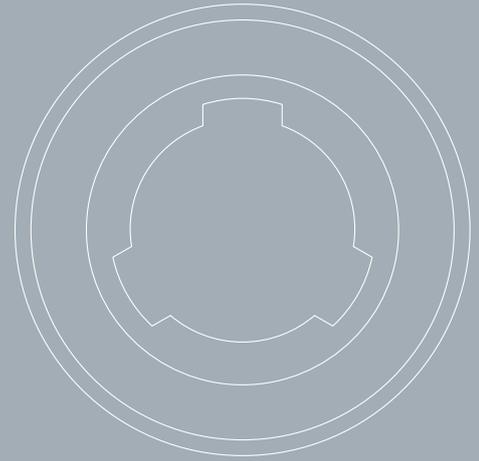
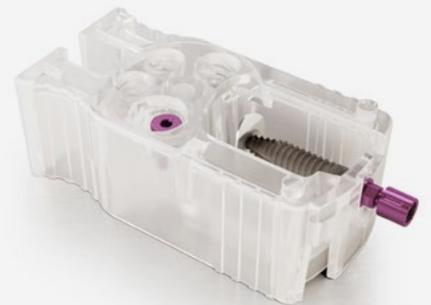


CONOLOG®
PROGRESSIVE-LINE



IMPLANT CONOLOG® PROGRESSIVE-LINE INFORMATION SUR LA PROCÉDURE CHIRURGICALE



IMPLANTS CONOLOG® PROGRESSIVE-LINE
PLANIFICATION DE LA POSITION DES IMPLANTS CONOLOG®
PROCÉDURE CHIRURGICALE
MODALITÉS DE CICATRISATION

a perfect fit™

camlog



TABLE DES MATIÈRES

INFORMATIONS GÉNÉRALES CONCERNANT LE SYSTÈME D'IMPLANTS CONELOG® PROGRESSIVE-LINE	2
IMPLANTS CONELOG® PROGRESSIVE-LINE	3
GÉNÉRALITÉS	3
DIMENSIONS DES IMPLANTS	5
PLANIFICATION DE LA POSITION DES IMPLANTS	6
RAPPORT DE LEVIER AU NIVEAU DE L'IMPLANT	6
DISTANCES PAR RAPPORT AUX STRUCTURES VOISINES	6
CONCEPTION DES RESTAURATIONS PROTHÉTIQUES	7
GUIDE RADIOLOGIQUE/DE FORAGE AVEC TUBES POUR PLANIFICATION PAR TOMOGRAPHIE INFORMATISÉE	8
FABRICATION DU GUIDE DE FORAGE AVEC TUBES POUR PLANIFICATION PAR TOMOGRAPHIE INFORMATISÉE	8
ORTHOPANTOMOGRAMME	9
KIT CHIRURGICAL POUR IMPLANTS CONELOG® PROGRESSIVE-LINE	10
PROCÉDURE CHIRURGICALE	12
SÉQUENCES DE FORAGE STANDARD POUR LA PRÉPARATION DU SITE IMPLANTAIRE	12
SÉQUENCE DE FORAGE ALTERNATIVE EN CAS DE FAIBLE DENSITÉ OSSEUSE	14
INCISION	17
PRÉPARATION DU SITE DE L'IMPLANT	18
IMPLANTATION	25
INSTRUMENTS COMPLÉMENTAIRES	34
MODALITÉS DE CICATRISATION	38
CICATRISATION SOUS-GINGIVALE	38
CICATRISATION TRANSGINGIVALE	39
DOCUMENTATIONS COMPLÉMENTAIRES	44

INFORMATIONS GÉNÉRALES

CONCERNANT LE SYSTÈME

D'IMPLANTS CONELOG®

Le système d'implants CONELOG® PROGRESSIVE-LINE est fondé sur des années d'expérience avec les implants des gammes de produits SCREW-LINE ainsi que des évaluations extensives de technique en laboratoire. Le système d'implants CONELOG® PROGRESSIVE-LINE est un système facile à utiliser et est systématiquement dédié à la prothèse.

Tous les produits CONELOG® sont fabriqués selon les techniques les plus récentes. Ils sont continuellement perfectionnés par l'équipe de recherche et de développement interne à l'entreprise, en étroite collaboration avec des cliniciens, des universités et des prothésistes: le système est ainsi toujours à la pointe de la technologie.

Les systèmes d'implants CAMLOG® et CONELOG® sont bien documentés sur le plan scientifique. La preuve est apportée par des études consacrées aux paramètres les plus variés: par exemple la surface de l'implant, le moment de l'implantation et/ou de la mise en charge de l'implant, la stabilité primaire, le design de la connexion. Les résultats à long terme enregistrés pour la surface Promote® sont pleinement convaincants.

REMARQUE IMPORTANTE

Les descriptions qui suivent sont insuffisantes pour une utilisation immédiate du système d'implants CONELOG®. Nous recommandons une initiation au maniement du système d'implants CONELOG® faite par un opérateur expérimenté. Les implants dentaires et les piliers CONELOG® doivent être utilisés exclusivement par des chirurgiens-dentistes, des médecins, des chirurgiens maxillo-faciaux et des prothésistes formés au système. Des formations et des travaux pratiques adaptés sont régulièrement proposés par CAMLOG.

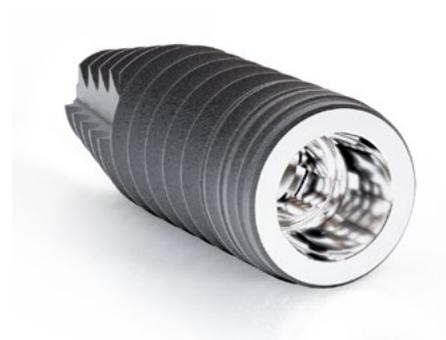
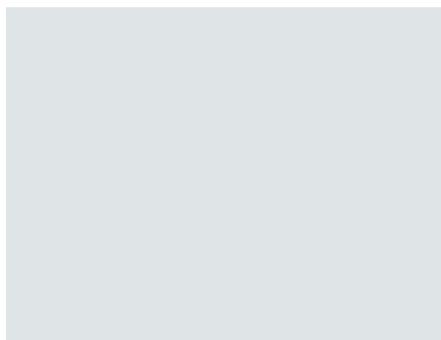
Des erreurs de méthode dans le traitement peuvent entraîner la perte des implants et une forte diminution de la substance osseuse périimplantaire.

CODE COULEUR

CODE COULEUR DES PRODUITS CHIRURGICAUX ET PROTHÉTIQUES CONELOG®

	COULEUR	DIAMÈTRE
	Gris	3.3 mm
	Jaune	3.8 mm
	Rouge	4.3 mm
	Bleu	5.0 mm

* Voir le chapitre « Documentations complémentaires » page 44



IMPLANTS CONELOG® PROGRESSIVE-LINE

GÉNÉRALITÉS

Les implants CONELOG® PROGRESSIVE-LINE sont des implants endosseux, disponibles en plusieurs longueurs et diamètres. Ils sont placés chirurgicalement dans l'os du maxillaire et/ou de la mandibule et servent à ancrer des restaurations buccales fonctionnelles et esthétiques chez des patients partiellement ou totalement édentés. La restauration prothétique est effectuée à l'aide de couronnes unitaires, de bridges ou de prothèses totales reliés par des éléments CONELOG® correspondants aux implants CONELOG® PROGRESSIVE-LINE. Les implants CONELOG® PROGRESSIVE-LINE ont été conçus pour faciliter la mise en œuvre des concepts thérapeutiques modernes, p. ex. les restaurations ou les mises en charge immédiates, qui exigent une stabilité primaire élevée. La géométrie des implants est axée de manière conséquente sur le développement d'une stabilité initiale élevée. L'implant dispose en outre de toutes les caractéristiques éprouvées des implants CAMLOG® et se distingue par :

- le filetage d'ancrage crestal pour un maintien supplémentaire en cas de hauteur osseuse limitée
- la zone à parois parallèles pour la flexibilité en position verticale
- la zone conique de forme anatomique pour une meilleure stabilité primaire et un diamètre réduit dans les régions avec faible densité osseuse
- une surface usinée de l'épaule de l'implant
- le Platform Switching intégré
- la Surface Promote®

Les implants CONELOG® PROGRESSIVE-LINE conviennent non seulement pour une implantation tardive, mais également pour une implantation immédiate ou différée dans l'os maxillaire et/ou mandibulaire. La cicatrisation peut être sous-gingivale ou transgingivale. En cas de procédure chirurgicale en un seul temps, les implants peuvent aussitôt être mis en charge lorsqu'une bonne stabilité primaire a pu être obtenue et que la charge fonctionnelle est adéquate.

DOMAINE D'APPLICATION

L'épaule coronaire de l'implant placé plus profondément est judicieux, particulièrement dans la zone où l'esthétique joue un rôle important. L'implant CONELOG® PROGRESSIVE-LINE Promote® plus, qui peut être posé en épicrostal ou sous la crête, peut convenir dans cette situation*.



* Voir [A] dans le chapitre « Documentations complémentaires » page 44
 ** Voir [B]

IMPLANTS CONELOG® PROGRESSIVE-LINE

MATÉRIAUX

Tous les implants CONELOG® PROGRESSIVE-LINE sont fabriqués en titane de grade 4. Les piliers et les vis de pilier CONELOG® sont fabriqués en alliage de titane Ti6Al4V ELI.

PRÉCISION DE FABRICATION

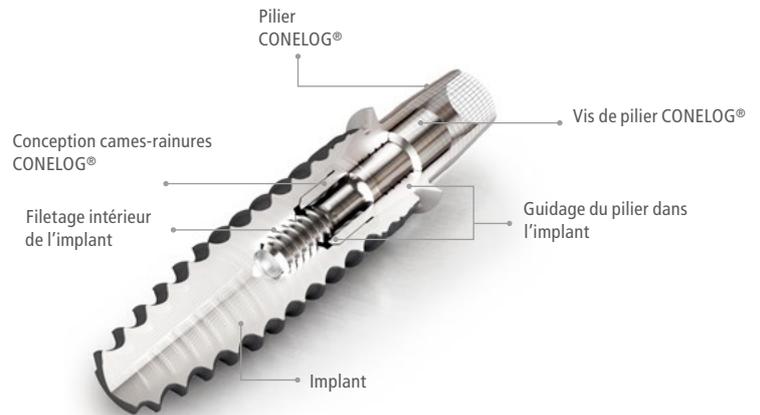
Les formes intérieures et extérieures des implants et des piliers CONELOG® PROGRESSIVE-LINE sont en grande partie usinées par tournage. Les tolérances peuvent ainsi être limitées au minimum. Il en résulte une exceptionnelle précision d'ajustage des pièces, sans endommagement de la structure des matériaux. La connexion implant-pilier CONELOG® PROGRESSIVE-LINE assure ainsi une connexion très précise, stable et anti-rotationnelle des composants prothétiques CONELOG®.

CONFIGURATION INTERNE DE L'IMPLANT

La configuration interne des implants CONELOG® PROGRESSIVE-LINE est pourvue d'un cône (7.5°) et de trois rainures pour le positionnement de piliers CONELOG®. Les piliers CONELOG® sont pourvus d'un cône et de trois cames dans leur partie apicale. Ceux-ci s'imbriquent dans la connexion par cône et les trois rainures de l'implant.

Les piliers CONELOG® ne recouvrent pas l'épaulement de l'implant (Platform Switching intégré). Les piliers CONELOG® sont fixés avec une vis de pilier CONELOG® dans l'implant CONELOG® PROGRESSIVE-LINE avec un couple de serrage défini.

Pour un positionnement optimal du pilier dans l'implant, ce filetage doit être orienté dans l'os de manière à que l'une des trois cames présente une orientation vestibulaire. Les instruments de pose et les piliers d'insertions sont pourvus de repères externes correspondant aux trois rainures de la configuration interne de l'implant CONELOG®.



Construction cames-rainures de la connexion implant-pilier CONELOG®

DIMENSIONS DES IMPLANTS

	Article	Implants avec pilier d'insertion vissé	Implants avec pilier d'insertion clipsé	Ø	L	Ø A
		N° d'article	N° d'article			
	Implant CONELOG® PROGRESSIVE-LINE Promote® plus avec pilier d'insertion implant et vis de fermeture, stérile Matériau Titane Grade 4	C1085.3309*	C1086.3309*	3.3 mm	9 mm	2.2 mm
		C1085.3311*	C1086.3311*		11 mm	
		C1085.3313*	C1086.3313*		13 mm	
		C1085.3316*	C1086.3316*		16 mm	
		C1085.3807**	C1086.3807**	3.8 mm	7 mm	3.0 mm
		C1085.3809	C1086.3809		9 mm	
		C1085.3811	C1086.3811		11 mm	2.7 mm
		C1085.3813	C1086.3813		13 mm	
		C1085.3816	C1086.3816	16 mm		
		C1085.4307**	C1086.4307**	4.3 mm	7 mm	3.0 mm
		C1085.4309	C1086.4309		9 mm	
		C1085.4311	C1086.4311		11 mm	2.7 mm
		C1085.4313	C1086.4313		13 mm	
		C1085.4316	C1086.4316	16 mm		
		C1085.5007**	C1086.5007**	5.0 mm	7 mm	3.5 mm
		C1085.5009	C1086.5009		9 mm	
		C1085.5011	C1086.5011		11 mm	3.2 mm
		C1085.5013	C1086.5013		13 mm	
		C1085.5016	C1086.5016	16 mm		

Remarque: la longueur d'implant (L) correspond à la distance entre la courbure apicale et la surface usinée de l'épaulement de l'implant (longueur hors tout).
Ø A: diamètre apical (valeur moyenne)

* REMARQUE IMPORTANTE

Les implants CONELOG® de diamètre de 3.3 mm constituent une alternative de traitement pour les largeurs de crête osseuse limitées allant de 5 à 6 mm. En raison de leur résistance mécanique moins élevée que celle des implants de diamètre plus important, il convient de les utiliser uniquement dans les cas suivants:

- À l'unité, exclusivement pour le remplacement des incisives de la mâchoire inférieure et/ou des incisives latérales de la mâchoire supérieure.
- Dans le cadre d'une restauration solidarisée sur barre reposant sur au moins quatre implants de Ø 3.3 mm, sans prolongation distale, ils permettent de doter de prothèses les sites édentés.
- Les techniques de sous-forage ne doivent pas être utilisées pour la préparation du site implantaire avec un implant de diamètre de 3.3 mm.
- Les implants de diamètre de 3.3 mm conviennent pour la restauration de sites partiellement édentés s'ils sont combinés avec des implants de diamètre supérieur dans le cadre de superstructures solidarisées, à condition, que la solidité limitée des implants de diamètre de 3.3 mm soit prise en compte.
- S'assurer que la charge mécanique sur les implants ne soit pas trop importante en cas d'utilisation de structures à ancrage sphérique en relation avec des implants de diamètre de 3.3 mm.

- Le temps de cicatrisation des implants d'un diamètre de 3.3 mm est d'environ 12 semaines.
- Les restaurations télescopiques ne sont pas autorisées sur les implants de diamètre de 3.3 mm.

** REMARQUE IMPORTANTE

Les implants CONELOG® d'une longueur de 7 mm doivent uniquement être utilisés lorsque la place disponible est insuffisante pour des implants plus longs. La restauration immédiate de dents unitaires n'est pas recommandée avec cette longueur d'implant.

En cas de rapport défavorable entre la longueur de la couronne et la longueur de l'implant, les facteurs de risques biomécaniques doivent être pris en compte et les mesures nécessaires doivent être instaurées par un expert.

PLANIFICATION DE LA POSITION DE L'IMPLANT

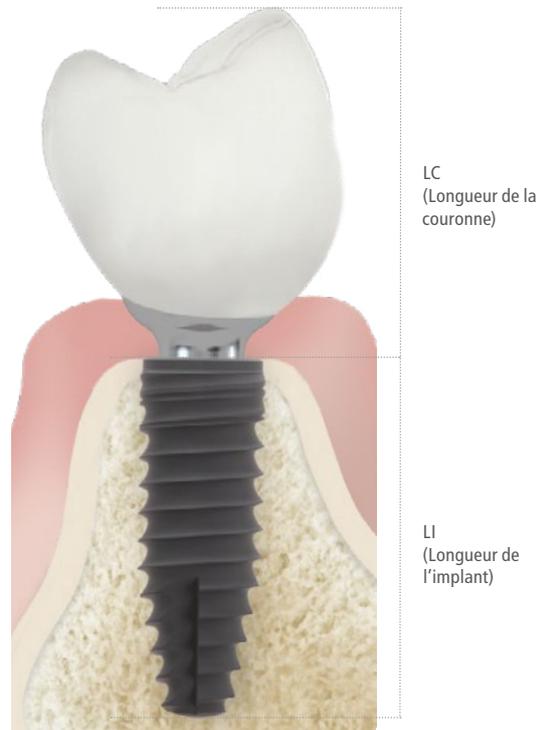
La planification de l'implant doit en principe être étudiée en équipe et partir du traitement prothétique («Backward Planning»). Voici différents aspects dont il faut tenir compte lors de la planification:

RAPPORT DE LEVIER AU NIVEAU DE L'IMPLANT

La charge de l'interface implant-os résulte du rapport de levier entre le pilier ostéointégré et le bras porteur de charge prothétique (correspond à la longueur supracrestale de l'implant à laquelle on ajoute la longueur de la couronne à partir de l'épaule de l'implant). Des mesures doivent être prises pour réduire la charge lorsque la longueur de l'implant (LI) est inférieure à celle de la couronne (LC) (p. ex. des solidarités prothétiques). Il faut choisir un implant plus long en cas de bras de levier défavorable sur l'implant.

Le rapport entre la longueur de la couronne (LC) et la longueur de l'implant (LI) doit être de 0.8:1 max.

La répartition des implants doit être choisie de manière à créer des segments de courte portée. La préparation du pilier doit permettre d'obtenir une direction d'insertion unique du bloc de couronnes/bridge. La connexion implant-pilier ne doit pas être modifiée.



DISTANCES PAR RAPPORT AUX STRUCTURES VOISINES

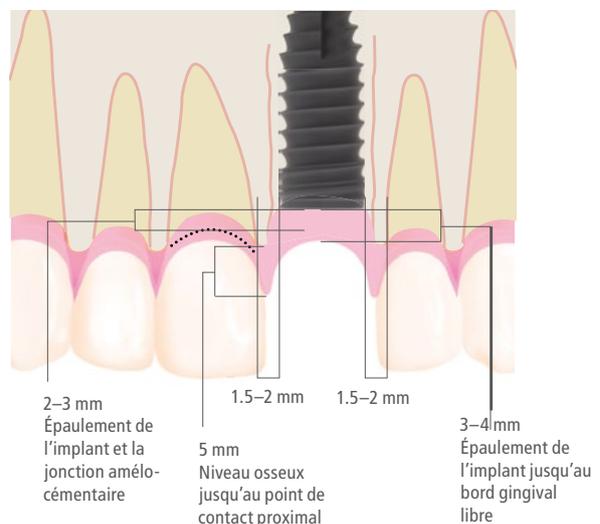
POSITION VERTICALE DE L'IMPLANT

Il faut tenir compte des recommandations relatives aux distances à respecter par rapport aux structures voisines pour atteindre une cicatrisation optimale et un développement optimal des tissus durs et mous pendant la phase de cicatrisation.

Le graphique présente les distances recommandées pour la détermination de la position verticale de l'implant. Celles-ci doivent être adaptées à la situation clinique.

La longueur de l'implant doit être définie de manière à ce que l'implant soit suffisamment entouré d'os (au moins 1 mm).

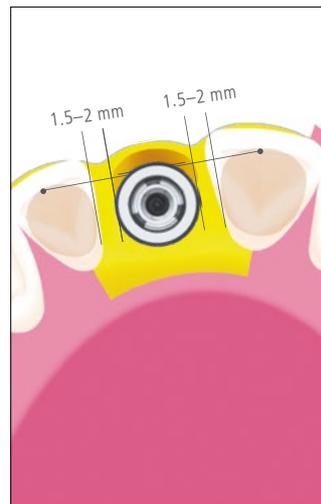
Position verticale de l'implant



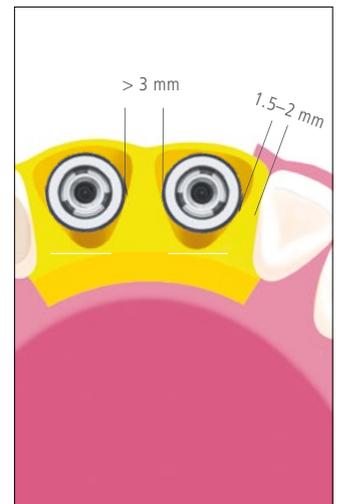
POSITION HORIZONTALE DE L'IMPLANT

Il convient de respecter une distance minimale de 1.5 mm avec une dent adjacente naturelle et de 3 mm avec un implant adjacent.

Le diamètre de l'implant doit être défini de manière à ce que l'implant soit suffisamment entouré d'os (au moins 1.0 mm).



Position méso-distale de l'implant au niveau osseux



Distances au niveau osseux

CONCEPTION DES RESTAURATIONS PROTHÉTIQUES

Indépendamment du type de restauration – couronne unitaire fixe, couronne solidarisée, bridge ou restauration amovible –, il faut toujours tenir compte de la facilité à maintenir l'hygiène de la restauration.

En cas de restauration hybride, nous recommandons une conception « Passive-Fit » de l'élément prothétique. On désigne par « Passive-Fit » (adaptation passive) la pose sans tension d'une construction solidarisée secondaire (restaurations télescopiques) ou primaire (restauration sur barre) sur des implants.

Pour les restaurations télescopiques, la pose est réalisée par collage intrabuccal des couronnes secondaires (de préférence des couronnes galvaniques) sur l'armature tertiaire. Pour les restaurations sur barre, on utilise des coiffes pour la pose « passive fit » et le collage intrabuccal du socle de collage en titane. Dans tous les cas, l'objectif est un ajustage sans tension de la prothèse.

Lors de la planification d'une prothèse amovible, les implants doivent être posés de manière à permettre, si nécessaire, la réalisation d'une prothèse fixe.



Restauration par couronnes unitaires



Bridge scellé

PLANIFICATION DE LA POSITION DE L'IMPLANT

GUIDE RADIOLOGIQUE/DE FORAGE AVEC TUBES POUR PLANIFICATION PAR TOMOGRAPHIE INFORMATISÉE

Dans le guide de planification fabriqué sur le wax-up/set-up, des tubes pour la planification par tomographie informatisée sont intégrés aux positions appropriées des implants et utilisés comme positions de référence dans le cliché radiographique. Les tubes sont en deux parties et fabriqués en alliage de titane, car celui-ci ne provoque aucun rayonnement diffusé à la tomographie (informatisée ou volumétrique).

La partie inférieure est polymérisée dans le guide en tant que guide de forage, la partie supérieure s'engage dans la partie inférieure, le tube entier est utilisé pour le diagnostic radiologique, tandis que pour la chirurgie la partie supérieure peut être retirée. (voir «Forage pilote avec tube pour la planification par tomographie informatisée»).

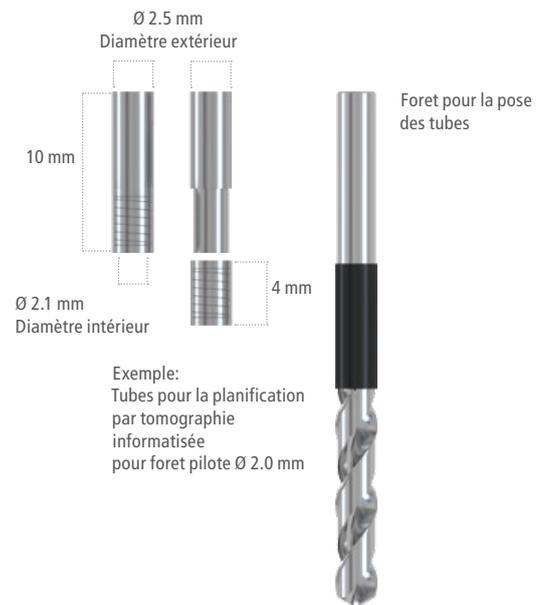
Un positionnement systématique des tubes directement sur la muqueuse permet de déterminer leur épaisseur par tomographie informatisée/volumétrique. Pour de plus amples informations, se reporter aux documents correspondants de ce système.

FABRICATION DU GUIDE DE FORAGE AVEC TUBES POUR PLANIFICATION PAR TOMOGRAPHIE INFORMATISÉE

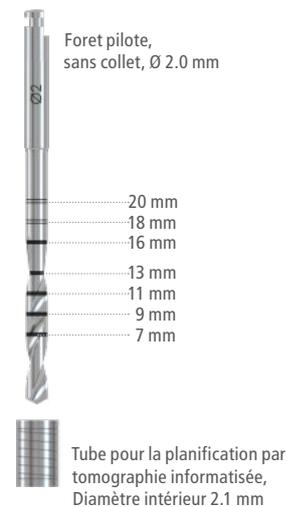
Si un guide de planification ou radiologique avec des tubes a été fabriqué pour la planification par tomographie informatisée, celui-ci peut, le cas échéant, être modifié en guide de forage après adaptation des positions des tubes conformément à la planification de l'implant. Si nécessaire, le guide est évidé pour permettre de manière intraopératoire un positionnement stable après préparation du lambeau (pose sur les dents ou la gencive à l'extérieur du site opératoire).

FORAGE PILOTE AVEC TUBE POUR LA PLANIFICATION PAR TOMOGRAPHIE INFORMATISÉE

En option, un foret pilote sans collet, d'un diamètre de 2.0 mm, est disponible spécialement pour l'utilisation avec le tube pour la planification par tomographie informatisée avec un diamètre interne de 2.1 mm. Dans la partie fonctionnelle du foret pilote, on trouve des marquages de repères dont la limite inférieure indiquent les profondeurs de forages pour 7, 9, 11, 13.8, 16, 18 et 20 mm. La largeur des repères est de 0.4 mm. Les repères 18 et 20 mm servent à orienter le foret en cas d'utilisation du tube de 4 mm pour la planification par tomographie informatisée, d'un diamètre interne de 2.1 mm.



Exemple:
Tubes pour la planification par tomographie informatisée pour foret pilote Ø 2.0 mm

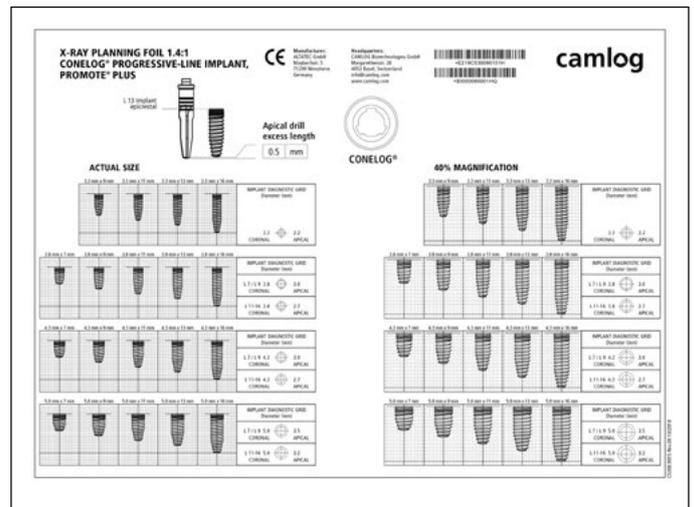


REMARQUE IMPORTANTE

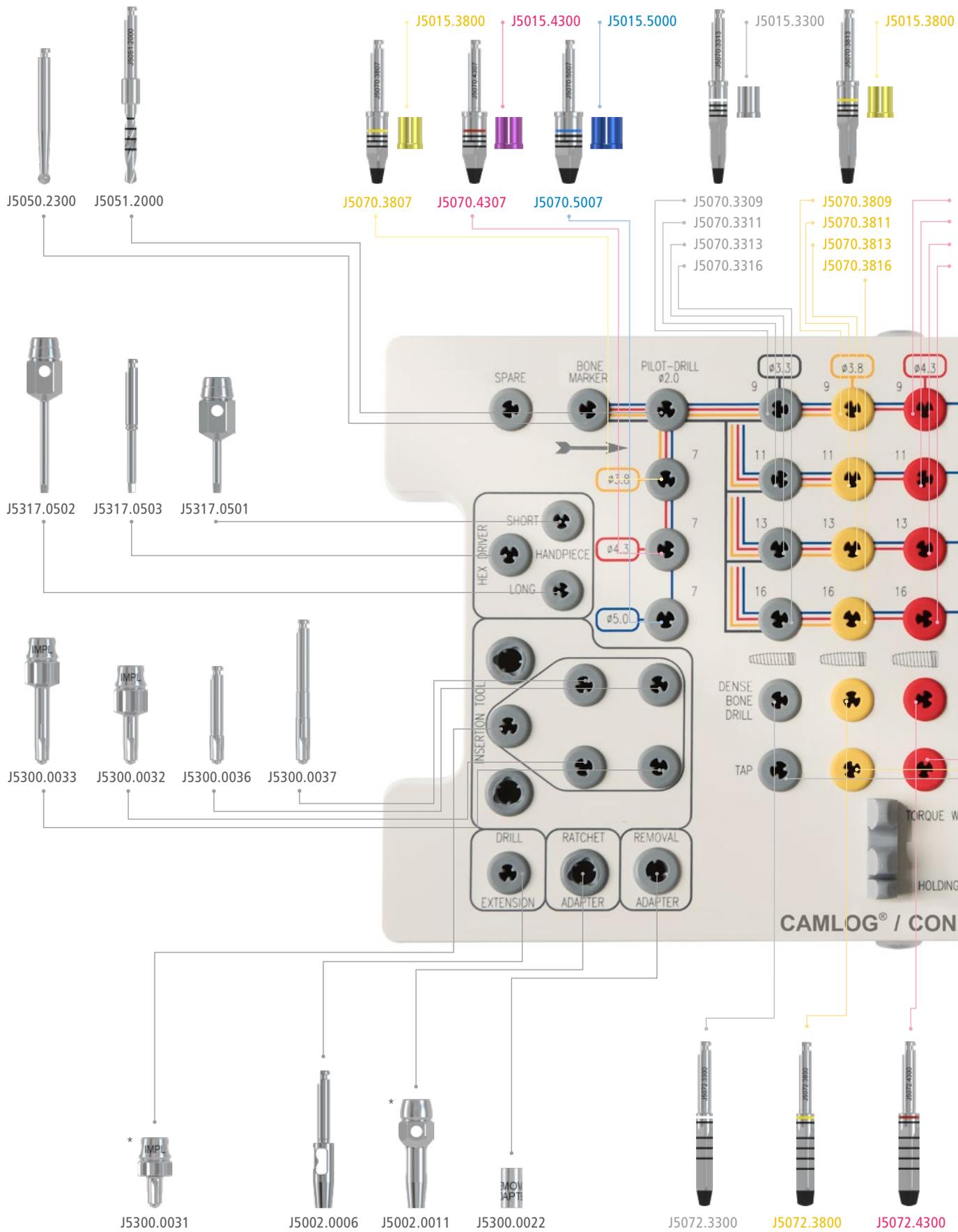
Utiliser uniquement de tubes pour planification par tomographie informatisée d'un diamètre interne de 2.1 mm avec le foret pilote !

ORTHOPANTOMOGRAMME

Pour la vérification des dimensions dans la panoramique dentaire, des grilles de planification radiologique aux échelles 1.25:1 et 1.4:1 sont disponibles pour tous les types d'implants. Les grossissements des grilles correspondent aux facteurs de distorsion de la plupart des panoramiques dentaires. Ils ne doivent être intégrés au dimensionnement des implants qu'à des fins d'approximation.

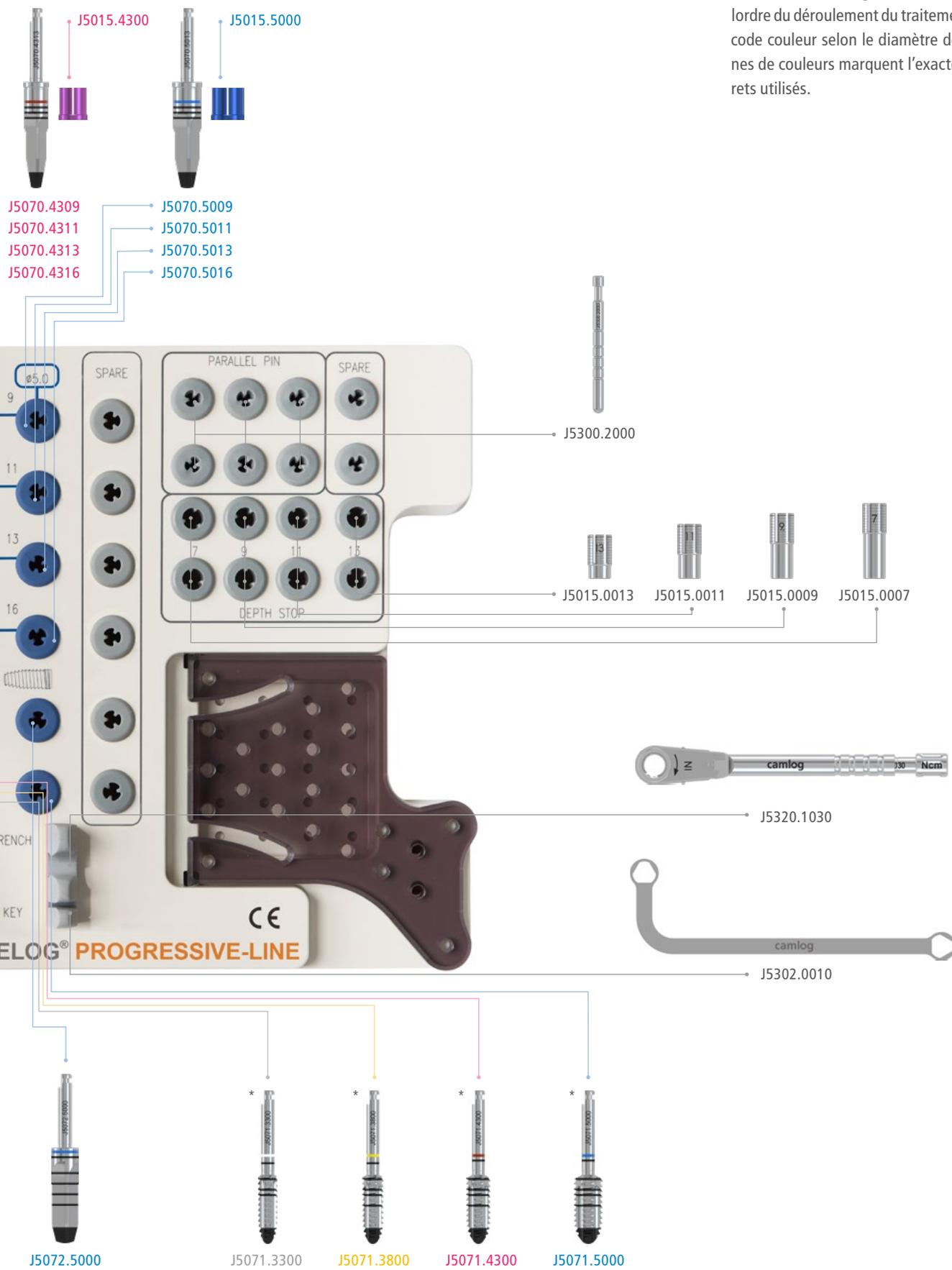


KIT CHIRURGICAL POUR IMPLANTS CONELOG® PROGRESSIVE-LINE



* Articles optionnels, peuvent être achetés séparément.

Les forets sont rangés dans le kit chirurgical dans l'ordre du déroulement du traitement et marqués d'un code couleur selon le diamètre de l'implant. Des lignes de couleurs marquent l'exacte succession des forets utilisés.



PROCÉDURE CHIRURGICALE

SÉQUENCES DE FORAGE STANDARD POUR LA PRÉPARATION DU SITE IMPLANTAIRE

Vue d'ensemble de la préparation du site de l'implant: exemple d'un implant CONELOG® PROGRESSIVE-LINE Promote® plus d'une longueur de 13 mm.

La séquence de forage standard pour l'implant CONELOG® PROGRESSIVE-LINE comprend les étapes suivantes:

- Amorçage/marquage de la position souhaitée de l'implant, p. ex. avec la fraise boule Ø 2.3 mm
- Forage en profondeur dans l'axe prothétique de l'implant avec le foret pilote Ø 2.0 mm
- Contrôle de la profondeur de perçage et de l'axe de forage avec le pilier de parallélisme Ø 2.0 mm
- Forage à l'aide du foret calibré ;
- Sondage du forage du site de l'implant pour déterminer la limitation osseuse ;
- Utilisation du foret pour os dense ¹⁾

¹⁾ En cas d'os de qualité 1* et 2*, l'utilisation d'un foret pour os dense s'impose pour réduire le couple d'insertion.

REMARQUE IMPORTANTE

Un taraud (max. 15 tr/min) peut également être utilisé en **alternative** au foret pour os dense. L'utilisation du foret pour os dense ou du taraud peut réduire la stabilité primaire lors de la préparation du site implantaire.



* Voir [C] dans le chapitre « Documentations complémentaires » page 44

Foret calibré
Ø 3.3 mm



550

Foret pour os
dense 1)



Promote® plus

550

Foret calibré
Ø 3.3 mm



550

Ø 3.8 mm



500

Foret pour os
dense 1)



Promote® plus

500

Foret calibré
Ø 3.3 mm



550

Ø 3.8 mm



500

Ø 4.3 mm



400

Foret pour os
dense 1)



Promote® plus

400

Foret calibré
Ø 3.3 mm



550

Ø 3.8 mm



500

Ø 4.3 mm



400

Ø 5.0 mm



350

Foret pour os
dense 1)



Promote® plus

350

PROCÉDURE CHIRURGICALE

SÉQUENCE DE FORAGE ALTERNATIVE EN CAS DE FAIBLE DENSITÉ OSSEUSE

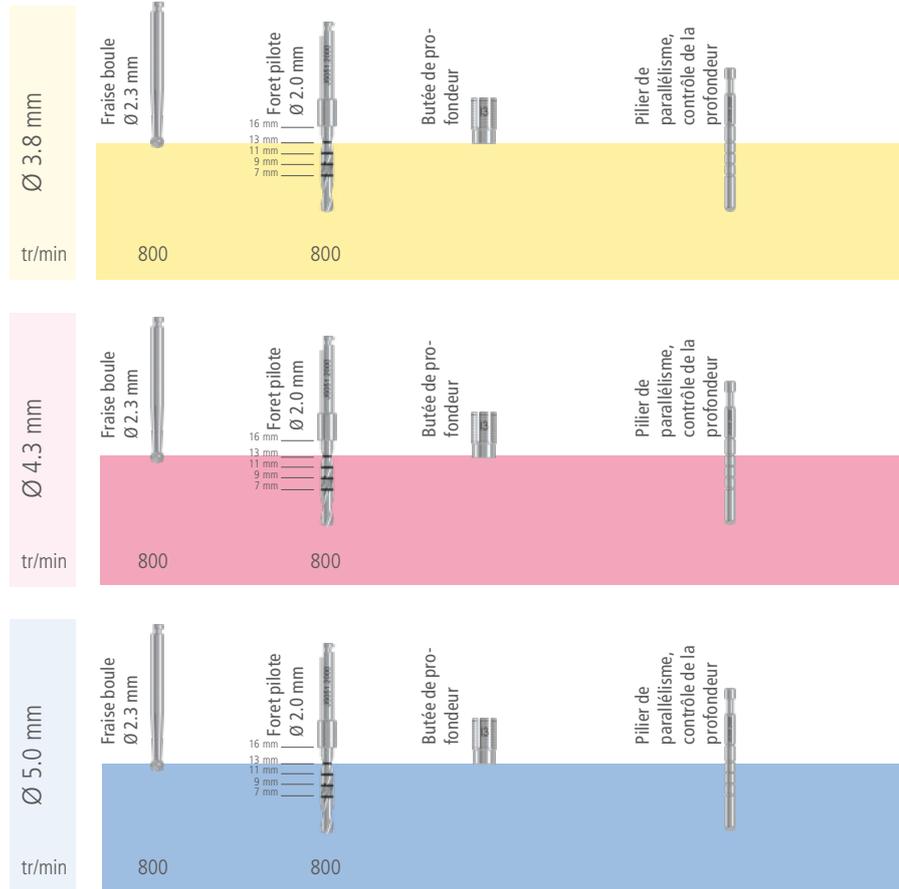
En cas de faible densité osseuse, il est parfois recommandé de sous-forer le site implantaire pour atteindre une stabilité primaire complémentaire.

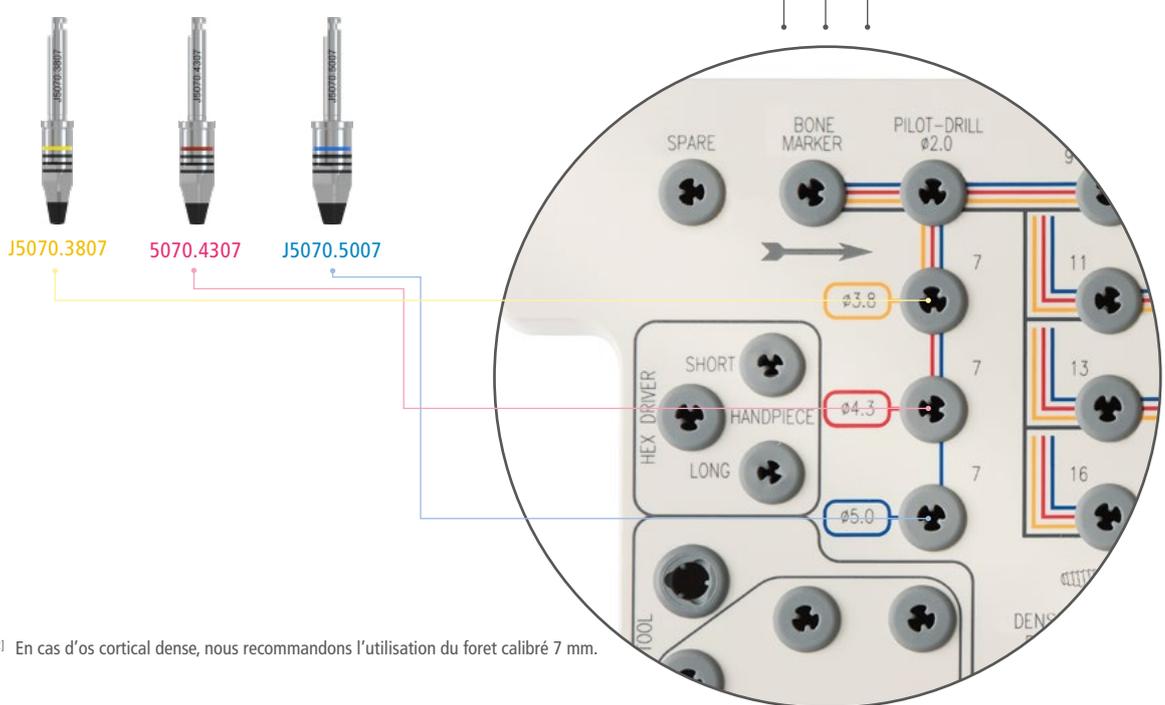
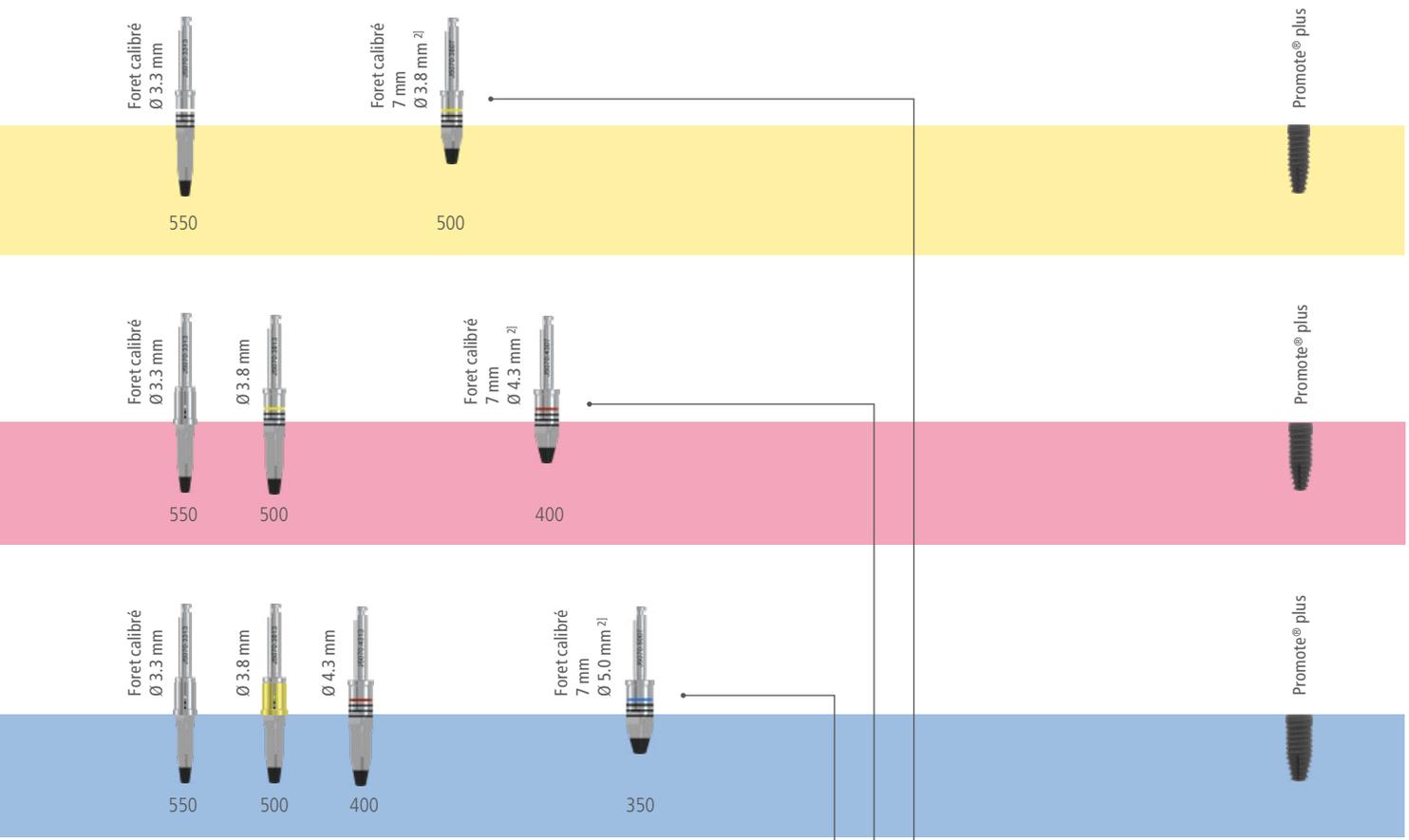
Le sous-forage est atteint en n'utilisant pas le dernier foret calibré prévu en fait selon le protocole standard.

En cas d'os cortical dense, utiliser le foret calibré PROGRESSIVE-LINE 7 mm au lieu du dernier forage calibré selon le protocole standard ; ce foret calibré a une fonction de fraise conique, ce qui réduit la pression sur l'os cortical.

REMARQUE IMPORTANTE

Il convient de passer au protocole standard lorsque des couples atteints lors de l'insertion des implants sont trop élevés.





²⁾ En cas d'os cortical dense, nous recommandons l'utilisation du foret calibré 7 mm.

PROCÉDURE CHIRURGICALE

RÉGIMES DES FORETS

La vitesse maximale (350-800 tr/min) varie en fonction du type et du diamètre du foret, voir tableau. (démultiplication contre-angle 16:1–20:1).

La vitesse maximale pour les tarauds est de 15 tr/min (réduction du contre-angle 70:1–100:1). L'adaptateur pour clé à cliquet permet également une réalisation manuelle du filetage.

REFROIDISSEMENT DES FORETS

Le refroidissement intervient par irrigation externe du contre-angle avec une solution saline stérile (préalablement refroidie à 5°C).

DURÉE DE VIE DES FORETS

L'efficacité de coupe des forets dépend de la qualité de l'os et de la technique de forage. Les forets pilotes et les forets calibrés peuvent être utilisés pour 10 à 20 forages. Lorsqu'il faut exercer une pression trop forte en raison d'un foret émoussé, il faut immédiatement changer de foret pour éviter une surchauffe de l'os.

Désignation	Ø	Régime max. (tr/min)
Fraise boule	–	800
Foret pilote avec/sans butée de profondeur	2.0 mm	800
PROGRESSIVE-LINE Foret calibré avec/sans butée de profondeur	3.3 mm	550
	3.8 mm	500
	4.3 mm	400
	5.0 mm	350
PROGRESSIVE-LINE Foret pour os dense	3.3 mm	550
	3.8 mm	500
	4.3 mm	400
	5.0 mm	350
PROGRESSIVE-LINE Taraud	3.3 mm	max. 15
	3.8 mm	
	4.3 mm	
	5.0 mm	

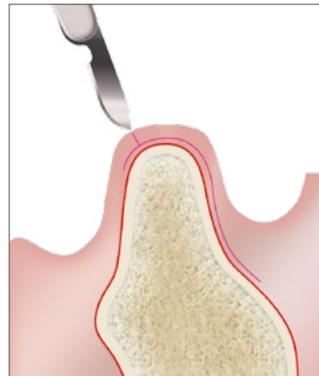
ATTENTION

La longueur excédentaire apicale maximale d'un foret est de 0.5 mm.

INCISION

L'exemple d'indication montre l'insertion d'un implant CONELOG® PROGRESSIVE-LINE Promote® plus de Ø 4.3/13 mm. L'incision et le décollement du lambeau découlent de la position planifiée de l'implant et des particularités cliniques du site implantaire.

La technique du poinçon (bistouri rotatif) est une autre option donnant accès à l'os. Les bistouris rotatifs correspondants (Système de guidage bistouris rotatifs) sont disponibles.



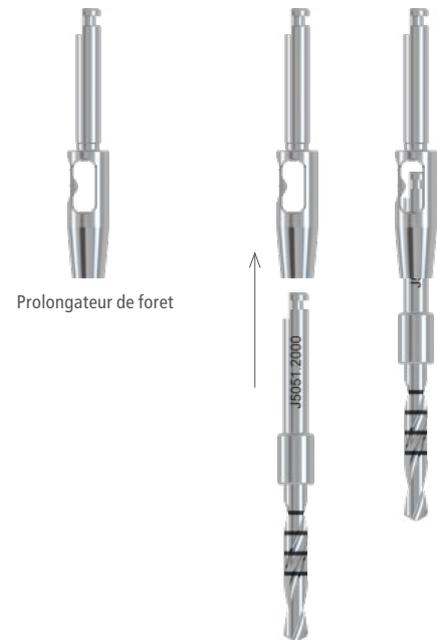
Incision de la muqueuse

PROCÉDURE CHIRURGICALE

Certaines étapes de la préparation du site implantaire des implants CONELOG® PROGRESSIVE-LINE sont identiques à celles des implants CONELOG® SCREW-LINE. C'est pourquoi les forets pilotes, les butées de profondeur, le prolongateur de foret et le pilier de parallélisme SCREW-LINE peuvent également être utilisés pour la préparation du site implantaire des implants CONELOG® PROGRESSIVE-LINE.

REMARQUE

L'important est que le dernier foret calibré et éventuellement le foret pour os dense (ou taraud) fassent partie du système CONELOG® PROGRESSIVE-LINE.



PRÉPARATION DU SITE IMPLANTAIRE

GÉNÉRALITÉS

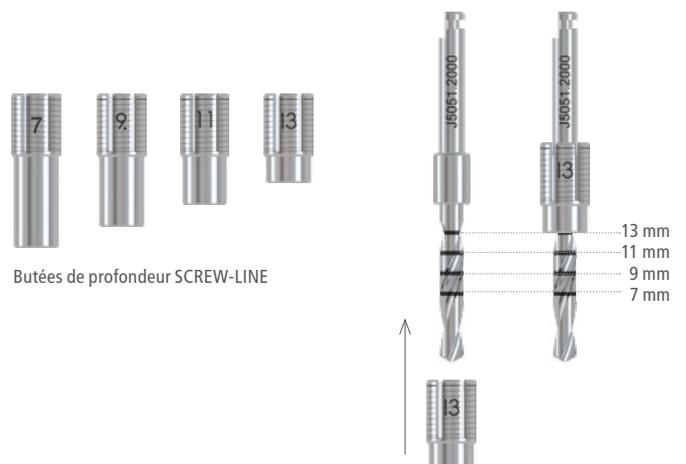
PROLONGATEUR DE FORET

Pour la préparation du site de l'implant à proximité de dents ayant subi une élévation, on dispose d'un prolongateur de foret qui permet d'éviter de poser le contre-angle sur la dentition restante.

BUTÉE DE PROFONDEUR POUR FORET PILOTE

Une butée de profondeur enfichable limite la profondeur de forage au choix à 7, 9, 11 ou 13 mm.

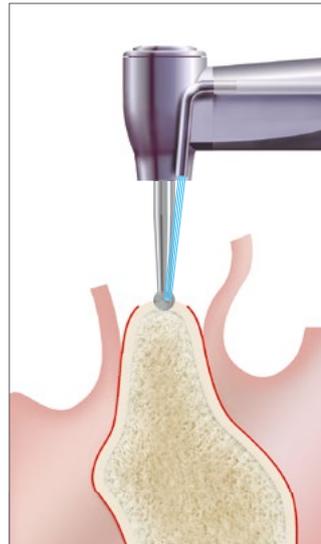
Le forage calibré final doit être réalisé sans butée de profondeur lorsque l'implant doit être positionné en épicrostal (voir page 22).



AMORÇAGE DE L'OS CORTICAL

La fraise boule Ø 2.3 mm sert à amorcer l'os cortical pour faciliter le placement du foret qui sera ensuite employé. Pour ce faire, la pointe de la fraise boule doit être insérée à mi-hauteur.

Vitesse maximale: 800 tr/min



Amorçage de l'os cortical

PROCÉDURE CHIRURGICALE

FORAGE PILOTE ET CONTRÔLE DE PROFONDEUR

On détermine la profondeur et l'axe du site de l'implant au moyen du foret pilote, collet réduit. Les marquages de profondeur sur le foret correspondent aux longueurs d'implant 7, 9, 11 et 13 mm. La profondeur de forage maximale est de 16 mm. Pour des raisons de sécurité, il est nécessaire d'employer une butée de profondeur correspondant à la longueur d'implant prévue.

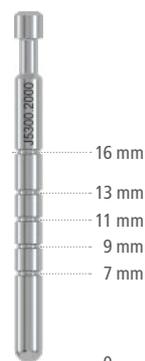
Vitesse maximale: 800 tr/min

Après le forage, on contrôle la profondeur et l'orientation du site de l'implant à l'aide du pilier de parallélisme avec marquages de profondeur. Lorsque plusieurs implants sont posés, un pilier de parallélisme est placé dans le premier forage qui servira ensuite à orienter les axes des autres implants.

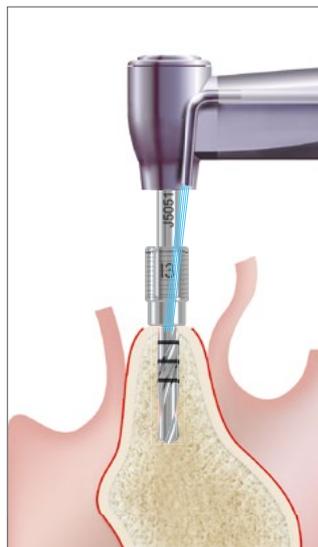
Le foret pilote est orienté parallèlement au pilier de parallélisme et contrôlé visuellement à partir de deux directions (sagittale et transversale).



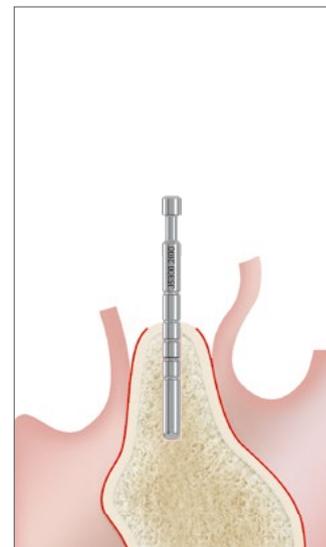
Foret pilote Ø 2.0 mm
800 tr/min max.



Pilier de parallélisme
PROGRESSIVE-LINE



Forage pilote



Contrôle de la profondeur après le forage pilote

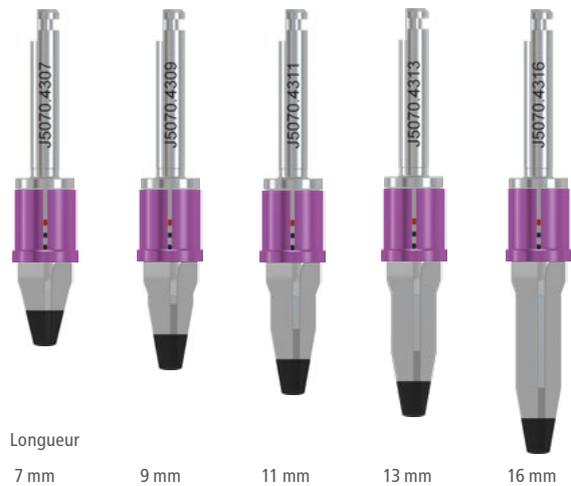
FORAGE CALBRÉ

Pour chaque taille d'implant, on dispose de forets calibrés d'un diamètre et d'une longueur spécifiques. Les forets calibrés ont un codage couleur et sont marqués au laser.

Les forets calibrés contenus dans les sets chirurgicaux sont livrés avec une butée de profondeur amovible avec codage couleur.

En fonction de la profondeur de forage (longueur d'implant) définie, on procède à l'augmentation du diamètre en utilisant les forets calibrés par ordre croissant jusqu'à atteindre le diamètre d'implant prévu. L'augmentation très progressive du diamètre assure une préparation non invasive de l'os.

Vitesses maximales:
 Ø 3.3 mm, 550 tr/min
 Ø 3.8 mm, 500 tr/min
 Ø 4.3 mm, 400 tr/min
 Ø 5.0 mm, 350 tr/min



Longueur
 7 mm 9 mm 11 mm 13 mm 16 mm



Ø 3.3 mm Ø 3.8 mm Ø 4.3 mm Ø 5.0 mm

Foret calibré PROGRESSIVE-LINE

→
 Séquence ascendante de forets pour l'élargissement du trou de forage jusqu'au diamètre d'implant défini.

RÉALISATION DU FORAGE CALBRÉ (SÉQUENCE DE FORAGE STANDARD)

Exemple de forage calibré pour un implant CONELOG® PROGRESSIVE-LINE de Ø 4.3/13 mm:

1. Foret calibré Ø 3.3/13 mm avec butée de profondeur,
1. Foret calibré Ø 3.8/13 mm avec butée de profondeur,
3. Foret calibré Ø 4.3/13 mm sans butée de profondeur (forage calibré final).

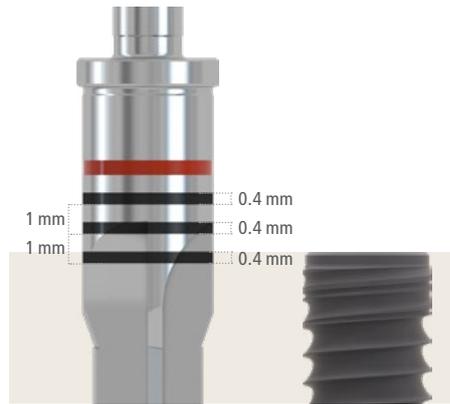


PROCÉDURE CHIRURGICALE

FORAGE CALIBRÉ FINAL

L'implant CONELOG® PROGRESSIVE-LINE, Promote® plus, est placé en épical. Par conséquent le dernier forage calibré est réalisé **sans butée de profondeur** et jusqu'au bord supérieur du premier marquage de profondeur. Lorsque le forage calibré final est réalisé avec une butée de profondeur, l'implant a un positionnement supracrestal de 0.4 mm.

Les butées de profondeur sont réutilisables et peuvent être utilisées ultérieurement avec des forets calibrés commandés en réassort (deuxième livraison sans butée de profondeur).



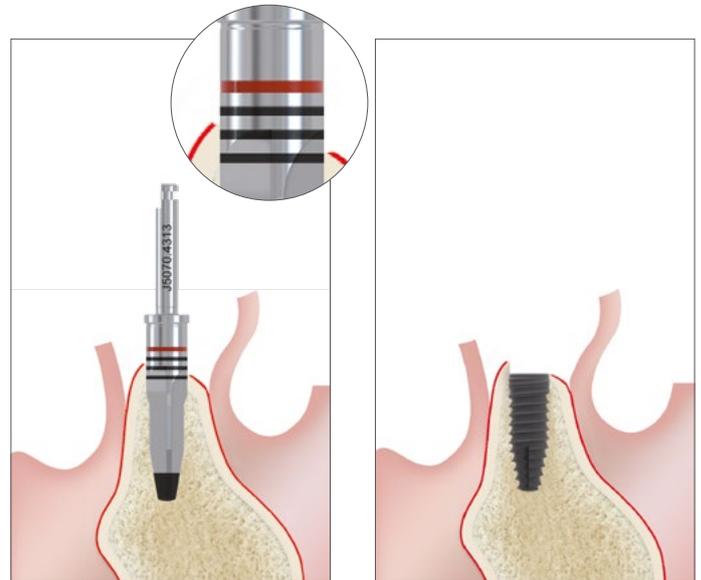
Lorsque le niveau de la crête osseuse est irrégulière, la butée de profondeur stoppe à l'endroit le plus élevé de l'os maxillaire et limite ainsi la profondeur d'insertion.

Lorsqu'une insertion plus profonde est indispensable pour des raisons fonctionnelles ou esthétiques, un forage calibré plus profond peut être effectué par pas de 1 mm après le retrait de la butée (tenir compte des structures anatomiques !). Dans ce cas, la préparation s'effectue en conformité avec les marquages laser (noirs). Les marquages sont espacés de 1.0 mm et ont une largeur de 0.4 mm.

ATTENTION

La longueur excédentaire apicale maximale d'un foret est de 0.5 mm.

Pour nettoyer les forets, il est nécessaire d'enlever les butées de profondeur. Les butées de profondeur nettoyées doivent être à nouveau enfilées pour la stérilisation (voir aussi « Instructions de préparation pour le système d'implants CAMLOG®/CONELOG® », n° d'article J8000.0032). Les butées de profondeur peuvent être recommandées individuellement.

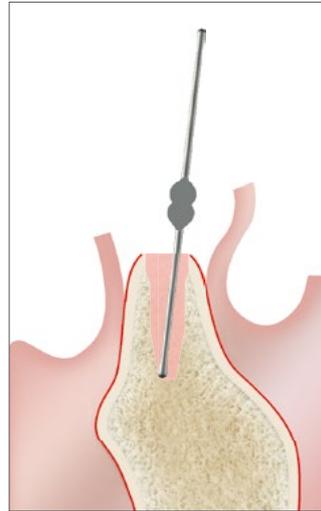


Forage calibré sans butée de profondeur pour une insertion plus profonde

Exemple: profondeur d'insertion en cas d'os irrégulier

CONTRÔLE DU SITE DE L'IMPLANT

Le sondage du forage du site de l'implant est recommandé pour déterminer la présence d'une fenestration. Le résultat du sondage établissant l'absence de tissus mous dans le forage du site de l'implant doit être consigné dans le dossier du patient.



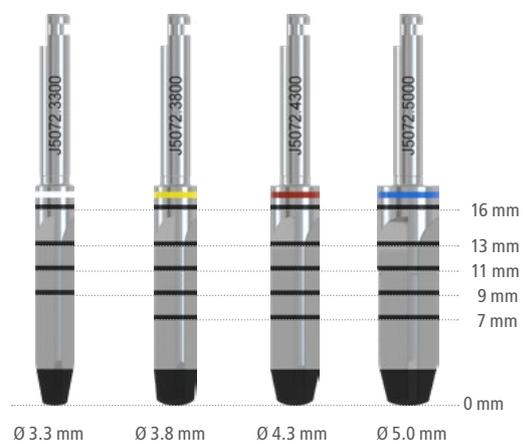
Contrôle du site de l'implant

PROCÉDURE DANS L'OS DENSE

Tous les implants CONELOG® PROGRESSIVE-LINE ont un filetage autotaraudant. En cas d'os de qualité 1* et 2*, il faut toutefois utiliser le foret pour os dense pour réduire le couple lors de l'insertion de l'implant.

L'utilisation du foret pour os dense est nettement plus simple que celle du taraud parce que, comme tous les forets calibrés, le foret pour os dense peut aussi être utilisé avec des vitesses de rotation plus élevées et sans changement du sens de rotation. Il peut être utilisé directement à l'aide du contre-angle.

Les 4 arêtes de coupe du foret pour os dense permettent également de collecter les copeaux d'os.



Foret pour os dense PROGRESSIVE-LINE

* Voir [C] dans le chapitre « Documentations complémentaires » page 44

PROCÉDURE CHIRURGICALE

ALTERNATIVE

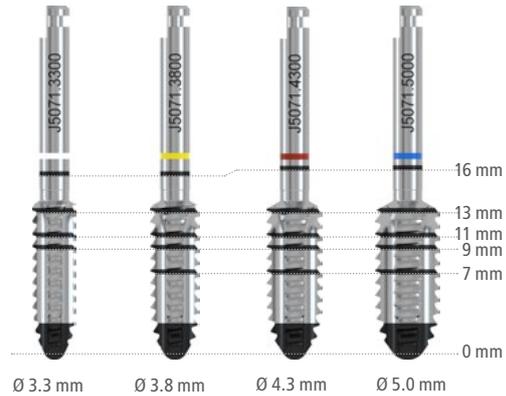
Des tarauds peuvent également être utilisés en alternative au foret pour os dense. Ils sont introduits dans la cavité à des profondeurs différentes selon la longueur de l'implant. Les marquages sur les tarauds représentent les profondeurs d'insertion spécifique à la longueur (non proportionnelles à la longueur de l'implant) des implants de 7 mm, 9 mm, 11 mm, 13 mm et 16 mm.

La vitesse de rotation maximale ne doit pas excéder 15 tr/min pour un taraudage mécanique. Nous recommandons un taraudage manuel.

Le taraudage manuel est effectué à l'aide de l'adaptateur ISO monté sur la clé dynamométrique bloquée. Tenir compte de l'orientation de l'axe du site implantaire lors du vissage et du dévissage du taraud.



Taraudage dans la zone supérieure du site de l'implant



Tarauds PROGRESSIVE-LINE, max. 15 tr/min



Clé dynamométrique bloquée



Adaptateur ISO

IMPLANTATION

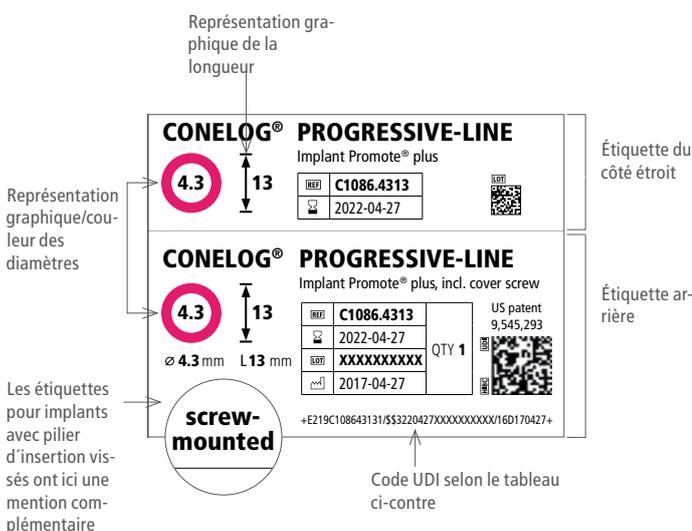
INFORMATIONS GÉNÉRALES CONCERNANT L'EMBALLAGE ET LA MANIPULATION DE L'IMPLANT

A) Emballage secondaire (carton) avec étiquette:

L'étiquette sur l'emballage secondaire qui est appliquée sur trois faces contient des informations importantes sur le système. L'étiquette est donc toujours bien lisible indépendamment de la manière dont les emballages sont stockés.



Exemple d'étiquette sur l'emballage secondaire d'un implant avec pilier d'insertion clipsé:



Autres informations sur l'emballage secondaire:

La face inférieure de l'emballage des implants CONELOG® renvoie au mode d'emploi sous forme électronique: <https://ifu.camlog.com>. Elle porte également un code QR qui mène directement à la page Internet correspondante.

Le côté gauche de l'emballage des implants CONELOG® porte le marquage CE, les avertissements correspondants et l'adresse du fabricant.

CODE UDI

A B C D E F G H I J K

+E219C108643131 / \$\$3220427XXXXXXXXXX / 16D170427+

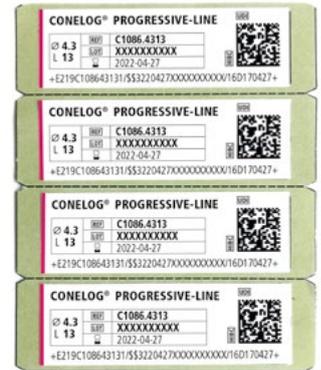
Sections du code primaire (UDI-DI)	Code	Explication
A	+	Code HIBC protégé (1 position)
B	E219	Code du fabricant (Altatec)
C	C10864313	Référence article (max. 13 positions)
D	1	Indice de quantité (nombre d'unités de conditionnement, 1 position)
Sections du code secondaire (UDI-DI)	Code	Explication
E	/	Signe de séparation primaire/secondaire
F	\$\$3	Identificateur pour la date de péremption
G	220427	Date de péremption (6 positions) 27/04/2022
H	XXXXXXXXXX	Numéro de lot (10 positions)
I	/16D	Identificateur pour la date de fabrication
J	170427	Date de fabrication (6 positions) 27/04/2017
K	+	Code de contrôle variable



PROCÉDURE CHIRURGICALE

B) Blister transparent avec Tyvek® et étiquette primaire:

Le blister avec Tyvek® est l'emballage primaire et son contenu (implant avec porte-implant et vis de fermeture) est stérile. Quatre étiquettes du patient autocollantes sont jointes au blister. Elles peuvent être utilisées p. ex. pour le dossier du patient, le passeport d'implant, la lettre de transfert ou pour la commande envoyée au laboratoire de prothèse. Le fond de l'indication du diamètre est également en couleur pour une lecture plus rapide.



C) Porte-implant avec implant et vis de fermeture:

L'implant et la vis de fermeture sont fixés de manière sûre dans le porte-implant (dans l'emballage). Le porte-implant permet de déverrouiller et de retirer l'implant et la vis de fermeture à l'aide d'un simple mécanisme d'enclenchement. L'implant dans son porte-implant est également clairement identifiable après son retrait de l'emballage primaire:

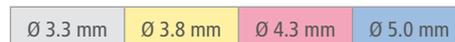
- a) Le diamètre de l'implant est identifiable à l'aide du code couleur du pilier d'insertion et de la vis de fermeture.
- b) En cas d'implant avec pilier d'insertion clipsé, une échelle appliquée sur la partie inférieure du porte-implant permet de lire la longueur de l'implant: la position sur l'échelle de la plaquette de maintien en titane indique la longueur de l'implant: 7, 9, 11, 13 ou 16 mm.



Échelle de détermination de la longueur de l'implant des implants avec pilier d'insertion clipsé

D) Piliers d'insertion clipsés:

Les implants sont maintenus dans le porte-implant par un pilier d'insertion pourvu d'un code couleur correspondant au diamètre de l'implant. Les piliers d'insertion sont **clipsés** dans l'implant et peuvent être retirés facilement de l'implant après l'implantation sans autre outil.



E) Piliers d'insertion vissés:

Une variante où le pilier d'insertion est fermement vissé dans l'implant est également disponible en plus de la version avec pilier d'insertion clipsé. Ceci est spécifiquement mentionné sur l'étiquette de l'emballage secondaire (voir page 25). La variante vissée est nécessaire pour la chirurgie guidée (Guide), afin de pouvoir poser l'implant de manière guidée. Elle peut toutefois être également utilisée à chaque fois qu'une correction intraopératoire de la position de l'implant dans les trois dimensions spatiales s'avère nécessaire.

Les piliers d'insertion vissés portent un code couleur - comme les piliers d'insertion clipsés - et sont sécurisés avec l'implant dans le porte-implant. Après l'implantation, il faut d'abord dévisser la connexion vissée du pilier d'insertion avec l'implant avant de pouvoir retirer le pilier d'insertion de l'implant.



F) Instruments de pose:

Le pilier d'insertion (clipsé ou vissé) permet de prendre l'implant avec l'instrument de pose d'implant et de le retirer directement du porte implant. Utiliser un des cinq instruments de pose d'implant représentés ci-contre pour ce faire.

Les longs instruments de pose d'implant permettent aussi de poser des implants enfouis.

Les trois instruments de pose d'implant manuelle à utiliser avec la clé dynamométrique (long, court, extracourt).

Les deux instruments de pose d'implant avec embout ISO (court et long) à utiliser avec le contre-angle.

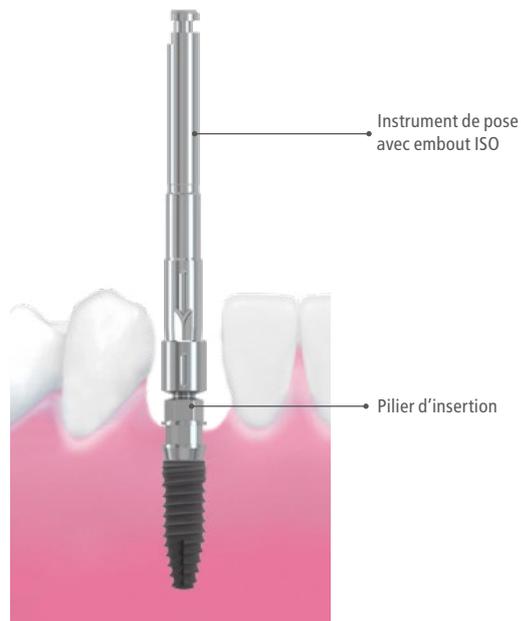


PROCÉDURE CHIRURGICALE

La figure illustre l'utilisation de l'instrument de pose d'implant avec embout ISO et un pilier d'insertion pour l'implant CONELOG® Ø 3.3 mm en cas d'espace étroit.

REMARQUE

Les instruments de pose, notamment les piliers d'insertion montés, sont conçus de manière à convenir même en cas d'espace édenté mince. Aucun de ces composants n'a un diamètre supérieur à celui de l'implant.



G) Instrument d'insertion:

Lorsqu'il faut s'attendre à une faible stabilité primaire lors d'une élévation du sinus, CAMLOG recommande d'utiliser des implants avec piliers d'insertion vissés. Le cas échéant, ceux-ci permettent une correction intraopératoire de la position de l'implant dans toutes les trois dimensions spatiales. Lorsque la planification prévoit l'utilisation d'un implant avec pilier d'insertion clipsé, CAMLOG recommande de monter l'instrument d'insertion (voir page 34) plutôt que le pilier d'insertion clipsé. Contrairement au pilier d'insertion clipsé, l'instrument d'insertion est vissé et permet aussi au besoin des corrections peropératoires de la position de l'implant dans les trois dimensions de l'espace.

OUVERTURE DE L'EMBALLAGE ET DÉPOSE DU PORTE-IMPLANT DANS LA ZONE STÉRILE

L'emballage secondaire est ouvert en tirant sur la bande perforée.

REMARQUE

Si la bande perforée de l'emballage est déjà ouverte, en entier ou en partie, l'emballage est considéré comme abîmé et l'implant ne peut plus être utilisé.



Les quatre étiquettes du patient autocollantes jointes au blister conviennent entre autres pour les documentations suivantes:

- Passeport d'implant
- Dossier du patient
- Lettre de transfert



Le blister avec Tyvek® forme la barrière stérile. La stérilité du contenu est assurée tant que le blister et le Tyvek® sont intacts.

Ouverture du blister:

Le blister est équipé de surfaces de préhension dans les deux coins inférieurs permettant de retirer facilement le Tyvek® du blister.



Le porte-implant peut être transféré dans la zone stérile de deux manières (A et B):

A: ÉJECTION DU PORTE-IMPLANT SUR LE PLATEAU STÉRILE

Comprimer légèrement le blister ouvert à l'endroit marqué entre deux doigts.

Le blister est construit de manière à retenir le porte-implant dans le blister tant que la pression des doigts est maintenue. Ceci permet un placement contrôlé sur le plateau stérile.

En relâchant la pression des doigts, le porte-implant peut être éjecté de manière contrôlée sur le plateau stérile.



PROCÉDURE CHIRURGICALE

B: PRÉSENTATION DU PORTE-IMPLANT AU PRATICIEN

Le blister ouvert est présenté au praticien.

Avec deux doigts, le praticien retire le porte-implant à l'endroit prévu.

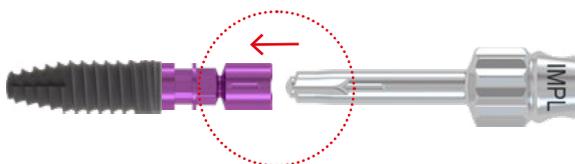
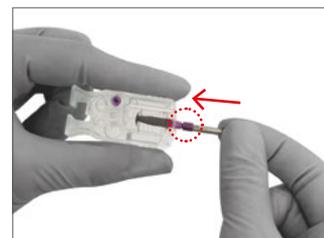
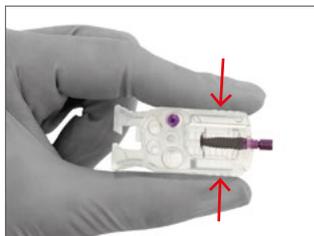
Le porte-implant peut ensuite être utilisé dans la zone stérile.



INSERTION DE L'INSTRUMENT DE POSE D'IMPLANT MANUEL DANS LE PILIER D'INSERTION

Le porte-implant est maintenu entre deux doigts dans sa partie avant et l'instrument de pose stérilisé au préalable est enfiché dans le pilier d'insertion.

Veiller à appliquer une légère pression en enfichant le pilier d'insertion dans l'instrument de pose d'implant. Ceci garantit une assise sûre de l'instrument de pose dans le pilier d'insertion.



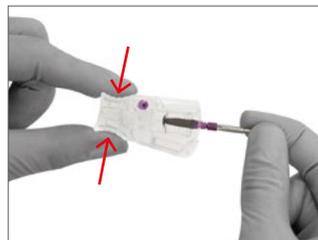
Veiller à l'alignement correct et retirer en exerçant une pression !

Les trois cames de marquage sur la tête du pilier d'insertion facilitent le positionnement du pilier dans l'instrument de pose d'implant ; celui-ci est également équipé des trois cames de marquage correspondantes.

Ces trois cames de marquage sur l'instrument de pose d'implant et le pilier d'insertion indiquent aussi la position des cames de la connexion implant-pilier.

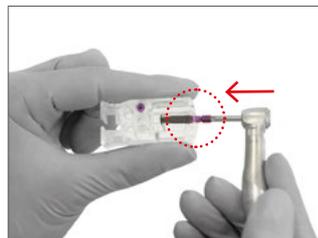
Après avoir inséré l'instrument de pose sur le pilier d'insertion, comprimer le porte-implant sur sa partie arrière (voir flèches sur la photo) pour le déverrouiller et ainsi débloquer l'implant.

Retirer l'implant au niveau du pilier d'insertion **verticalement vers le haut** (ne pas plier).

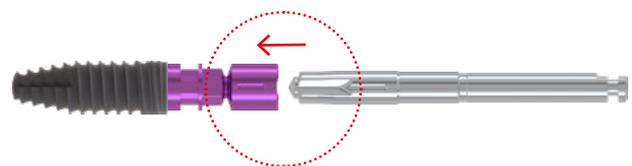


INSERTION DU CONTRE-ANGLE DANS LE PILIER D'INSERTION

En option, le pilier d'insertion peut aussi être introduit directement avec l'instrument de pose avec embout ISO mécanique et le contre-angle: maintenir le porte-implant au niveau de sa partie avant ; retirer ensuite le pilier d'insertion en exerçant une pression avec l'instrument de pose mécanique ou le contre-angle. Veiller à appliquer une légère pression en insérant l'instrument de pose d'implant dans le pilier d'insertion. Ceci garantit une assise sûre de l'instrument de pose dans le pilier d'insertion.



Lors de l'insertion, veiller à l'orientation correcte des trois cames de marquage sur la tête du pilier d'insertion et l'instrument de pose.



Veiller à l'alignement correct et retirer en exerçant une pression !

Après avoir inséré l'instrument de pose sur le pilier d'insertion, comprimer le porte-implant sur sa partie arrière (voir flèches sur la photo) pour le déverrouiller et ainsi débloquer l'implant.

Retirer le pilier d'insertion **verticalement vers le haut** (ne pas plier).



PROCÉDURE CHIRURGICALE

INSERTION ET POSITIONNEMENT DE L'IMPLANT

Avec l'instrument de pose, l'implant est inséré manuellement dans la partie coronale du site implantaire.

Ensuite, l'implant est vissé délicatement avec l'instrument de pose manuelle ou mécanique dans le sens des aiguilles d'une montre (la vitesse maximale ne peut dépasser 15tr/min). Pour ce faire, il convient de tenir compte de l'axe du site de l'implant.

Si un filetage a été prédécoupé, les positions des débuts de filetages au niveau de l'os cortical et de l'implant doivent correspondre.

Il est recommandé de tourner d'abord avec précaution l'instrument de pose avec l'implant vers la gauche à la main jusqu'à sentir le début du filetage. L'implant est ensuite vissé manuellement en tournant vers la droite à l'aide du porte-implant.

Lorsque la profondeur d'insertion souhaitée est atteinte (cf. chapitre « Forage calibré »), une des trois rainures doit présenter une orientation vestibulaire.

Si la profondeur de forage a été définie individuellement par le retrait de la butée, il convient de la prendre en considération lors de l'insertion de l'implant. On peut procéder à un positionnement individuel vertical des implants en fonction du forage en profondeur.

REMARQUE

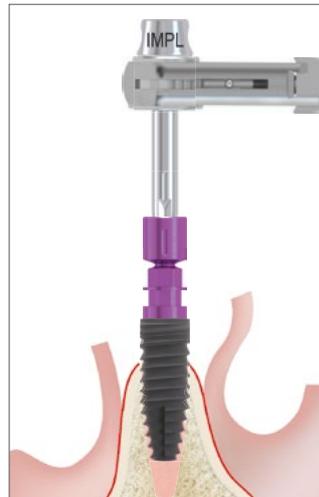
Si une élévation du plancher sinusien est envisagée alors qu'une stabilité primaire restreinte est prévisible, nous recommandons le montage de l'instrument d'insertion à la place du pilier d'insertion vissé (voir page 34). À l'opposé du pilier d'insertion clipsé, celui-ci est vissé et permet si nécessaire des corrections peropératoires de la position de l'implant dans les trois dimensions de l'espace.



Insertion de l'implant avec l'instrument de pose d'implant manuel



Insertion de l'implant avec l'instrument de pose d'implant mécanique



Insertion de l'implant avec l'instrument de pose d'implant manuel et la clé dynamométrique



Insertion de l'implant avec l'instrument de pose d'implant mécanique et le contre-angle (max. 15 t/min)



Implant vissé manuellement



Implant vissé mécaniquement

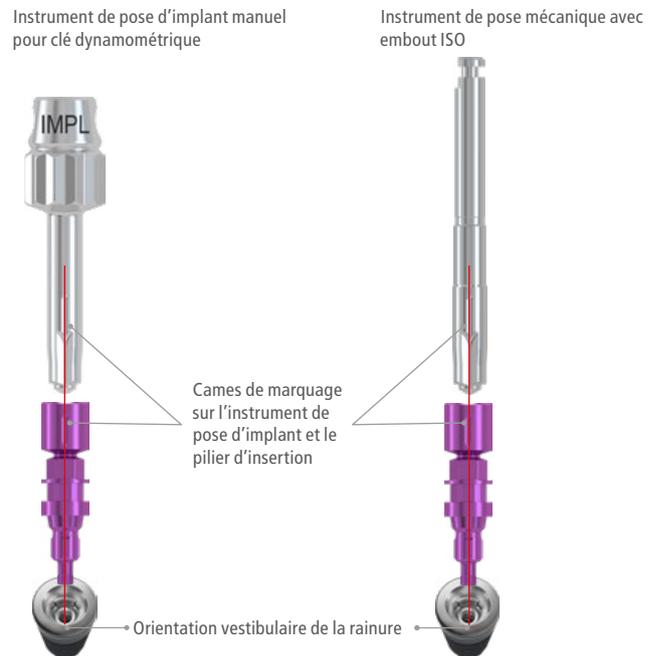
Lors de l'implantation, il faut tenir compte de ce qui suit:

L'instrument de pose d'implant et le pilier d'insertion sont équipés de rainures de marquage correspondant aux trois cames de la connexion implant-pilier. Celles-ci permettent le contrôle de la position des cames pendant l'insertion et leur orientation prothétique nécessaire.

Si le chirurgien dentaire n'a pas indiqué de position de rainure, il convient d'adopter une orientation vestibulaire dans la plupart des cas car l'angle des piliers angulés part de la rainure.

REMARQUE

Lors du positionnement des cames, il faut veiller à visser l'implant à vis environ 0.3 mm plus profondément lors du vissage jusqu'à la prochaine position de rainure (120°).



Après vérification de la profondeur d'implantation (voir le chapitre « Forage calibré avec ou sans butée de profondeur ») et de la position des cames (voir ci-dessus) ainsi qu'en fonction du pilier d'insertion sélectionné, le pilier d'insertion peut être retiré de l'implant de diverses manières:

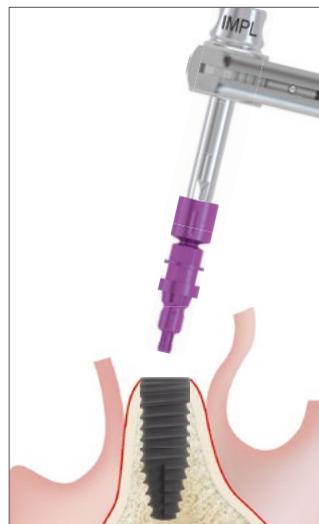
a) Pilier d'insertion clipsé:

Le pilier d'insertion clipsé peut être retiré directement de l'implant avec l'instrument de pose. Pour ce faire, vérifier que la stabilité primaire de l'implant est suffisante. Si le pilier d'insertion est involontairement bloqué dans l'implant, il peut être facilement retiré avec une précelle. Si vous souhaitez laisser d'abord le pilier d'insertion dans l'implant (p. ex. pour comparer les axes de plusieurs implants), le pilier d'insertion doit éventuellement être maintenu dans l'implant avec un instrument approprié en exerçant une pression axiale pour pouvoir dégager l'instrument de pose du pilier d'insertion.

Si la stabilité primaire est insuffisante, l'implant peut être stabilisé avec un instrument approprié pendant le retrait du pilier d'insertion.

b) Pilier d'insertion vissé:

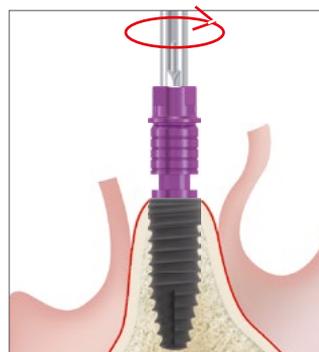
La vis du pilier d'insertion est dévissée à l'aide du tournevis, hexagonal après le retrait de l'instrument de pose et le pilier d'insertion est retiré avec la précelle ou manuellement (risque d'aspiration !). En cas de faible stabilité primaire, CAMLOG recommande d'utiliser la clé universelle de contre-couple pour bloquer l'implant lors du dévissage, afin d'empêcher un mouvement de l'implant.



Retrait du pilier d'insertion clipsé en cas de vissage manuel



Retrait du pilier d'insertion clipsé en cas de vissage mécanique



Dévissier la vis à l'intérieur du pilier d'insertion vissé pour pouvoir le retirer.

PROCÉDURE CHIRURGICALE

INSTRUMENTS COMPLÉMENTAIRES

INSTRUMENT D'INSERTION COURT

L'instrument d'insertion court peut être monté comme suit:

- Prendre l'implant avec l'instrument de pose
- Pousser la gaine du code couleur correspondant au diamètre de l'implant par-dessus la partie endo-osseuse de l'implant (Fig. 1)
- Comprimer la gaine à la hauteur de l'épaule avec une pince Kocher
- Implant avec pilier d'insertion clipsé: retirer l'instrument de pose et le pilier d'insertion
Implant avec pilier d'insertion vissé: dévisser le pilier d'insertion
- Insérer l'instrument d'insertion du diamètre correspondant dans l'implant jusqu'à l'enclenchement des cames dans les cames (Fig. 2)
- Fixer l'implant avec la vis de fixation de l'instrument d'insertion (serrer manuellement) (Fig. 3)
- Retirer la pince Kocher et la gaine (Fig. 4)

Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Instrument d'insertion prémonté, court

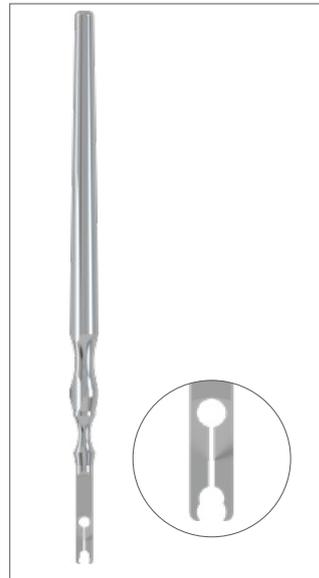
REMARQUE IMPORTANTE

La pince Kocher, l'instrument d'insertion et la gaine CONELOG® doivent être stérilisés avant leur utilisation.

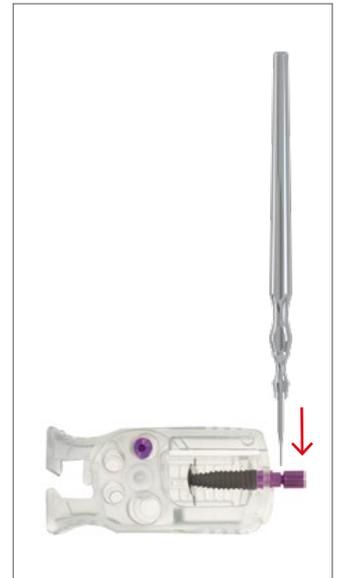
**INSTRUMENT PICKUP POUR IMPLANTS AVEC
PILIER D'INSERTION CLIPSÉ**

De manière standard, l'implant peut être retiré du porte-implant à l'aide de l'instrument de pose. En cas d'implants avec pilier d'insertion clipsé, on peut également utiliser l'instrument Pickup en alternative à l'instrument de pose pour retirer l'implant.

Pour ce faire, l'instrument Pickup est poussé sur le pilier d'insertion clipsé au-dessus du six pans dans la rainure.



Instrument Pickup

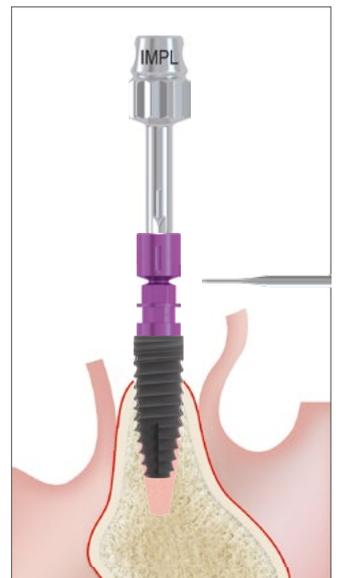


Enfichage du Pickup sur le pilier d'insertion CONELOG®

Pour la procédure d'insertion, l'instrument de pose choisi est placé sur le pilier d'insertion et l'implant est inséré dans l'os. Puis l'instrument Pickup est retiré.



Mise en place de l'instrument de pose



Retrait de l'instrument Pickup et insertion de l'implant

PROCÉDURE CHIRURGICALE

ADAPTATEUR DE DÉVISSAGE POUR IMPLANTS/ZONE DE RUPTURE DU PILIER D'INSERTION CLIPSÉ

Le pilier d'insertion clipsé se rompt au point de rupture lorsque les moments de torsion ou de flexion sont trop importants lors du vissage de l'implant. Cette rupture protège la configuration interne de l'implant et permet ainsi d'éviter de l'endommager. Le fragment rompu du pilier de l'implant peut être retiré en une pièce de l'implant avec une précelle.

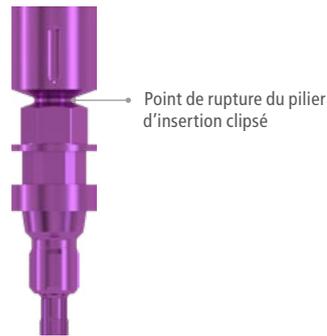
En cas de rupture au point de rupture et avant son retrait, le fragment rompu doit être protégé contre l'aspiration par le patient.

Les deux situations suivantes peuvent survenir:

A: Dans le cas où la fracture au point de rupture intervient en même temps que le positionnement final de l'implant, le fragment rompu du pilier d'insertion est retiré comme décrit plus haut avant de poursuivre la restauration comme planifié. L'implant reçoit une vis de fermeture ou un pilier de cicatrisation ou est déjà doté d'un composant prothétique.

B: Si l'implant n'est pas en position finale lors de la fracture au point de rupture du pilier d'insertion, il doit être retiré comme décrit dans ce qui suit et l'origine de la rupture doit être déterminée.

L'adaptateur de dévissage permet de dévisser l'implant après la fracture du pilier d'insertion au point de rupture. Pour ce faire, il faut retirer le fragment rompu et enficher l'adaptateur de dévissage sur le pilier d'insertion rompu qui se trouve dans l'implant. Enficher l'instrument de pose dans l'adaptateur de dévissage et dévisser l'implant en sens anti-horaire à l'aide de la clé dynamométrique initialement bloquée.



Adaptateur de dévissage CONELOG® pour tous les diamètres



REMARQUE

Les deux fragments du pilier d'insertion clipsé, l'adaptateur de dévissage et l'implant ne sont pas fixés l'un à l'autre, tous les éléments doivent donc être protégés contre l'aspiration par le patient.

Les adaptateurs de dévissage CONELOG® sont utilisés uniquement pour l'explantation des implants non ostéointégrés.

L'implant peut ensuite être dévissé avec l'adaptateur de dévissage et l'instrument de pose d'implant à l'aide de la clé dynamométrique initialement bloquée. L'implant doit être éliminé.



Enfichage de l'adaptateur de dévissage sur le pilier d'insertion rompu



Dévissage de l'implant à l'aide de l'adaptateur de dévissage avec clé dynamométrique montée

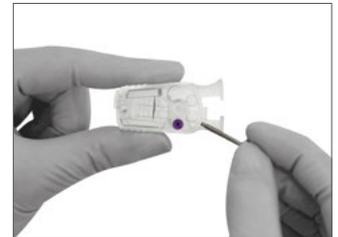
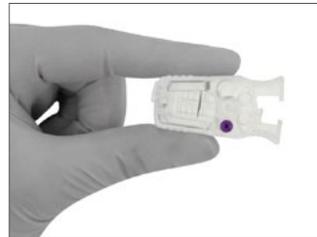
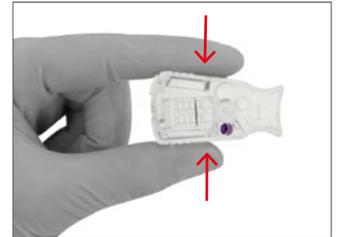
MODALITÉS DE CICATRISATION

CICATRISATION SOUS-GINGIVALE

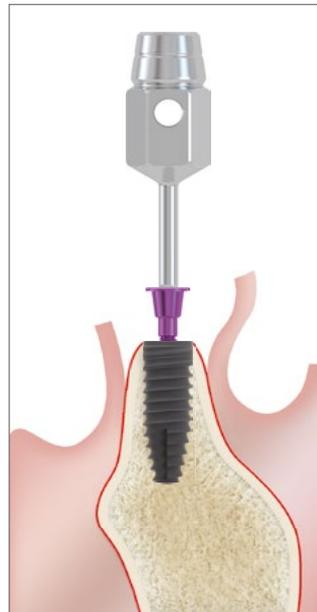
La vis de fermeture pour la cicatrisation sous-gingivale est sécurisée et se trouve dans la partie centrale du porte-implant (cercle rouge), dans une des cavités prévues à cet effet (Ø 3.3 mm, Ø 3.8 mm, Ø 4.3 mm et Ø 5.0 mm).

La fermeture (compression) du porte-implant (voir photo) permet de déverrouiller la vis de fermeture. La vis est alors accessible. Ceci n'est possible qu'après le retrait du pilier d'insertion et de l'implant.

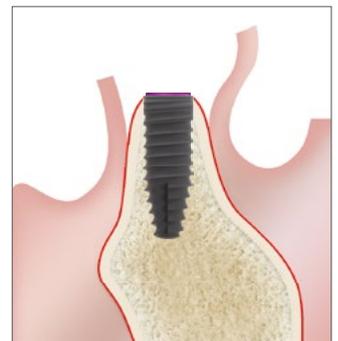
La vis de fermeture peut être prise directement du porte-implant à l'aide du tournevis hexagonal **en exerçant une pression**.



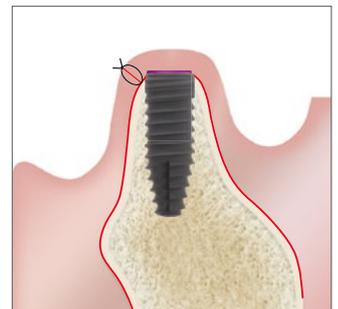
La vis de fermeture prise à l'aide du tournevis hexagonal peut maintenant être vissée manuellement dans l'implant CONELOG® PROGRESSIVE-LINE (risque d'aspiration !). La vis de fermeture doit être vissée de manière contrôlée et uniquement à la main à l'aide du tournevis hexagonal.



Vissage de la vis de fermeture CONELOG®



Implant CONELOG® PROGRESSIVE-LINE avec vis de fermeture CONELOG®



Suture de la plaie

CICATRISATION TRANSGINGIVALE

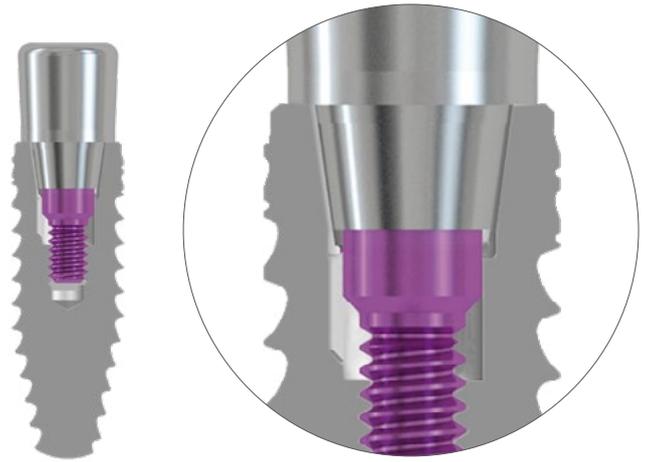
PILIERS DE CICATRISATION CONELOG®

L'utilisation des piliers de cicatrisation CONELOG® favorise le modelage des tissus mous péri-implantaires. Les piliers de cicatrisation CONELOG® sont disponibles en trois géométries différentes:

- cylindrique
- évasée
- bottleneck

Les piliers de cicatrisation ont un codage couleur en fonction du diamètre de l'implant.

Les piliers de cicatrisation CONELOG® sont vissés à la main avec un du tournevis hexagonal dans l'implant CONELOG® PROGRESSIVE-LINE sans que les surfaces coniques n'entrent en contact. La pilier de cicatrisation repose sur l'épaulement d'implant usiné, mais ne le recouvre pas entièrement. Par conséquent, les tissus mous peuvent venir s'adapter par-dessus l'épaulement.



Connexion implant CONELOG® PROGRESSIVE-LINE – pilier de cicatrisation CONELOG®

MODALITÉS DE CICATRISATION

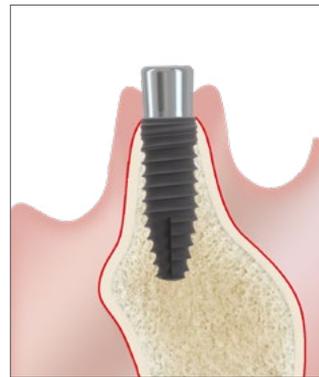
	Article	N° d'article	Ø	HG	ØG
	Pilier de cicatrisation CONELOG® cylindrique stérile Matériau alliage de titane	C2015.3320	3.3 mm	2.0 mm	3.0 mm
		C2015.3340		4.0 mm	3.0 mm
		C2015.3820	3.8 mm	2.0 mm	3.5 mm
		C2015.3840		4.0 mm	3.5 mm
		C2015.3860*		6.0 mm	3.5 mm
		C2015.4320	4.3 mm	2.0 mm	3.8 mm
		C2015.4340		4.0 mm	3.8 mm
		C2015.4360*		6.0 mm	3.8 mm
		C2015.5020	5.0 mm	2.0 mm	4.5 mm
		C2015.5040		4.0 mm	4.5 mm
		C2015.5060*		6.0 mm	4.5 mm
	Pilier de cicatrisation CONELOG®, évasée stérile Matériau alliage de titane	C2014.3340	3.3 mm	4.0 mm	4.8 mm
		C2014.3840	3.8 mm	4.0 mm	5.3 mm
		C2014.3860		6.0 mm	5.3 mm
		C2014.4340	4.3 mm	4.0 mm	5.8 mm
		C2014.4360		6.0 mm	5.8 mm
		C2014.5040	5.0 mm	4.0 mm	6.5 mm
		C2014.5060		6.0 mm	6.5 mm
	Pilier de cicatrisation CONELOG®, bottleneck stérile Matériau alliage de titane	C2011.3340	3.3 mm	4.0 mm	3.3 mm
		C2011.3840	3.8 mm	4.0 mm	3.8 mm
		C2011.3860		6.0 mm	3.8 mm
		C2011.4340	4.3 mm	4.0 mm	4.0 mm
		C2011.4360		6.0 mm	4.0 mm
		C2011.5040	5.0 mm	4.0 mm	4.7 mm
		C2011.5060		6.0 mm	4.7 mm

HG: hauteur gingivale
ØG Diamètre gingival

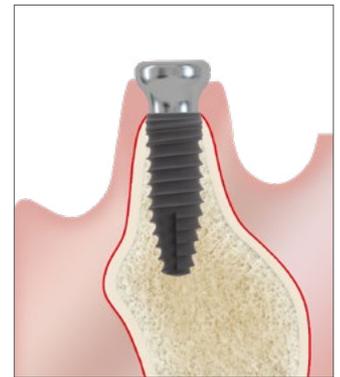
* Convient pour l'enregistrement de l'occlusion

**PILIER DE CICATRISATION CONELOG®,
CYLINDRIQUE ET ÉVASÉE**

On utilise de manière standard les piliers de cicatrisation CONELOG® cylindriques et évasés. Pour l'insertion dans l'implant, un pilier de cicatrisation CONELOG® de diamètre correspondant est vissé à la main avec un tournevis hexagonal. La hauteur gingivale est choisie de manière à ce que le pilier de cicatrisation se trouve de 1 à 1.5 mm en supragingival. La prise d'empreinte est réalisée après stabilisation des tissus mous péri-implantaires.



Pilier de cicatrisation cylindrique
CONELOG®



Pilier de cicatrisation CONELOG®, évasée
CONELOG®

**PILIER DE CICATRISATION CONELOG®,
BOTTLENECK**

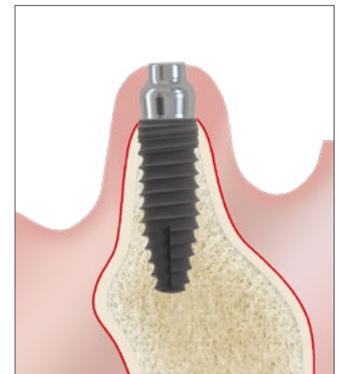
Dans les zones où l'esthétique joue un rôle important, on peut optimiser le résultat du traitement par l'utilisation des piliers de cicatrisation bottleneck CONELOG®. La coupe effilée en coronaire permet d'obtenir une expansion tissulaire pendant la cicatrisation.

Une pilier de cicatrisation cylindrique CONELOG®, est vissée après 3 à 4 semaines (avant l'organisation définitive des fibres élastiques). Il ne faut pratiquer aucune excision de tissu.

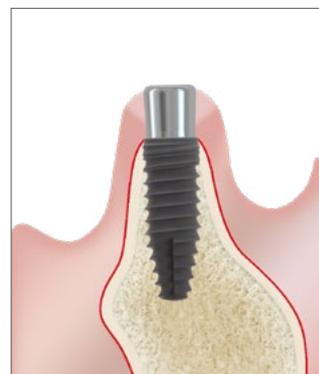
Le tissu est repoussé en direction coronaire et forme ainsi une structure semblable aux papilles. La prise d'empreinte est réalisée après stabilisation des tissus mous péri-implantaires.



Phase de cicatrisation



Expansion des tissus mous



Tassement coronaire des tissus mous par
remplacement avec un pilier de cicatrisation
cylindrique CONELOG®,

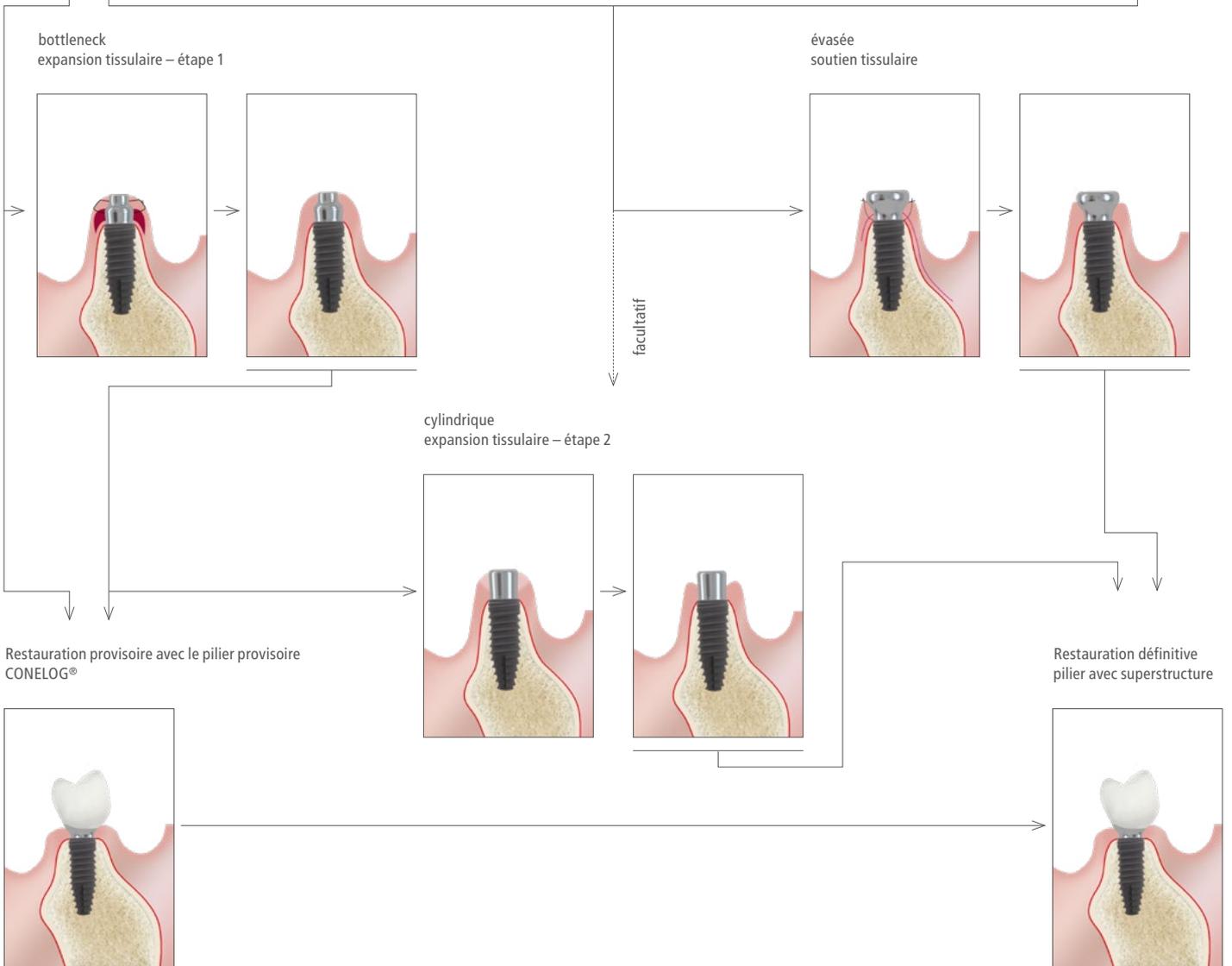
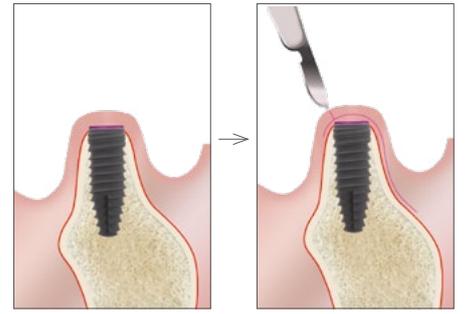
MODALITÉS DE CICATRISATION

EXPANSION TISSULAIRE / SOUTIEN TISSULAIRE

Utilisation en un seul temps (en transgingival)



Utilisation en deux temps (recouverte)



DOCUMENTATIONS COMPLÉMENTAIRES

Vous pourrez trouver des informations complémentaires sur les produits CONELOG® dans les documents suivants:

- Catalogue produits CONELOG®
- Modes d'emploi CONELOG®
- Instructions de préparation
- Notice d'accompagnement CONELOG® (fournie dans l'emballage des produits CONELOG®)
- Bibliographie CAMLOG
- CAMLOG et la science

[A] Schwarz F, Alcoforado G, Nelson K, Schaer A, Taylor T, Beuer F, Strietzel FP. Impact of implant–abutment connection, positioning of the machined collar/microgap, and platform switching on crestal bone level changes. CAMLOG Foundation Consensus Report. Clin.Oral Impl. Res. 2014; 25(11): 1301-1303.

[B] Histology of an implant with revers buttress thread of the same geometry. Histologic evaluation of 3 retrieved immediately loaded implants after a 4-month period. Lezzi G, Pecora G, Scarano A, Perrotti V, Piattelli A. Implant Dent. 2006; 15(3): 305-312.

[C] Qualité de l'os selon Lekholm U, Zarb GA. Patient selection and preparation. In: Branemark PI, Zarb GA, Albrektsson T, editors. Tissue-integrated prostheses-Osseointegration in Clinical Dentistry. Chicago: Quintessence Publishing Co; 1985. p. 199–209.

Les documents, à l'exception de [A], [B] et [C] sont disponibles auprès du représentant local de CAMLOG.

Consultez également:

<https://ifu.camlog.com>
www.camlog.com

NOMS DE MARQUE ET COPYRIGHT

Les noms de marque (marques déposées) ne sont pas indiqués de manière spécifique. L'absence d'une telle indication ne permet PAS de conclure qu'il s'agit d'une marque non protégée. Ce document, y compris toutes ses parties, est protégé par le droit d'auteur. Vous pouvez télécharger le contenu relatif à l'usage personnel non commercial, mais toute modification ou reproduction du contenu sont interdites. Toute utilisation en dehors des strictes limites de la loi sur le droit d'auteur sans le consentement préalable écrit de CAMLOG Biotechnologies GmbH est interdite et condamnable.

CE 0123



HEADQUARTERS

CAMLOG Biotechnologies GmbH | Margarethenstr. 38 | 4053 Bâle | Suisse
Téléphone +41 61 565 41 00 | Fax +41 61 565 41 01 | info@camlog.com | www.camlog.com

Fabricant des produits CONELOG® et CAMLOG®: ALTATEC GmbH | Maybachstr. 5 | 71299 Wimsheim | Allemagne

