doivent être commandés séparément.

Ils ne peuvent pas être utilisés avec les butées de forage.

# Tarauds

Les implants Prama et Prama RF sont des implants autotaraudants qui présentent une excellente capacité de coupe et sont faciles à insérer. L'utilisation d'un taraud est toutefois conseillée dans tous les cas dans lesquels le type d'os le rend nécessaire, afin de faciliter l'insertion de la fixture. Ils sont disponibles tant avec tige pour contre-angle qu'avec raccord hexagonal pour clé à cliquet dynamométrique et présentent un dessin spécifique pour les deux morphologies endo-osseuses différentes.



∅ implant	3,80 mm	4,25 mm	5,00 mm
tarauds avec connexion pour contre-angle pour implants Prama	<b>A-MS-380-CA</b>  ∅ 2,30	<b>A-MS-425-CA</b>  ∅ 2,50	<b>A-MS-500-CA</b>  ∅ 3,55
tarauds avec connexion pour clé à cliquet pour implants Prama*	<b>A-MS-380</b>  ∅ 2,30	<b>A-MS-425</b>  ∅ 2,50	<b>A-MS-500</b>  ∅ 3,55
tarauds courts avec connexion pour clé à cliquet pour implants Prama*	<b>A-MS-380</b>  ∅ 2,25	<b>A-MS-425</b>  ∅ 2,45	<b>A-MS-500</b>  ∅ 3,50
tarauds avec connexion pour contre-angle pour implants Prama RF	<b>SH-MS-380-CA</b>  ∅ 2,55	<b>SH-MS-425-CA</b>  ∅ 2,65	<b>SH-MS-500-CA</b>  ∅ 3,40
tarauds avec connexion pour clé à cliquet pour implants Prama RF*	<b>SH-MS-380</b>  ∅ 2,55	<b>SH-MS-425</b>  ∅ 2,65	<b>SH-MS-500</b>  ∅ 3,40

\*\* Instruments optionnels non contenus dans la trousse chirurgicale mais pouvant être commandés séparément.

# Ostéotomes

Les ostéotomes pour les protocoles d'expansion sont disponibles pour chaque morphologie endosseuse Prama et Prama RF ; ils ne sont pas compris dans la trousse chirurgicale.

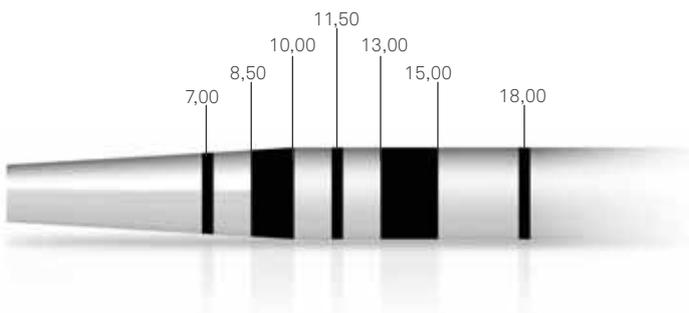
Les codes marqués au laser sur les manches indiquent le diamètre de l'ostéotome, de façon à faciliter l'identification de la séquence chirurgicale correcte. Un pratique coffret porte-instruments universel est disponible pour leur organisation et leur rangement ; il peut être commandé séparément sous le code **OS-TRAY**.

## Ostéotomes Prama

Les ostéotomes Prama portent l'indication au laser de toutes les hauteurs disponibles.

code	E-OS-020-PP	E-OS-090-PP	E-OS-160-PC	E-OS-200-PC	E-OS-240-PC
					
description	ostéotome $\varnothing$ 0,20 pointe plate	ostéotome $\varnothing$ 0,90 pointe plate	ostéotome $\varnothing$ 1,60 pointe concave	ostéotome $\varnothing$ 2,00 pointe concave	ostéotome $\varnothing$ 2,40 pointe concave

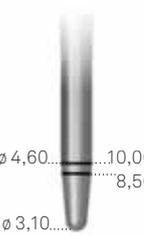
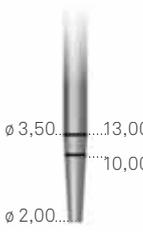
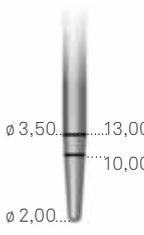
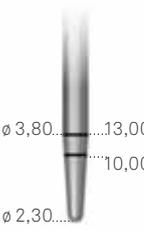
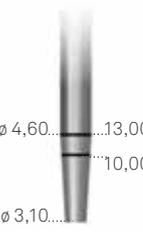
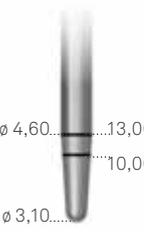
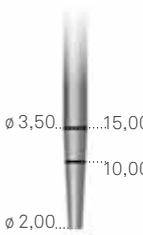
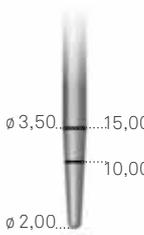
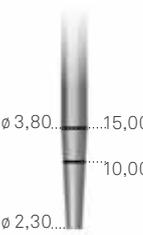
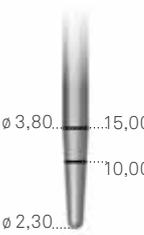
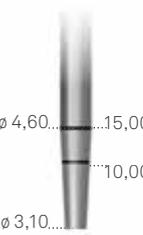
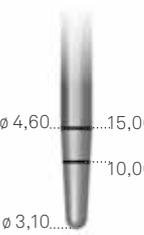
Les ostéotomes sont des instruments optionnels non contenus dans la trousse chirurgicale ; ils peuvent être commandés séparément et unitairement.



description	code
coffret en Radel universel pour ostéotomes Prama et Prama RF. Il peut contenir jusqu'à 12 instruments	<b>OS-TRAY</b> 

### Ostéotomes Prama RF

Les ostéotomes Prama RF sont conçus en fonction de la hauteur et du diamètre de l'implant devant être inséré. Ils présentent deux marquages au laser : un correspondant à la hauteur de la fixtue et un à une hauteur inférieure, utile pour un contrôle intermédiaire durant la phase de préparation. Sur l'ostéotome pour implants de 10,00 mm, les marquages au laser correspondent aux hauteurs de 8,50 et de 10,00 mm, l'instrument pouvant être ainsi également utilisé pour l'insertion des implants de 8,50 mm de hauteur.

ø impianto	3,80 mm		4,25 mm		5,00 mm	
ostéotome pour implants H 8,50 et 10,00 mm	SH-OS-380-100-PP 	SH-OS-380-100-PR 	SH-OS-425-100-PP 	SH-OS-425-100-PR 	SH-OS-500-100-PP 	SH-OS-500-100-PR 
ostéotome pour implants H 11,50 mm	SH-OS-380-115-PP 	SH-OS-380-115-PR 	SH-OS-425-115-PP 	SH-OS-425-115-PR 	SH-OS-500-115-PP 	SH-OS-500-115-PR 
ostéotome pour implants H 13,00 mm	SH-OS-380-130-PP 	SH-OS-380-130-PR 	SH-OS-425-130-PP 	SH-OS-425-130-PR 	SH-OS-500-130-PP 	SH-OS-500-130-PR 
ostéotome pour implants H 15,00 mm	SH-OS-380-150-PP 	SH-OS-380-150-PR 	SH-OS-425-150-PP 	SH-OS-425-150-PR 	SH-OS-500-150-PP 	SH-OS-500-150-PR 
pointe	plate	arrondie	plate	arrondie	plate	arrondie

Les ostéotomes sont des instruments optionnels non contenus dans la trousse chirurgicale ; ils peuvent être commandés séparément et unitairement.

# Jauges de parallélisme

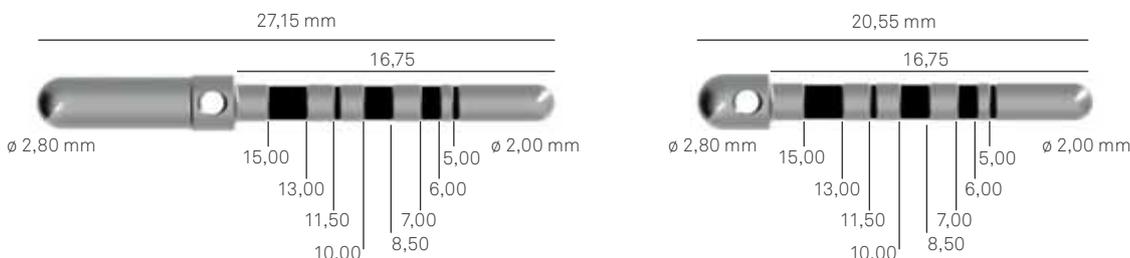
Les jauges de parallélisme peuvent être utilisées pour vérifier l'axe d'insertion des implants et le parallélisme entre plusieurs fixtures. Toutes les jauges de parallélisme présentent un côté de  $\varnothing$  2,00 mm et un autre côté de  $\varnothing$  2,80 mm, de façon à pouvoir les utiliser après le passage des forets ayant ces mêmes diamètres.



description	code
jauge de parallélisme avec un côté de $\varnothing$ 2,00 et l'autre de $\varnothing$ 2,80 mm	PP-2/28



Outre les jauges de parallélisme standard, des jauges de parallélisme avec des encoches de profondeur sont disponibles, celles-ci permettant le contrôle de la hauteur de la préparation lors de la première phase chirurgicale grâce à la présence d'encoches situées sur le côté de  $\varnothing$  2,00 mm. Les encoches, grâce à leur diamètre légèrement réduit par rapport au corps du pin, sont clairement visibles sur les radiographies intra-opératoires. L'autre côté, de 2,80 mm de diamètre, présente un orifice qui permet d'insérer un fil de sécurité. La jauge version "small", c'est-à-dire avec le côté de  $\varnothing$  2,80 de longueur inférieure, est utile pour les patients présentant une ouverture orale réduite ou pour un emploi dans les secteurs distaux.



description	code
jauge de parallélisme avec encoches de profondeur, version large	PPTL-2-28
jauge de parallélisme avec encoches de profondeur, version small	PPTS-2-28



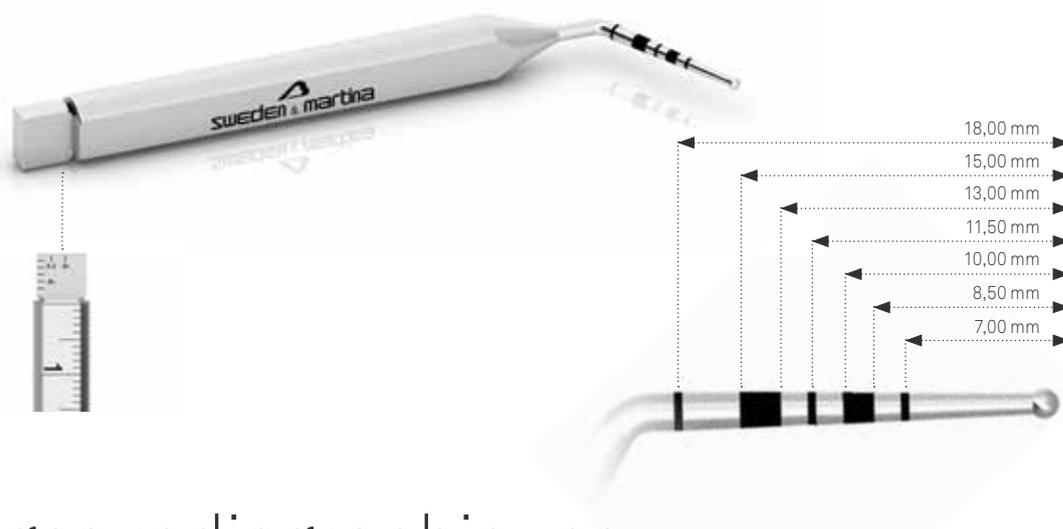

### Avertissement important

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

*Instruments optionnels non contenus dans le kit chirurgical.*

# Profondimètre PROF3

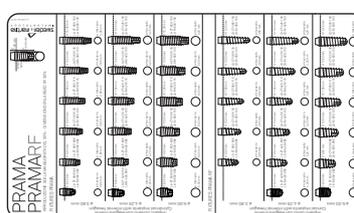
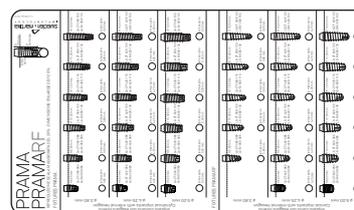
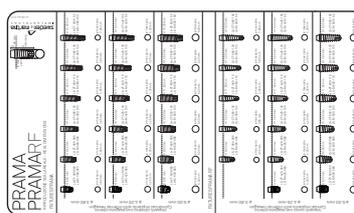
C'est un instrument pratique qui permet de vérifier la profondeur des trous de préparation et la distance entre les implants. Il ne fait partie d'aucun kit chirurgical et peut être commandé séparément.



## Images radiographiques

Les trousse chirurgicales sont fournies accompagnés d'images radiographiques avec la représentation graphique des dimensions des implants pour permettre, par le biais d'une analyse radiographique ou tomographique, le choix des implants offrant les diamètres et les longueurs les plus appropriés. Les images sont disponibles dans les trois versions : avec représentation en dimensions réelles, en dimensions augmentées de 20% et en dimensions augmentées de 30%.

description	code
image pour analyse radiographique pour implants Prama et Prama RF. Dimensions réelles	L-L100
image pour analyse radiographique pour implants Prama et Prama RF. Dimensions augmentées de 20%	L-L120
image pour analyse radiographique pour implants Prama et Prama RF. Dimensions augmentées de 30%	L-L130



# Driver Easy Insert

L'implant Prama ne nécessite pas de mouter pour l'insertion dans le site implantaire car il est directement engagé à l'intérieur de la connexion par les pratiques drivers Easy Insert, spécialement conçus pour garantir une prise sûre, ne pas causer de déformations aux angles des connexions et pouvoir être par ailleurs facilement retirés des puits implantaires. L'emploi de ces drivers rend la procédure chirurgicale d'insertion extrêmement simple.

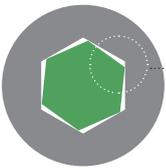
Les drivers Easy Insert favorisent la **visibilité du champ opératoire**, créent un encombrement minimal, donnent la possibilité d'orienter l'hexagone de connexion de la manière la plus opportune car ils possèdent un indice visuel hexagonal qui correspond à l'indice prothétique et des points marqués au laser de couleur noire sur trois côtés alternés

La présence d'un vaste hexagone permet l'**engagement aisé et sûr** des drivers d'insertion brevetés Easy Insert, rendant ainsi plus simple et plus sûre la phase d'insertion des implants dans leurs sites

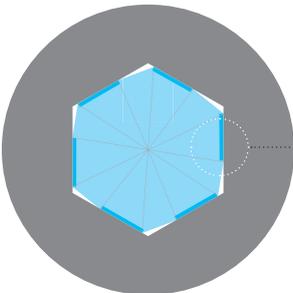


Un seul instrument permet l'insertion de tous les diamètres implantaires Prama

Grâce à un **o-ring en titane** particulier qui s'engage à l'intérieur de la connexion, l'ensemble est extrêmement sûr et fiable



L'image en section illustre la manière dont un instrument traditionnel (en vert) travaille en angle à l'intérieur de la connexion (en gris). Cette géométrie détermine inévitablement des grippages et des déformations de la même section



Le dessin breveté particulier des drivers prévient toute déformation de la connexion implantaire et fait en sorte que ce soient les faces de l'instrument (et non pas les angles) qui interagissent avec les faces du puits implantaire

Le **dessin dodécagonal** des drivers prévient toute déformation de la connexion implantaire, garantissant ainsi une stabilité et une précision prothétiques de très hauts standards.

Lors de l'utilisation de l'Easy Insert avec une clé à cliquet, tout comme pour l'utilisation de tout autre instrument d'insertion implantaire pour clé à cliquet dynamométrique, il est également conseillé de veiller à maintenir l'axe de travail le plus perpendiculaire possible. En outre, il est fondamental que le mouvement devant être effectué avec la clé à cliquet en phase de vissage soit lent et uniforme, évitant tout coup brusque. Le non-respect de ces précautions d'utilisation et un couple de serrage d'insertion excessif pourraient entraîner une rupture de l'instrument : c'est pour cela qu'il est muni d'un point de rupture prédéfini situé au-dessus des points de référence visuelle, afin d'aider l'opérateur à retirer le driver sans difficultés.

Il est conseillé de maintenir une légère pression constante en appliquant un doigt sur la tête de la clé dynamométrique, et ce, afin de permettre une plus grande stabilité pendant le vissage.

description	code	inclus dans le kit
driver court avec tige pour contre-angle	EASYC4-EX230-CA 	Prama
driver long avec tige pour contre-angle	EASYL4-EX230-CA 	Prama
driver avec raccord pour clé dynamométrique	EASY4-EX230-EX 	Prama

### Maintenance et entretien des drivers Easy Insert

Les drivers Easy Insert sont fournis prémontés avec les o-rings en titane.

En tant que composants mécaniques, les anneaux de rétention sont sujets à usure et peuvent perdre leur fonctionnalité dans le temps.

Les o-rings ne peuvent pas être remplacés car il est nécessaire de remplacer tout l'instrument.

Les Easy Insert ont été testés pour résister à 40 utilisations dans les conditions d'emploi les plus défavorables. Cette limite peut donc subir des variations en fonction des conditions d'utilisation.

Quoi qu'il en soit, il est de règle d'en vérifier le bon fonctionnement, et ce, même lors des opérations de nettoyage et de stérilisation. Pour cette raison et pour permettre au dentiste de se familiariser avec les Easy Insert, l'emballage du kit chirurgical contient un "implant d'essai", non traité et non stérile, qui se distingue par son anodisation entièrement de couleur bleue.

#### Avertissement important

Il est recommandé d'utiliser les Easy Inserts avec un couple de serrage compris entre 50 Ncm et 70 Ncm. Des tests effectués sur modèle ont permis de constater que de 70 Ncm à 100 Ncm, de légers frottements sont possibles entre l'instrument et la connexion de l'implant, ceux-ci pouvant être facilement résolus par un mouvement de basculement de l'Easy Insert à l'intérieur de la connexion. Par contre, de 100 Ncm à 200 Ncm, des frottements plus élevés sont possibles et peuvent être résolus par un simple mouvement en contre-rotation (à 40 Ncm) pour enlever l'instrument de la connexion. En outre, il est recommandé de terminer la phase de taraudage en utilisant la clé à cliquet CRI5-KIT.

# Tournevis

Tous les tournevis sont réalisés en acier inox pour usage chirurgical. Il existe deux typologies de tournevis différentes pour les implants Prama : les tournevis traditionnels (à gauche sur l'image) et les tournevis pour vis avec technologie Full Head (à droite). Ils se différencient par le dessin de leur pointe, étudié, dans le premier cas, pour engager une vis avec connexion hexagonale interne et, dans l'autre, avec connexion hexagonale externe ; pour autant, ils ne sont pas interchangeables. Dans les deux cas, l'accouplement légèrement conique entre tournevis et vis permet une rétention appropriée au transport de cette dernière dans la cavité orale. Les deux familles de tournevis sont disponibles avec des tiges de plusieurs longueurs afin d'en faciliter l'ergonomie en fonction de l'anatomie du patient. Les tournevis standard sont également disponibles en version manuelle mono-pièce, à savoir, solidaires avec la poignée qui en permet la prise. **Vérifier régulièrement que l'usure n'a pas compromis cette même fonctionnalité.**



### Avertissement important

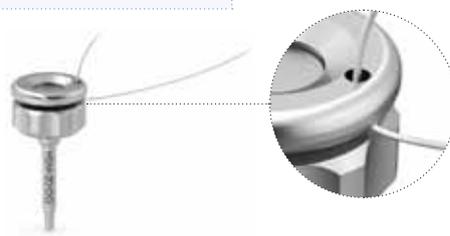
Des couples de serrage excessifs peuvent endommager le pas des vis de serrage et les angles des tournevis, causant des complications intra-opératoires ou prothétiques même graves. Les couples de serrage recommandés pour les différents composants sont récapitulés dans le tableau suivant :

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

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

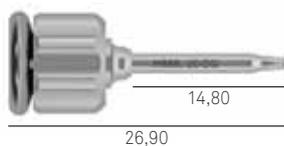
### Avertissement important

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



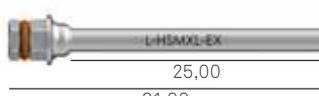
## Tournevis chirurgicaux

Leur conception leur permet d'être très pratiques dans les phases chirurgicales pour le vissage des vis de couverture et pour découvrir et gérer les vis de cicatrisation. Ils ne doivent pas être utilisés dans les phases prothétiques définitives car ils ne permettent pas de contrôler le couple de serrage.

description	code	inclus dans le kit
Tournevis pour vis de couverture et vis de serrage, manuel, extra-court	HSMXS-20-DG 	<b>Prama</b>
Tournevis pour vis de couverture et vis de serrage, manuel, court	HSM-20-DG 	<b>Prama</b>
Tournevis pour vis de couverture et vis de serrage, manuel, long	HSML-20-DG 	<b>Prama</b>

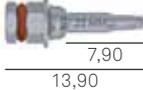
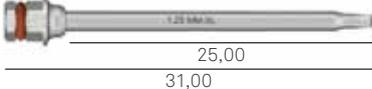
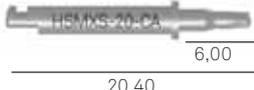
## Tournevis prothétiques pour vis avec technologie Full Head

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

description	code	inclus dans le kit
Tournevis pour vis avec technologie Full Head, manuel, extra-court	L-HSM-EX 	<b>Prama</b>
Tournevis pour vis avec technologie Full Head, manuel, court	L-HSML-EX 	<b>Prama</b>
Tournevis pour vis avec technologie Full Head, manuel, long	L-HSMXL-EX 	<b>Prama</b>
Tournevis pour vis avec technologie Full Head, pour contre-angle	L-HSM-CA 	<b>Prama</b>

### Tournevis prothétiques pour vis standard (vis de couverture, vis de cicatrisation, vis prothétiques standard).

Les tournevis présentant le raccord hexagonal supérieur sont conçus pour être utilisés avec la clé à cliquet dynamométrique avec fonction de contrôle du couple de serrage. Ils sont compris dans le kit, dans les versions courte et longue ; une version extra-longue est également disponible sur demande, cette dernière étant nécessaire lorsque la longueur de l'orifice de passage de la vis à l'intérieur des piliers est supérieure à 13,00 mm.

description	code	inclus dans le kit
tournevis pour vis de serrage, avec raccord hexagonal pour clé dynamométrique ou poignée manuelle, court	<b>HSM-20-EX</b>  7,90 13,90	<b>Prama</b>
tournevis pour vis de serrage, avec raccord hexagonal pour clé dynamométrique ou poignée manuelle, long	<b>HSML-20-EX</b>  15,00 21,00	<b>Prama</b>
tournevis pour vis de serrage, avec raccord hexagonal pour clé dynamométrique ou poignée manuelle, extra-long	<b>HSMXL-20-EX</b>  25,00 31,00	<b>Non inclus dans le kit, il peut être acheté séparément</b>
tournevis pour vis de serrage standard, avec tige pour contre-angle	<b>HSM-20-CA</b>  12,60 27,00	<b>Prama</b>
tournevis pour vis de serrage standard, avec tige pour contre-angle, extra-court	<b>HSMXS-20-CA</b>  6,00 20,40	<b>Non inclus dans le kit, il peut être acheté séparément</b>

#### Avertissement important

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

### Embouts hexagonaux pour l'enlèvement des implants pendant la chirurgie

description	code	inclus dans le kit
embout hexagonal court	<b>BC-EX230</b> 	<b>Prama</b>
embout hexagonal long	<b>BL-EX230</b> 	<b>Prama</b>

## Autres instruments

description	code	inclus dans le kit
prolongateur pour embouts hexagonaux, tarauds, mounters, tournevis et drivers manuels, avec raccord hexagonal pour clé dynamométrique	<b>BPM-15</b> 	<b>Prama</b>
prolongateur pour forets chirurgicaux	<b>PROF-CAL3</b> 	<b>Prama</b>
driver pour monter et adaptateur mécanique avec tige pour contre-angle pour instruments avec raccord hexagonal	<b>B-AVV-CA3</b> 	<b>Prama</b>
tournevis pour instruments de contre-angle, manuel et avec raccord hexagonal pour clé à cliquet	<b>AVV-CA-DG-EX</b> 	<b>Non inclus dans le kit, il peut être acheté séparément</b>
poignée manuelle pour tarauds, mounters, tournevis, embouts hexagonaux et drivers manuels	<b>AVV3-MAN-DG</b> 	<b>Prama</b>

## O-rings de rechange

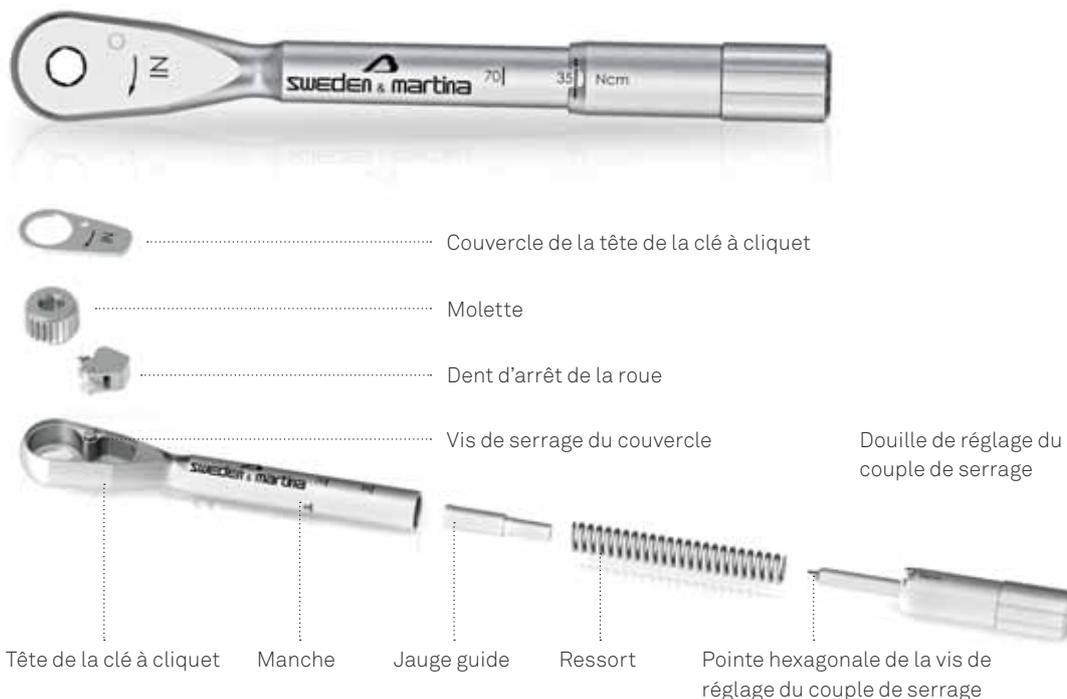
description	code	inclus dans le kit
kit de 5 o-rings de rechange pour tous les accessoires avec raccord hexagonal pour clé dynamométrique	<b>ORING180-088</b> 	<b>Non inclus dans le kit, il peut être acheté séparément</b>

## Mounter

description	code	inclus dans le kit
mounter	<b>MOU-EX230</b> 	<b>Non inclus dans le kit, il peut être acheté séparément</b>
clé bloque mounter	<b>CM2</b> 	<b>Non inclus dans le kit, il peut être acheté séparément</b>

# Clé à cliquet dynamométrique CRI5-KIT

Le kit chirurgical du système d'implantologie contient une clé à cliquet particulière (CRI5-KIT), ainsi que la clé de réglage qui s'y rapporte, pour visser rapidement la douille de réglage du couple de serrage, et le lubrifiant en gel pour la maintenance. La clé à cliquet peut être utilisée avec un réglage du couple de serrage de 10 à 70 Ncm ou en position bloquée, sans contrôle du couple de serrage. Pour l'emploi comme clé à cliquet prothétique pour le serrage des vis, se référer aux valeurs de couple de serrage figurant dans le tableau de la pag. 42. La clé à cliquet CRI5-KIT est un instrument démontable, multiusage, vendu non stérile.



Avant chaque utilisation, nettoyer et stériliser cet instrument selon les indications figurant à la pag 50. Une maintenance appropriée, effectuée en suivant pas à pas et à la lettre toutes les phases de démontage et d'assemblage correct du dispositif pendant les opérations de nettoyage, est fondamentale pour le bon fonctionnement du dispositif et pour en préserver la durée.

Le personnel préposé à l'utilisation de cet instrument doit avoir reçu une formation adéquate et avoir lu les instructions figurant dans ce manuel avant toute manipulation de ce même instrument. Après la stérilisation, la clé est prête à l'emploi. Un test de contrôle du montage correct et du bon fonctionnement de la clé est nécessaire avant toute intervention, de type tant chirurgical que prothétique.

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



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



#### Avertissement important

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



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

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

# Clé dynamométrique à levier de contrôle TWL

Il est possible d'acheter séparément une clé dynamométrique à levier de contrôle (TWL) particulière. Cette clé dynamométrique peut être utilisée avec fonction d'indication de la valeur du couple de serrage appliquée durant les phases chirurgicales de vissage et de dévissage, avec des valeurs signalées de 10 à 90 Ncm. Elle est fournie avec un adaptateur dédié qui en permet l'utilisation avec des instruments chirurgicaux avec attachement hexagonal.

La clé dynamométrique à levier de contrôle TWL est un instrument démontable, multiusage, vendu non stérile.



Avant chaque utilisation, nettoyer et stériliser cet instrument selon les indications figurant à la pag. 50.

Une maintenance appropriée, effectuée en suivant pas à pas et à la lettre toutes les phases de démontage et d'assemblage correct de la clé dynamométrique pendant les opérations de nettoyage, est fondamentale pour le bon fonctionnement du dispositif et pour en préserver la durée. Le personnel préposé à l'utilisation de cet instrument doit avoir reçu une formation adéquate et avoir lu les instructions figurant dans ce manuel avant toute manipulation de ce même instrument.



Après la stérilisation et avant l'utilisation, s'assurer que la première encoche sur l'échelle soit alignée avec la flèche. Un test de contrôle du montage correct et du bon fonctionnement de la clé est nécessaire avant toute utilisation.

### Avertissement important

Le bras de la clé dynamométrique ne doit pas dépasser l'échelle graduée car cela pourrait comporter des lectures imprécises du couple et endommager l'instrument.

La clé dynamométrique peut être utilisée comme clé fixe, à savoir, sans utiliser l'échelle dynamométrique, en s'en servant comme d'un levier sur tout le manche. Dans ce cas, il est conseillé de ne pas la soumettre à une charge supérieure à 150 Ncm. 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 l'instrument. Les pièces de cette clé dynamométrique ne sont pas interchangeables ; il n'est pas possible de prendre une pièce d'une clé et de la placer sur une autre. En cas de perte d'une pièce de la clé dynamométrique, nous vous prions de bien vouloir restituer l'instrument concerné à Sweden & Martina S.p.A. pour la réparation de ce dernier. Aucun composant pour l'assemblage de la clé dynamométrique à levier de contrôle ne peut être vendu séparément. Le non-respect des indications fournies peut donner lieu à des problèmes esthétiques et compromettre la santé du patient.

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

Attention ! Tous les instruments chirurgicaux pour implants dentaires sont vendus en condition non stérile. Avant leur utilisation, ils doivent être nettoyés, désinfectés et stérilisés selon la procédure validée par Sweden & Martina indiquée ci-après. Ces processus doivent être effectués avant la première utilisation et avant chaque utilisation successive. La répétition des processus décrits dans ce paragraphe a un effet minimum, en termes d'usure, sur ces dispositifs.

Le bon fonctionnement des instruments doit toujours être vérifié avant l'utilisation de ces derniers. En cas de marques d'usure, les instruments doivent être immédiatement remplacés par de nouveaux dispositifs. En particulier, il est conseillé de vérifier systématiquement la rétention correcte des tournevis à l'intérieur des puits d'engagement sur la tête des vis devant être prélevées et vissées avec ceux-ci. La non-observation de ces indications peut donner lieu à l'apparition d'infections croisées et de complications intra-opératoires.

## a. Nettoyage

Récipients et transport à utiliser pour le lavage : il n'existe pas de critères particuliers. En cas de nettoyage automatisé : utiliser une cuve à ultrasons en employant une solution détergente appropriée. Il est recommandé d'utiliser exclusivement des détergents neutres. La concentration de la solution et la durée du lavage doivent être conformes aux indications du fabricant du produit. Utiliser de l'eau déminéralisée pour prévenir la formation de taches et d'auréoles. Au moment de l'évacuation, contrôler tous les recoins des dispositifs, les trous, etc., afin de vérifier l'élimination complète de résidus. Si nécessaire, répéter le cycle ou recourir au nettoyage manuel.

En cas de nettoyage manuel : utiliser un détergent neutre approprié en se conformant aux instructions de la notice du produit. Brosser les produits à l'aide d'une brosse à soies souples, sous un abondant jet d'eau courante. En utilisant la brosse, appliquer la solution détergente sur toutes les surfaces.

Rincer à l'eau distillée pendant au moins 4 minutes. S'assurer que l'eau courante passe abondamment à travers les trous éventuels. En cas de forets munis d'irrigation intérieure, utiliser les buses fournies à cet effet avec les pièces-à-main pour s'assurer que les trous 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 déposer dans des enveloppes de stérilisation.

En cas de cycle de séchage compris dans le cycle d'un appareil de lavage et de désinfection, ne pas dépasser la température de 120 °C.

## b. Stérilisation

En autoclave sous vide, et stériliser selon la modalité suivante :

autoclave (Gravity-Displacement Cycles) à la température de 121 °C avec exposition minimum de 30 minutes et cycle de séchage de 15 minutes ;

autoclave (Dynamic-Air-Removal Cycles) à la température de 132 °C avec exposition de 4 minutes et cycle de séchage minimum de 20 minutes.

## c. Conservation

Après la stérilisation, le produit doit rester dans les enveloppes utilisées pour la stérilisation. Les enveloppes ne doivent être ouvertes qu'immédiatement avant la réutilisation. Les enveloppes de stérilisation sont normalement en mesure de maintenir une stérilité intérieure, sauf en cas d'endommagements de celles-ci. S'abstenir d'utiliser des composants ayant été conservés dans des enveloppes endommagées et les stériliser de nouveau dans de nouvelles enveloppes avant de les réutiliser. La période de conservation des produits stérilisés à l'intérieur des enveloppes ne doit pas dépasser la durée recommandée par le producteur des mêmes enveloppes. Le produit doit être conservé dans un lieu frais et sec, à l'abri des rayons solaires directs, de l'eau et de toute source de chaleur.

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

Les processus décrits ci-après doivent être effectués avant la première utilisation et avant chaque intervention successive. La répétition des processus décrits dans ce paragraphe a un effet minimum, en termes d'usure, sur le dispositif. La non-observation de ces indications peut donner lieu à l'apparition d'infections croisées. Récipients et transport à utiliser pour le lavage : il n'existe pas de critères particuliers. Après chaque utilisation de la clé, la déposer dès que possible dans un récipient rempli d'une solution désinfectante/détergente et recouvrir le tout d'un linge. Cette opération a pour but de prévenir le séchage des agents de contamination provenant du patient, de les dissoudre et, par la suite, de faciliter le nettoyage et le rendre plus efficace. Démontez entièrement la clé comme indiqué ci-après :



Dévisser complètement la vis de réglage du couple de serrage et extraire le ressort se trouvant à l'intérieur du manche du corps de la clé à cliquet. Ne pas séparer le ressort du goujon servant de butée.



Avec la pointe hexagonale située à la base de la vis de réglage du couple de serrage, dévisser et extraire complètement la vis de serrage du couvercle sur le côté portant l'indication OUT. Exercer une légère pression pour éviter d'endommager la pointe hexagonale.



Après avoir enlevé le couvercle, extraire les deux composants se trouvant à l'intérieur de la tête de la clé à cliquet : la molette dentelée et la dent d'arrêt de la molette.

En cas de nettoyage manuel, nettoyer mécaniquement sous l'eau chaude toutes les surfaces extérieures et intérieures de l'instrument à l'aide d'une brosse à soies souples. Rincer les trous peu accessibles de la tête et tout autour de la molette et de sa dent d'arrêt en injectant de l'eau chaude à l'aide d'une seringue sans aiguille. Si nécessaire, procéder de la même manière pour l'intérieur du manche et du dispositif de réglage du couple. Utiliser un détergent neutre approprié en se conformant aux instructions de la notice du produit. En utilisant la brosse, appliquer la solution détergente sur toutes les surfaces. Rincer à l'eau distillée pendant au moins 4 minutes. S'assurer que l'eau courante passe abondamment à travers les orifices. En cas de nettoyage automatisé par ultrasons : utiliser une cuve à ultrasons en employant une solution détergente appropriée.

Il est recommandé d'utiliser exclusivement des détergents neutres. La concentration de la solution et la durée du lavage doivent être conformes aux indications du fabricant du produit. Utiliser de l'eau déminéralisée pour prévenir la formation de taches et d'auréoles. Au cours de ce cycle, éviter tout contact des pièces entre elles car cela provoque la détérioration des surfaces travaillées et, consécutivement, une perte de précision de la mesure du couple. Au moment de l'évacuation, contrôler tous les recoins des dispositifs, les trous, etc., afin de vérifier l'élimination complète de résidus. Si nécessaire, répéter le cycle ou recourir au nettoyage manuel.

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

Avant de procéder à la stérilisation, les pièces doivent être remontées. Sécher les pièces et en lubrifier légèrement les parties fonctionnelles, puis remonter la clé comme illustré sur les figures ci-après.

Un excès de lubrifiant en provoque le retour à la surface de l'instrument lors de la stérilisation.

Utiliser exclusivement le lubrifiant fourni.



Après avoir lubrifié les parties indiquées en figure, insérer les deux éléments composant la tête de la clé à cliquet selon la séquence suivante : molette dentelée et, successivement, la dent d'arrêt de la molette.



Lubrifier les zones de contact entre la dent de la molette et le goujon de la dent d'arrêt de la molette.



Après avoir lubrifié et inséré les parties 2 et 3 dans la tête du corps de la clé à cliquet, positionner le couvercle et faire pivoter le corps du cliquet vers le côté OUT. Serrer la vis avec la pointe hexagonale de la vis de réglage du couple de serrage.



Lubrifier le ressort à l'intérieur du manche de la clé à cliquet comme illustré sur la figure. Assembler la vis de réglage du couple de serrage en vérifiant le fonctionnement correct de l'instrument et en activant manuellement la molette.

**Stérilisation** : en autoclave sous vide, selon la modalité suivante :

- autoclave (Gravity-Displacement Cycles) à la température de 121 °C avec exposition minimum de 30 minutes et cycle de séchage de 15 minutes.

Cette procédure est importante afin de préserver la précision de l'instrument dans les limites d'une tolérance de  $\pm 3,5$  Ncm. Faire fonctionner le mécanisme de couple et d'insertion pour en vérifier le bon fonctionnement. Éliminer toute trace de lubrifiant de la surface extérieure de la clé. Placer le dispositif dans des enveloppes de stérilisation appropriées. Il est conseillé de s'exercer aux opérations de démontage et de remontage en se conformant aux indications.

### Nettoyage, désinfection, stérilisation et conservation de la clé dynamométrique TWL

Les processus décrits ci-après doivent être effectués avant la première utilisation et avant chaque intervention successive. La répétition des processus décrits dans ce paragraphe a un effet minimum, en termes d'usure, sur le dispositif. La non-observation de ces indications peut donner lieu à l'apparition d'infections croisées.

#### a. Nettoyage

Récipients et transport à utiliser pour le lavage : il n'existe pas de critères particuliers. Après chaque utilisation de la clé, la déposer dès que possible dans un récipient rempli d'une solution désinfectante/détergente et recouvrir le tout d'un linge.

Cette opération a pour but de prévenir le séchage des agents de contamination provenant du patient, de les dissoudre et, par la suite, de faciliter le nettoyage et le rendre plus efficace.

Démonter entièrement la clé comme indiqué ci-après :



Appuyer sur le tournevis et l'extraire de la tête de la clé, puis enlever la tête en appuyant dans l'évidement, en l'extrayant avec délicatesse. Les trois parties séparées sont prêtes pour le nettoyage.

En cas de nettoyage manuel, nettoyer mécaniquement sous l'eau chaude toutes les surfaces extérieures et intérieures de l'instrument à l'aide d'une brosse à soies souples. Utiliser un détergent neutre approprié en se conformant aux instructions de la notice du produit. En utilisant la brosse, appliquer la solution détergente sur toutes les surfaces. Rincer à l'eau distillée pendant au moins 4 minutes. S'assurer que l'eau courante passe abondamment à travers les orifices.

En cas de nettoyage automatisé par ultrasons : utiliser une cuve à ultrasons en employant une solution détergente appropriée. Il est recommandé d'utiliser exclusivement des détergents neutres.

La concentration de la solution et la durée du lavage doivent être conformes aux indications du fabricant du produit. Utiliser de l'eau déminéralisée pour prévenir la formation de taches et d'auréoles. Au cours de ce cycle, éviter tout contact des pièces entre elles car cela provoque la détérioration des surfaces travaillées et, consécutivement, une perte de précision de la mesure du couple.

Au moment de l'évacuation, contrôler tous les recoins des dispositifs, les trous, etc., afin de vérifier l'élimination complète de résidus. Si nécessaire, répéter le cycle ou recourir au nettoyage manuel.

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

Avant de procéder à la stérilisation, les pièces doivent être remontées.

Cette procédure est importante afin de préserver la précision de l'instrument dans les limites de tolérance indiquées ci-après :

10 Ncm	± 0,75 Ncm
30 Ncm	± 1,5 Ncm
50 Ncm	± 2,5 Ncm
70 Ncm	± 3,5 Ncm
90 Ncm	± 4,5 Ncm



Après le nettoyage, remonter la tête de la clé sur le corps en poussant les composants ensemble et en les faisant tourner dans des directions opposées jusqu'à la perception d'un déclic.

Pousser le tournevis dans la clé jusqu'à percevoir le déclic. La flèche de la tête de la clé indique la direction de fonctionnement.

Placer le dispositif dans des enveloppes de stérilisation appropriées. Il est conseillé de s'exercer aux opérations de démontage et de remontage en se conformant aux indications.

### b. Stérilisation

En autoclave sous vide, et stériliser selon la modalité suivante :

- autoclave (Gravity-Displacement Cycles) à la température de 121 °C avec exposition minimum de 30 minutes et cycle de séchage de 15 minutes ;
- autoclave (Dynamic-Air-Removal Cycles) à la température de 132 °C avec exposition de 4 minutes et cycle de séchage minimum de 20 minutes..

### c. Conservation

Après la stérilisation, le produit doit rester dans les enveloppes utilisées pour la stérilisation. Les enveloppes ne doivent être ouvertes qu'immédiatement avant la réutilisation. Les enveloppes de stérilisation sont normalement en mesure de maintenir une stérilité intérieure, sauf en cas d'endommagements de celles-ci. S'abstenir d'utiliser des composants ayant été conservés dans des enveloppes endommagées et les stériliser de nouveau dans de nouvelles enveloppes avant de les réutiliser.

La période de conservation des produits stérilisés à l'intérieur des enveloppes ne doit pas dépasser la durée recommandée par le producteur des mêmes enveloppes.

Le produit doit être conservé dans un lieu frais et sec, à l'abri des rayons solaires directs, de l'eau et de toute source de chaleur.

# Drilling Kit Shorty

Un kit de forets et de butées dédiés aux implants Prama de hauteur 6.00 mm et autres systèmes implantaires Sweden & Martina de hauteur réduite (7,00 et 8,50 mm) est disponible.

L'utilisation de forets Shorty permet de consacrer tout l'os disponible au logement de l'implant car ils n'effectuent aucune surpréparation du site implantaire. Par ailleurs, les marquages au laser qui indiquent des hauteurs de 5,00 mm à 7,00 mm, avec les butées correspondantes pour forets Shorty, permettent une préparation sûre et rapide.

Par rapport aux forets traditionnels, les forets Shorty présentent une longueur totale inférieure (24,85 mm au lieu de 35,00 mm). Cette caractéristique importante permet également d'utiliser ces instruments en cas de secteurs distaux d'accès difficile ou en cas de patients présentant une ouverture orale réduite. Les illustrations ci-après présentent exclusivement les instruments utilisés pour l'insertion des implants Prama Shorty de 6,00 mm de hauteur.

Le kit comprend deux jauges de parallélisme courtes, très pratiques dans les secteurs distaux



Tous les instruments compris dans le Drilling Kit Shorty sont également disponibles comme pièces de rechange individuelles

Les codes couleur relatifs aux diamètres implantaires facilitent le choix des instruments

description	code
Drilling Kit Shorty grommetless pour implants courts	<b>ZSHORTY-INT</b> 
plateau vide du Drilling Kit Shorty grommetless	<b>SHORTY-TRAY-INT</b> 
kit de 5 supports en silicone de rechange pour plateau chirurgical, pour forets ou instruments avec tige pour contre-angle	<b>GROMMET-CA-1</b> 

**Avertissement important**

Le Drilling Kit Shorty est uniquement un kit de forets, qui contient également deux jauges de parallélisme. Il ne s'agit donc pas d'un kit chirurgical complet ; pour l'insertion des implants Shorty, les instruments (driver, clé à cliquet, tournevis, etc.) du kit chirurgical standard sont de toute façon nécessaires.

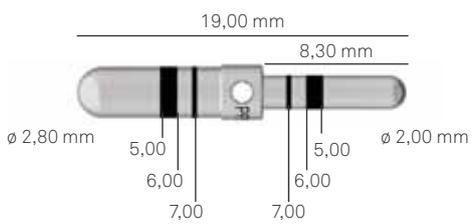
**Foret pilote**

foret pilote Shorty et butées correspondantes	
<p><b>FPS-200</b></p> 	<p><b>STOPS4-200-060</b></p> 

**Forets guides courts**

forets guides courts	
<p><b>FGS-200/300</b></p> 	<p><b>FGS-340/425</b></p> 

**Jauge de parallélisme**



description	code
<p>jauge de parallélisme pour forets courts avec encoches à 5,00, 6,00 et 7,00 mm</p>	<p><b>PPS-2/3</b></p> 

## Forets terminaux courts et butées

∅ forets	3,80	4,25	5,00
forets terminaux courts	<b>FFS-300</b> 	<b>FFS-340</b> 	<b>FFS-425</b> 
butées pour préparations H 0.60 mm	<b>STOPS4-300-060</b> 	<b>STOPS4-340-060</b> 	<b>STOPS4-425-060</b> 



**LL:** Longueur de la partie travaillante, la pointe incluse.

**LS:** Longueur de la pointe. Cette dimension doit être calculée en supplément à la longueur du trou de préparation.

**Notez bien :** il est rappelé que les forets du Drilling Kit ne surpréparent pas le site chirurgical en longueur. Les longueurs de travail comprennent la valeur relative à la pointe conique du foret.

# Drilling Kit Syra Short

Le Drilling kit Syra Short contient les forets spécifiques pour l'insertion d'implants coniques de hauteur réduite, comme les implants Syra Short et les implants Prama RF de 6,00 mm de hauteur. Ces forets présentent une pointe au dessin particulier ne créant pas de surpréparation en longueur et permettant de consacrer tout l'os disponible au logement de l'implant. Le Drilling Kit Syra Short comprend deux séries de forets : une dédiée à la préparation dans un os dur (hard) et l'autre à un os de qualité médiocre (soft), pour la sous-préparation du trou permettant de stabiliser l'implant malgré la faible densité osseuse. Les forets sont conçus pour engager les butées de forage qui garantissent une plus grande précision et une plus grande sécurité pendant la préparation. Les forets présentent des encoches aux trois hauteurs (4,00 mm, 5,00 mm et 6,00 mm). Pour garantir une plus grande durée de vie des pièces, il est conseillé de suivre les procédures de détersion et de stérilisation recommandées. Les illustrations ci-après présentent exclusivement les instruments utilisés pour l'insertion des implants Prama RF de 6,00 mm de hauteur.

## Avertissement important

Le Drilling Kit Syra Short est un kit comprenant uniquement des forets. Il ne s'agit donc pas d'un kit chirurgical complet : pour l'insertion des implants Prama RF, les instruments (clé à cliquet, tournevis, etc.) du kit chirurgical standard sont de toute façon nécessaires.



Les instruments sont en acier pour usage chirurgical. Les logements des instruments sont indiqués sur le plateau pour faciliter l'identification des pièces et leur repositionnement successif après les phases de nettoyage et de détersion

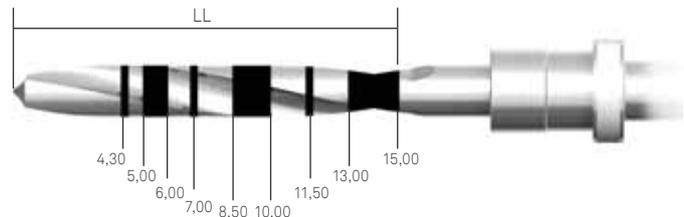
description	code
Drilling Kit Syra Short grommetless pour implants courts	<b>ZSYRASHORT-INT</b>  A blue carrying case is open, revealing a grey tray containing various surgical instruments. The instruments are organized into two sections: a blue-outlined section on the left and a pink-outlined section on the right. The pink section contains several small, colorful (red, blue, purple) components, likely drill bits or guides.
plateau vide du Drilling Kit Syra Short grommetless	<b>SESHORT-TRAY-INT</b>  A blue carrying case is open, revealing a grey tray. The tray is mostly empty, with only a few small, dark-colored components visible, primarily in the blue-outlined section on the left. The pink-outlined section on the right is empty.

### Foret pilote Syra Short

Le foret pilote SE-FP200 sert à préparer le trou de logement de l'implant. Il présente une conformation cylindrique de  $\varnothing$  2,00 mm. Ce foret est facilement identifiable grâce à la présence d'un petit anneau blanc et au code marqué au laser sur la tige du même foret. Il présente une géométrie à hélice et deux tranchants.

description	code	
foret pilote Syra Short et butée correspondante	<b>SE-FP200</b>	<b>SE-STOP-FP200-060</b> butée 6,00 mm pour foret pilote Short
		

**LL** : Longueur de la partie travaillante, la pointe incluse.



### Butées pour foret pilote

Les butées sont des dispositifs à insérer dans le sens de la pointe → tige sur les forets préparés pour le recevoir. Ils permettent de limiter la longueur de travail d'une foret à une hauteur prédéterminée. Il est recommandé de vérifier que la butée soit insérée à la hauteur souhaitée. Une insertion incomplète peut réduire l'hauteur de la préparation. Les difficultés d'insertion possible peuvent être résolues en desserrant légèrement les languettes d'arrêt, à l'aide de pincettes.

Il est également recommandé de vérifier la rétention de la butée, car une rétention trop faible peut tomber l'instrument pendant la chirurgie. Si les butées diminuent la capacité de rétention, serrez simplement les ailettes légèrement, manuellement ou à l'aide de pinces.

**LL** : Longueur de la partie travaillante, la pointe incluse.



### Foret terminaux Syra Short

Les forets coniques sont réalisés en acier pour usage chirurgical à haute résistance à la corrosion et à l'usure. Ils présentent un nombre de tranchants proportionnel au diamètre du trou, de façon à permettre un mouvement de coupe continu et homogène ainsi qu'une plus grande stabilité de l'instrument durant les phases opératoires. Tout cela se traduit par des préparations implantaires très précises qui sont la clé du succès des implants de morphologie conique.

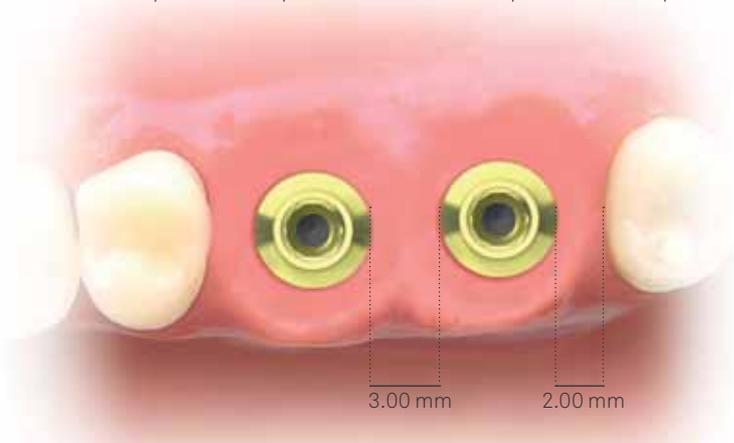
Deux forets sont disponibles pour la préparation des sites pour les diamètres implantaires Syra Short (4,10 et 5,00 mm), à utiliser selon la qualité de l'os : un foret est dédié à un os dur (hard), dont le code figurant sur la tige est SE-FK\*, alors que l'autre foret est destiné à un os tendre (soft), dont le code indiqué sur la tige se caractérise par la lettre finale "U", SE-FK\*-U.

<b>∅ forets</b>	<b>4,10</b>	<b>5,00</b>	
<b>forets terminaux Syra Short</b>	<p><b>SE-FK410-U</b> foret pour une préparation dans un os tendre</p> <p>∅ 3,15 ∅ 1,27   6,00</p>	<p><b>SE-FK500</b> foret pour une préparation dans un os dur</p> <p>∅ 4,66 ∅ 3,08   6,00</p>	<p><b>SE-FK500-U</b> foret pour une préparation dans un os tendre</p> <p>∅ 4,06 ∅ 2,23   6,00</p>
<b>butées</b>	<p><b>SE-STOP-FK410-060</b></p>	<p><b>SE-STOP-FK500-060</b></p>	<p><b>SE-STOP-FK500-060</b></p>

# Préparation du site implantaire

Afin d'obtenir une visualisation tridimensionnelle de l'os disponible, il est conseillé de soulever un lambeau muco-périosté. Comme nous l'avons déjà dit plus haut, les analyses cliniques et radiographiques préopératoires joueront un rôle important dans la détermination de la position et de la direction selon lesquelles les implants seront positionnés ; à ce stade, comme nous l'avons déjà indiqué, un gabarit chirurgical s'avèrera utile pour servir de guide dans la phase de marquage de la corticale à l'aide du foret lancéolé et dans la phase d'usinage avec le foret pilote de 2,00 mm.

Normalement, il serait de règle de maintenir une distance entre le périmètre des implants de 3,00 mm, et d'au moins 2,00 mm entre les implants et les dents naturelles adjacentes. Selon les nombreuses études expérimentales et cliniques effectuées, il est opportun de choisir un positionnement plus lingual ou palatin des implants pour obtenir de meilleurs résultats esthétiques, car ce positionnement aide à préserver le niveau des tissus durs et mous sur le plan coronaire. Par ailleurs, il est essentiel de vérifier que l'épaisseur de la paroi osseuse résiduelle au niveau buccal ne soit pas inférieure à 1,00 mm. Les résultats esthétiquement les meilleurs sont obtenus avec des parois buccales non inférieures à 2,00 mm. Dans les cas d'épaisseurs plus fines, le risque de résorption osseuse et d'exposition des spires est élevé.



## Séquences chirurgicales

Les pages qui suivent présentent les séquences de préparation appropriées pour toutes les typologies d'implants. Ces procédures sont issues de l'expérience clinique et des indications fournies par de nombreuses études et protocoles cliniques pour implants présentant cette même morphologie endo-osseuse. Toutefois, il faut toujours garder en considération que des types d'os de densités différentes nécessitent d'approches chirurgicales différentes, et les indications qui suivent ne peuvent et n'entendent pas remplacer la formation et la connaissance nécessaires des dentistes ni leur expérience personnelle, celle-ci pouvant parfois suggérer d'autres indications. Les séquences qui suivent se réfèrent de toute façon à des types d'os spécifiques. Dans les techniques d'expansion ou dans le cas d'une chirurgie régénératrice, ou voulant augmenter le compactage d'un os de qualité médiocre, l'utilisation des forets peut être remplacée par les ostéotomes correspondants.

Nous vous rappelons de toujours utiliser les forets la butée correctement insérée. Nous vous rappelons également que les forets préparent toujours un trou plus long que l'implant. Pour les dimensions de la surpréparation, consulter la page 21 pour le foret pilote, la page 24 pour les forets cylindriques et la page 26 pour les forets coniques. Les préparations doivent être atraumatiques et doivent être effectuées de la manière la plus progressive possible, avec rapidité et précision. Toute surchauffe de l'os doit être évitée.

Par ailleurs, nous vous rappelons de régler initialement le micromoteur chirurgical sur des valeurs correctes de couple de serrage, de réduction et de rotation, en fonction de l'opération devant être effectuée. En particulier :

- les forets doivent être utilisés à la vitesse indiquée dans chaque séquence, avec un couple de serrage maximal et une irrigation abondante avec une solution physiologique stérile froide, de préférence refroidie au réfrigérateur ;
- les tarauds ne doivent être utilisés que si les procédures le prévoient.

Une insertion incorrecte des instruments dans les pièces-à-main peut donner lieu à des vibrations de l'instrument, à des rotations excentriques, à une usure précoce et à un pliage de la tige. Il est conseillé d'utiliser exclusivement des micromoteurs chirurgicaux prévus à cet effet. Il est conseillé de faire contrôler régulièrement les micromoteurs par les producteurs, selon les indications de ces derniers, pour prévenir toute possibilité de dysfonctionnement (ex. déplacements de l'axe des arbres de transmission, pinces usées ou au fonctionnement défectueux, etc.). Le non-respect des indications fournies peut donner lieu à des problèmes chirurgicaux et compromettre la santé du patient.

Sweden & Martina distribue **Impla6000** et **Impla7000**, modèles de micromoteurs brushless différents pour chirurgie et implantologie, qui conjuguent parfaitement les concepts de fiabilité, de performances et de procédures d'utilisation élevées. Compacts, pratiques et au dessin essentiel, ils possèdent toutes les conditions requises pour des interventions de haute précision et de sécurité élevée.



Impla6000



Impla7000

# Séquences chirurgicales pour implants Prama

## Séquences chirurgicales pour implants Prama Shorty de hauteur 6,00 mm

L'emploi de la butée est à la discrétion du praticien. Son utilisation est de toute façon conseillée, surtout dans les cas de visibilité intra-opératoire réduite.

La séquence graphique se réfère à l'implant de  $\varnothing$  5,00 mm.



	FS-230	FPS-200	FGS-200/300	FFS-300	
$\varnothing$ 3,80 mm	<b>LA-ZT-380-060</b>		utiliser jusqu'à la marque 6,00 mm	utiliser jusqu'à la moitié du troisième gradin	utiliser jusqu'à la marque 6,00 mm
	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	-	-	-	-
	OS D4	-	-	-	-
$\varnothing$ 4,25 mm	<b>LA-ZT-425-060</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	-	-	-	-
	OS D4	-	-	-	-
$\varnothing$ 5,00 mm	<b>LA-ZT-500-060</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	-	-	-	-
	OS D4	-	-	-	-



**FFS-340**

**FGS-340/425**

**FFS-425**

**V. tableau ci-dessous EASYC4-EX230-CA**

utiliser jusqu'à la marque 6,00 mm	utiliser jusqu'à la moitié du troisième gradin	utiliser jusqu'à la marque 6,00 mm	50 Ncm max	50 Ncm max
-	-	-	<b>A-MS-380</b> (20 rpm)	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
			50 Ncm max	50 Ncm max
900 rpm	-	-	<b>A-MS-425</b> (20 rpm)	20 rpm
900 rpm	-	-	-	20 rpm
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
			50 Ncm max	50 Ncm max
1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm	<b>A-MS-500</b> (20 rpm)	20 rpm
1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm	-	20 rpm
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-

**Séquences chirurgicales pour implants Prama de hauteur 8,50 mm**

L'emploi de la butée est à la discrétion du praticien. Son utilisation est de toute façon conseillée, surtout dans les cas de visibilité intra-opératoire réduite. Il faut rappeler que les forets surpréparent la longueur pour une dimension reportée sur le tableau de la page 21 (pour le foret pilote) et 24 (pour les forets terminaux). La séquence graphique se réfère à l'implant de ø 5,00 mm.



	LA-ZT-380-085		utiliser jusqu'à la marque 8,50 mm	utiliser jusqu'à la marque 8,50 mm	utiliser jusqu'à la marque 8,50 mm
ø 3,80 mm	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	900 rpm	ostéotome*	ostéotome*
ø 4,25 mm	LA-ZT-425-085				
	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	900 rpm	ostéotome*	ostéotome*	
ø 5,00 mm	LA-ZT-500-085				
	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	1.100 rpm	900 rpm	900 rpm	900 rpm
OS D4	1.100 rpm	900 rpm	ostéotome*	ostéotome*	

En cas de chirurgies dans les secteurs distaux ou d'ouverture buccale limitée du patient, des forets de longueur réduite, à utiliser sans butée, sont disponibles. Pour plus de détails, consulter la page 34.



**FFT3-340-LXS**

**FG-330/425XS**

**FFT3-425-LXS**

**V. tableau ci-dessous EASYC4-EX230-CA**

utiliser jusqu'à la marque 8,50 mm	utiliser jusqu'à la marque 8,50 mm	utiliser jusqu'à la marque 8,50 mm	50 Ncm max	50 Ncm max
-	-	-	<b>A-MS-380</b> (20 rpm)	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
			50 Ncm max	50 Ncm max
900 rpm	-	-	<b>A-MS-425</b> (20 rpm)	20 rpm
900 rpm	-	-	-	20 rpm
900 rpm	-	-	-	20 rpm
ostéotome*	-	-	-	20 rpm
			50 Ncm max	50 Ncm max
1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm	<b>A-MS-500</b> (20 rpm)	20 rpm
1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm	-	20 rpm
900 rpm	900 rpm	900 rpm	-	20 rpm
ostéotome*	ostéotome*	ostéotome*	-	20 rpm

\* Tous les ostéotomes doivent être utilisés à la marque de référence de l'implant devant être inséré. Pour plus de détails, consulter la page 36.

**Séquences chirurgicales pour implants Prama de hauteur 10,00 mm**

L'emploi de la butée est à la discrétion du praticien. Son utilisation est de toute façon conseillée, surtout dans les cas de visibilité intra-opératoire réduite. Il faut rappeler que les forets surpréparent la longueur pour une dimension reportée sur le tableau de la page 21 (pour le foret pilote) et 24 (pour les forets terminaux). La séquence graphique se réfère à l'implant de ø 5,00 mm.



	LA-ZT-380-100		utiliser jusqu'à la marque 10,00 mm	utiliser jusqu'à la marque 10,00 mm	utiliser jusqu'à la marque 10,00 mm
ø 3,80 mm	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	900 rpm	ostéotome*	ostéotome*
ø 4,25 mm	LA-ZT-425-100				
	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	900 rpm	ostéotome*	ostéotome*	
ø 5,00 mm	LA-ZT-500-100				
	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	1.100 rpm	900 rpm	900 rpm	900 rpm
OS D4	1.100 rpm	900 rpm	ostéotome*	ostéotome*	

En cas de chirurgies dans les secteurs distaux ou d'ouverture buccale limitée du patient, des forets de longueur réduite, à utiliser sans butée, sont disponibles. Pour plus de détails, consulter la page 34.



**FFT3-340-LXS**

**FG-330/425XS**

**FFT3-425-LXS**

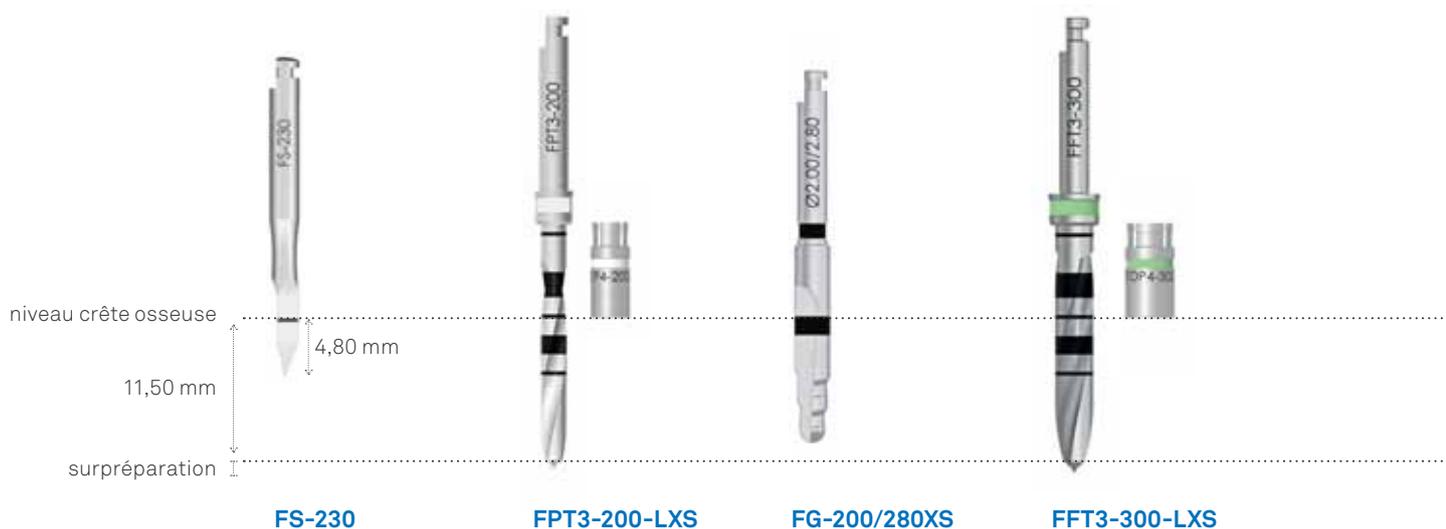
**V. tableau ci-dessous EASYC4-EX230-CA**

utiliser jusqu'à la marque 10,00 mm	utiliser jusqu'à la marque 10,00 mm	utiliser jusqu'à la marque 10,00 mm	50 Ncm max	50 Ncm max
-	-	-	<b>A-MS-380</b> (20 rpm)	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
			50 Ncm max	50 Ncm max
900 rpm	-	-	<b>A-MS-425</b> (20 rpm)	20 rpm
900 rpm	-	-	-	20 rpm
900 rpm	-	-	-	20 rpm
ostéotome*	-	-	-	20 rpm
			50 Ncm max	50 Ncm max
1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm	<b>A-MS-500</b> (20 rpm)	20 rpm
1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm	-	20 rpm
900 rpm	900 rpm	900 rpm	-	20 rpm
ostéotome*	ostéotome*	ostéotome*	-	20 rpm

\* Tous les ostéotomes doivent être utilisés à la marque de référence de l'implant devant être inséré. Pour plus de détails, consulter la page 36.

**Séquences chirurgicales pour implants Prama de hauteur 11,50 mm**

L'emploi de la butée est à la discrétion du praticien. Son utilisation est de toute façon conseillée, surtout dans les cas de visibilité intra-opératoire réduite. Il faut rappeler que les forets surpréparent la longueur pour une dimension reportée sur le tableau de la page 21 (pour le foret pilote) et 24 (pour les forets terminaux). La séquence graphique se réfère à l'implant de  $\varnothing$  5,00 mm.



	LA-ZT-380-115		utiliser jusqu'à la marque 11,50 mm	utiliser jusqu'à la marque 10,00 mm	utiliser jusqu'à la marque 11,50 mm
$\varnothing$ 3,80 mm	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	900 rpm	ostéotome*	ostéotome*
$\varnothing$ 4,25 mm	LA-ZT-425-115				
	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	900 rpm	ostéotome*	ostéotome*	
$\varnothing$ 5,00 mm	LA-ZT-500-115				
	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	1.100 rpm	900 rpm	900 rpm	900 rpm
OS D4	1.100 rpm	900 rpm	ostéotome*	ostéotome*	

En cas de chirurgies dans les secteurs distaux ou d'ouverture buccale limitée du patient, des forets de longueur réduite, à utiliser sans butée, sont disponibles. Pour plus de détails, consulter la page 34.



**FFT3-340-LXS**

**FG-330/425XS**

**FFT3-425-LXS**

**V. tableau ci-dessous EASYC4-EX230-CA**

utiliser jusqu'à la marque 11,50 mm	utiliser jusqu'à la marque 10,00 mm	utiliser jusqu'à la marque 11,50 mm	50 Ncm max	50 Ncm max
-	-	-	<b>A-MS-380</b> (20 rpm)	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
			50 Ncm max	50 Ncm max
900 rpm	-	-	<b>A-MS-425</b> (20 rpm)	20 rpm
900 rpm	-	-	-	20 rpm
900 rpm	-	-	-	20 rpm
ostéotome*	-	-	-	20 rpm
			50 Ncm max	50 Ncm max
1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm	<b>A-MS-500</b> (20 rpm)	20 rpm
1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm	-	20 rpm
900 rpm	900 rpm	900 rpm	-	20 rpm
ostéotome*	ostéotome*	ostéotome*	-	20 rpm

\* Tous les ostéotomes doivent être utilisés à la marque de référence de l'implant devant être inséré. Pour plus de détails, consulter la page 36.

**Séquences chirurgicales pour implants Prama de hauteur 13,00 mm**

L'emploi de la butée est à la discrétion du praticien. Son utilisation est de toute façon conseillée, surtout dans les cas de visibilité intra-opératoire réduite. Il faut rappeler que les forets surpréparent la longueur pour une dimension reportée sur le tableau de la page 21 (pour le foret pilote) e 24 (pour les forets terminaux). La séquence graphique se réfère à l'implant de ø 5,00 mm.



	LA-ZT-380-130		utiliser jusqu'à la marque 13,00 mm	utiliser jusqu'à la marque 10,00 mm	utiliser jusqu'à la marque 13,00 mm
ø 3,80 mm	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	900 rpm	ostéotome*	ostéotome*
<b>LA-ZT-425-130</b>					
ø 4,25 mm	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	900 rpm	ostéotome*	ostéotome*
<b>LA-ZT-500-130</b>					
ø 5,00 mm	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	1.100 rpm	900 rpm	900 rpm	900 rpm
	OS D4	1.100 rpm	900 rpm	ostéotome*	ostéotome*

En cas de chirurgies dans les secteurs distaux ou d'ouverture buccale limitée du patient, des forets de longueur réduite, à utiliser sans butée, sont disponibles. Pour plus de détails, consulter la page 34.



**FFT3-340-LXS**

**FG-330/425XS**

**FFT3-425-LXS**

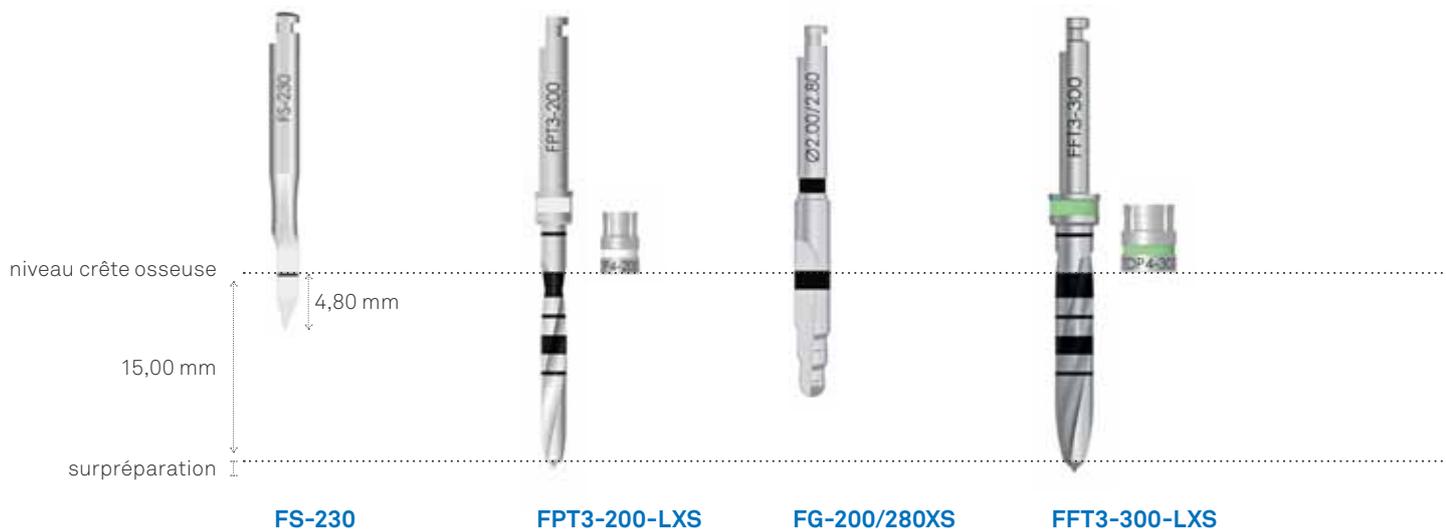
**V. tableau ci-dessous EASYC4-EX230-CA**

utiliser jusqu'à la marque 13,00 mm	utiliser jusqu'à la marque 10,00 mm	utiliser jusqu'à la marque 13,00 mm	50 Ncm max	50 Ncm max
-	-	-	<b>A-MS-380</b> (20 rpm)	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
			50 Ncm max	50 Ncm max
900 rpm	-	-	<b>A-MS-425</b> (20 rpm)	20 rpm
900 rpm	-	-	-	20 rpm
900 rpm	-	-	-	20 rpm
ostéotome*	-	-	-	20 rpm
			50 Ncm max	50 Ncm max
1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm	<b>A-MS-500</b> (20 rpm)	20 rpm
1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm	-	20 rpm
900 rpm	900 rpm	900 rpm	-	20 rpm
ostéotome*	ostéotome*	ostéotome*	-	20 rpm

\* Tous les ostéotomes doivent être utilisés à la marque de référence de l'implant devant être inséré. Pour plus de détails, consulter la page 36.

**Séquences chirurgicales pour implants Prama de hauteur 15,00 mm**

L'emploi de la butée est à la discrétion du praticien. Son utilisation est de toute façon conseillée, surtout dans les cas de visibilité intra-opératoire réduite. Il faut rappeler que les forets surpréparent la longueur pour une dimension reportée sur le tableau de la page 21 (pour le foret pilote) et 24 (pour les forets terminaux). La séquence graphique se réfère à l'implant de ø 5,00 mm.



	LA-ZT-380-150		utiliser jusqu'à la marque 15,00 mm	utiliser jusqu'à la marque 10,00 mm	utiliser jusqu'à la marque 15,00 mm
ø 3,80 mm	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	900 rpm	ostéotome*	ostéotome*
ø 4,25 mm	LA-ZT-425-150				
	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	900 rpm	ostéotome*	ostéotome*	
ø 5,00 mm	LA-ZT-500-150				
	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	1.100 rpm	900 rpm	900 rpm	900 rpm
OS D4	1.100 rpm	900 rpm	ostéotome*	ostéotome*	

En cas de chirurgies dans les secteurs distaux ou d'ouverture buccale limitée du patient, des forets de longueur réduite, à utiliser sans butée, sont disponibles. Pour plus de détails, consulter la page 34.



**FFT3-340-LXS**

**FG-330/425XS**

**FFT3-425-LXS**

**V. tableau ci-dessous EASYC4-EX230-CA**

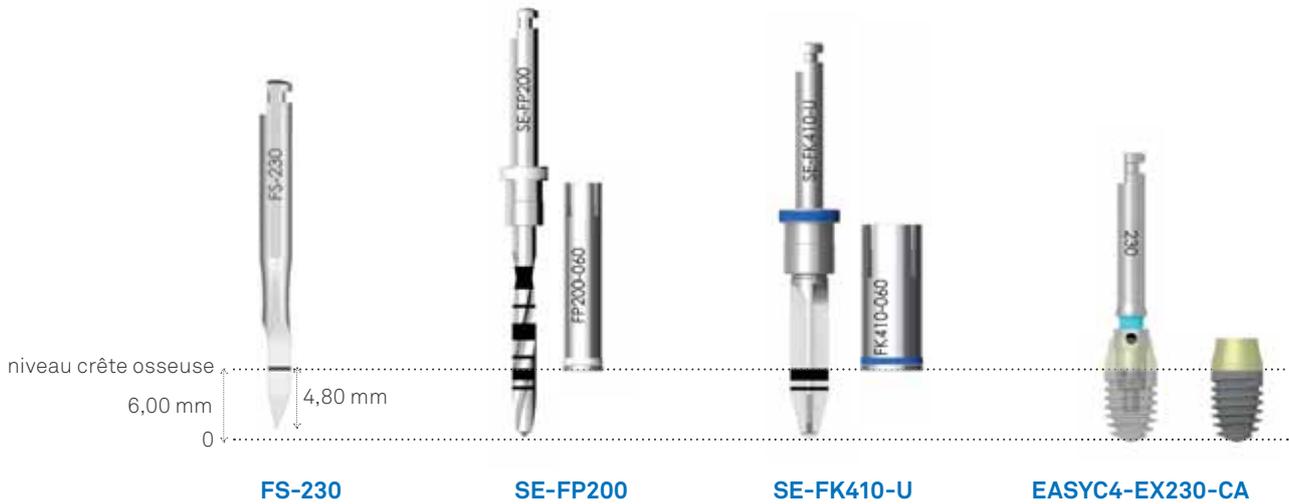
utiliser jusqu'à la marque 15,00 mm	utiliser jusqu'à la marque 10,00 mm	utiliser jusqu'à la marque 15,00 mm	50 Ncm max	50 Ncm max
-	-	-	<b>A-MS-380</b> (20 rpm)	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
-	-	-	-	20 rpm
			50 Ncm max	50 Ncm max
900 rpm	-	-	<b>A-MS-425</b> (20 rpm)	20 rpm
900 rpm	-	-	-	20 rpm
900 rpm	-	-	-	20 rpm
ostéotome*	-	-	-	20 rpm
			50 Ncm max	50 Ncm max
1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm	<b>A-MS-500</b> (20 rpm)	20 rpm
1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm	-	20 rpm
900 rpm	900 rpm	900 rpm	-	20 rpm
ostéotome*	ostéotome*	ostéotome*	-	20 rpm

\* Tous les ostéotomes doivent être utilisés à la marque de référence de l'implant devant être inséré. Pour plus de détails, consulter la page 36.

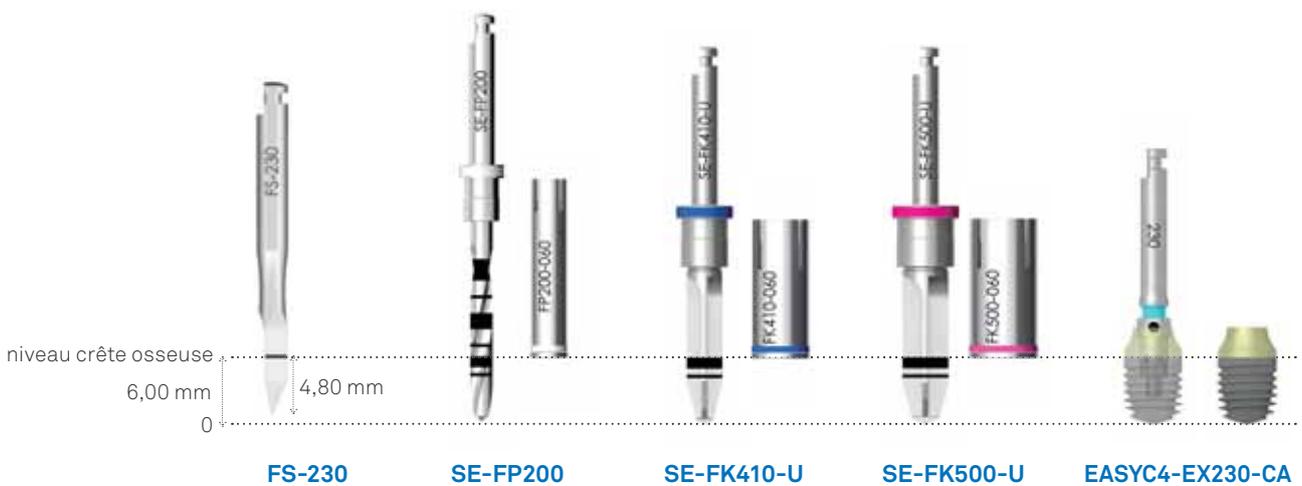
# Séquences chirurgicales pour implants Prama RF

Sous-préparation dans un os tendre (soft)

## Séquences chirurgicales pour implants Prama RF



ø 4,25 mm	<b>LS-ZT-425-060</b>		utiliser jusqu'à la marque 6,00 mm	utiliser jusqu'à la marque 6,00 mm	50 Ncm max
	OS D2	600 rpm	1.100 rpm	900 rpm	20 rpm
	OS D3	600 rpm	900 rpm	900 rpm	20 rpm
	OS D4	600 rpm	900 rpm	900 rpm	20 rpm



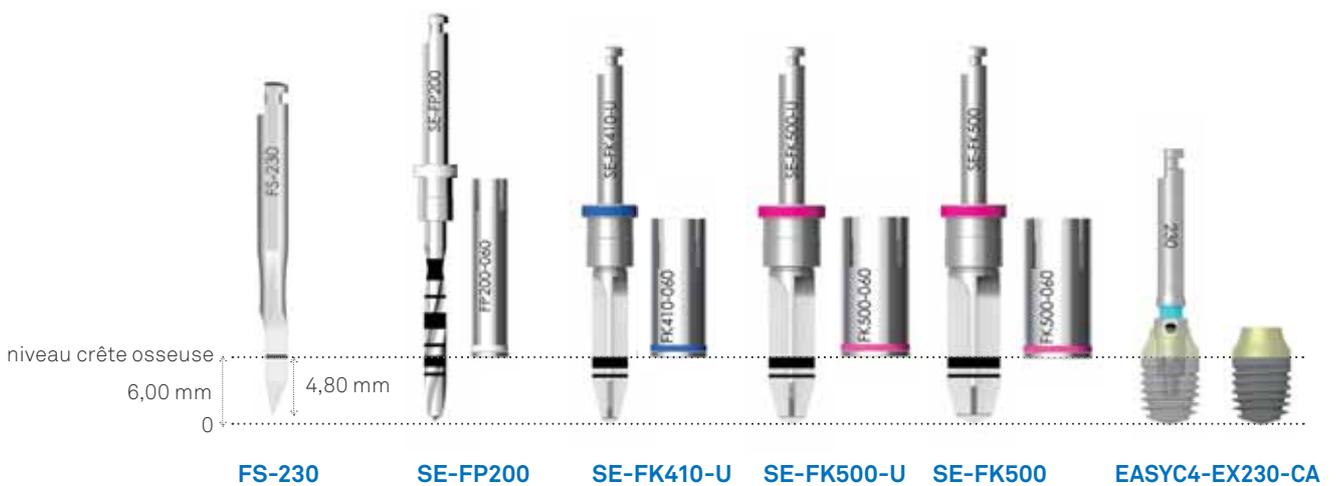
ø 5,00 mm	<b>LS-ZT-500-060</b>		utiliser jusqu'à la marque 6,00 mm	utiliser jusqu'à la marque 6,00 mm	utiliser jusqu'à la marque 6,00 mm	50 Ncm max
	OS D2	600 rpm	1.100 rpm	900 rpm	900 rpm	20 rpm
	OS D3	600 rpm	900 rpm	900 rpm	900 rpm	20 rpm
	OS D4	600 rpm	900 rpm	900 rpm	900 rpm	20 rpm

# Préparation dans un os dur (hard)

## Séquences chirurgicales pour implants Prama RF



ø 4,25 mm	<b>LS-ZT-425-060</b>		utiliser jusqu'à la marque 6,00 mm	utiliser jusqu'à la marque 6,00 mm	utiliser jusqu'à la marque 6,00 mm	50 Ncm max
	OS D1	800 rpm	1.100 rpm	900 rpm	900 rpm	20 rpm



ø 5,00 mm	<b>LS-ZT-500-060</b>		utiliser jusqu'à la marque 6,00 mm	50 Ncm max			
	OS D1	800 rpm	1.100 rpm	900 rpm	900 rpm	900 rpm	20 rpm

**Séquence chirurgicale pour l'insertion d'implants Prama RF de 8,50 mm de hauteur**

L'emploi de la butée est à la discrétion du praticien. Son utilisation est de toute façon conseillée, surtout dans les cas de visibilité intra-opératoire réduite. Il faut rappeler que les forets surpréparent la longueur pour une dimension reportée sur le tableau de la page 21 (pour le foret pilote) et 28 (pour les forets terminaux). La séquence graphique se réfère à l'implant de  $\varnothing$  5,00 mm.



	LS-ZT-380-085		utiliser jusqu'à la marque 8,50 mm		utiliser jusqu'à la marque 8,50 mm	
$\varnothing$ 3,80 mm	OS D1	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm
	OS D2	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm
	OS D3	900 rpm	900 rpm	900 rpm	900 rpm	800 rpm
	OS D4	900 rpm	ostéotome*	-	-	-
<b>LS-ZT-425-085</b>						
$\varnothing$ 4,25 mm	OS D1	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm
	OS D2	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm
	OS D3	900 rpm	900 rpm	900 rpm	900 rpm	800 rpm
	OS D4	900 rpm	ostéotome*	-	-	-
<b>LS-ZT-500-085</b>						
$\varnothing$ 5,00 mm	OS D1	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm
	OS D2	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	1.100 rpm	900 rpm
	OS D3	900 rpm	900 rpm	900 rpm	900 rpm	800 rpm
	OS D4	900 rpm	ostéotome*	-	-	-

En cas de chirurgies dans les secteurs distaux ou d'ouverture buccale limitée du patient, des forets de longueur réduite, à utiliser sans butée, sont disponibles. Pour plus de détails, consulter la page 34.



SH-FK425-085

SH-FK500-085

V. tableau ci-dessous EASYC4-EX230-CA

		50 Ncm max	50 Ncm max
-	-	SH-MS-380-CA (20 rpm)	20 rpm
-	-	-	20 rpm
-	-	-	20 rpm
-	-	-	20 rpm

		50 Ncm max	50 Ncm max
900 rpm	-	SH-MS-425-CA (20 rpm)	20 rpm
900 rpm	-	-	20 rpm
800 rpm	-	-	20 rpm
-	-	-	20 rpm

		50 Ncm max	50 Ncm max
900 rpm	900 rpm	SH-MS-500-CA (20 rpm)	20 rpm
900 rpm	900 rpm	-	20 rpm
800 rpm	800 rpm	-	20 rpm
-	-	-	20 rpm

\* Tous les ostéotomes doivent être utilisés à la marque de référence de l'implant devant être inséré. Pour plus de détails, consulter la page 36.

**Séquence chirurgicale pour l'insertion d'implants Prama RF de 10,00 mm de hauteur**

L'emploi de la butée est à la discrétion du praticien. Son utilisation est de toute façon conseillée, surtout dans les cas de visibilité intra-opératoire réduite. Il faut rappeler que les forets surpréparent la longueur pour une dimension reportée sur le tableau de la page 21 (pour le foret pilote) et 28 (pour les forets terminaux). La séquence graphique se réfère à l'implant de ø 5,00 mm.



	LS-ZT-380-100		utiliser jusqu'à la marque 10,00 mm	utiliser jusqu'à la marque 10,00 mm	
ø 3,80 mm	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	800 rpm
	OS D4	900 rpm	ostéotome*	-	-
ø 4,25 mm	LS-ZT-425-100				
	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	800 rpm
OS D4	900 rpm	ostéotome*	-	-	
ø 5,00 mm	LS-ZT-500-100				
	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	800 rpm
OS D4	900 rpm	ostéotome*	-	-	

En cas de chirurgies dans les secteurs distaux ou d'ouverture buccale limitée du patient, des forets de longueur réduite, à utiliser sans butée, sont disponibles. Pour plus de détails, consulter la page 34.



SH-FK425-100

SH-FK500-100

V. tableau ci-dessous EASYC4-EX230-CA

		50 Ncm max	50 Ncm max
-	-	SH-MS-380-CA (20 rpm)	20 rpm
-	-	-	20 rpm
-	-	-	20 rpm
-	-	-	20 rpm

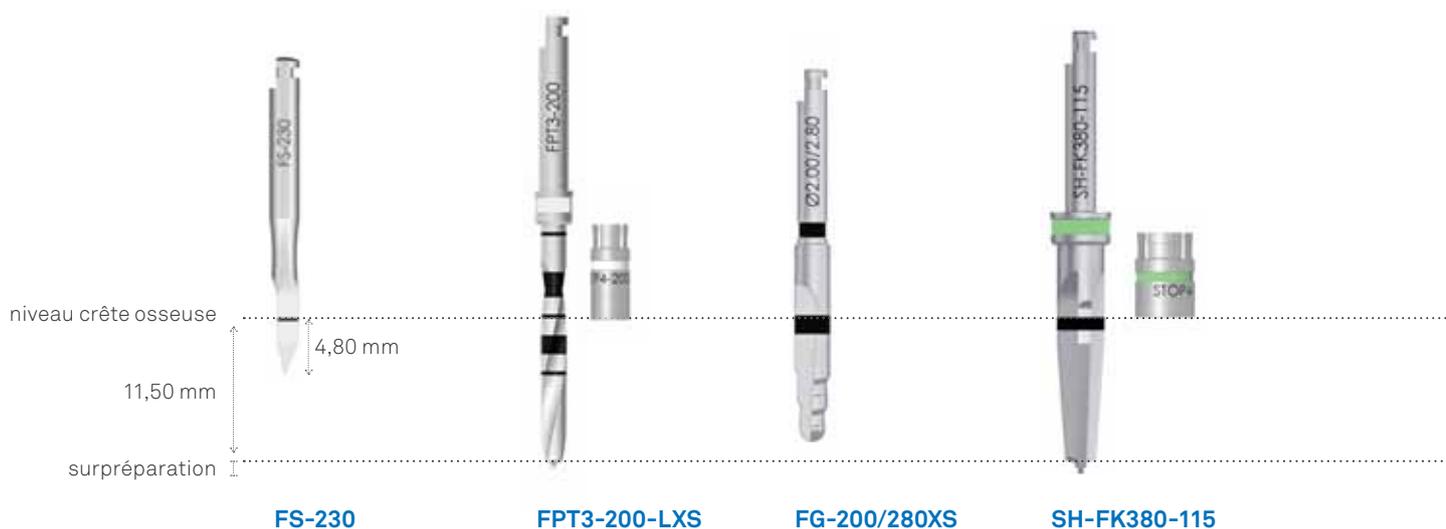
		50 Ncm max	50 Ncm max
900 rpm	-	SH-MS-425-CA (20 rpm)	20 rpm
900 rpm	-	-	20 rpm
800 rpm	-	-	20 rpm
-	-	-	20 rpm

		50 Ncm max	50 Ncm max
900 rpm	900 rpm	SH-MS-500-CA (20 rpm)	20 rpm
900 rpm	900 rpm	-	20 rpm
800 rpm	800 rpm	-	20 rpm
-	-	-	20 rpm

\* Tous les ostéotomes doivent être utilisés à la marque de référence de l'implant devant être inséré. Pour plus de détails, consulter la page 36.

### Séquence chirurgicale pour l'insertion d'implants Prama RF de 11,50 mm de hauteur

L'emploi de la butée est à la discrétion du praticien. Son utilisation est de toute façon conseillée, surtout dans les cas de visibilité intra-opératoire réduite. Il faut rappeler que les forets surpréparent la longueur pour une dimension reportée sur le tableau de la page 21 (pour le foret pilote) et 28 (pour les forets terminaux). La séquence graphique se réfère à l'implant de  $\varnothing$  5,00 mm.



	LS-ZT-380-115		utiliser jusqu'à la marque 11,50 mm	utiliser jusqu'à la marque 10,00 mm	
$\varnothing$ 3,80 mm	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	800 rpm
	OS D4	900 rpm	ostéotome*	-	-
$\varnothing$ 4,25 mm	LS-ZT-425-115				
	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	800 rpm
OS D4	900 rpm	ostéotome*	-	-	
$\varnothing$ 5,00 mm	LS-ZT-500-115				
	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	800 rpm
OS D4	900 rpm	ostéotome*	-	-	

En cas de chirurgies dans les secteurs distaux ou d'ouverture buccale limitée du patient, des forets de longueur réduite, à utiliser sans butée, sont disponibles. Pour plus de détails, consulter la page 34.



SH-FK425-115

SH-FK500-115

V. tableau ci-dessous EASYC4-EX230-CA

		50 Ncm max	50 Ncm max
-	-	SH-MS-380-CA (20 rpm)	20 rpm
-	-	-	20 rpm
-	-	-	20 rpm
-	-	-	20 rpm

		50 Ncm max	50 Ncm max
900 rpm	-	SH-MS-425-CA (20 rpm)	20 rpm
900 rpm	-	-	20 rpm
800 rpm	-	-	20 rpm
-	-	-	20 rpm

		50 Ncm max	50 Ncm max
900 rpm	900 rpm	SH-MS-500-CA (20 rpm)	20 rpm
900 rpm	900 rpm	-	20 rpm
800 rpm	800 rpm	-	20 rpm
-	-	-	20 rpm

\* Tous les ostéotomes doivent être utilisés à la marque de référence de l'implant devant être inséré. Pour plus de détails, consulter la page 36.

**Séquence chirurgicale pour l'insertion d'implants Prama RF de 13,00 mm de hauteur**

L'emploi de la butée est à la discrétion du praticien. Son utilisation est de toute façon conseillée, surtout dans les cas de visibilité intra-opératoire réduite. Il faut rappeler que les forets surpréparent la longueur pour une dimension reportée sur le tableau de la page 21 (pour le foret pilote) et 28 (pour les forets terminaux). La séquence graphique se réfère à l'implant de ø 5,00 mm.



	LS-ZT-380-130		utiliser jusqu'à la marque 13,00 mm	utiliser jusqu'à la marque 10,00 mm	
ø 3,80 mm	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	800 rpm
	OS D4	900 rpm	ostéotome*	-	-
<b>LS-ZT-425-130</b>					
ø 4,25 mm	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	800 rpm
	OS D4	900 rpm	ostéotome*	-	-
<b>LS-ZT-500-130</b>					
ø 5,00 mm	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	800 rpm
	OS D4	900 rpm	ostéotome*	-	-

*En cas de chirurgies dans les secteurs distaux ou d'ouverture buccale limitée du patient, des forets de longueur réduite, à utiliser sans butée, sont disponibles. Pour plus de détails, consulter la page 34.*



**SH-FK425-130**

**SH-FK500-130**

**V. tableau ci-dessous EASYC4-EX230-CA**

		50 Ncm max	50 Ncm max
-	-	<b>SH-MS-380-CA</b> (20 rpm)	20 rpm
-	-	-	20 rpm
-	-	-	20 rpm
-	-	-	20 rpm

		50 Ncm max	50 Ncm max
900 rpm	-	<b>SH-MS-425-CA</b> (20 rpm)	20 rpm
900 rpm	-	-	20 rpm
800 rpm	-	-	20 rpm
-	-	-	20 rpm

		50 Ncm max	50 Ncm max
900 rpm	900 rpm	<b>SH-MS-500-CA</b> (20 rpm)	20 rpm
900 rpm	900 rpm	-	20 rpm
800 rpm	800 rpm	-	20 rpm
-	-	-	20 rpm

\* Tous les ostéotomes doivent être utilisés à la marque de référence de l'implant devant être inséré. Pour plus de détails, consulter la page 36.

**Séquence chirurgicale pour l'insertion d'implants Prama RF de 15,00 mm de hauteur**

L'emploi de la butée est à la discrétion du praticien. Son utilisation est de toute façon conseillée, surtout dans les cas de visibilité intra-opératoire réduite. Il faut rappeler que les forets surpréparent la longueur pour une dimension reportée sur le tableau de la page 21 (pour le foret pilote) et 28 (pour les forets terminaux). La séquence graphique se réfère à l'implant de  $\varnothing$  5,00 mm.



	LS-ZT-380-150		utiliser jusqu'à la marque 15,00 mm	utiliser jusqu'à la marque 10,00 mm	
$\varnothing$ 3,80 mm	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	800 rpm
	OS D4	900 rpm	ostéotome*	-	-
$\varnothing$ 4,25 mm	LS-ZT-425-150				
	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	800 rpm
OS D4	900 rpm	ostéotome*	-	-	
$\varnothing$ 5,00 mm	LS-ZT-500-150				
	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	800 rpm
OS D4	900 rpm	ostéotome*	-	-	

En cas de chirurgies dans les secteurs distaux ou d'ouverture buccale limitée du patient, des forets de longueur réduite, à utiliser sans butée, sont disponibles. Pour plus de détails, consulter la page 34.



SH-FK425-150

SH-FK500-150

V. tableau ci-dessous EASYC4-EX230-CA

		50 Ncm max	50 Ncm max
-	-	SH-MS-380-CA (20 rpm)	20 rpm
-	-	-	20 rpm
-	-	-	20 rpm
-	-	-	20 rpm

		50 Ncm max	50 Ncm max
900 rpm	-	SH-MS-425-CA (20 rpm)	20 rpm
900 rpm	-	-	20 rpm
800 rpm	-	-	20 rpm
-	-	-	20 rpm

		50 Ncm max	50 Ncm max
900 rpm	900 rpm	SH-MS-500-CA (20 rpm)	20 rpm
900 rpm	900 rpm	-	20 rpm
800 rpm	800 rpm	-	20 rpm
-	-	-	20 rpm

\* Tous les ostéotomes doivent être utilisés à la marque de référence de l'implant devant être inséré. Pour plus de détails, consulter la page 36.

# Insertion de l'implant

**1** Utiliser l'étiquette du patient placée à l'intérieur de la pochette de la fiche clinique du patient et l'appliquer sur la Dental Card : cela simplifiera l'enregistrement du plan de traitement du patient et servira à garder une trace du lot utilisé.



**2** Ouvrir le blister et poser l'ampoule qu'il contient sur une surface stérile (un champ à usage unique ou un drapage stérile) à proximité du champ opératoire.



**3** Immédiatement avant l'insertion dans la cavité orale, enlever le bouchon bleu de l'ampoule en veillant à ne pas enlever le petit bouchon transparent étant placé dessus et contenant la vis de couverture. Le petit cylindre porte-implant à l'intérieur de l'ampoule est coloré selon un code couleur qui permet une identification rapide du diamètre endo-osseux de l'implant.

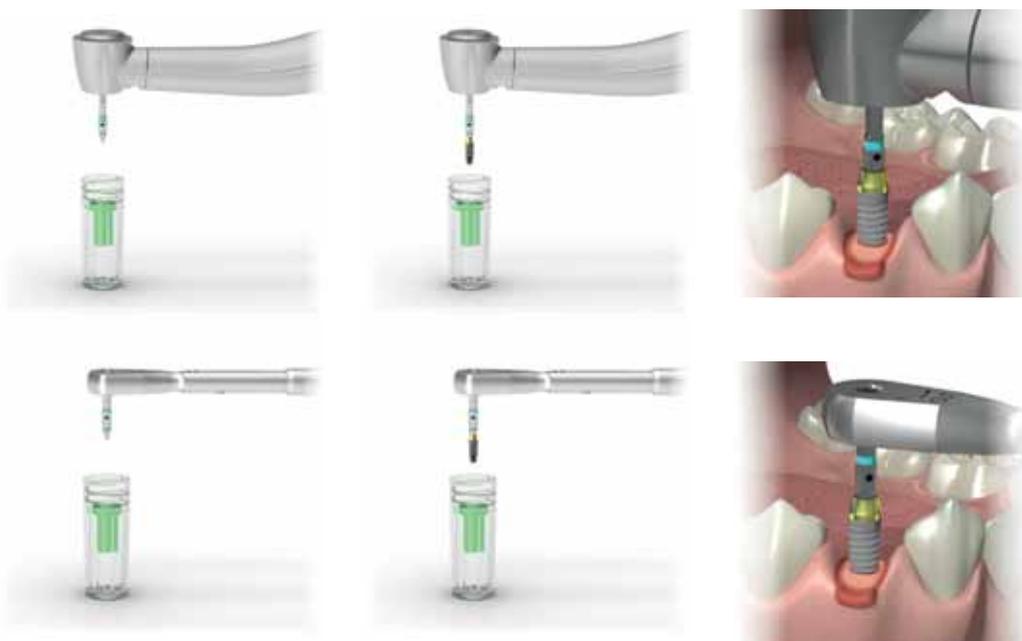


### Procédure standard

A l'ouverture de l'ampoule, l'implant se présente avec l'hexagone prêt à être engagé.

L'implant peut être prélevé au moyen du driver Easy Insert puis vissé mécaniquement dans le site à l'aide d'un micromoteur chirurgical avec contrôle du couple de serrage réglé à une vitesse de vissage de 20 rpm (tr/min) et un couple de serrage maximum de 70 Ncm.

Le driver a été testé jusqu'à 70 Ncm sans présenter de déformations ou de défaillances. Les instruments de contrôle du couple de serrage, tant mécaniques que manuels, doivent être périodiquement étalonnés à l'aide d'un instrument calibré opportun.



### Phase successive à l'insertion de l'implant

#### Temps de cicatrisation

Il est indispensable de respecter les temps de cicatrisation préconisés dans la chirurgie implantaire ainsi que de vérifier périodiquement, par le biais de contrôles radiographiques, le stade d'évolution de l'ostéointégration.

Les temps de cicatrisation préliminaires à la mise en charge d'un implant sont influencés par la qualité de l'os récepteur. En cas de mise en charge immédiate, il faut tenir compte des avertissements reportés aux pages 6-7.

Optant pour une mise en charge différée, pour minimiser l'inconvénient lié au respect des temps biologiques pour l'ostéointégration, l'emploi des prothèses provisoires mobiles doit être effectué avec prudence, en déchargeant celles-ci.

Les vis de couverture des implants doivent être retirées après la cicatrisation. En cas d'utilisation du tournevis pour contre-angle, le micromoteur chirurgical doit être réglé selon les paramètres suivants : 20 rpm (tr/min) et couple de serrage égal à 10 Ncm. Successivement, en fonction du protocole adopté, il faut procéder à l'adaptation des profils des tissus à l'aide d'un provisoire adéquat ou de vis de cicatrisation appropriées. Il est recommandé de serrer les vis de cicatrisation manuellement ou, quoi qu'il en soit, avec un couple de serrage non supérieur à 10 Ncm.

# Eventuel retrait intra-opératoire des implants

En cas où la nécessité de retirer un implant déjà inséré se présente, il est possible de procéder en faisant prise directement sur la connexion hexagonale de travail de l'implant. Nettoyer soigneusement le puits de l'implant, éliminant le sang et les éventuels résidus produits en phase d'insertion en irriguant le site.



Prélever la clé hexagonale BC-EX230 ou BL-EX230 de la trousse chirurgicale puis insérer l'embout hexagonal de la clé à l'intérieur du puits de l'implant, en veillant à ce que l'instrument se trouve dans l'axe par rapport à l'implant et que la connexion intérieure soit complètement et profondément engagée.



Bloquer la tête de la clé à cliquet CRI5-KIT ou de la clé TWL et la relier à la partie hexagonale de la clé hexagonale en veillant à ce que la flèche marquée au laser sur la tête de l'instrument indique le sens antihoraire puis faire levier dans ce sens en ayant soin de maintenir constamment dans l'axe, avec l'index, l'ensemble clé hexagonale/clé à cliquet. Il est conseillé d'appliquer un couple de serrage supérieur au couple appliqué en phase d'insertion. Une fois dévissé, prélever l'implant retiré à l'aide de pinces stériles.



# Maintenance de la prothèse

La littérature mentionne les complications liées aux prothèses implantaires. Ces complications peuvent aboutir à la perte de l'intégration osseuse et à l'échec implantaire. Une maintenance correcte de la part du patient, une hygiène régulière à domicile et des contrôles périodiques associés à des séances d'hygiène professionnelle allongent la durée de vie utile du dispositif. Des complications comme, par exemple, le dévissage des vis qui serrent la prothèse sur les implants ou une résorption osseuse causant la perte de l'appui muqueux des prothèses amovibles, peuvent être facilement évitées grâce à des visites de contrôle périodiques. En cas de nécessité de serrage des vis pour piliers ou prothétiques, ces opérations doivent être effectuées par le dentiste au moyen de dispositifs appropriés, dotés de contrôle du couple de serrage.

Il est opportun de vérifier régulièrement l'étalonnage de ces mêmes dispositifs. Si le patient constate l'un de ces problèmes, il est préférable qu'il s'adresse sans tarder au dentiste pour le rétablissement de la fonctionnalité prothétique. Tout retard dans le recours à l'intervention du dentiste peut comporter la fracture de la vis de serrage ou de la prothèse, dans le premier cas, et la perte de l'implant, dans le second, compromettant ainsi le résultat de la réhabilitation. Il est nécessaire que les dentistes éduquent les patients en ce sens. Les complications peuvent être de type biologique (perte de l'intégration), ou mécanique (fracture d'un composant par excès de charge). Si aucune complication ne se présente, la durée des dispositifs et de tout l'appareil prothétique dépend de la résistance mécanique, en fonction de la fatigue accumulée par le dispositif.

# Responsabilité du produit défectueux et conditions de garantie

Le soin optimal du patient et l'attention à ses nécessités représentent des conditions nécessaires pour le succès de l'implantologie. Il est donc indispensable de sélectionner attentivement le patient, de l'informer des risques intrinsèques et des devoirs associés au traitement et de l'encourager à coopérer avec le dentiste pour le bon résultat du même traitement. Pour cela, il faut que le patient maintienne une bonne hygiène, confirmée lors des check-up et des visites de contrôle. Cette hygiène doit toujours être assurée et documentée, tout comme les indications et les prescriptions du dentiste. Sweden & Martina fournit une garantie à vie sur ses implants pour les défauts de production constatés, après l'envoi de la pièce identifiée par le code de l'article et par le lot. Les clauses de garantie sont disponibles sur le site [www.sweden-martina.com](http://www.sweden-martina.com)

# Mise au rebut

Les fixtures implantaires, si elles sont retirées de la cavité orale consécutivement à un échec biologique ou mécanique, doivent être assimilées aux déchets biologiques et éliminées à ce titre. Les instruments chirurgicaux sont constitués de composants de petite taille, essentiellement métalliques. Ils peuvent être éliminés comme tels. S'ils sont souillés, ils doivent être assimilés aux déchets biologiques et éliminés à ce titre. D'une manière générale, se conformer aux normes locales en vigueur.

# Composition des matériaux

Les matériaux utilisés pour la production des dispositifs illustrés dans le présent manuel ont été sélectionnés sur la base des propriétés indiquées pour leur destination d'usage, conformément à la directive 93/42, transposée en Italie par la loi 46/97, Annexe I Exigences essentielles, point 7.1.

## Implants

Les implants sont fabriqués en titane commercialement pur de Gr. 4, conforme aux normes harmonisées. L'allergie au titane est un événement rare, mais possible. Pour cela, il est de toute façon toujours nécessaire de vérifier préalablement avec les patients que ces derniers ne présentent pas d'allergies de ce type.

Nous reportons ci-après les caractéristiques du titane Gr. 4 utilisé.

### Titane Gr. 4 (Cold worked)\*

composition chimique	valeurs maximales admises (%)	tolérance
azote	0.05	+/- 0.02
carbone	0.10	+/- 0.02
hydrogène	0.015	+/- 0.002
fer	0.25	+/- 0.10 (%<0.25) +/- 0.15 (%>0.25)
oxygène	0.20	+/- 0.02 (%<0.20) +/- 0.03 (%>0.20)
titane	reste	-

\* Ces informations techniques se réfèrent aux indications expressément spécifiées dans les réglementations en vigueur pour l'utilisation du titane Gr. 4 en implantologie :

- ASTM F67 – 13(2017): Standard Specification for unalloyed titanium, for surgical implant applications.
- ISO 5832-2:2018: Implant for surgery - Metallic materials - Part 2: Unalloyed titanium.

**Nota bene:** L'utilisation de barres de titane Gr. 4, obtenues par travail à froid, pour la production des implants Sweden & Martina permet d'exploiter des caractéristiques mécaniques supérieures à celles prescrites par la norme. Par ailleurs, les excellents résultats documentés pendant des dizaines d'années d'expérience clinique soutiennent le choix du processus de production à froid et du traitement de surface ZirTi, qui expriment et valorisent les potentialités de la matière première sélectionnée par Sweden & Martina.

## Instruments chirurgicaux

Les instruments chirurgicaux sont fabriqués, en fonction du type de composant, en :

- Titane Gr. 5
- Acciaio 1.4197
- Acciaio 1.4542
- Acciaio 1.4305 (AISI 630)
- Acciaio 1.4108 (AISI 303)
- Acciaio 1.4108
- Acciaio 1.4112

Il est recommandé de vérifier avec les patients toute éventuelle allergie aux matières premières.

# Identification du fabricant

Le fabricant des implants Prama et des instruments chirurgicaux qui s'y rapportent 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

Aux fins de la directive CEE 93/42, transposée en Italie par le D.-L. 46/97 du 26/3/97, annexe IX, Sweden & Martina identifie la classe de risque de ces produits comme indiqué dans le tableau 01. Les implants dentaires et les instruments chirurgicaux correspondants, bien que destinés à être utilisés sur tous les sujets qui présentent les indications thérapeutiques appropriées, doivent être exclusivement utilisés par un personnel médical professionnel possédant les qualifications et les habilitations nécessaires.

**Tableau 01- Classes de risque**

dispositif	classification aux fins de la Directive 93/42	emballage	règle annexe IX	classe de risque
fixtures implantaire à usage dentaire, appartenant au système implantaire Prama	Dispositifs implantables pour un emploi à long terme (supérieur à 30 jours)	Emballage stérile à usage unique, fixture dotée de vis de couverture	8	IIb
vis de couverture	Dispositifs implantables pour un emploi à long terme (supérieur à 30 jours)	Commercialisées emballées avec leurs fixtures respectives ou séparément (emballage stérile à usage unique)	8	IIb
trousses chirurgicales complètes	Instruments chirurgicaux réutilisables	Commercialisés dans un emballage NON stérile	6	IIa
plateau en Radel porte-instruments et images radiographiques	Dispositifs médicaux, non invasifs	Commercialisés dans un emballage NON stérile	1	I
forets chirurgicaux (lancéolés, coniques, cylindriques, pour un emploi distal); prolongateur pour forets, butées pour forets; tarauds, drivers et tournevis à utiliser avec un micromoteur	Instruments chirurgicaux invasifs pour un emploi temporaire (pour une durée inférieure à 60 minutes consécutives), réutilisables	Commercialisés dans un emballage NON stérile	6	IIa
ostéotomes/panseurs d'os ; tournevis, tarauds, drivers et clés hexagonales manuelles, pièces-à-main, profondimètres, jauges de parallélisme et cylindres pour Gabarits	Instruments chirurgicaux réutilisables, pour un emploi temporaire (durée inférieure à 60 minutes consécutives), non destinés à être raccordés à un dispositif médical actif	Commercialisés dans un emballage NON stérile	6	I

**Légende des symboles figurant sur les emballages des implants :**

description	symbole
Attention ! Consulter le mode d'emploi	
Numéro de lot	
Code	
Fabricant	
Consulter le mode d'emploi	
Marquage de conformité CE pour les produits des classes IIa et IIb	
La loi fédérale américaine limite la vente de la part ou pour l'ordre d'un dentiste professionnel	
Ne pas restériliser	
Ne pas réutiliser, produit à usage unique	
Ne pas utiliser si l'emballage n'est pas intact	
Stérilisation par rayonnements ionisants	
Date d'échéance après laquelle le produit ne doit pas être utilisé	

**Légende des symboles figurant sur les emballages des instruments chirurgicaux :**

description	symbole
Attention ! Consulter le mode d'emploi	
Numéro de lot	
Code	
Fabricant	
Consulter le mode d'emploi	
Marquage de conformité CE pour les produits des classes IIa et IIb	
Marquage de conformité CE pour les produits de classe I	
La loi fédérale américaine limite la vente de la part ou pour l'ordre d'un dentiste professionnel	
Produit non stérile	

**Legenda dei simboli riportati sulle confezioni delle protesi:**

description	symbole
Attention ! Consulter le mode d'emploi	
Numéro de lot	
Code	
Fabricant	
Consulter le mode d'emploi	
Marquage de conformité CE pour les produits des classes IIa et IIb	
Marquage de conformité CE pour les produits de classe I	
La loi fédérale américaine limite la vente de la part ou pour l'ordre d'un dentiste professionnel	
Ne pas réutiliser, produit à usage unique	
Produit non stérile	

**LA DERNIERE REVISION DU PRESENT MANUEL REMONTE AU MOIS DE JUILLET 2018.**

La conception et la production des dispositifs objet du présent manuel sont réalisées conformément aux directives et aux normes harmonisées les plus récentes en ce qui concerne les matériaux utilisés, les processus de production, la stérilisation, les informations fournies et les emballages.

# Bibliographie relative aux implants Sweden & Martina depuis 2013

Pour les publications précédentes, consulter "Scientifica - Rassegna Bibliografica di Implantologia"

-Rancitelli D., Cicciù M., Lini F., Fumagalli D., Frigo C., Maiorana C. Reproducibility of a Digital Method to Evaluate Soft Tissue Modifications: A study of Inter and Intra-Operative Measurement Concordance. *The Open Dentistry Journal*, 2017, 11, 171-180 DOI: 10.2174/1874210601711010171

-Sanz-Martin I., Noguero F., Ortiz-Vigon A., Sanz-Sanchez I., Cok S., Sanz M. Randomized controlled clinical trial comparing two dental implants with different neck configurations. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2017;1-11

-Solá-Ruiz F., Del Rio Highsmith J., Labaig-Rueda C., Agustin-Panadero R. Biologically oriented preparation technique (BOPT) for implant-supported fixed prostheses. *J Clin Exp Dent.* 2017;9(4):e603-7. doi:10.4317/jced.53703

-Deiana T., Menini M., Calimodio I., Canepa P., Setti P., Pera P. AIOF XXXV International Congress Bologna, November 17-19, 2016

-Vigolo P., Gracis S., Carboncini F., Mutinelli S., Internal- vs External-Connection Single Implants: A Retrospective Study in an Italian Population Treated by Certified Prosthodontists. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2016;31:1385-1396. doi: 10.11607/jomi.4618

-Crespi R., Capparé P., Crespi G., Gastaldi G., Gherlone E., Bone-Level Changes Around Delayed Dental Implants in Previous Large Bone Defects Filled with

Reactive Soft Tissue After Extraction: A Cone Beam Computed Tomography Study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2016;31:1429-1434. doi: 10.11607/jomi.4739

-Bruschi G., Capparé P., Bravi F., Grande N., Gherlone E., Gastaldi G., Crespi R. Radiographic Evaluation of Crestal Bone Level in Split-Crest and Immediate Implant Placement: Minimum 5-Year Follow-up. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2017;32:114-120. doi: 10.11607/jomi.4203

-Canullo L., Orlato Rossetti P., Penarrocha D. Identification of *Enterococcus Faecalis* and *Pseudomonas Aeruginosa* on and in Implants in Individuals with Peri-implant Disease: A Cross-Sectional Study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2015;30:583-587. doi: 10.11607/jomi.3946

-Kalemaj Z., Scarano A., Valbonetti L., Rapone B., Grassi F. Bone response to four dental implants with different surface topographies: a histologic and histometric study in minipigs. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2016;36:745-754. Doi: 10.11607/prd.2719

-Canullo L., Tallarico M., Penarrocha D., Meloni S., Penarrocha M. Impact of abutment cleaning on peri-implant tissues: 5-year RCT; *Eur J Oral Implantol* 2016;9(3 Suppl 2): S9-S52

-Sanz-Sánchez I., Sanz-Martin I., Ortiz-Vigon A., Cok S., Bollain J., Noguero F., Sanz M. Randomised controlled clinical trial comparing two dental implants with different neck configurations. *Clin. Oral Impl. Res.* 27 (Suppl. 13), 2016

-Canullo L., Tallarico M., Penarrocha M., Garcia B., Penarrocha D. Plasma of argon cleaning treatment on implant abutments in periodontally healthy patients: five years post-loading results of an RCT. *Clin. Oral Impl. Res.* 27 (Suppl. 13), 2016

-Mattarozzi M., Manfredi E., Lorenzi A., Smerieri A., Di Blasio A., Macaluso G., Lumetti S., Galli C. Comparison of environmental scanning electron microscopy in low vacuum or wet mode for the investigation of cell biomaterial interactions. *Acta Biomed* 2016; Vol. 87, N. 1: 16-21

-Agabiti I., Botticelli D., Transcrestal sinus floor elevation performed twice with collagen sponges and using a sonic instrument. *J Oral Science Rehabilitation.* 2016 Mar;2(1):40-7

-Cannizzaro G., Felice P., Loi I., Viola P., Ferri V., Leone M., Lazzarini M., Trullenque-Eriksson A., Esposito M. Immediate loading of two (fixed-on-2) versus three (fixed-on-3) implants placed supporting cross-arch fixed prostheses: One-year results from a randomized controlled trial. *Eur J Oral Implantol* 2016;9(2):143-153

-Cannizzaro G., Felice P., Loi I., Viola P., Ferri V., Leone M., Lazzarini M., Trullenque-Eriksson A., Esposito M. Machined versus roughened immediately loaded and finally restored single implants inserted flapless: preliminary 6-month data from a splith-mouth randomised controlled trial; *Eur J Oral Implantol* 2016;9(2):155-163

-Tarazona B., Vidal-Infer A., Alonso-Arroyo A. Bibliometric analysis of the scientific production in Implantology (2009-2013). *Clin. Oral Impl. Res.* 00, 2016, 1-7. doi: 10.1111/clr.12891

-Garcia B., Camacho F., Penarrocha D., Tallarico M., Perez S., Canullo L. Influence of plasma cleaning procedure on the interaction between soft tissue and abutments: a randomized controlled histologic study. *Clin. Oral Impl. Res.* 00, 2016, 1-9 doi: 10.1111/clr.12953

-Botticelli D, Lang NP. Dynamics of osseointegration in various hu-

man and animal models - a comparative analysis. *Clin. Oral Impl. Res.* 00:2016,1-7.

doi: 10.1111/clr.12872

-Penarrocha-Oltra D., Monreal-Bello A., Penarrocha-Diago M., Barquero J., Botticelli D., Canullo L., Microbial Colonization of the Peri-Implant Sulcus and Implant Connection of Implants Restored With Cemented Versus Screw-Retained Superstructures: A Cross-Sectional Study. *J Periodontol* 2016;87:1002-1011.

-Canullo L., Caneva M., Tallarico M. Ten-year hard and soft tissue results of a pilot double-blinded randomized controlled trial on immediately loaded post-extractive implants using platform-switching concept. *Clin. Oral Impl. Res.* 00, 2016, 1-9 doi: 10.1111/clr.12940

-Canullo L., Radovanovic S, Delibasic B, Blaya J, Penarrocha D, Rakic M. The predictive value of microbiological findings on teeth, internal and external implant portions in clinical decision making. *Clin. Oral Impl. Res.* 00, 2016, 1-9 doi: 10.1111/clr.12828

-Caroprese M, Lang NP, Rossi F, Ricci S, Favero R, Botticelli D. Morphometric evaluation of the early stages of healing at cortical and marrow compartments at titanium implants: an experimental study in the dog. *Clin. Oral Impl. Res.* 00, 2016, 1-8. doi: 10.1111/clr.12913

-Cannizzaro G., Felice P., Loi I., Viola P., Ferri V., Leone M., Collivasone D., Esposito M. Immediateloading of bimaxillary total fixed prostheses supported by five flapless-placed implants with machined surfaces: a 6-month follow-up prospective single cohort study; *Eur J Oral Implantol* 2016;9(1):67-74

-Barone A., Marconcini S., Giammarinaro E., Mijiritsky E., Gelpi F., Covani U., Clinical Outcomes of Implants Placed in Extraction Sockets and Immediately Restored: A 7-Year Single-Cohort Prospective Study; DOI 10.1111/cid.12393

-Natali A., Bertocchi E., Baldini A., Mulas G., Martinolli M., Bortolini S., A New Volumetric Parameter for a Comparative Finite-Element Analysis of a

Six- or Four-Implant Mandibular Total-Arch Rehabilitation; *Open Journal of Stomatology*, 2016, 6, 12-21

-Annunziata M., Canullo L., Donnarumma G., Caputo P., Nastro L., Guida L. Bacterial inactivation/sterilization by argon plasma treatment on contaminated

titanium implant surfaces: In vitro study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2016 Jan 1;21 (1):e118-21. doi:10.4317/medoral.20845

-Canullo L., Schlee M., Wagner W., Covani U., on behalf of the Montegrotto Group for the Study of Peri-implant Disease, International Brainstorming Meeting on Etiologic and Risk Factors of Peri-implantitis, Montegrotto (Padua, Italy), August 2014, INT J ORAL MAXILLOFAC IMPLANTS 2015;30:1093-1104. doi: 10.11607/jomi.4386

-L. Canullo, Penarrocha-Oltra D., Covani U., Orlato Rossetti P., Microbiologic and Clinical Findings of Implants in Healthy Condition and with Peri-Implantitis, INT J ORAL MAXILLOFAC IMPLANTS 2015;30:834-842. doi: 10.11607/jomi.3947

-L. Canullo, T. Genova, M. Tallarico, G. Gautier, F. Mussano, D. Botticelli, Plasma of Argon Affects the Earliest Biological Response of Different Implant

Surfaces: An In Vitro Comparative Study, *Journal of Dental Research* 1-8, DOI: 10.1177/0022034516629119

-Canullo L., Tallarico M., Radovanovic S, Delibasic B, Covani, U, Rakic M. Distinguishing predictive profiles for patientbased risk assessment and diagnostics of plaque induced, surgically and prosthodontically triggered peri-implantitis. *Clin. Oral Impl. Res.* 00, 2015, 1-8; doi: 10.1111/clr.12738

-Canullo L., Tallarico M., Penarrocha-Oltra D., Monje A., Wang H., Penarrocha-Diago M., Implant Abutment Cleaning by Plasma of Argon: 5-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Trial; *J Periodontol* 2016;87:434-442.

-Canullo L, Cocchetto R, Marinotti F, Oltra DP, Diago MP, Loi I. Clinical evaluation of an improved cementation technique for implant-supported restorations: a randomized controlled trial. *Clin. Oral Impl. Res.* 00, 2015; 1-8; doi: 10.1111/clr.12589

-Crespi R., Capparé P., Gastaldi G., Gherlone E. Immediate Occlusal Loading of Full-Arch Rehabilitations: Screw-Retained Versus Cement-Retained Prosthesis. An 8-Year Clinical Evaluation; INT J ORAL MAXILLOFAC IMPLANTS 2014;29:1406-1411; doi: 10.11607/jomi.3746

-Kern J-S, Kern T, Wolfart S, Heussen N. A systematic review and meta-analysis of removable and fixed implant-supported prostheses in edentulous jaws: post-loading implant loss. *Clin. Oral Impl. Res.* 00, 2015, 1-22; doi: 10.1111/clr.12531

-Beolchini M, Lang NP, Gomez Moreno G, Iezzi G, Botticelli D, Calvo Guirado JL. Bone healing at implants with different surface configura-

- rations: an experimental study in dogs. *Clin. Oral Impl. Res.* 00, 2015; 1-7; doi: 10.1111/clr.12562
- Mainetti T, Lang NP, Bengazi F, Favero V, Soto Cantero L, Botticelli D. Sequential healing at implants installed immediately into extraction sockets. An experimental study in dogs. *Clin. Oral Impl. Res.* 27, 2016, 130-138; doi: 10.1111/clr.12533
- Canullo L., Penarrocha-Oltra D, Covani U, Botticelli D, Serino G, Penarrocha M.; Clinical and microbiological findings in patients with peri-implantitis: a cross-sectional study. *Clin. Oral Impl. Res.* 00, 2015, 1-7; doi: 10.1111/clr.12557
- Agustín-Panadero R., Serra-Pastor B., Chust-López C., Fons-Font A, Ferreiroa A.; Immediate placement of single implant simultaneously with immediate loading in a fresh socket associated to periapical infection: a clinical case report; *J Clin Exp Dent.* 2015;7(1):e175-9; doi:10.4317/jced.52160
- Gandolfi M.G., Siboni F., Piattelli A., Prati C.; Nano-topography, microchemical properties and calcium phosphates nucleation of premium implant surfaces; 30th Annual Congress, American Academy of Osseointegration, San Francisco, 12-14 March 2015, Poster Id 2088727
- Caneva M., Lang N.P., Calvo Guirado J.L., Spriano A.M., Iezzi G., Botticelli D.; Bone healing at bicortically installed implants with different surface configurations. an experimental study in rabbits; *Clinical Oral Implant Research*, 2015; 26:293-299  
doi: 10.1111/clr.12475
- Beolchini M, Lang N.P., Gomez Moreno G., Iezzi G., Botticelli D., Calvo Guirado J.L.; Bone healing at implants with different surface configurations: an experimental study in dogs, *Clinical Oral Implant Research*, 2015; 00:1-7, doi: 10.1111/clr.12562
- Baffone G., Lang N.P., Pantani F., Favero G., Ferri M., Botticelli D.; Hard and soft tissue changes around implants installed in regular-sized and reduced alveolar bony ridges. An experimental study in dogs. *Clinical Oral Implant Research*, 2015; 26:96-101; doi: 10.1111/clr.12306
- Bengazi F., Lang N.P., Caroprese M., Velez J.U., Favero V., Botticelli D.; Dimensional changes in soft tissues around dental implants following free gingival grafting: an experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, 2015; 26:176-82; doi: 10.1111/clr.12280
- Morelli F., Lang N.P., Bengazi F., Baffone D., Vila Morales C.D., Botticelli D.; Influence of bone marrow on osseointegration in long bones: an experimental study in sheep; *Clinical Oral Implant Research*, 2015; 26:300-306; doi: 10.1111/clr.12487
- Mainetti T., Lang N., Bengazi F., Sbricoli L., Soto Cantero L., Botticelli D.; Immediate loading of implants installed in a healed alveolar bony ridge or immediately after tooth extraction: an experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, 2015; 26:435-441; doi: 10.1111/clr.12389
- Borgia V., Alfonsi F., Toti P., Tonelli P., Covani U., Barone A.; Immediate restoration of post-extraction implants. a 7 years prospective single cohort study; 30th Annual Congress, American Academy of Osseointegration, San Francisco, 12-14 March 2015, Poster
- Guazzotti P.P.; Carico immediato di impianti post estrattivi: presentazione di un caso clinico full-arch; *Doctor OS*, 2015; XXVI, 01
- Agustín Panadero R., Serra Pastor B., Chust López C., Fons Font A., Ferreiroa A.; Immediate placement of single implant simultaneously with immediate loading in a fresh socket associated to periapical infection: a clinical case report; *Journal of Clinical and Experimental Dentistry* 2015;7(1):e175-9
- Crespi R., Bruschi G. B., Gastaldi G., Capparè P., Gherlone E.F.; Immediate loaded implants in split-crest procedure; *Clinical Implant Dentistry and Related Research*, Article first published online: 17 MAR 2015; DOI: 10.1111/cid.12316
- Peñarrocha Oltra D., Covani U., Peñarrocha Diago M., Peñarrocha Diago M.A.; Immediate versus conventional loading with fixed full-arch prostheses in mandibles with failing dentition: a prospective controlled study; *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants* 2015;30:427-434; doi: 10.11607/jomi.3534
- Canullo L., Peñarrocha Oltra D., Covani U., Botticelli D., Serino G., Peñarrocha Diago M.; Clinical and microbiological findings in patients with peri-implantitis: a cross-sectional study; *Clinical Oral Implants Research* 2015; 00:1-7; doi: 10.1111/clr.12557
- Requena Gómez E., Cervantes Haro M.N., Aragoneses Lamas J.M.; ¿Es la cirugía guiada junto a la carga inmediata una técnica predecible? a propósito de un caso clínico; *Numeri Uno* 2015; 04: 16-19
- Peñarrocha Oltra D., Covani U., Peñarrocha Diago M., Peñarrocha Diago M.A.; Immediate versus conventional loading for the maxilla with implants placed into fresh and healed extraction sites to support a full-arch fixed prosthesis: nonrandomized controlled clinical study; *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants* 2015;30:427-434; doi: 10.11607/jomi.3534
- Bruschi G.B., Crespi R., Capparè P., Grande N., Bruschi E., Gherlone E.; Radiographic evaluation of crestal bone levels of delayed implants at medium-term follow-up; *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants* 2014;29:441-447  
doi: 10.11607/jomi.3254
- Prati C., Zamparini F., Ciulla A., Buonavoglia A., Gatto M.R., Piattelli A., Gandolfi M.G.; Evaluation of marginal bone level of premium implants; IADR General Session, Boston 11-14 Marzo 2015, Poster
- Canullo L., Peñarrocha Oltra D., Soldini C., Mazzocco F., Peñarrocha Diago M., Covani U.; Microbiological assessment of the implant-abutment interface in different connections: cross-sectional study after 5 years of functional loading; *Clinical Oral Implantology*, 2015; 26:426-434, doi: 10.1111/clr.12383
- Kern J.S., Kern T., Wolfart S., Heussen N.; Review - a systematic review and meta-analysis of removable and fixed implant-supported prostheses in edentulous jaws: post-loading implant loss; *Clinical Oral Implants Research* 2015; 00:1-22 ; doi: 10.1111/clr.12531
- Martín Anciburo M.A.; Rehabilitación unitaria implantosoportada utilizando la técnica B.O.P.T. ,*Numeri Uno* 2015; 04:11-14
- Agustín Panadero R., Serra Pastor B., Roig Vanaclocha A., Román Rodríguez J.L., Fons Font A.; Mechanical behavior of provisional implant prosthetic abutments; *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal* 2015; 20(1):e94-102
- Crespi R., Capparè P., Polizzi E.M., Gherlone E.F. ; Tissue remodeling after bone expansion in grafted and ungrafted sockets  
*The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants*, 2014;29:699-704; doi: 10.11607/jomi.3535
- Negri B., López Marí M., Maté Sánchez de Val J.E., Iezzi G., Bravo González L.A., Calvo Guirado J.L.; Biological width formation to immediate implants placed at different level in relation to the crestal bone: an experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, 2014; 00:1-11 ;doi: 10.1111/clr.12345
- Esposito M., Ardebili Y., Worthington H.V.; Interventions for replacing missing teeth: different types of dental implants (review); *Cochrane database of systematic reviews*, 2014;22;7; doi: 10.1002/14651858.CD003815.pub4.
- Canullo L., Peñarrocha Oltra D., Peñarrocha Diago M., Rocio A.G., Peñarrocha Diago M.A.; Piezoelectric vs. conventional drilling in implant site preparation: pilot controlled randomized clinical trial with crossover design; *Clinical Oral Implants Research* 2014; 25:1336-43; doi: 10.1111/clr.12278
- Lumetti S., Di Blasio A., Manfredi E., Ghiacci G., Toffoli A., Bonanini M., Macaluso G.M., Galli C.; Implant surface microtopography affects cell the pattern of cell growth, cell-to-cell contacts and the expression of connexin 43; *Clinical Oral Implant Research*, 2014; 25 Suppl 10:222
- Negri M., Galli C., Smerieri A., Macaluso G.M., Manfredi E., Ghiacci G., Toffoli A., Bonanini M., Lumetti S.; The effect of age, gender and insertion site on marginal bone loss around endosseous implants: results from a 3-year trial with premium implant system; *BioMed research International*, 2014; Article ID 369051; 7; doi: org/10.1155/2014/369051
- Quaranta A., Andreana S., Pompa G., Procaccini M.; Active implant peri-apical lesion: a case report treated via guided bone regeneration with a 5-year clinical and radiographic follow-up ; *Journal of Oral Implantology* 2014;40:313-319; doi: 10.1563/AAID-JOI-D-11-00214
- Bowen Antolín A., Ariño B., Arlandi Garrido M.; Regeneración ósea perimplantaria con fosfato de calcio bifásico y ácido poliláctico; *Gaceta Dental*, 2014, 260(7): 174-186
- Mainetti T., Lang N.P., Bengazi F., Favero V., Soto Cantero L., Botticelli D.; Sequential healing at implants installed immediately into extraction sockets. An experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, 2014; 00:1-9; doi: 10.1111/clr.12533
- Covani U., Marconcini S., Ferrini F., Gelpi F., Finotti M., Barone A.; Post-traumatic use of dental implants immediately after tooth extraction - clinical study, *The Journal of Craniofacial Surgery*, 2014; 25:796-798; doi 10.1097/SCS.0000000000000522
- Engelhardt S., Papacosta S., Rathe F., Ozen J., Jansen J.A., Junker R.; Annual failure rates and marginal bone-level changes of immediate compared to conventional loading of dental implants. a systematic review of the literature and meta-analysis; *Clinical Oral Implants Research* 2014;00:1-17; doi: 10.1111/clr.12363
- Romanos G.R., Javed F.; Platform switching minimises crestal bone loss around dental implants: truth or myth?  
*Journal of Oral Rehabilitation*, 2014; 41:700-708; doi: 10.1111/joor.12189
- Strietzel F.P., Neumann K., Hertel M.; Review article: impact of platform switching on marginal peri-implant bone-level changes. a systematic review and meta-analysis. *Clinical Oral Implant Research*, 2014; 00:1-16; doi: 10.1111/clr.12339
- Kinaia B.M., Shah M., Neely A.L., Goodies H.E.; Crestal bone level changes around immediately placed implants: a systematic review and meta-analyses with at least 12 months' follow-up after functional loading; *Journal of Periodontology*, 2014; 85:1537-48; doi: 10.1902/jop.2014.130722. Epub 2014 May 2
- Covani U., Canullo L., Toti P., Alfonsi F., Barone A.; Tissue stability of implants placed in fresh extraction sockets: a 5-year prospective

- single-cohort study; *Journal of Periodontology*, 2014; 85:e323-332; doi: 10.1902/jop.2014.140175. Epub 2014 May 16.
- D'Ercole S., Tripodi D., Marzo G., Bernardi S., Continenza M.A., Piatelli A., Iaculli F., Mummolo S.; Microleakage of bacteria in different implant-abutment assemblies: an in vitro study; *Journal of Applied Biomaterial and Functional Materials*, 2014, accepted June 12; doi: 105301/jabfm.5000214
- Peñarrocha Oltra D., Rossetti P.H., Covani U., Galluccio F., Canullo L.; Microbial leakage at the implant/abutment connection due to implant insertion maneuvers: cross-sectional study 5 years post loading in healthy patients; *Journal of Oral Implantology*, 2014; 23 [Epub ahead of print]
- Maiorana C., Farronato D., Pieroni S., Ciccù M., Andreoni D., Santoro F.; A four-year survival rate multicenter prospective clinical study on 377 implants: correlations between implant insertion torque, diameter and bone quality; *Journal of Oral Implantology* 2014;11 [Epub ahead of print]
- Crespi R., Bruschi G.B., Capparè P., Gherlone E.; The utility of the electric mallet; *The Journal of Craniofacial Surgery*, 2014;25:793-795; doi 10.1097/SCS.0000000000000523
- Schirripa G., Schirripa F.; Carico immediato; *Numeri Uno*, 2014, 19, 22-24
- Csonka M.; Trattamento implantologico delle creste sottili: split crest o gbr?; *Numeri Uno*, 19: 12-14, 2014
- Machín Muñoz A.; Regeneración ósea y gingival en implantes inmediatos post-extracción; *Numeri Uno* 2014; 01: 20-21
- Peñarrocha Oltra D., Peñarrocha Diago M.A., Canullo L., Covani U., Peñarrocha Diago M.; Patient-reported outcomes of immediate versus conventional loading with fixed full-arch prostheses in the maxilla: a nonrandomized controlled prospective study; *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants*, 2014;29:690-698; doi: 10.11607/jomi.3516
- Baldi D., Colombo J., Pera P., Hauschild U.; Una tecnica minimamente invasiva: implantologia con utilizzo di impianti a diametro ridotto e tecniche cad cam per una provvisorizzazione a lungo termine; *Numeri Uno*, 2014;18: 6-9
- Calesini G., Zarone F., Sorrentino R., Micarelli C., Fabianelli A., Papacchini F., Gherlone E.; Effect of 2 impression techniques on the dimensional accuracy of working implant prosthesis models: an in vitro study; *Journal of Craniofacial Surgery* 2014;25:822-827
- Pellicer Chover H., Peñarrocha Oltra D., Bagán L., Fichy Fernandez A.J., Canullo L., Peñarrocha Diago M.; Single-blind randomized clinical trial to evaluate clinical and radiological outcomes after one year of immediate versus delayed implant placement supporting full-arch prostheses; *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*, 2014; 19: e295-301
- Morandini E.; La precisione nel cr.co. laser sinterizzato rivestito in ceramica parte 2; *NumeriUno*, 2014;18: 16-19
- De Santis E., Lang N.P., Favero G., Beolchini M., Morelli F., Botticelli D.; Healing at mandibular block-grafted sites. an experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, 2014; 00:1-7; doi: 10.1111/clr.12434
- Cocchetto R.; Improved cementation technique for implant restorations to avoid peri-implant cement remnants: clinical and microscopical evaluation with two different abutment design; *Clinical Oral Implants Research* 2014; 25(Suppl. 10); Doi 10.1111 clr.12458\_94
- J. Viña Almunia; Microbial colonization of the implant connection with cemented versus screw-retained suprastructures  
*Clinical Oral Implants Research*, 2014; 25; DOI 10.1111/clr.12458\_91
- Ciccù M., Bramanti E., Maticena G., Guglielmino E., Risitano G.; Fem evaluation of cemented-retained versus screw-retained dental implant single-tooth crown prosthesis; *International Journal of Clinical and Experimental Medicine* 2014; 7(4):817-825
- Vischia F., Roncoroni F.; Ortodonzia protesica mediante tecnica B.O.P.T.; *Numeri Uno*, 2014;19:19-21
- Loi I.; Tecnica B.O.P.T. su denti e impianti per la riabilitazione di un'arcata completa; *Numeri Uno*, 2014;18:21-22
- Vedove F.; Riabilitazione di elemento singolo in zona estetica con impianto Prama; *Numeri Uno*, 2014;20:18-19
- Gorni F.; Riabilitazione di elemento singolo in zona estetica con impianto Prama RF; *Numeri Uno*, 2014;20:16-17
- Andreoni D.; Riabilitazione di elemento singolo in posizione 4.6 con impianto Prama; *Numeri Uno*, 2014; 20: 20-21
- Sandri L.P.; Utilizzo clinico dei nuovi impianti Prama: inserimento e riabilitazione con un singolo impianto; *Numeri Uno* 2014; 20:22-24
- Loi I.; Riabilitazione implanto-protesica di elemento incisivo frontale con impianto Prama; *Numeri Uno*, 2014; 20:12-13
- Loi I.; Riabilitazione implanto-protesica di ponte distale con impianti Prama; *Numeri Uno*, 2014; 20:14-15
- Canullo L., Peñarrocha Oltra D., Marchionni S., Bagán L., Peñarrocha Diago M.A., Micarelli C.; Soft tissue cell adhesion to titanium abutments after different cleaning procedures: preliminary results of a randomized clinical trial; *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal* 2014;19(2):e177-83
- Canullo L., Micarelli C., Bettazzoni L., Magnelli A., Baldissara P.; Shear bond strength of veneering porcelain to zirconia after argon plasma treatment; *The International Journal of Prosthodontics* 2014;27(2):137-139; doi: 10.11607/ijp.3722
- Canullo L., Micarelli C., Bettazzoni L., Koçi B., Baldissara P.; Zirconia-composite bonding after plasma of argon treatment; *The International Journal of Prosthodontics* 2014; 27:267-269; doi: 10.11607/ijp.3686
- Marchetti E., Ratta S., Mummolo S., Tecco S., Pecci R., Bedini R., Marzo G.; Evaluation of an endosseous oral implant system according to uni en iso 14801 fatigue test protocol; *Implant Dentistry*, 2014, Early View in ahead of print; doi: 10.1097/id.151
- Crespi R., Capparè P., Gastaldi G., Gherlone E.F.; Immediate occlusal loading of full-arch rehabilitations: screw-retained versus cement-retained prosthesis. an 8 year clinical evaluation; *International Journal of Oral & Maxillofacial Implants* 2014;29:1406-1411; doi: 10.11607/jomi.3746
- Peñarrocha Oltra D., Candel Martí M.E., Peñarrocha Diago M., Agustín-Panadero R., Canullo L., Peñarrocha Diago M.A.; The horizontal denture: a prosthodontic alternative for patients with severe maxillary atrophy. a technical note; *Journal of Oral Implantology* 2014; 8 [Epub ahead of print]
- Gaspari L.; Tecnica conometrica con provvisorio elettrosaldato per carico immediato; *Italian Dental Journal* 2014; 29, agosto
- Gaspari L.; Implantopotesi conometrica elettrosaldata chairside a carico immediato - caso clinico; *Numeri Uno* 2014;18:12-14
- Pradies Ramiro G., Abad Coronel C., García Martínez I., Ferreiroa Navarro A.; Impresiones fiables: dos propuestas para un mismo objetivo; *Numeri Uno* 2014; 01:6-9
- Beolchini M., Lang N.L., Ricci E., Bengazi F., Garcia Triana B., Botticelli D.; Influence on alveolar resorption of the buccal bony plate width in the edentulous ridge expansion (e.r.e.) – an experimental study in the dog; *Clinical Oral Implant Research*, 2013; 00:1-6 ;doi: 10.1111/clr.12308
- Petrillo N.; Carico immediato full-arch mascellare e mandibolare: un nuovo approccio chirurgico e protesico; *Il Dentista Moderno*, 2013, Novembre: 82-96
- Sisti A., Mottola M.P., Mottola P.; Riabilitazione bilaterale con chirurgia guidata; *Numeri Uno*, 2013; 16:16-18
- Ponzi A.; Echoplan: accuracy dell'implantologia guidata; *Numeri Uno*, 2013;16:12-13
- Morandini E.; La precisione nel cr.co. laser sinterizzato rivestito in ceramica parte 1; *NumeriUno*, 2013; 17: 9-11
- Figliuzzi M. M., De Fazio R., Tiano R., Scordamaglia F., Fortunato L.; Riabilitazione con impianto post-estrattivo immediato in zona estetica: case report; *Numeri Uno*, 17, 2013, 21-22
- Canullo L., Cicchese P., Marinotti F.; Riabilitazione implanto-supportata di entrambi i mascellari edentuli con carico immediato; *Numeri Uno*, 2013; 16, 14-15
- Beolchini M., Lang N.L., Viganò P., Bengazi F., Triana B.G., Botticelli D.; The edentulous ridge expansion (ere) technique an experimental study in the dog; *Clinical Oral Implant Research*, 2013; 25:1207-1211; doi: 10.1111/clr.12263. Epub 2013 Sep 12
- Bengazi F., Botticelli D., Favero V., Perini A., Urbizo Velez J., Lang N.P.; Influence of presence or absence of keratinized mucosa on the alveolar bony crest level as it relates to different buccal marginal bone thicknesses. an experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, 2014; 25:1065-71 ;doi: 10.1111/clr.12233. Epub 2013 Jul 29.
- Crespi R., Capparè P., Gherlone E.F.; Electrical mallet in implants placed in fresh extraction sockets with simultaneous osteotome sinus floor elevation; *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants* 2013;28:869-874; doi: 10.11607/jomi.2679
- Crespi R., Capparè P., Gherlone E.F.; Electrical mallet provides essential advantages in split-crest and immediate implant placement; *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2014;18:59-64; doi: 10.1007/s10006-013-0389-2. Epub 2013 Jan 18
- Csonka M.; Split crest di una cresta molto sottile con il magnetic mallet; *Numeri Uno*, 2013,16:22-23
- Calesini G., Scipioni A.; Approccio rigenerativo sistematico finalizzato all'integrazione morfo-funzionale in implantopotesi  
*Numeri Uno*, 16: 6-9, 2013
- Bressan E., Lang N.P., Corazza B., Rizzi S., Almagro Urrutia Z., Botticelli D.; The platform switching concept revisited. an experimental study in dogs. *Clinical Oral Implant Research*, 2013; 00:1-7; doi: 10.1111/clr.12262
- Corrente G., Abundo R., Greppi M., Perelli M., Villa A.; Posizionamento e ricostruzione dei tessuti duri e molli: un protocollo semplificato; *Numeri Uno*, 2013, 17:14-17
- Guidi R., Viscioni A., Dattola F., Carinci F.; Dental implants inserted in native bone: cases series analyses.; *Dental Research Journal* 2012;9:s175-180; doi: 10.4103/1735-3327.109747

- Canullo L., Cicchese P., Marinotti F.; Valutazione di una procedura clinica e tecnica per la riabilitazione di mascellari edentuli; *Il dentista moderno*, 2012; Marzo: 86-102
- Covani U., Ricci M., Tonelli P., Barone A.; An evaluation of new designs in implant-abutment connections: a finite element method assessment; *Implant Dentistry* / volume 22, Number 3 2013; DOI: 10.1097/ID.0b013e318292625f
- Micarelli C., Canullo L., Grusovin M.G., Peñarrocha Oltra D.; Cell adhesion to titanium abutments after different cleaning procedures; *Clinical Oral Implants Research* 2013;24,79-102 (Suppl. 9); doi: 10.11607/jomi.2664
- Canullo L., Peñarrocha Oltra D., Covani U., Micarelli C., Massidda O.; Hard tissue response to plasma of argon cleaning treatment on titanium abutments: 2-year follow-up rct; *Clinical Oral Implants Research* 2013; 24:27-47 (Suppl. 9)
- Canullo L., Peñarrocha Oltra D., Micarelli C., Massidda O., Bazzoli M.; Risposta dei tessuti duri alla pulizia con plasma di argon/sterilizzazione di pilastri in titanio individualizzati, vs pulizia di 5 secondi con vapore: risultati di un studio controllato randomizzato in pazienti con una situazione parodontale favorevole con follow-up a 2 anni dal carico; *European Journal of Oral Implantology* 2013;6(3):251-60
- Canullo L., Peñarrocha Oltra D., Clementini M., Iannello G., Micarelli C.; impact of plasma of argon cleaning treatment on implant abutments in patients with a history of periodontal disease and thin biotype: radiographic results at 24-month follow-up of a rct; *Clinical Oral Implants Research* 2015;26(1):8-14; doi: 10.1111/clar.12290. Epub 2013 Nov 6
- Canullo L., Cassinelli C., Götz W., Tarnow D.; Plasma of argon accelerates murine fibroblast adhesion in early stages of titanium disk colonization; *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants* 2013;28(4):957-62; doi: 10.11607/jomi.2664
- Avellino W., De Maria A., Milan U., Tamagnone L., Delle Rose D.; Direct prosthetic framework (D.P.F.)  
Numeri Uno, 2013; 17:18-20
- Agustín Panadero R., Fons Font A., Román Rodríguez J.L., Solá Ruiz M.F., Cebriá J.R.; Sobredentadura implantosoportada de inserción horizontal; *Gaceta Dental* 249, 2013; 100-112
- Sandri L.P.; Preparazione protesica mediante tecnica B.O.P.T.: caso clinico; *Numeri Uno*, 2013;17:6-8
- Canullo L., Cicchese P., Marinotti F., Sisti A.; Strategia protesica minimamente invasiva negli impianti post-estrattivi: posizionamento e avvitamento; *Il Dentista Moderno*, 2011, Dicembre: 46-54
- Bengazi F, Lang NP, Caroprese M, Velez JU, Favero V, Botticelli D; Dimensional changes in soft tissues around dental implants following free gingival grafting: an experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research* 26, 176-182, 2015, doi: 10.1111/clar.12280
- Micarelli C, Canullo L, Giuliano I.; Implant/abutment connection deformation after prosthetics procedures - an in vitro study ; *International Journal of Prosthodontics*, 1-9,2014, Early view in ahead of print, accepted July 21st, 2015 doi to be attributed
- Peñarrocha-Oltra D, Covani U, Peñarrocha M, Peñarrocha-Diago M.; Immediate versus conventional loading with fixed full-arch prostheses in mandibles with failing dentition: a prospective controlled study; *International Journal of Oral and Maxillofacial Implants* 30, 2015:427-434; doi: 10.11607/jomi.3534
- Prati C, Zamparini F, Ciulla A, Buonavoglia A, Gatto MR, Piattelli A, Gandolfi MG; Evaluation of marginal bone level of Premium implants; XXIII Congress SIO, Milano 6-7 febbraio Poster; 2015
- Gandolfi MG, Siboni F, Piattelli A, Prati C; Nano-topography, microchemical properties and calcium phosphate nucleation of Premium implants; 30th Annual Congress, American Academy of Osseointegration, San Francisco, 12-14 March Poster, 2015 Id 2088727
- Guazzotti PP; Carico immediato di impianti post estrattivi: presentazione di un caso clinico full-arch; *Doctor Os*, XXVI, 01, gennaio 24-29; 2015
- Penarrocha-Oltra D, Rossetti PHO, Covani U, Galluccio F, Canullo L; Microbial leakage at the implant/abutment connection due to implant insertion maneuvers: cross-sectional study 5 years post loading in healthy patients.; *Journal of Oral Implantology*, accepted for publication January 2015
- Agustín-Panadero R., Serra-Pastor B., Chust-López C., Fons-Font A., Ferreira A. ; Immediate placement of single implant simultaneously with immediate loading in a fresh socket associated to periapical infection: A clinical case report; *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*. ;7(1), 2015:175-9
- Canullo L., Peñarrocha-Oltra D., Covani U., Botticelli D., Serino G., Peñarrocha M.; Clinical and microbiological findings in patients with peri-implantitis: a cross-sectional study; *Clinical Oral Implant Research*, 00, 1-7,2015 ; doi: 10.1111/clar.12557
- Mainetti T, Lang NP, Bengazi F, Favero V, Soto Cantero L, Botticelli D; Sequential healing at implants installed immediately into extraction sockets. An experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, 00, 1-9, 2014, doi: 10.1111/clar.12533
- Beolchini M, Lang NP, Gomez Moreno G, Iezzi G, Botticelli D, Calvo Guirado JL; Bone healing at implants with different surface configuration: an experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research* 00, 1-7, 2015, doi: 10.1111/clar.12562
- Borgia V, Alfonsi F, Toti P, Tonelli P, Covani U, Barone A; Immediate restoration of post-extraction implants. A 7 years prospective single cohort study.; 30th Annual Congress, American Academy of Osseointegration, San Francisco, 12-14 March Poster ; 2015
- Kern JS, Kern T, Wolfart S, Heussen N; A systematic review and meta-analysis of removable and fixed implant-supported prostheses in edentulous jaws: post-loading implant loss; *Clinical Oral Implant Research*, 00, 1-22, 2015, doi: 10.1111/clar.12531
- Crespi R, Bruschi GB, Gastaldi G, Cappare P, Gherlone EF ; Immediate loaded implants in split-crest procedure; *Clin Implant Dent Relat Res.*, Mar 17. 2015 doi: 10.1111/cid.12316
- Martín Anciburo Miguel Ángel; Rehabilitación unitaria implantosoportada utilizando la técnica B.O.P.T.; *Numeri Uno* 04, 2015: 11-14
- Requena Gómez E., Cervantes Haro MN, Aragonese Lamas JM ; ¿Es la cirugía guiada junto a la carga inmediata una técnica predecible? A propósito de un caso clínico; *Numeri Uno* 04, 2015: 16-19
- Canullo L, Peñarrocha-Oltra D, Marchionni S, Bagán L, Peñarrocha-Diago MA, Micarelli C.; Soft tissue cell adhesion to titanium abutments after different cleaning procedures: Preliminary results of a randomized clinical trial.; *Medicina Oral y Patología Oral Cirugía Bucal*, published on line 2013 Oct 13, 2014 Mar 1;19(2): el 77-83, doi: 10.4317/medoral.19329
- Pellicer-Chover H, Peñarrocha-Oltra D, Bagán L, Fichy-Fernandez AJ, Canullo L, Peñarrocha-Diago M; Single blind randomized clinical trial to evaluate clinical and radiological outcomes after one year of immediate versus delayed implant placement supporting full-arch prosthesis; *Medicina Oral y Patología Oral Cirugía Bucal*, 1; 19(3), 2014: 295-301, doi: 10.4317/medoral.19536
- Crespi R, Cappare P, Polizzi E, Gherlone E; Fresh-socket implants of different collar length: Clinical evaluation in the aesthetic zone; *Clinical Implant Dentistry and Related research*, 00, 2014 : 1-8, early view in ahead of print, first published on line 7 Feb 2014 doi 10.1111/cid.12202
- Negri B, López Marí M, Maté Sánchez de Val JE, Iezzi G, Bravo González LA, Calvo Guirado JL; Biological width formation to immediate implants placed at different levels in relation to the crestal bone - an experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, 00, 2014: 1-11, Early view in ahead of print, accepted 06 January 2014 doi 10.1111/clar.12345,
- Strietzel FP, Neumann K, Hertel M ; Impact of platform switching on marginal peri-implant bone-level changes. A systematic review and meta-analysis; *Clinical Oral Implant Research*, 00, 2014: 1-16, Early view in ahead of print, accepted 11 December 2013, doi 10.1111/clar.123339
- Peñarrocha-Oltra D, Candel-Martí E, Peñarrocha-Diago M, Agustín-Panadero R, Canullo L, Peñarrocha M; The Horizontal Denture®: a prosthodontic alternative for Severe Maxillary Atrophy. A technical note; *Journal of Oral Implantology*, Early view in ahead of print, accepted 8 January 2014, 2014
- Maiorana C, Farronato D, Pieroni S, Cicciù M, Andreoni D, Santoro F; A four-year survival rate multicenter prospective clinical study on 377 implants - correlations between implant insertion torque, diameter and bone quality; *Journal of Oral Implantology*, 2014, Early view in ahead of print, accepted 11 February 2014
- Canullo L, Peñarrocha-Oltra D, Soldini C, Mazzocco F, Peñarrocha M, Covani U; Microbiological assessment of the implant-abutment interface in different connections: cross-sectional study after 5 years of functional loading; *Clinical Oral Implant Research*, 00, 2014: 1-9, Early view in ahead of print, accepted 22 February 2014, doi 10.1111/clar.12383
- Mainetti T, Lang N, Bengazi F, Sbricoli L, Soto Cantero L, Botticelli D.; Immediate loading of implants installed in a healed alveolar bony ridge or immediately after tooth extraction: an experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, 00, 2014: 1-8, Early view in ahead of print, accepted 5 March 2014, doi 10.1111/clar.12389
- Engelhardt S, Papacosta S, Rathe F, Ozen J, Jansen J.A., Junker R.; Annual failure rates and marginal bone-level changes of immediate compared to conventional loading of dental implants. A systematic review of the literature and meta-analysis; *Clinical Oral Implant Research*, 00, 2014: 1-17, Early view in ahead of print, accepted 9 February 2014, doi 10.1111/clar.12363
- Bruschi GB, Crespi R, Cappare P, Grande N, Bruschi E, Gherlone E; Radiographic evaluation of crestal bone levels of delayed implants at 5 medium term follow up; *International Journal of Oral & Maxillofacial Implants*, 29;2014: 441-447 doi 10.11607/jomi.3254
- Sbordone C, Toti P, Martuscelli R, Guidetti F, Sbordone L, Ramaglia L; A 5-year implant follow-up in maxillary and mandibular horizontal osseous onlay grafts and native bone; *Journal of Oral Implantology*, Early view in ahead of print, accepted 4 March 2014; 2014

- Canullo L, Micarelli C, Bettazzoni L, Magnelli A, Baldissara P; Shear bond strength of veneering porcelain to zirconia after argon plasma treatment; *International Journal of Prosthodontics*, Mar-Apr, 27(2), 2014; 137-9, 2014 doi: 10.11607/ijp.3722
- Canullo L, Micarelli C, Bettazzoni L, Koçi B, Baldissara P; Zirconia-Composite bonding after plasma of argon treatment; *International Journal of Prosthodontics*, 27:267-269, 2014, doi: 10.11607/ijp.3686
- Peñarrocha-Oltra D, Peñarrocha-Diago M, Canullo L, Covani U, Peñarrocha Miguel; Patient-reported outcomes of immediate versus conventional loading with fixed full-arch prostheses in the maxilla: a non-randomized controlled prospective study; *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants*, 29 (3), 690-698; 2014
- Covani U, Canullo L, Toti P, Alfonsi F, Barone A; Tissue stability of implants placed in fresh extraction sockets - a 5 year prospective single cohort study; *Journal of Periodontology*, 85: 323-332, 2014, doi 10.1902/jop2014.140175
- De Santis E, Lang NP, Favero G, Beolchini M, Morelli F, Botticelli D.; Healing at mandibular block-grafted sites. An experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, 00, 2014: 1-7, Early view in ahead of print, accepted 17 May 2014, doi 10.1111/clr.12434
- Crespi R, Bruschi GB, Cappare P, Gherlone E.; The utility of the electric mallet; *The Journal of Craniofacial Surgery*, 25 May (3), 793-795, 2014, doi 10.1097/SCS.0000000000000523;2014
- Covani U, Marconcini S, Ferrini F, Gelpi F, Finotti M, Barone A.; Post-traumatic use of dental implants immediately after tooth extraction - clinical study; *The Journal of Craniofacial Surgery*, 25 May (3), 796-798, 2014, doi 10.1097/SCS.0000000000000522
- Calesini G, Zarone F, Sorrentino R, Micarelli C, Fabianelli A, Pacpacchini F, Gherlone E.; Effect of 2 impression techniques on the dimensional accuracy of working implant prosthesis models - an in vitro study; *The Journal of Craniofacial Surgery*, 25 May (3), 822-827, 2014, doi 10.1097/SCS.0000000000000715
- Quaranta A, Andreana S, Pompa G, Procaccini M; Active implant peri-apical lesion - a case report treated via guided bone regeneration with a 5-year clinical and radiographic follow-up; *Journal of Oral Implantology*, 40 (3), 313-319, 2014, doi: 10.1563/AJ.OI.D.11.00214
- J. Viña-Almunia ; Microbial colonization of the implant connection with cemented versus screw-retained suprastructures; Oral presentation, Clinical research - Prosthodontically oriented
- EAO Congress, Rome 25-27 September 2014, *Clinical Oral Implant Research*, 25 (suppl. 10), 93, 2014
- Cocchetto R.; Improved cementation technique for implant restorations to avoid periimplant cement remnants: clinical and microscopic evaluation with two different abutment design; Oral presentation, Clinical research - Prosthodontically oriented
- EAO Congress, Rome 25-27 September 2014, *Clinical Oral Implant Research*, 25 (suppl. 10), 96; 2014
- Agustín-Panadero R, Serra-Pastor B, Roig-Vanaclocha A, Román-Rodríguez JL, Fons-Font A; Mechanical behavior of provisional implant prosthetic abutments; *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*, 1-9, 2014, Early view in ahead of print, accepted July 2014, doi 10.4317/medoral.19958,
- Micarelli C, Canullo L, Giuliano I.; Implant/abutment connection deformation after prosthetic procedures - an in vitro study ; *International Journal of Prosthodontics*, 1-9,2014, Early view in ahead of print, accepted July 21st, 2015 doi to be attributed
- Kinaia BM, Shah M, Neely AL, Goodies HE; Crestal bone level changes around immediately placed implants - A systematic review and meta-analyses with at least 12 months follow up after functional loading; *Journal of Periodontology*, 2014, early view in ahead of print, doi: 10.1902/jop2014.130722;2014
- Cicciù M, Bramanti E, Maticena G, Guglielmino E, Risistano G.; FEM evaluation of cemented-retained versus screw-retained dental implant single-tooth crown prosthesis; *International Journal of Clinical and Experimental Medicine* 7(4) , 2014: 817-825; doi: 1940-5901. ijcem.1402025
- Crespi R, Cappare P, Polizzi EM, Gherlone EF.; Tissue remodeling after bone expansion in grafted and ungrafted sockets; *The International Journal of Oral and Maxillofacial Implants*, 29, 2014: 699-704, , doi: 10.11607/jomi.3535
- Bruschi GB, Crespi R, Cappare P, Gherlone E.; Clinical Study of flap design to increase the keratinized gingiva around implants - a 4 year follow-up; *Journal of Oral Implantology*, 40(4) , 2014: 459-464, doi: 10.1563/aaid-joi-d-11-00236
- Romanos GR, Javed F.; Platform switching minimises crestal bone loss around dental implants - truth or myth?; *Journal of Oral Rehabilitation*, 2014, early view in ahead of printing, accepted for publication 30 April 2014, doi 10.1111/joor.12189
- Gaspari L.; Tecnica conometrica con provvisorio elettrosaldato per carico immediato; *Italian Dental Journal*, agosto, 29; 2014
- Lumetti S, Galli C, Smerieri A, Macaluso G, Manfredi E, Ghiacci G, Di Blasio A, Megri M.; The effect of age, gender and insertion site on marginal bone loss around endosseous implants: results for a 3 year trial; Poster, EAO Congress, Rome 25-27 September 2014, *Clinical Oral Implant Research*, 25 (suppl. 10), 440; 2014
- Lumetti S, Di Blasio A, Manfredi E, Ghiacci G, Toffoli A, Bonanini M, Macaluso G, Galli C.; Implant surface microtopography affects the patten of cell growth, cell-to-cell contacts and the expression of Connexin 43; Poster, EAO Congress, Rome 25-27 September 2014, *Clinical Oral Implant Research*, 25 (suppl. 10), 222; 2014
- Caneva M, Lang NP, Calvo Guirado JL, Spriano AM, Iezzi G, Botticelli D.; Bone healing at bicortically installed implants with different surface configurations. An experimental study in rabbits; *Clinical Oral Implant Research*, 00, 2014: 1-7, Early view in ahead of printing, accepted 29 July 2014, doi:10.1111/clr.12475
- D'Ercole S, Tripodi D, Marzo G, Bernardi S, Continenza MA, Piattelli A, Iaculli F, Mummolo S.; Microleakage of bacteria in different implant-abutment assemblies: an in vitro study; *Journal of Applied Biomaterial and Functional Materials*, 2014, accepted June 12, 2014, doi: 105301/jabfm.5000214
- Peñarrocha-Oltra D, Peñarrocha-Diago M, Aloy-Prosper A, Covani U, Peñarrocha M.; Immediate versus conventional loading of complete-arch implant-supported prostheses in mandibles with failing dentition: a patient centered controlled prospective study; *Journal of oral and Maxillofacial Implants*, submitted; 2014
- Bowen Antolín A, Ariño B, Arlandi Garrido M.; Regeneración ósea periimplantaria con fosfato de calcio bifásico y ácido poliláctico; *Gaceta Dental*, 260(7), 2014: 174-186;
- Morelli F, Lang NP, Bengazi F, Baffone D, Vila Morales CD, Botticelli D.; Influence of bone marrow on osseointegration in long bones: an experimental study in sheep; *Clinical Oral Implant Research*, 00, 1-7, 2014, Early view in ahead of printing, accepted 29 August 2014, doi:10.1111/clr.12487
- Marchetti E, Ratta S, Mummolo S, Tecco S, Pecci R, Bedini R, Marzo G.; Evaluation of an endosseous oral implant system according to UNI EN ISO 14801 Fatigue Test Protocol; *Implant Dentistry*, 2014, Early View in ahead of print, doi: 10.1097/id.151
- Negri M, Galli C, Smerieri A, Macaluso GM, Manfredi E, Ghiacci G, Toffoli A, Bonanini M, Lumetti S; The effect of age, gender and insertion site on marginal bone loss around endosseous implants: results from a 3-year trial with Premium Implant System; *BioMed research International*, Volume 2014, Article ID 369051, 7 pages, doi.org/10.1155/2014/369051
- Esposito M, Ardebili Y, Worthington HV; Interventions for replacing missing teeth: different types of dental implants (Review); *The Cochrane Collaboration*, John Wiley and Sons, Ltd; 2014
- Mainetti T, Lang NP, Bengazi F, Favero V, Soto Cantero L, Botticelli D; Sequential healing at implants installed immediately into extraction sockets. An experimental study in dogs; *Clinical Oral Implant Research*, 00, 1-9, 2014, doi: 10.1111/clr.12533
- Crespi R, Cappare P, Gastaldi G, Gherlone EF; Immediate Occlusal loading of full-arch rehabilitations: screw-retained versus cement-retained prosthesis. An 8 year clinical evaluation; *International Journal of Oral & Maxillofacial Implants* 29, 2014:1406-1411; doi: 10.11607/jomi.3746
- Pradiés Ramiro G., Abad Coronel C., García Martínez I., Ferreiroa Navarro A.; Impresiones fiables: dos propuestas para un mismo objetivo; *Numeri Uno*, 01, 2014, 6-9
- Machín Muñoz A.; Regeneración ósea y gingival en implantes inmediatos post-extracción; *Numeri Uno* 01 , 2014: 20-21
- Loi I.; Riabilitazione impianto-protetica di elemento incisivo frontale con impianto Prama; *Numeri Uno* 20, 2014: 12-13
- Loi I.; Riabilitazione impianto-protetica di ponte distale con impianti Prama; *Numeri Uno* 20, 2014: 14-15
- Gorni F.; Riabilitazione di elemento singolo in zona estetica con impianto Prama RF; *Numeri Uno* 20, 2014: 16-17
- Vedove F.; Riabilitazione di elemento singolo in zona estetica con impianto Prama; *Numeri Uno* 20, 2014: 18-19
- Andreoni D.; Riabilitazione di elemento singolo in posizione 4.6 con impianto Prama; *Numeri Uno* 20, 2014: 20-21
- Sandri L.P.; Utilizzo clinico dei nuovi impianti Prama: inserimento e riabilitazione con un singolo impianto; *Numeri Uno* 20, 2014: 22-24
- Csonka M.; Trattamento implantologico delle creste sottili: Split Crest o GBR?; *Numeri Uno* 19, 2014: 12-14
- Vischia F., Roncoroni F.; Ortodonzia protesica mediante tecnica B.O.P.T.; *Numeri Uno* 19, 2014: 19-21
- Schirripa G., Schirripa F.; Carico immediato; *Numeri Uno* 19, 2014: 22-24
- Baldi D., Colombo J., Pera P., Hauschild U.; Una tecnica minimamente invasiva: implantologia con utilizzo di impianti a diametro ridotto e tecniche CAD CAM per una provvisorizzazione a lungo termine; *Numeri Uno* 18, 2014: 6-9
- Gaspari L.; Implantoprotesi conometrica elettrosaldato chairside a carico immediato - caso clinico; *Numeri Uno*, 18, 2014:12-14
- Loi I.; Tecnica B.O.P.T. su denti e impianti per la riabilitazione di un'arcata completa; *Numeri Uno* 18 , 2014:21-22

- Morandini E. ; La precisione nel Cr.Co. laser sinterizzato rivestito in ceramica; NumeriUno 17, 2013: 9-11 - NumeriUno 18, 2014: 16-19
- Loi I.; Técnica B.O.P.T. sobre dientes naturales; Numeri Uno 02, 2014: 8-9
- Loi I.;Técnica B.O.P.T. sobre dientes e implantes para la rehabilitación de los dos arcos completos;Numeri Uno 02, 2014 : 14
- Canullo L, Cassinelli C, Goetz W, Tarnow D; Il plasma di argon accelera l'adesione dei fibroblasti murini nelle fasi precoci della colonizzazione di dischetti in titanio; International Journal of Oral and Maxillofacial Implants 2013; 28: 957-962. DOI: 10.11607/jomi.2664
- Bengazi F, Botticelli D, Favero V, Perini A, Urbizo Velez J, Lang NP ; Influence of presence or absence of keratinized mucosa on the alveolar bony crest level as it relates to different buccal margin bone thicknesses. An experimental study in dogs; Clinical Oral Implant Research, 00, 2013, 1-7, Accepted 26 June 2013, first published on line on 29/07/2013, DOI 10.1111/clr.12233
- Peñarrocha-Oltra D, Covani U, Aparicio A, Ata-Ali J, Peñarrocha-Diago Miguel, Peñarrocha-Diago María; Immediate versus conventional loading for the maxilla with implants placed into fresh and healed extraction sites to support a full-arch fixed prosthesis: nonrandomized controlled clinical study; International Journal of Oral and Maxillofacial Implants 2013; 28: 1116-1124 DOI: 10.11607/jomi.3119
- Covani U, Ricci M, Tonelli P, Barone A; An evaluation of new designs in implant-abutment connections: a finite element method assessment; Implant Dentistry, 2013, Jun22(3): 263-267, DOI 10.1097/ID.0b013e318292625f
- Crespi R, Capparè P, Gherlone EF, ; Electrical mallet in implants placed in fresh extraction sockets with simultaneous osteotome sinus floor elevation; International Journal of Oral and Maxillofacial Implants, 2013; 28(3): 869-874, doi: 10.11607/jomi.2679
- Panadero RA, Fons Font A, Granell Ruiz M, Román Rodríguez JL, Solá Ruíz MF, Rubio Cebriá J; Sobredentadura implantosoportada de inserción horizontal; Gaceta Dental, 249: 100-112, 2013
- Beolchini M, Lang NL, Viganò P, Bengazi F, Triana BG, Botticelli D; The edentulous ridge expansion (ERE) technique - an experimental study in dogs; Clinical Oral Implant research, 2013: 1-7, published on line early view in ahead of print in September 2013, doi: 10.1111/clr.12262
- Bressan E., Lang NP, Corazza B, Rizzi S, Almagro Urrutia Z, Botticelli D; The Platform Switching concept revisited. An experimental study in dogs; Clinical Oral Implant research, 2013: 1-5, published on line early view in ahead of print in September 2013, doi: 10.1111/clr.12263
- Crespi R, Capparè P, Gherlone EF, ; Electrical mallet provides essential advantages in split-crest and immediate implant placement ;Oral and Maxillofacial Surgery, 2013, (18): published on line early view in ahead of print in January 2013, doi: 10.1007/s10006-013-0389-2
- Canullo L, Peñarrocha-Oltra D, Marchionni S, Bagán L, Peñarrocha-Diago MA, Micarelli C.; Soft tissue cell adhesion to titanium abutments after different cleaning procedures: Preliminary results of a randomized clinical trial.; Medicina Oral y Patología Oral Cirugía Bucal, published on line 2013 Oct 13, 2014 Mar 1;19(2): el 77-83, doi: 10.4317/medoral.19329
- Canullo L, Peñarrocha D, Peñarrocha M, Rocío A-G, Peñarrocha-Diago M.; Piezoelectric vs. conventional drilling in implant site preparation: pilot controlled randomized clinical trial with crossover design.; Clinical Oral Implant Research 00, 2013, 1-8, published on line early view in ahead of print in October 2013, doi: 10.1111/clr.12278
- Micarelli C, Canullo L, Grusovin MG, Peñarrocha Oltra D, ;Cell adhesion to titanium abutments after different cleaning procedures; Clinical Oral Implant Research, 24(Suppl.9), 2013 : 79-102
- Canullo L, Peñarrocha D, Covani U, Micarelli C, Massidda O, ; Hard Tissue response to plasma of argon cleaning treatment on titanium abutments - 2 year follow-up RCT; Clinical Oral Implant Research, 24(Suppl.9), 27-47 , 2013
- De Risi V, Clementini M, Vittorini G, Mannocci A, De Sanctis M; Alveolar ridge preservation techniques: a systematic review and meta-analysis of histological and histomorphometrical data; Clinical Oral Implant Research, 00, 2013: 000-000, Early view in ahead of print, accepted September 2013, doi 10.1111/clr.12288
- Canullo L, Peñarrocha D, Clementini M, Iannello G, Micarelli C; Impact of plasma of argon cleaning treatment on implant abutments in patients with a history of periodontal disease and thin biotype - radiographic results at 24 months follow-up of a RCT; Clinical Oral Implant Research, 00, 2013: 000-000, Early view in ahead of print, accepted 18 September 2013, doi 10.1111/clr.12290
- Canullo L, Peñarrocha D, Micarelli C, Massidda O, Bazzoli M; Hard tissue response to argon plasma cleaning / sterilization of customized titanium abutments versus 5-second steam cleaning: results of a 2-year post-loading follow-up from an explanatory randomized controlled trial in periodontally healthy patients; European Journal of Oral Implantology, Autumn ; 6(3), 2013:251-60
- Petrillo N.; Carico immediato full arch mascellare e mandibolare: un nuovo approccio chirurgico e protesico; Il Dentista Moderno, 2013 Novembre 2013: 82-96
- Baffone G, Lang NP, Pantani F, Favero G, Ferri M, Botticelli D; Hard and soft tissue changes around implants installed in regular-sized and reduced alveolar bony ridges. An experimental study in dogs; Clinical Oral Implant Research, 00, Early view in ahead of print, accepted 28 October 2013: 1-6, doi 10.1111/clr.12306
- Beolchini M, Lang NL, Ricci E, Bengazi F, Garcia Triana B, Botticelli D; Influence on alveolar resorption of the buccal bony plate width in the edentulous ridge expansion (E.R.E.) - an experimental study in the dog; Clinical Oral Implant Research, 00, 2013: 1-6, Early view in ahead of print, accepted 28 October 2013doi 10.1111/clr.12308
- Strietzel FP, Neumann K, Hertel M ; Impact of platform switching on marginal peri-implant bone-level changes. A systematic review and meta-analysis; Clinical Oral Implant Research, 00, 2014: 1-16, Early view in ahead of print, accepted 11 December 2013, doi 10.1111/clr.123339
- Morandini E. ; La precisione nel Cr.Co. laser sinterizzato rivestito in ceramica; NumeriUno 17, 2013: 9-11 - NumeriUno 18, 2014: 16-19
- Sandri L.P. ; Preparazione protesica mediante tecnica B.O.P.T.: caso clinico; Numeri Uno 17, 2013 :6-8
- Corrente G., Abundo R., Greppi M., Perelli M., Villa A.; Posizionamento e ricostruzione dei tessuti duri e molli: un protocollo semplificato; Numeri Uno 17, 2013:14-17
- Avellino W., De Maria A., Milan U., Tamagnone L., Delle Rose D.; Direct Prosthetic Framework (D.P.F.); Numeri Uno, 17, 2013: 18-20
- Figliuzzi M. M., De Fazio R., Tiano R., Scordamaglia F., Fortunato L.; Riabilitazione con impianto post-estrattivo immediato in zona estetica: Case Report; Numeri Uno 17, 2013:21-22
- Fadda M.; Caso clinico con M.F. Extrusion; Numeri Uno, 17, 2013:26
- Cardarelli F.; Effetti dentofacciali della terapia ortodontica in dentizione mista per la correzione delle II Classi; Numeri Uno 17, 2013: 28-31
- Calesini G., Scipioni A.; Approccio rigenerativo sistematico finalizzato all'integrazione morfo-funzionale in implantopotesi; Numeri Uno 16, 2013: 6-9
- Ponzi A.; Echo Plan: accuracy dell'implantologia guidata; Numeri Uno 16, 2013: 12-13
- Canullo L., Cicchese P., Marinotti F.; Riabilitazione implanto-supportata di entrambi i mascellari edentuli con carico immediato; Numeri Uno 16, 2013: 14-15
- Sisti A., Mottola M.P., Mottola P.; Riabilitazione bilaterale con chirurgia guidata; Numeri Uno 16, 2013: 16-18
- Csonka M.; Split crest di una cresta molto sottile con il Magnetic Mallet; Numeri Uno 16, 2013: 22-23
- Guidi R, Viscioni A, Dattola F, Carinci F; Dental implants inserted in native bone: cases series analyses; Dental Research Journal, 12(9), Issue 8 (Suppl Issue 2), 175-180; 2012
- Canullo L, Cicchese P, Marinotti F, ; Valutazione di una procedura clinica e tecnica per la riabilitazione dei mascellari edentuli; Il Dentista Moderno, Marzo: 86-102, 2012
- Canullo L, Cicchese P, Marinotti F, Sisti A; Strategia protesica minimamente invasiva negli impianti post-estrattivi: posizionamento e avvitamento immediato del moncone definitivo per protesi su impianti secondo il concetto del platform switching; Il Dentista Moderno, Dicembre: 46-54, 2011
- Segura Andrés G., Martínez Lage J. F., Ferreira A., Faus Lòpez J., Agustín Panadero R.; Rehabilitación protésica en un maxilar atrófico a consecuencia de un trauma facial; Gaceta Dental, 2013; 244:112-118
- Canullo L, Micarelli C., Clementini M.; Hard tissue response to argon plasma cleaning treatment on titanium abutments: 2-year follow-up RCT; European Journal of Oral Implantology, 6 (Suppl. Spring), 2013: S21-S22
- Rossi F., Lang N. P., De Santis E., Morelli F., Favero G., Botticelli D.; Bone-healing pattern at the surface of titanium implants: an experimental study in the dog; Clinical Oral Implant Research, Early View, First Published online on 2013, January 4th; DOI: 10.1902/jop.2010.100428
- Clementini M., Canullo L., Micarelli C.; Fibroblast growth on titanium disks treated by argon plasma: an in vitro triple-blinded study; European Journal of Oral Implantology, 6 (Suppl. Spring), 2013: S29-S30
- Canullo L., Micarelli C., Iannello G.; Microscopical and chemical surface characterization of the gingival portion and connection of an internal hexagon abutment before and after different technical stages of preparation; Clinical Oral Implant Research, 2013, 24: 606-611; DOI: 10.1111/j.1600-0501.2012.02499.x
- Canullo L., Heinemann F., Gedrange T., Biffar R., Kunert-Keil C.; Histological evaluation at different times after augmentation of extraction sites grafted with a magnesium-enriched hydroxyapatite: double-blinded randomized controlled trial; Clinical Oral Implant Research, Early View, First Published online on 2013, January 4th; DOI: 10,1111/clr.12035







rev. 07-18



**Sweden & Martina S.p.A.**

Via Veneto, 10  
35020 Due Carrare (PD), Italy  
Tel. +39.049.9124300  
Fax +39.049.9124290  
info@sweden-martina.com

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

**Sweden & Martina Mediterranea S.L. - España**

info.es@sweden-martina.com  
**Sweden & Martina Lda** - Portugal  
info.pt@sweden-martina.com

**Sweden & Martina Ltd** - United Kingdom  
info.uk@sweden-martina.com

**Sweden & Martina Inc.** - Distributor for U.S.  
info.us@sweden-martina.com

Les implants, les composants prothétiques et les instruments chirurgicaux faisant l'objet de la présente publication sont des Dispositifs Médicaux produits par Sweden & Martina S.p.A. Les articles faisant l'objet du manuel sont conformes aux normes ISO 9001 et ISO 13485 et sont enregistrés avec marquage CE (Classe I) et CE0476 (Classe IIA et Classe IIB) dans le respect du Règlement (UE) Dispositifs Médicaux n° 745/2017.

L'établissement Sweden & Martina produit des Dispositifs médicaux conformes aux cGMP en vigueur aux USA et dans d'autres pays du monde.



Certains produits pourraient ne pas être disponibles sur tous les marchés.

Toutes les marques figurant dans la publication sont la propriété de Sweden & Martina, exception faite pour les produits portant une indication contraire.

Ces produits sont destinés aux cabinets médicaux et aux laboratoires, leur vente ne s'adresse pas au patient.

Il est interdit de revendre, dupliquer ou divulguer les produits contenus dans la présente publication sans le consentement écrit de Sweden & Martina S.p.A.

Pour toutes informations supplémentaires sur les produits, y compris les indications, contre-indications, avertissements, précautions et effets collatéraux potentiels, se référer au site web de Sweden & Martina S.p.A.

Les contenus de cette publication correspondent à la documentation mise à jour au moment de la publication. Contacter la société Sweden & Martina pour les mises à jour successives.