



L'innovation au service du pronostic chirurgical et prothétique

Crédits photo :

Anthogyr - Photo de couverture : Jean-Pierre CASU, Laboratoire Kosmeteeth
M. PALMIERI, Laboratoire Palmieri page 6, Dr Gian Battista GRECO page 28,
M. Alain Ardic ARDIC, Laboratoire Vision Esthétique page 74,
Tous droits réservés – Images non contractuelles

Expériences cliniques

Restaurations unitaires

1

Extraction implantation et temporisation immédiate sur incisive centrale AxIN®

p. 8-9 Dr Claude AUTHELAIN, M. Alain ARDIC

2

Réhabilitation d'une incisive centrale au maxillaire par dent unitaire transvissée AxIN® sur implant Axiom® TL

p. 10-11 Dr Jonatan BELEY, M. Jean-Marc ETIENNE

3

Réhabilitation d'une incisive centrale supérieure par une dent transvissée AxIN®

p. 12-13 Dr Philippe COLIN, M. Fabio LEVRATTO

4

Couronne unitaire sur un implant Axiom® TL, Tissue Level

p. 14-15 Dr Philippe COLIN, Mme Zeliha SAHIN KARAKUS

5

Cas AxIN® sur un implant Axiom® BL, Bone Level, PX posé immédiatement après extraction

p. 16-17 Dr Egon EUWE, M. Pasquale PALMIERI

6

Réhabilitation antérieure esthétique : l'apport d'AxiIN®

p. 18-19 Dr Christophe FORESTI, M. Cyrille FERREIRA

7

À propos d'une incisive centrale : tissus durs, tissus mous, prothèse AxIN®

p. 20-21 Dr Patrice MARGOSSIAN, M. Stevie PASQUIER, M. Gilles PHILIP

8

Solution transitoire AxIN® Angulé

p. 22-23 Dr Patrice MARGOSSIAN, M. Stevie PASQUIER, M. Gilles PHILIP

9

Restauration unitaire avec Axiom® TL, Tissue Level

p. 24-25 Dr Antoine MONIN, M. Romain CIAFFOLONI

10

Implant Axiom® BL, Bone Level, après avulsion de la dent 11 et énucléation d'un kyste

p. 26-27 Dr Nicolas RENOU, Dr Jean-Baptiste VERDINO, M. Gilles GIORDANENGO

11

Restauration maxillaire totale :
apport de la connexion **inLink®**

p. 30-31 Dr Claude AUTHELAIN, Dr Issur OTTMUN-CHUND,
M. Alain ARDIC

12

Avantages de la solution **Axiom® Multi Level®** dans les
réhabilitations complètes

p. 32-33 Dr Francis BAILLY, M. Alexandre BIENFAIT

13

Réhabilitation d'un maxillaire postérieur avec implants
Axiom® BL, Bone Level et piliers **inLink®**

p. 34-35 Dr Reda BEN KIRAN, M. Jean-Pierre CASU

14

Axiom® TL, Tissue Level, à la mandibule postérieure

p. 36-37 Dr Philippe BOGHANIM, M. Pascal AUGÉ

15

Réhabilitation complète par bridge transvissé sur 6 implants
Axiom® TL, Tissue Level

p. 38-39 Dr Pierre BRUET, M. Laurent DESABRES

16

Restauration supérieure post-extraction avec Mise en
Charge Immédiate et bridge inférieur sur implants
Axiom® TL, Tissue Level implants

p. 40-41 Dr Paolo CALAMAI, M. Duccio ZACCARELLI

17

Implant **Axiom® BL**, Bone Level et pilier **inLink®** : intérêt dans
le cadre d'une réhabilitation étendue

p. 42-43 Dr Philippe COLIN, M. Fabio LEVRATTO

18

Réhabilitation avec Mise en Charge Immédiate à l'aide
d'implants **Axiom® BL**, Bone Level et piliers **inLink**

p. 44-45 Dr Leonardo DASSATTI, M. Federico FOLEGATTI

19

Implants Bone Level ou Tissue Level ?

p. 46-47 Dr Loïc DAVID, M. Jérôme OZENNE

20

Bridge antérieur sur implants **Axiom® TL**, Tissue Level, après
extraction de 2 implants défailants et d'une racine fracturée

p. 48-49 Dr Egon EUWE, M. Pasquale PALMIERI

21

Mise en Charge Immédiate avec **Axiom® Multi Level®**

p. 50-51 Dr Christophe FORESTI, M. Cyrille FERREIRA,

22

Mise en Charge Immédiate bimaxillaire avec piliers **inLink®**

p. 52-53 Dr Giuliano FRAGOLA, M. Rafa POMBO

23

Réhabilitation totale avec système [Axiom® Multi Level®](#)

p. 54-55 Dr Carlos GARGALLO, M. Rafa POMBO

24

Réhabilitation mandibulaire totale avec implants [Axiom® TL](#), Tissue Level

p. 56-57 Dr Gian Battista GRECO, M. Federico FOLEGATTI

25

Réhabilitation bimaxillaire en flapless, sans fausse gencive avec [Axiom® TL](#), Tissue Level

p. 58-59 Dr Thomas GUILLAUMIN, M. Philippe CAVELIUS

26

Réhabilitation dentaire partielle avec implants [Axiom® TL](#), Tissue Level

p. 60-61 Dr Philippe HERAUD, M. Frédéric FOURET

27

Mise en Charge Immédiate des deux arcades sur implants [Axiom® Multi Level®](#) à l'aide de la technique du « modèle unique »

p. 62-63 Dr Diego LONGHIN, M. Luigino BENVEGNU

28

Utilisation d'implants [Axiom® BL](#) Bone Level et de piliers [inLink®](#) dans le cadre d'une réhabilitation supérieure et inférieure totale

p. 64-65 Dr Andrea LUCIANI, M. Massimo MOTISI, M. Giuseppe EMANUELE

29

Arcade mandibulaire avec Mise en Charge Immédiate sur 4 implants inter-foraminaux [Axiom® TL](#), Tissue Level avec piliers [inLink®](#)

p. 66-67 Dr Federico MANDELLI, M. Stefano ROTA

30

Réhabilitation supérieure et inférieure totale avec Mise en Charge Immédiate sur piliers [inLink®](#)

p. 68-69 Dr José-Luis PADRÓS, Corus Garbident Dental Lab

31

Réhabilitation partielle sur implants [Axiom® TL](#), Tissue Level avec Mise en Charge Immédiate

p. 70-71 Dr Sergio SALINA, M. Federico FOLEGATTI

32

Mise en Charge Immédiate chez l'édenté complet avec [Axiom® TL](#), Tissue Level

p. 72-73 Dr Jean-Baptiste VERDINO, M. Jean-Michel MOAL
M. Gilles GIORDANENGO

REMERCIEMENTS

p. 74-79 Praticiens et Laboratoires dentaires



Restaurations unitaires

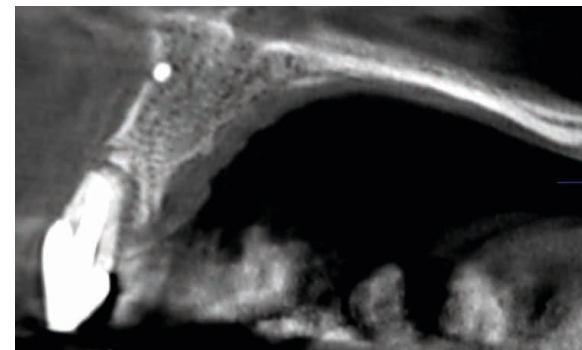
Dr Claude AUTHELAIN, M. Alain ARDIC

Contexte

Patient venant consulter tardivement pour une fracture radiculaire sur la dent n°11 (le traumatisme date probablement d'un mois).



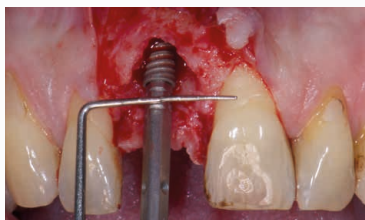
1. L'examen clinique montre une grande mobilité de la dent.



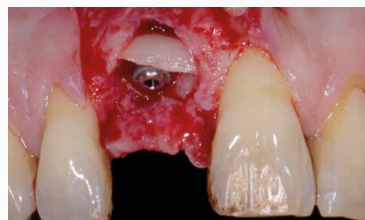
2. Le CBCT montre une fracture transversale de la racine avec une perte de la corticale vestibulaire.



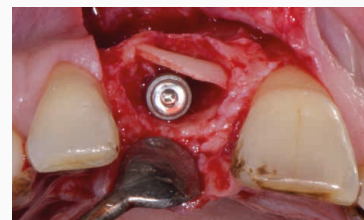
3. Le débridement clinique confirme la grosse perte osseuse en vestibulaire.



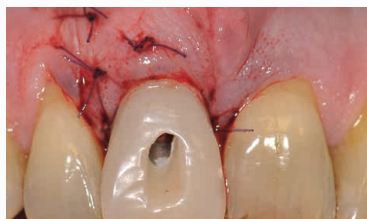
4. Il est néanmoins possible de poser un implant Axiom® BL, Bone Level, PX de diamètre 3,4 mm, mais il va falloir gérer la déhiscence.



5 & 6. Une lamelle osseuse issue d'un petit prélèvement ramique est impactée au niveau du site alvéolaire qui a été mortaisé au préalable.



7. Comblement de l'alvéole avec du broyat d'os autogène (mouliné).



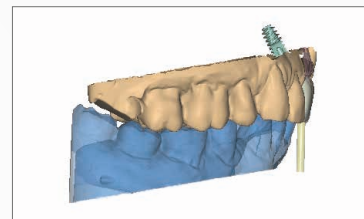
8. Pose d'une couronne provisoire vissée avant obturation. Il est important de noter que dans les techniques d'extraction-implantation immédiates en secteur antérieur, l'axe implantaire sort quasi systématiquement en vestibulaire.



9. Cicatrisation à 1 mois.



10. Tissus mous à 6 mois.



11. Modélisation CAD de la prothèse Simeda®.



12. Mise en place de la couronne sur armature zirconie sina ML sur l'embase AxIN®. La possibilité de rattraper l'axe permet de faire de la prothèse vissée.

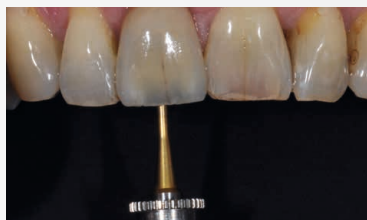


16. Sourire final.



Conclusion

La logique aujourd'hui voudrait que l'on s'oriente le plus possible vers la prothèse implantaire vissée. Le système AxIN® permet de rattraper les axes jusqu'à 25°, ce qui augmente le champ d'indications de la prothèse vissée et s'inscrit dans la tendance actuelle.



13. Vissage à 25 N.cm avec la clé sphérique AxIN®.



14. Le système AxIN® permet de « ramener » le puits de vissage sur la face palatine, suffisamment à distance du bord libre pour éviter tout risque de fragilisation de celui-ci.



15. Couronne en place. Parfaite intégration esthétique de la restauration.



Réhabilitation d'une incisive centrale au maxillaire par dent unitaire transvissée AxIN® sur implant Axiom® TL

Dr Jonatan BELEY, M. Jean-Marc ETIENNE

Contexte

Patient de 65 ans consulte pour une mobilité significative de l'incisive maxillaire gauche. Diagnostic d'atteinte endoparodontale de la 21 avec trauma occlusal ayant provoqué une vestibulo-version et une extrusion importante qui le gêne dans la mastication et altère sa qualité de vie.



1. Sourire pré opératoire.



2. Vue occlusale avant traitement orthodontique.



3. Vue occlusale après traitement orthodontique, extraction de la 21 et collage d'une facette cosmétique de transition.



4. Mise en forme des tissus mous par la mise en place d'une couronne provisoire transvissée avec fût droit. Le profil d'émergence offert par la plateforme Axiom® TL, Tissue Level, R pour une incisive centrale est intéressant.



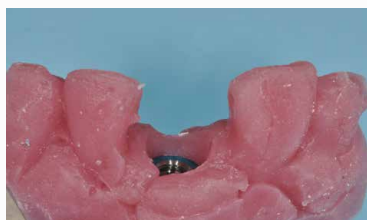
5. Vue intra-orale de la couronne provisoire.



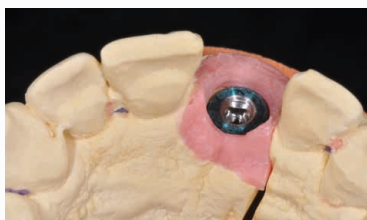
6. Implant Axiom® TL, Tissue Level, en vue intra-orale.



7. Empreinte de position par pop-in indexé. Le contour vestibulaire est désormais satisfaisant après greffes successives de tissus durs et mous.



8. Empreinte du profil d'émergence créé par la couronne provisoire.



9. Maître modèle et analogue.



10. Dent usinée sur le modèle, en Zircone sina Z.



11. Stratification de la couronne.



12. Stratification de la couronne sur embase laboratoire.



Conclusion

Le choix de l'implant Axiom® TL, Tissue Level dans ce cas a permis de déporter l'interface implant pilier davantage en direction coronaire, ce qui est sécurisant pour les patients présentant des antécédents de maladie parodontale. De plus, le profil d'émergence de la plateforme R permet une transition naturelle. L'innovation de l'embase AxIN® aura, pour sa part, permis de réduire le diamètre du puits d'accès à la vis, de le placer de façon optimale au centre de la face palatine et élimine la présence d'irritants (colle, ciment) à proximité de l'épithélium de jonction péri-implantaire.

20. Sourire final.



13. Dent céramisée sur embase laboratoire.



14. Personnalisation de la dent.



15. Personnalisation de la dent.



16. Assemblage de la dent sur l'embase définitive.



17. Vue de profil de la dent transvissée AxIN® à base Zircône.



18. Vue de face de la prothèse.



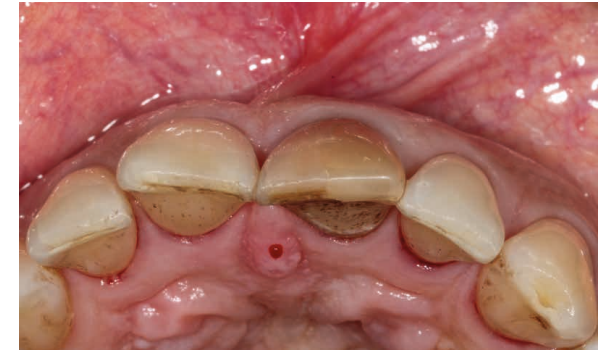
19. Vue occlusale de la prothèse. La réduction du puits d'accès diminue la quantité de résine composite nécessaire à l'obturation.



Dr Philippe COLIN, M. Fabio LEVRATTO

Contexte

Patiente de 56 ans qui consulte pour remplacer son incisive centrale supérieure gauche par un implant. Elle ne veut plus conserver sa dent qui est sensible, qui la complexe et « lui gâche la vie » depuis longtemps. Patiente en bonne santé, fume 15 cigarettes / jour, sans signes parafunctionnels avérés. Proposition de traitement : implant immédiat sur 21 avec mise en fonction immédiate hors charge occlusale, couronne finale transvissée avec une facette sur 11 pour réaligner cette dent et fermer les embrasures.



1 & 2. Parodontite chronique d'intensité moyenne, avec perte d'attache sans profondeur de sondage, biotype parodontal moyen, perte des papilles, déplacement de la 11 à la suite d'un contact en propulsion avec 42, sensibilité à la percussion sur 21, sourire volontairement bas et difficile à analyser tant la patiente s'y refuse.

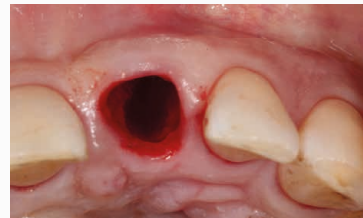
p.12



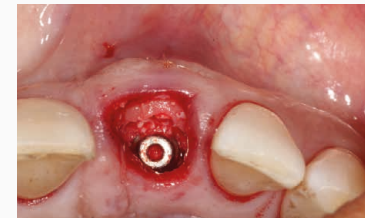
3. Radio pré-opératoire.



4. Extraction atraumatique de 21.



5. Curetage de l'alvéole (curette et fraise boule vitesse lente sous irrigation), forage en direction palatine après sondage du canal incisif.



6. Épaississement du site par du conjonctif prélevé au niveau tubérositaire, particules de Bio-Oss® dans le hiatus vestibulaire entre la crête et l'implant Axiom® BL, Bone Level PX 4 x 12 mm.



7. Un pilier temporaire diamètre 5 mm avec fût droit, hauteur 2,5 mm est positionné sur l'implant, retouché en bouche sous spray et élaboration de la temporaire à l'aide d'une clef en silicone.



8. Une grande attention est portée à régler l'occlusion statique et surtout dynamique pour éviter tout contact propulsif, et également à nettoyer le pilier (passage de la couronne aux US). Conseil post-op : chlorhexidine, brossage doux, éviter toute sollicitation pendant 2 mois.



9. Radio en fin de séance.



10. Cicatrisation à 1 mois. Le pilier temporaire concave et de hauteur suffisante a permis aux tissus mous une bonne maturation.



11. Situation 3 mois ^{1/2} après la pose. La maturation tissulaire est achevée. Le diastème 11 – 12 est visible tout comme le sous contour de la 21.



12. La préparation de 11 est conduite sous les indications d'un mock-up préalable : quasi inexistante en mésial et laissant apparaître une plage de dentine en distal, avec pénétration dans les embrasures.



Conclusion

Bien qu'une couronne transvissée sur embase AxIN® permette d'anguler le puits d'accès à la vis de pilier de 25°, ce sont bien souvent quelques degrés d'angulation linguale qui sont nécessaires pour éviter une trop grande proximité avec le bord libre d'une couronne unitaire antérieure. Cette solution permet d'éviter la traditionnelle couronne scellée sur pilier et augmente d'une manière générale les possibilités offertes par la prothèse vissée sur implant qui devient la solution de choix dans le raccordement d'une prothèse fixe sur implant.

22. 2 mois après l'insertion. La patiente accepte le résultat en me faisant remarquer à juste titre la luminosité un peu plus prononcée de la couronne sur 21. S'il fallait corriger cela, la dépose est simple, et l'absence de ciment de collage entre le pilier AxIN® et la couronne simplifie la procédure de laboratoire. Toutefois, ceci impliquerait de déconnecter une nouvelle fois la couronne, ce qui perturberait l'adhésion des tissus mous.

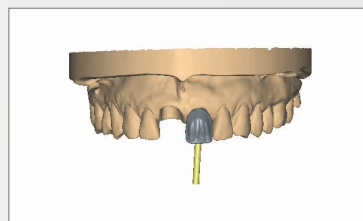
p. 13



13. La forme de contour de 21 est enregistrée pour personnaliser le transfert d'empreinte, et l'empreinte est prise à l'imprégum.



14. Modèle de travail.



15. Modélisation CAD Simeda®.



16. Analogue d'embase + vis de laboratoire sur le modèle.



17. Aspect des tissus mous péri-implantaires après 3 mois 1/2 de fonction, lors du deuxième dévissage de la couronne sur implant, et collage de la facette.



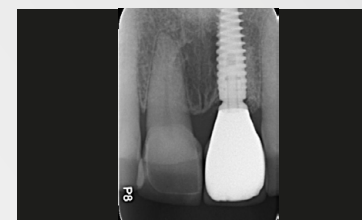
18. La couronne est stratifiée en vestibulaire et proche du bord libre. Elle est en full Zirconia ML coté palatin et elle est livrée avec une embase AxIN® diamètre 4 mm et hauteur 1,5 mm. La couronne est passée aux Ultra-Sons dans des bains appropriés puis assemblée sur l'embase, avant vissage à 25 N.cm. Les conditions occlusales ont conduit à réduire l'angle distal de la facette.



19. L'Accès Angulé a permis une émergence idéale sur le cingulum sans surcontour et avec un orifice d'accès à la vis maintenu à 2 mm.



20. Vue vestibulaire 2 mois après insertion. Une embase AxIN® de 1,5 mm a été choisie à la fois pour remonter le contour vestibulaire afin d'augmenter la compression des tissus mous et ainsi aligner le collet prothétique avec l'incisive droite, mais aussi pour laisser suffisamment de place pour la stratification vestibulaire.



21. Radio finale.

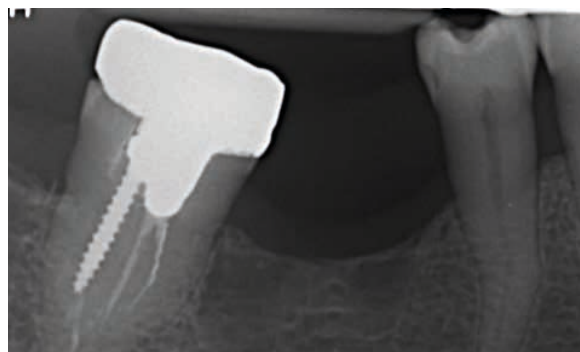


Couronne unitaire sur un implant Axiom® TL, Tissue Level

Dr Philippe COLIN, Mme Zeliha SAHIN KARAKUS

Contexte

Patiente de 65 ans, en bonne santé. 36 et 46 sont absentes depuis de nombreuses années. Le traitement du secteur IV est détaillé.



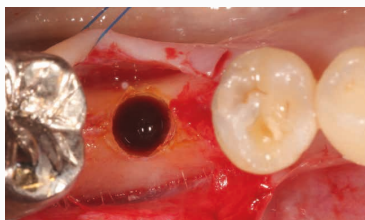
1. Radiographie pré-opératoire.



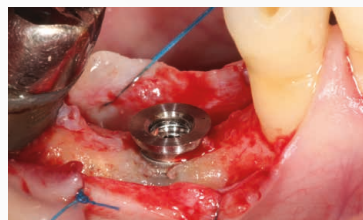
2. Vue pré-opératoire occlusale.



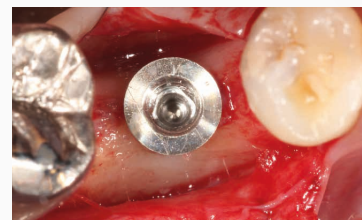
3. Vue pré-opératoire vestibulaire.



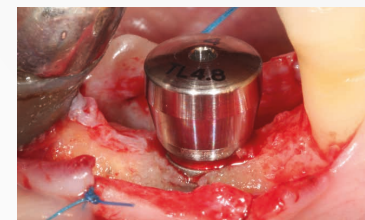
4. Forage : densité osseuse moyenne à faible épaisseur des tissus mous 2 mm.



5. Implant Axiom® TL, Tissue Level REG, 4.0 mm lg 10 mm, plateforme R (4.8 mm), ht col 1,5 mm.



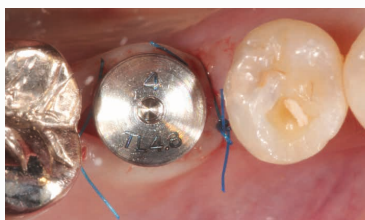
6. Positionnement légèrement sous-crestal pour compenser la résorption osseuse vestibulaire attendue.



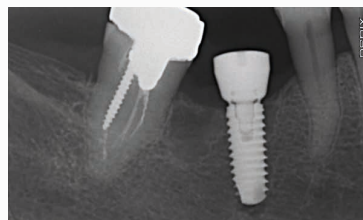
7. Vis de cicatrisation évasée permettant d'obtenir un profil d'émergence. Notez la finesse osseuse vestibulaire.



8. Suture.



9. Suture : vue occlusale.



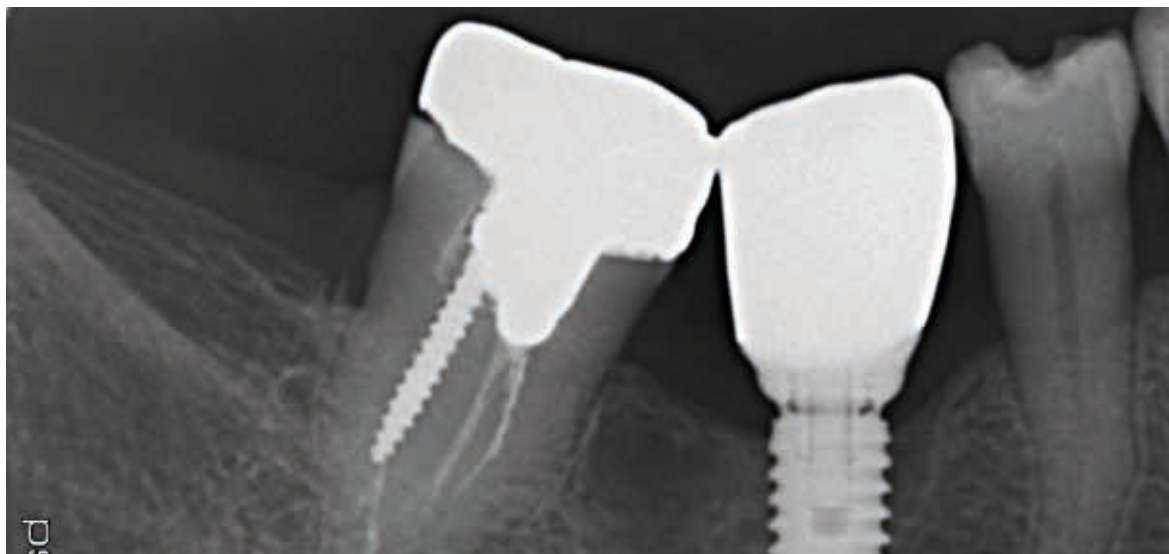
10. Contrôle radiographique : vis de cicatrisation en place.



11. Vue vestibulaire à 3 mois.



12. 3 mois post-op, sans la vis de cicatrisation, lors de l'empreinte avec transfert pop in indexé.

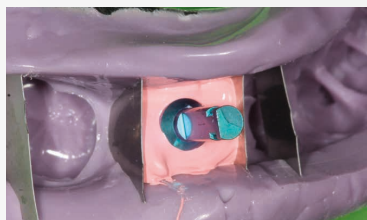


21. Radiographie de fin de traitement. Le remodelage osseux estimé à 0.5 mm résulte probablement de la finesse initiale des tissus mous.



Conclusion

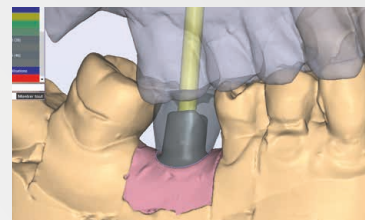
La réalisation d'une couronne transvissée sur un implant Axiom® TL, Tissue Level permet de ne pas perturber l'adhésion des tissus mous lors des phases d'empreinte et d'essayage. La couronne, dont le nettoyage ne peut être qu'artisanal, est également connectée à distance de la crête osseuse. Le puits d'accès à la vis de pilier, parce qu'il est de petit diamètre et obturé avec du téflon recouvert de composite, limite la percolation bactérienne, mais là encore, il n'y a pas d'effet sur le niveau osseux au-delà du remodelage. A ces arguments biologiques, nous pouvons rajouter l'absence de ciment de scellement dont les effets délétères peuvent être dramatiques. La dépose aisée d'une couronne transvissée sur implant Axiom® TL, Tissue Level et la fiabilité de sa connexion, sans pièce intermédiaire autre que le pilier titane, font de cette solution unitaire un traitement à considérer, en particulier dans les régions postérieures.



13. Fausse gencive et analogue Axiom® TL, Tissue Level. Fractionnement avec des lames de rasoirs.



14. Modèle en plâtre et analogue - code bleu - plateforme R (4.8 mm).



15. Conception de la prothèse Simeda® par CFAO.



16. Stabilité des tissus mous 5 mois avant la connexion de la couronne.



17. Vue occlusale de la couronne. Le diamètre du puits d'accès à la vis est réduit à 2.1 mm.



18. Du téflon est condensé dans le puits d'accès à la vis.



19. Du composite complète la fermeture du puits.



20. Aspect vestibulaire de la couronne finale Simeda®. Elle est composée d'une partie coronaire en Zirconia Z collée sur une embase en titane.



Dr Egon Euwe, M. Pasquale Palmieri

Contexte

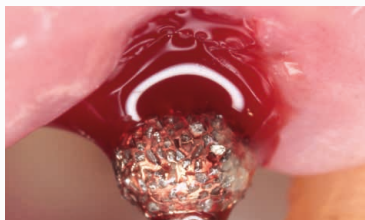
Homme de 48 ans venant consulter pour une fracture radiculaire sur la dent n°12.



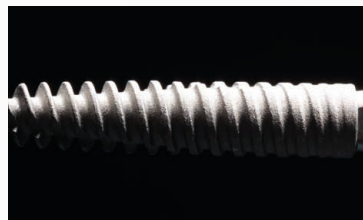
1 & 2. Situation avant l'extraction de la dent du patient.



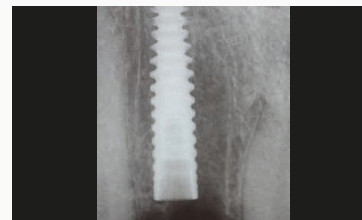
3. Extraction atraumatique.



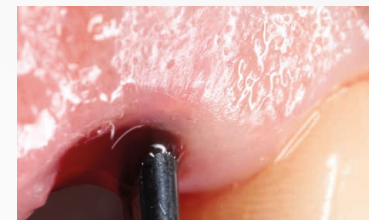
4. Désépithélialisation des berges de l'alvéole.



5. Axiom® BL, Bone Level, PX 16 x 3,4 mm.



6. Bon positionnement vertical.



7. Bio-Oss® dans l'espace buccal.



8.a. Fabrication de la prothèse provisoire.



8.b. Le fût de vissage de la prothèse provisoire tombe dans le bord libre.



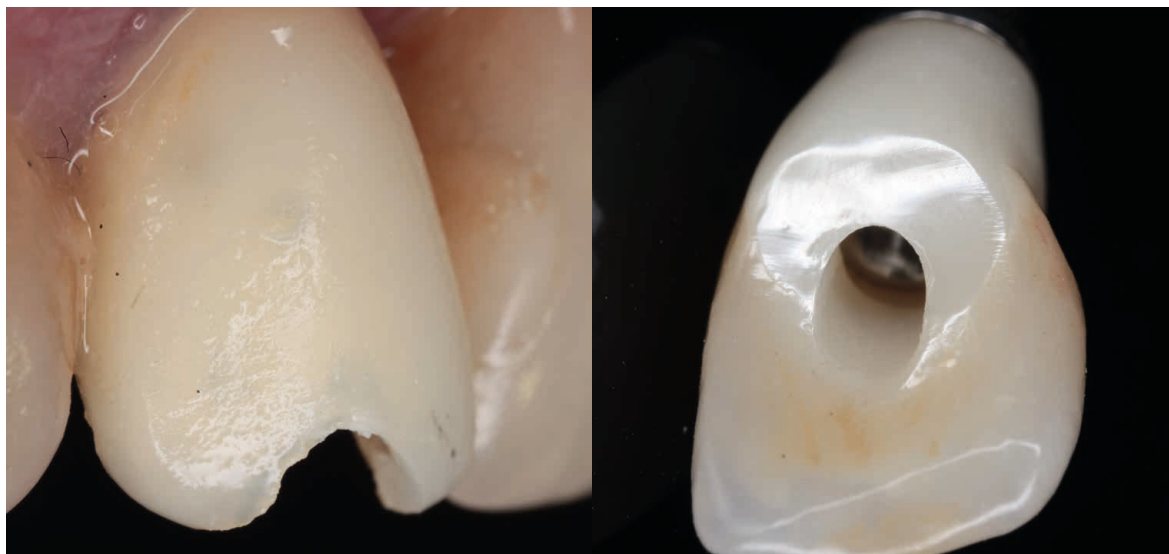
9. Vue occlusale en début de cicatrisation.



10. Vue de face en début de cicatrisation.



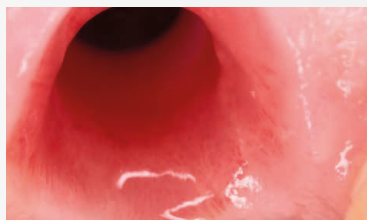
11. Vérification de l'occlusion.



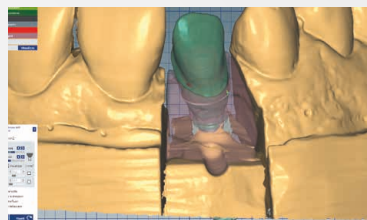
Conclusion

Ce cas montre une prothèse provisoire avec un fût droit induisant un accès défavorable (dans le bord libre), qui est efficacement repositionné dans une partie plus résistante de la restauration et avec un très petit trou grâce à la prothèse définitive AxIN®. Ceci est essentiel pour les dents relativement petites et avec une supra-occlusion.

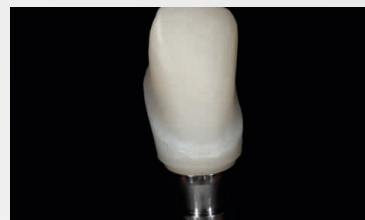
21. Accès en provisoire avec un fût droit versus accès avec embase AxIN®.



12. Après greffe de tissu conjonctif dans la bouche (technique de la poche) et maturation tissulaire pendant 4 mois.



13. Conception CAD.



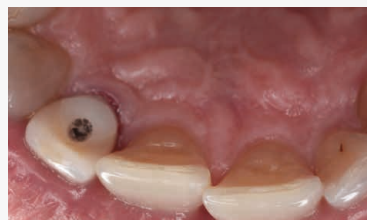
14. Dent usinée en Zircote sina T, sur embase AxIN®.



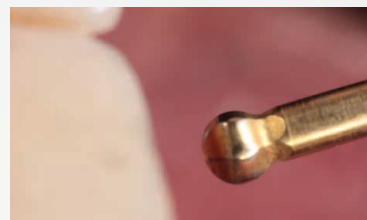
15. Dent en céramique sur embase AxIN®.



16. Prothèse sur le modèle.



17. Vissage de la prothèse définitive au couple de 25 N.cm.



18. Retrait au bout de 2 semaines de la prothèse après placement provisoire par routine.



19. Joint occlusal.



20. Résultat final avec 25 N.cm.



Dr Christophe FORESTI, M. Cyrille FERREIRA

Contexte

Monsieur B., âgé de 81 ans, consulte à la suite de la fracture de son incisive centrale supérieure gauche, pilier du bridge mixte dentoimplanto-porté 21.(22).23.24.25.(26).27 réalisé par son ancien praticien il y a environ une dizaine d'années. Compte-tenu du bon état de cette réhabilitation prothétique et de l'âge de notre patient, il est décidé de laisser la 22 en extension et de réaliser un implant unitaire en lieu et place de son incisive. Suite à l'extraction et au comblement du site infecté, une prothèse transitoire amovible est livrée afin de temporiser et d'obtenir la guérison du site.



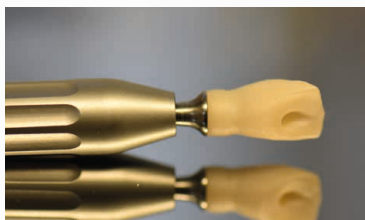
1. Angulation implanto-prothétique vue sagittale.



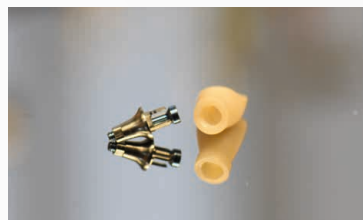
2. Transfert avec bague d'empreinte vue frontale.



3. Dent usinée en Zircrone Sina T.



4. Assemblage dent et embase AxiIN® sur clé de manipulation.



5. Embase de laboratoire et dent usinée.



6. Usinage homothétique de l'infrastructure.



7. Puits de vissage palatin de faible encombrement.



8. Contrôle occlusal au laboratoire.



9. Profil d'émergence vestibulaire.



10. Vérification des angles de transition céramique face palatine sur embase laboratoire.



11. Dent finie, montée sur embase définitive.



12. Position légèrement sous gingivale de la vis de cicatrisation.



17. Comportement tissulaire optimal.



Conclusion

Si le choix d'une prothèse tout céramique est préconisé dans le cadre d'une réhabilitation antérieure afin de pérenniser le résultat esthétique, l'utilisation de la dent transvissée AxIN® permet également :

- D'optimiser l'emplacement et la taille du puits de vissage
- De mettre en œuvre des composants prothétiques parfaitement compatibles
- D'être aisément démontable, ce qui nous permet d'obtenir des plus esthétiques mais surtout complètement évolutif.



13. Profil d'émergence permettant une légère déformation des tissus mous.



14. Surcompression vestibulaire.



15. Émergence palatine.



16. Émergence vestibulaire.



À propos d'une incisive centrale : tissus durs, tissus mous, prothèse AxIN®

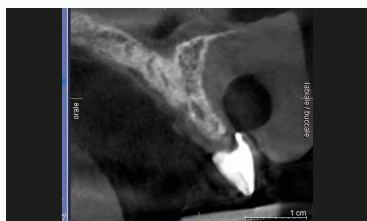
Dr Patrice MARGOSSIAN, M. Stevie PASQUIER
M. Gilles PHILIP

Contexte

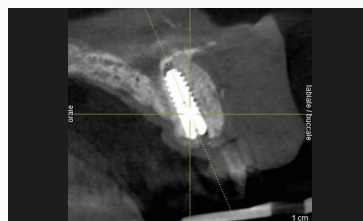
Patiente âgée de 24 ans, avec absence de I1 suite à une avulsion traumatique lors de l'enfance.



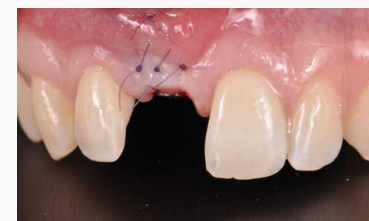
1, 2 & 3. Situation initiale : l'analyse photographique et scanner montre un défaut tissulaire essentiellement horizontal avec une concavité très marquée de la corticale vestibulaire.



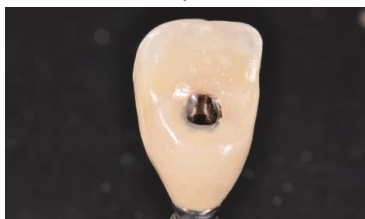
3.



4 & 5. Phase d'implantation : une approche en 2 temps chirurgicaux a été choisie pour assurer la reconstruction osseuse vestibulaire. Un implant de forme conique (Axiom® BL, Bone Level, PX) a été stabilisé à 40 N.cm. La concavité vestibulaire a exposé naturellement quelques spires du corps de l'implant. Une ROG associant un mélange d'os autogène prélevé à l'épine nasale et une xéno greffe (Bio-Oss® Geistlich) a été stabilisée grâce à une membrane résorbable clouée. (Bio Guide® Geistlich). La temporisation est assurée par une dent du commerce simplement collée sur les dents adjacentes.



6 & 7. Aménagement tissulaire : l'activation de l'implant est réalisée au bout de 6 mois. Une greffe conjonctive prélevée à la tubérosité est tunnellisée en vestibulaire dans une poche réalisée à la lame spoon (MJK).



8, 9 & 10. Temporisation et mise en forme des tissus : le rôle de la temporisation immédiate est fondamental dans la mise en forme des tissus. Le provisoire est donc réalisé en direct par la solidarisation d'une dent du commerce sur un pilier provisoire droit en titane qui est lui transvissé sur l'implant.



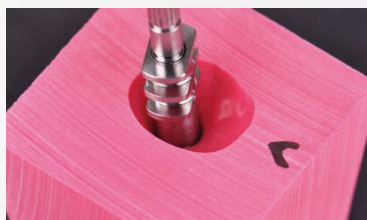
11 & 12. Les formes de contour adapté (concave en vestibulaire et convexe en proximal) vont permettre de modeler le berceau gingival au plus proche de l'aspect naturel en profitant pleinement de la dynamique de cicatrisation tissulaire.



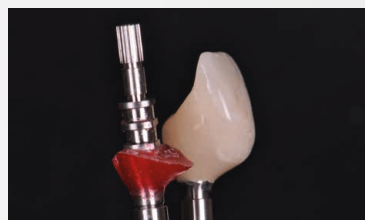
Conclusion

La réalisation d'une réhabilitation implantaire unitaire est toujours un défi tant du point de vue chirurgical que prothétique. L'objectif est de retrouver une composition dento-gingivale totalement harmonieuse et d'apparence naturelle.

21. Sourire final.



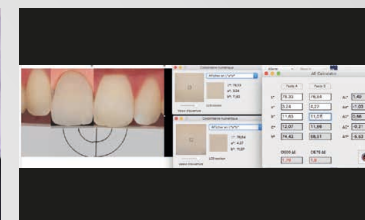
13 & 14. Réalisation de l'empreinte : l'objectif est de transférer au laboratoire la position de l'implant et celle des tissus mous périphériques. La première étape consiste à la réalisation d'un transfert personnalisé qui reprend les formes de contour du provisoire.



15. L'empreinte est prise en technique porte empreinte ouverte avec un polyéther.



16. Les axes de références esthétiques sont directement marqués sur le modèle grâce au système Ditramax et serviront de guide pour le travail de la forme vestibulaire.



17. Le relevé de teinte est fait par une approche numérique (elab) avec un essaiage virtuel numérique.



18 à 20. La prothèse d'usage est réalisée grâce au nouveau dispositif de transvissage AxIN®. L'objectif est de transvisser une coiffe unitaire en Zirconia sinà Z, en bénéficiant d'un rattrapage d'axe pouvant aller jusqu'à 25°. Une approche différente des autres systèmes existant déjà sur le marché car ici la vis est insérée avant que la coiffe ne soit clippée sur le verrou de la base titane. Cela représente une économie de matière à l'intérieur du puits d'accès de la vis et offre donc la possibilité d'un positionnement plus palatin de l'armature en Zirconia. La stratification de la céramique cosmétique vestibulaire dispose donc de plus de place et améliore ainsi le rendu esthétique.



Dr Patrice MARGOSSIAN, M. Stevie PASQUIER
M. Gilles PHILIP

Contexte

Patiente âgée de 32 ans, a perdu son incisive centrale à la suite d'un accident. Une reconstruction osseuse a été réalisée grâce à une ROG en même temps que la mise en place de l'implant. Nous illustrons ici l'aménagement gingival et la réalisation d'une prothèse provisoire transvissée le jour de la phase 2 chirurgicale.



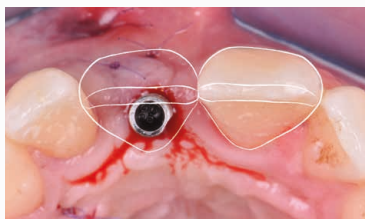
1. Situation gingivale le jour de la phase 2 implantaire.



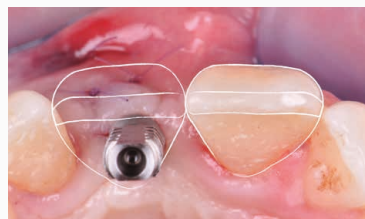
2. Activation de l'implant par une approche minimalement invasive. Un greffon conjonctif palatin est tunnelisé pour redonner du volume vestibulaire et augmenter ainsi l'épaisseur tissulaire autour du col de l'implant.



3. Choix du composant transitoire angulé. Deux diamètres d'embase (4 et 5.0 mm) et deux hauteurs de col (1,5 et 2,5 mm) sont disponibles afin de s'adapter le mieux possible à l'anatomie de la dent à remplacer ainsi qu'à l'enfouissement de l'implant. 3 angulations sont possibles (10°, 15°, 25°) afin d'optimiser une sortie parfaitement placée dans le cingulum de la dent.



4 & 5. Comparaison clinique en vue occlusale d'un composant transitoire angulation 0° et 10°. La position de l'implant respecte l'anatomie naturelle en passant par le bord libre de la dent. La sortie cingulaire est assurée par les nouvelles possibilités prothétiques transitoires AxIN®. Une embase 2,5 mm de haut et 4 mm de large a ici été retenue.



6 & 7. Réduction de la hauteur du composant en accord avec la hauteur occlusale disponible du patient.





14. Situation clinique à 15 jours post-opératoire.



Conclusion

Le composant transitoire AxIN® angulé représente une extraordinaire avancée dans le domaine de l'implantologie esthétique. Il permet un changement de paradigme dans le positionnement tridimensionnel implantaire antérieur. AxIN®, en s'inscrivant dans le volume général de la dent qu'il remplace, a une réelle justification anatomique. Ces nouvelles possibilités permettent d'assurer un accès à la vis non visible en palatin et optimise en même temps la quantité de stratification en vestibulaire et donc l'esthétique.



8 & 9. La solidarisation intra-buccale ne concerne que la portion supra-gingivale par l'intermédiaire de résine PMMA. Le reste du modelage se fait en extra-buccal afin de ne pas léser chimiquement le manchon muqueux.

10, 11 & 12. Finition et polissage de la forme de contour transgingivale afin d'optimiser la réponse muqueuse vestibulaire et proximale.



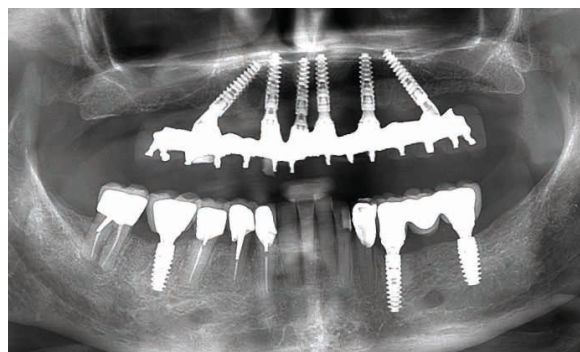
13. Situation clinique le jour de la phase 2



Dr Antoine MONIN, M. Romain CIAFFOLONI

Contexte

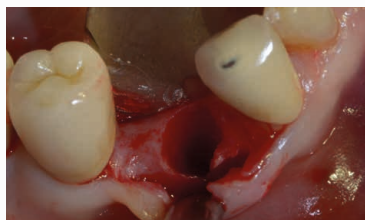
Mme M., 65 ans, se présente à la consultation avec des douleurs vives et récurrentes localisées sur 44. Les examens cliniques et radiologiques mettent tous deux en évidence une fracture radiculaire infraosseuse. Le plan de traitement proposé est l'extraction de cette racine suivie de la mise en place simultanée d'un implant Axiom® TL, Tissue Level PX. L'implant est mis en place directement dans l'alvéole déshabillée sans aucun ajout de biomatériaux. La réhabilitation prothétique unitaire transvissée débute quatre mois après la chirurgie.



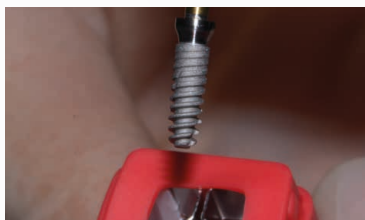
1. Radiographie pré-opératoire.



2. Site post-extractionnel.



3. Site post-extractionnel et mini flap.



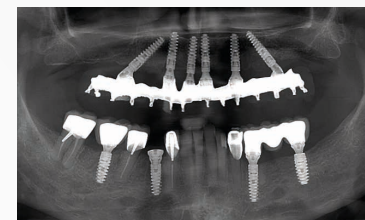
4. Implant Axiom® TL, Tissue Level PX - Ø3.4 mm lg 8 mm, plateforme N (Ø4.0 mm) ht col 2.5 mm.



5. Implant en place.



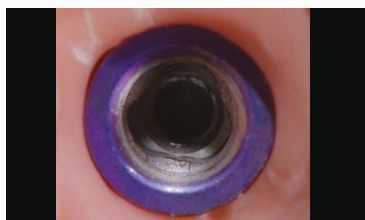
6. Pose de la vis de cicatrization (ht coronaire 2 mm).



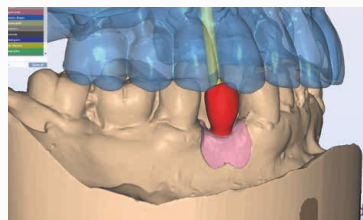
7. Radiographie de contrôle post-opératoire.



8. Cicatrisation gingivale à 4 mois post-chirurgie.



9. Analogue pour implant Axiom® TL, Tissue Level (code rose) plateforme N=4.0 mm.



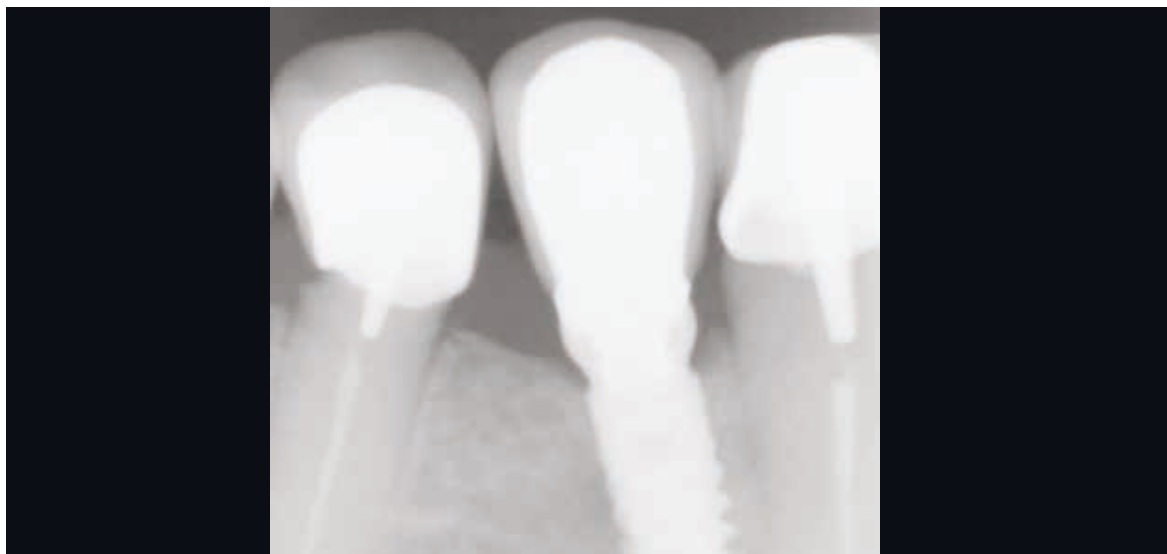
10. Conception de la prothèse Simeda® - Pilier personnalisé en CoCr.



11. Prothèse définitive - Vue vestibulaire.



12. Prothèse définitive - Vue occlusale.



Conclusion

L'utilisation d'un implant Axiom® TL, Tissue Level permet de réduire de façon absolue les démontages prothétiques liés à l'utilisation de piliers transgingivaux préservant ainsi l'intégrité de l'espace biologique péri-implantaire, garant de la pérennité de nos reconstructions prothétiques implanto-portées. Il est à noter que lors d'un protocole d'extraction/implantation immédiate dans un secteur esthétique, la maîtrise de l'enfouissement implantaire revêt un caractère essentiel dans le succès thérapeutique.

17. Radiographie de contrôle.



13. Prothèse définitive – Vue palatine.



14. Couronne transvissée.



15. Couronne définitive posée – Vue occlusale.



16. Couronne définitive en place – Vue vestibulaire.

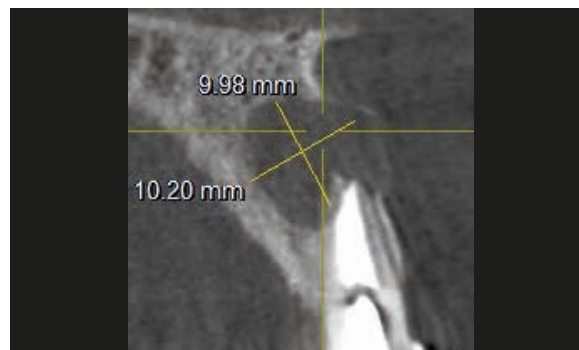


Implant Axiom® BL, Bone Level, après avulsion de la dent 11 et énucléation d'un kyste

Dr Nicolas RENOU, Dr Jean-Baptiste VERDINO
M. Gilles GIORDANENGO

Contexte

Patient de 40 ans présentant un volumineux kyste péri-apical sur la 11 avec effraction vestibulaire. L'avulsion de la dent, l'énucléation du kyste, la pose d'un implant Axiom® BL, Bone Level, ainsi qu'un comblement osseux ont été réalisés dans la même séance. Après un temps de cicatrisation de 6 mois, la prothèse provisoire angulée transvissée AxIN® a été une solution de choix pour la mise en fonction et en esthétique de cet implant.



1. Coupe coronale de la 11 mettant en évidence un volumineux kyste de 10 mm de diamètre avec effraction osseuse vestibulaire.



2. Situation initiale.



3. Mise en place d'un implant Axiom® BL, Bone Level, après avulsion de la dent et nettoyage soigneux du site.



4. Un comblement osseux ainsi que la mise en place d'un greffon conjonctif vestibulaire ont été réalisés.



5. Situation de l'implant cicatrisé après dépose de la dent provisoire dento-portée.



6. Vue de profil montrant l'axe vestibulaire de l'implant.



7. Préparation de l'aménagement gingival.



8. Ensemble embase + chape provisoire angulée AxIN® sur le modèle.



9. Prothèse provisoire sur le modèle.



10. Vue occlusale de la prothèse provisoire transvissée AxIN®.



11. Prothèse transitoire AxIN® avec l'embase, la vis et la prothèse usinée.



12. Vissage à 25 N.cm de la prothèse avec le tournevis sphérique Anthogyr.



Conclusion

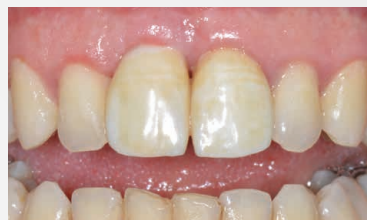
L'utilisation de cette nouvelle prothèse transitoire transvissée AxIN® peut être une solution de choix qui nous apporte de nombreux avantages :

- Réaliser une transitoire unitaire transvissée permettant un vissage angulé jusqu'à 25°
- Absence de colle pouvant contaminer l'environnement implantaire
- Précision d'ajustage des pièces prothétiques et facilité d'utilisation en bouche apportant un réel confort et une certaine pérennité pendant la phase de temporisation.

20. Sourire final.



13. Radiographie rétro-alvéolaire, contrôle du bon ajustage de la prothèse.



14. Vue intra-buccale de la prothèse transitoire.



15. Céramisation de la prothèse.



16. Céramisation de la prothèse.



17. Prothèse définitive Zircone Sina ML sur le modèle.



18. Prothèse définitive Zircone Sina ML sur le modèle.



19. Prothèse définitive en bouche, vue de face.



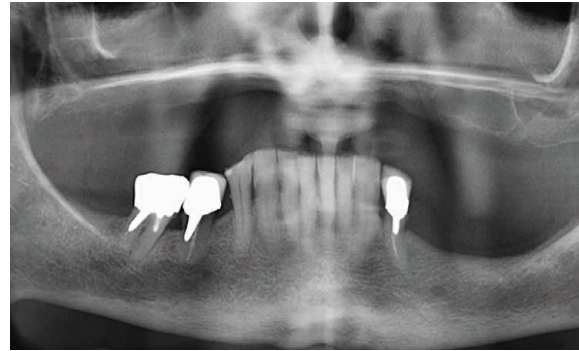


Restaurations plurales

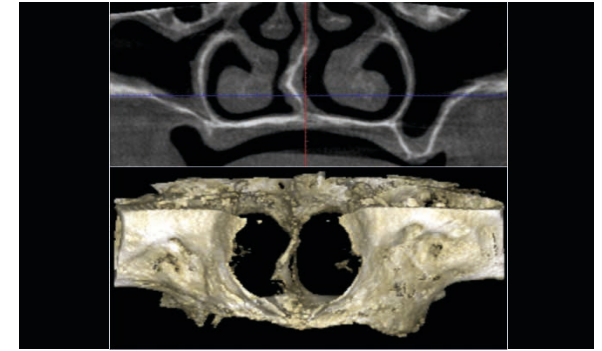
Dr Claude AUTHELAIN, Dr Issur OTTMUN-CHUND
M. Alain ARDIC

Contexte

Patiente de 65 ans consulte pour une absence totale de rétention de sa prothèse totale supérieure qu'elle a fait refaire plusieurs fois. Les examens cliniques, panoramiques et le CBCT montrent un très gros déficit osseux lié à l'ancienneté de l'édentement. Le plan de traitement consistera en une réhabilitation maxillaire complète qui nécessitera un rehaussement bilatéral des sinus maxillaires et un épaissement de la crête.



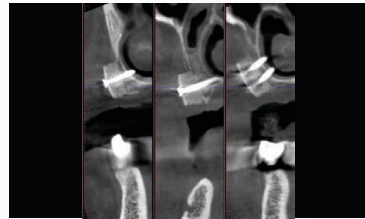
1. Radiographie panoramique pré-opératoire.



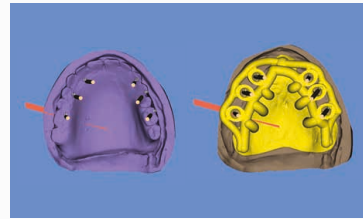
2. CBCT objectivant la déficience du volume osseux.



3. Double comblement sous sinusien avec de l'allogreffe (Biobank®).



4. CBCT montrant l'épaississement de la crête avec des blocs d'allogreffes ostéosynthésés (Biobank®).



5. Planification informatique de pose des implants en chirurgie guidée.



6. Panoramique de contrôle : 6 implants Axiom® BL, Bone Level, PX (3,5 x 8 mm).



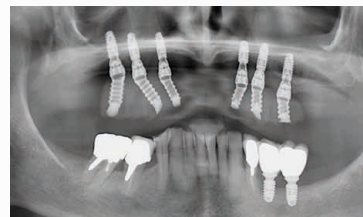
7. Cicatrisation à 6 mois post-chirurgie.



8. Empreinte pour un provisoire : transferts pick-up vissés sur les piliers inLink®.



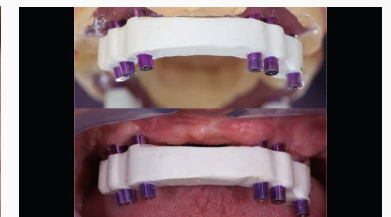
9. Prothèse provisoire : 2 verrous guidants ont été placés pour faciliter la mise en place de la prothèse.



10. Panoramique de contrôle de la prothèse provisoire.



11. Provisoire en bouche.



12. Clé de validation en plâtre pour prothèse définitive.



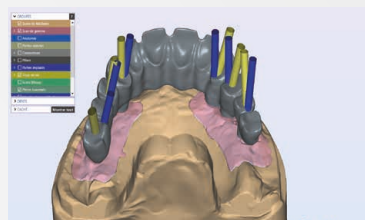
Conclusion

Malgré l'importante reconstruction osseuse, les implants ont dû être posés dans un volume réduit et dans des axes qui n'étaient pas toujours idéaux (notamment pour les implants 12 et 14, fig 5). Le système inLink® permet, par l'Accès Angulé, de positionner les puits d'émergence dans le couloir prothétique afin de réduire au maximum l'encombrement de l'édifice prothétique.

21. Sourire final.



13. Maquette en cire.



14. Conception CAD de l'armature Simeda® zircone. Les puits de vissage en jaune et les axes implantaire en bleu montrent l'angulation des puits de vissage.



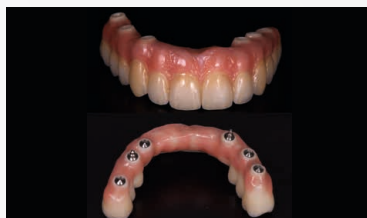
15. Armature Zircone sina ML, multi-layer Simeda®.



16. Verrous d'essai mis en place.



17. Essayage de l'armature.



18. Bridge céramique zircone avec stratification complète.



19. Prothèse définitive en bouche.



20. Panoramique de contrôle de la prothèse définitive.



Avantages de la solution Axiom® Multi Level® dans les réhabilitations complètes

Dr Francis BAILLY, M. Alexandre BIENFAIT

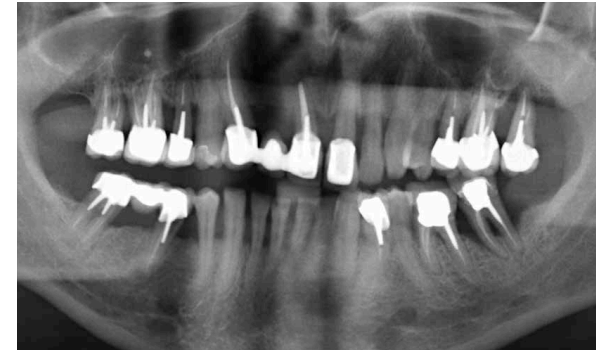
Contexte

Patient de 49 ans qui consulte pour de fortes mobilités accompagnées de douleurs. La radio panoramique nous indique un stade parodontal terminal avec migration des dents.

Dans un premier temps, seul le maxillaire supérieur sera traité en optant pour un All-on-4 qui ne nécessite qu'une seule intervention et sera réalisée en 5 mois.



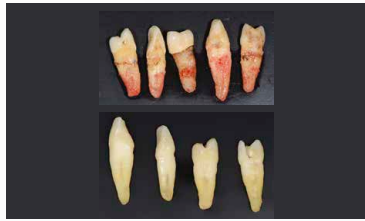
1. Sourire initial.



2. Radiographie panoramique pré-opératoire.



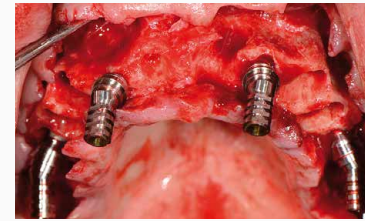
3. Situation clinique initiale.



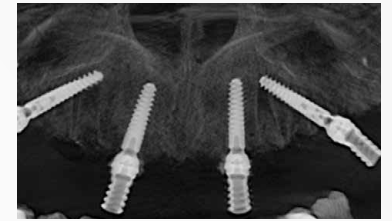
4. Utilisation du Smart Dentin Grinder du Pr Itzhak BINDERMAN pour obtenir une poudre de particules de dentine décontaminées mélangée avec de l'APRF. 4 dents extraites sont utilisées pour combler les pertes osseuses.



5. Mélange obtenu à partir de seulement 4 dents.



6. Des piliers temporaires angulés à 25° permettent de rattraper l'inclinaison des implants. Un bridge provisoire est adapté sur ces piliers en fin d'intervention.



7. Panoramique en fin d'intervention - 2 piliers inLink® ont été vissés sur des implants Axiom® BL, Bone Level en distal et deux implants Axiom® TL, Tissue Level ont été placés en 12 et 22.



8. A 3 mois, on obtient de très beaux volumes gingivaux grâce à notre matériau de substitution osseuse autologue et l'APRF.



9. Une fois les niveaux de gencive stabilisés, nous préférons mettre des piliers inLink® hauteur 3.5 mm (à droite) sur les implants hauteur 2.5 mm et faciliter ainsi la maintenance du futur bridge.



10. Vue clinique avec les nouveaux piliers qui sont légèrement supragingivaux.



11. La rotation à 360° permet une orientation aisée des piliers temporaires afin d'optimiser l'émergence des puits d'accès. Le bridge provisoire est rebasé sur ces nouveaux piliers.



12-13. Recalage et validation esthétique.



Conclusion

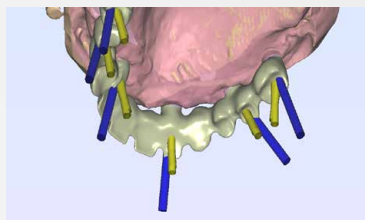
Pour ce genre d'indication, nous avons pu bénéficier des avantages d'Axiom® Multi Level® :

- La connexion inLink® à plat par verrou permet une très grande divergence des implants et donne la possibilité d'une angulation du puits de vissage jusqu'à 25° pour choisir l'émergence de leur puits d'accès.
- La rotation des piliers à 360° facilite leur positionnement pendant la phase chirurgicale et l'élaboration de la partie prothétique.
- La manipulation du bridge est aisée avec les verrous intégrés dans l'armature.

21 Sourire final.



13. Validation esthétique



14. Conception CAD de l'armature Simeda® : les puits de vissage en jaune et les axes implantaires en bleu montrent l'angulation des puits de vissage.



15-16. Bridge céramique sur armature titane Simeda®. Malgré la très forte inclinaison des implants, les puits d'accès aux verrous sortent idéalement pour ne pas affaiblir la céramique.



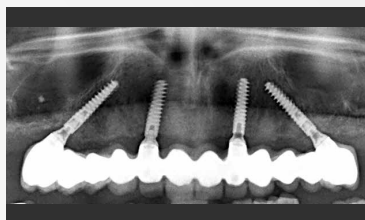
16. Bridge céramique. Un verrou guidant a été placé pour faciliter sa pose.



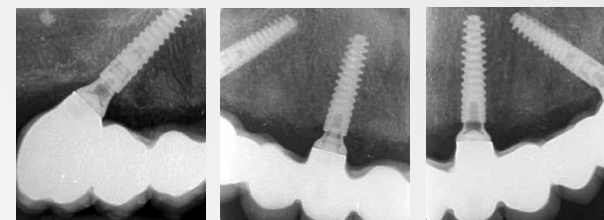
17. Le jour de la pose du bridge céramique.



18. Qualité de l'état gingival à 10 mois.



19. Contrôle panoramique 10 mois après la pose des implants.



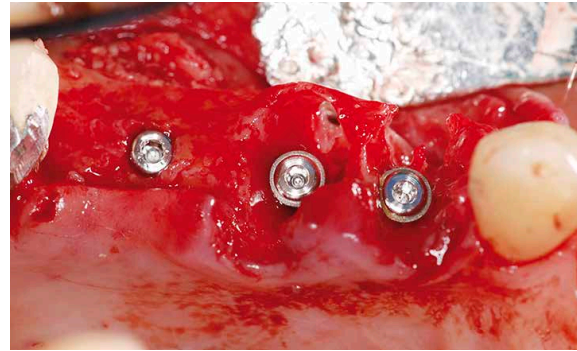
20. Contrôle rétro-alvéolaire à 10 mois post-chirurgie. Le comportement osseux est excellent.



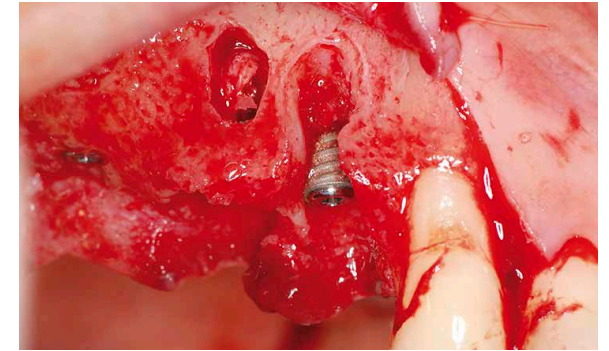
Dr Reda BEN KIRAN, M. Jean-Pierre CASU

Contexte

Patiente de 51 ans présentant une dent 16 absente et des dents 14 et 15 fortement délabrées. La pose de 3 implants Axiom® BL, Bone Level PX a été effectuée dans le même temps chirurgical que les extractions des racines 14 et 15, et la procédure de sinus lift par voie latérale. Après 6 mois d'ostéointégration, les 3 implants ont été découverts et 6 semaines plus tard, les vis de cicatrisation ont été remplacées par des piliers inLink®. Une prothèse transvissée a été posée 4 semaines plus tard.



1. Pose d'implants Axiom® BL, Bone Level PX en post-extractionnel et durant le sinus lift par voie latérale.



2. Déficit osseux en vestibulaire.



3. Complément osseux.



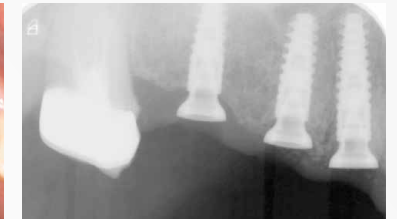
4. 6 mois plus tard, lors de la découverte.



5. Découverte des implants et mise en place de vis de cicatrisation peu encombrantes.



6. Pose de piliers inLink® (hauteur gingivale 2.5 mm et plateforme Ø 4.8 mm).



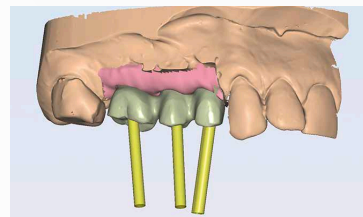
7. Radiographie des piliers inLink® le jour de leur pose.



8. Transferts en place lors de l'empreinte.



9. Mise en place des analogues dans l'empreinte.



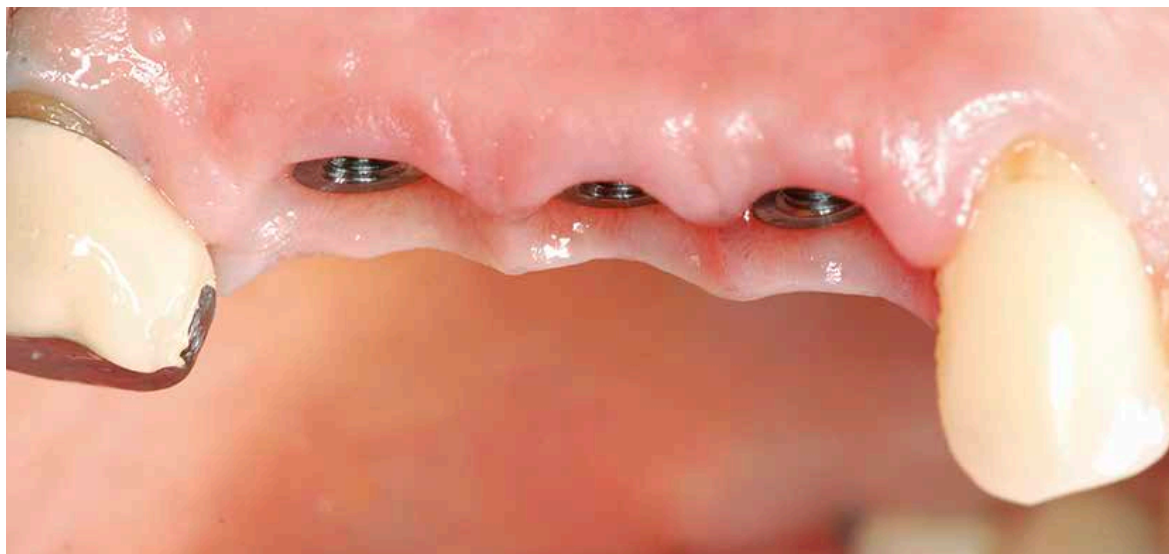
10. Modélisation CAD de la prothèse Simeda®, avec rattrapage d'axe de 25° en 14. Le puits de vissage a été centré au milieu de la face occlusale de la 14.



11. Prothèse d'usage prête pour un premier essayage.



12-13. Prothèse d'usage, un verrou guidant a été placé en position centrale pour faciliter le placement de la prothèse.



Conclusion

Un comblement osseux étant nécessaire conjointement à la pose des implants, l'utilisation d'implants Axiom®BL, Bone Level a été privilégiée pour travailler en deux temps chirurgicaux. Le faible encombrement des vis de cicatrisation posées en attente de la prothèse finale ainsi que la simplicité de l'étape prothétique grâce au système de verrouillage intégré inLink® ont été particulièrement appréciés.

Le résultat esthétique obtenu est très satisfaisant.

18. Démontage de la prothèse 6 semaines après la pose. Excellente qualité gingivale.



13. Prothèse d'usage et système de verrouillage intégré inLink®.



14. Mise en place de la prothèse d'usage simplifiée par l'absence de vis.



15. Vue vestibulaire de la prothèse d'usage en bouche.



16. Vue occlusale de la prothèse d'usage, puits de vissage obturés.



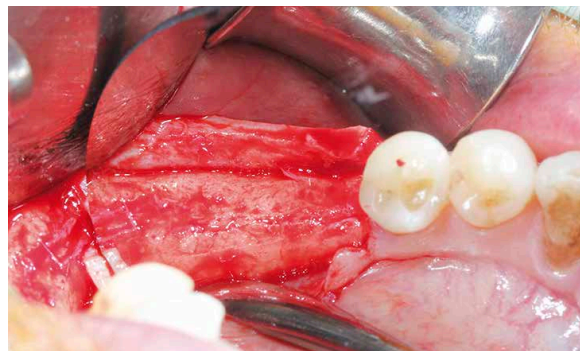
17. Radiographie post prothétique.



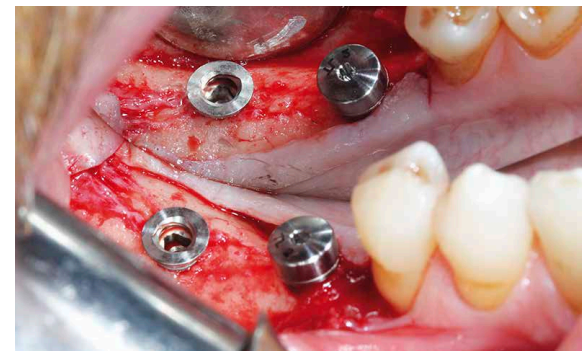
Dr Philippe BOGHANIM, M. Pascal AUGÉ

Contexte

Patient de 60 ans qui présente une édentation bilatérale postérieure. Quatre implants Axiom® TL, Tissue Level seront posés compte-tenu du faible enjeu esthétique au collet du secteur molaire mandibulaire et du bon contexte des tissus mous. Les implants sont mis en place dans un os brut de volume suffisant et de densité intermédiaire. La réalisation de la prothèse débutera trois mois après la phase chirurgicale.



1. Ouverture du lambeau.



2. Mise en place des implants Axiom® TL, Tissue Level, plateforme 4.8 mm.



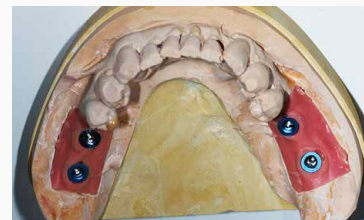
3. Situation post-opératoire à 15 jours.



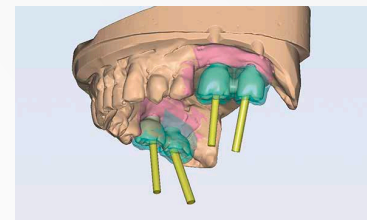
4. Cicatrisation gingivale avant l'empreinte.



5. Transferts diamètre 4.8 mm.



6. Modèle en plâtre.



7. Modélisation CAD des deux prothèses Simeda®.



8. Essayage armature.



9. Essayage armature : vue occlusale.



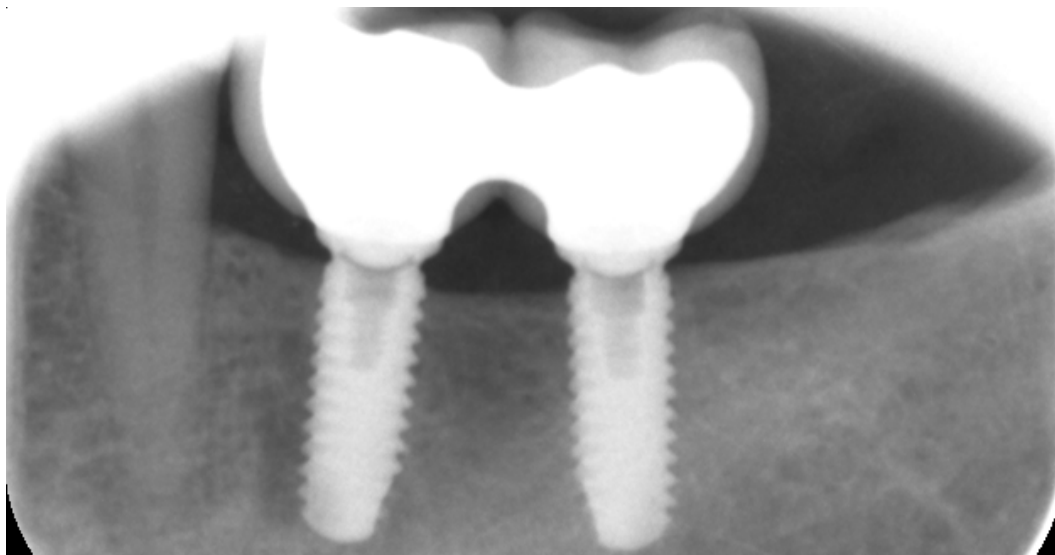
10. Essayage armature : vue occlusale.



11. Situation finale : vue occlusale.



12. Situation finale.



Conclusion

Les implants Axiom® TL, Tissue Level permettent la constitution de l'espace biologique dès le début de la cicatrisation, sans jamais y porter atteinte pendant les phases prothétiques (démontage des vis de cicatrisation ou des provisoires).

Dans cette situation clinique, on observe un contexte tissus mous et une réponse osseuse qui montrent la préservation des tissus péri-implantaires : gencive attachée saine et niveau osseux parfait.

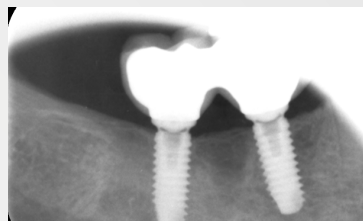
16. Radio de contrôle à 1 an post-mise en charge - Secteur 3.



13. Radio de contrôle post-mise en charge - Secteur 4.



14. Radio de contrôle post-mise en charge - Secteur 3.



15. Radio de contrôle à 1 an post-mise en charge - Secteur 4.



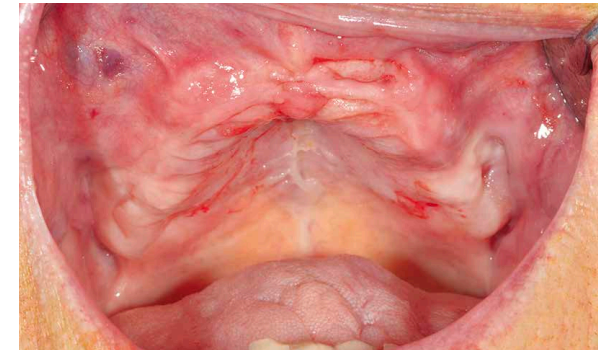
Dr Pierre BRUET, M. Laurent DESABRES

Contexte

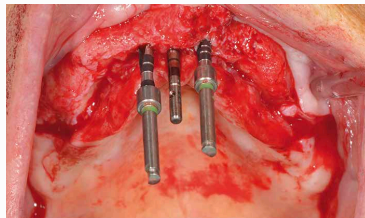
Madame A, pas d'antécédent médicaux, vient nous consulter pour une réhabilitation complète maxillaire fixe. Elle porte actuellement un appareil amovible complet qui ne lui donne aucune satisfaction, ni esthétique, ni fonctionnelle. Nous lui proposons la réalisation d'un bridge transvissé sur 6 implants Axiom® TL, Tissue Level grâce à la technologie inLink®. Compte-tenu du volume osseux, nous lui proposons la mise en charge des implants en 48 heures grâce à une prothèse fixe provisoire.



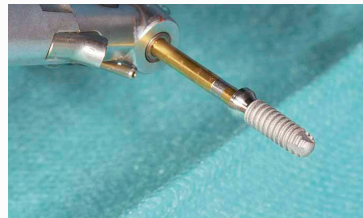
1. Radiographie panoramique pré-opératoire.



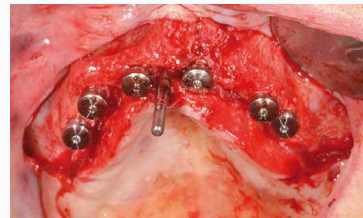
2. Situation clinique pré-opératoire.



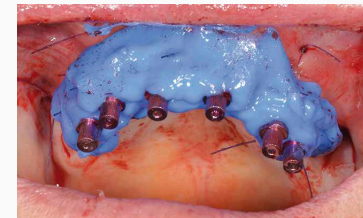
3. Contrôle de parallélisme.



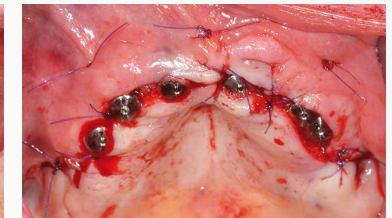
4. Implant Axiom® TL, Tissue Level.



5. Vis de cicatrisation en place.



6. Luxabite pour solidariser les transferts.



7. Vis de cicatrisation en place après empreinte.



8. Prothèse provisoire, 3 verrous guidants ont été insérés pour faciliter sa mise en place.



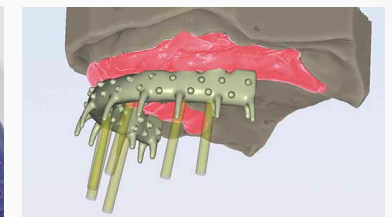
9. Contrôle à 10 jours. Photo prise au retrait de la prothèse.



10. Prise empreinte pour prothèse définitive (transferts 4.0 mm).



11. Vue des analogues dans l'empreinte.



12. Modélisation CAD de la prothèse d'usage.



Conclusion

La mise en place d'implants Axiom® TL, Tissue Level, a été un réel bénéfice dans le traitement de cette patiente, d'un point de vue chirurgical par la simplification des protocoles, et d'un point de vue biologique, par la parfaite cicatrisation obtenue et le respect de l'espace biologique.

17. Sourire final de la patiente.



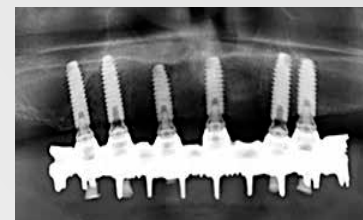
13. Prothèse d'usage – 4 verrous guidants ont été placés pour faciliter la pose de la prothèse en bouche.



14. Prothèse d'usage en bouche.



15. Prothèse d'usage, vue palatine. Les puits de vissage ont été idéalement placés, en dehors des points de contact occlusaux.



16. Radiographie panoramique, prothèse définitive en bouche.



Restauration supérieure post-extraction avec Mise en Charge Immédiate et bridge inférieur sur implants Axiom® TL, Tissue Level

Dr Paolo CALAMAI, M. Duccio ZACCARELLI

Contexte :

Patiente de 44 ans portant un bridge amovible en métal-céramique sur l'arcade supérieure, supporté par des dents naturelles. L'examen clinique et la radiographie font apparaître des caries et la présence d'infections sur tous les piliers du bridge supérieur. Programme prévu : avulsion supérieure complète avec 6 implants post-extractionnels (Axiom® TL) et Mise en Charge Immédiate à l'aide d'une prothèse dentaire transvissée avec renforcement en métal ; au niveau du quatrième quadrant, deux implants (Axiom® TL) avec mini ROG par Sausage Technique pour l'édentement partiel ; au niveau du troisième quadrant, avulsion de 37 (non récupérable) et nouveau bridge en zircone-céramique de 34 à 36. Après 3 mois, seul l'implant enfoui en secteur 16 est découvert, compte-tenu de son incapacité à atteindre le couple de 35 N.cm nécessaire pour une Mise en Charge Immédiate. Empreinte, préparation de l'armature Simeda® à partir des images CAD-CAM, essai en bouche et revêtement céramique.



1. Sourire initial. Situation initiale.



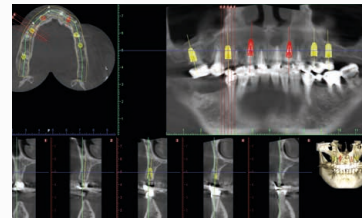
2. Situation clinique initiale.



3. Au niveau de l'arcade supérieure, toutes les dents naturelles servant de supports sont cariées, avec des granulomes dentaires qui ne sont plus récupérables.



4. Vue occlusale.



5. Conception CBCT.



6. Restauration supérieure complète et mesure des tissus mous pour déterminer les hauteurs des collets et les diamètres des plateformes implantaires.



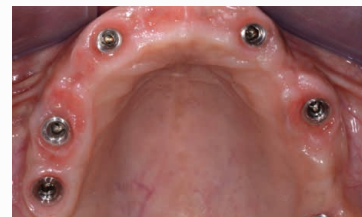
7. Implants post-extractionnels Axiom® TL, Tissue Level pour Mise en Charge Immédiate, seul l'implant en secteur 16 n'a pu atteindre le couple de vissage requis (35 N.cm) pour une Mise en Charge Immédiate.



8. Mise en Charge Immédiate 48 heures plus tard, pour la production d'un bridge provisoire renforcé à l'acier.



9. Quatrième quadrant inférieur : édentement partiel résolu avec deux implants Axiom® TL, Tissue Level et mini ROG par Sausage Technique, en simultané, pour augmenter le volume tissulaire.



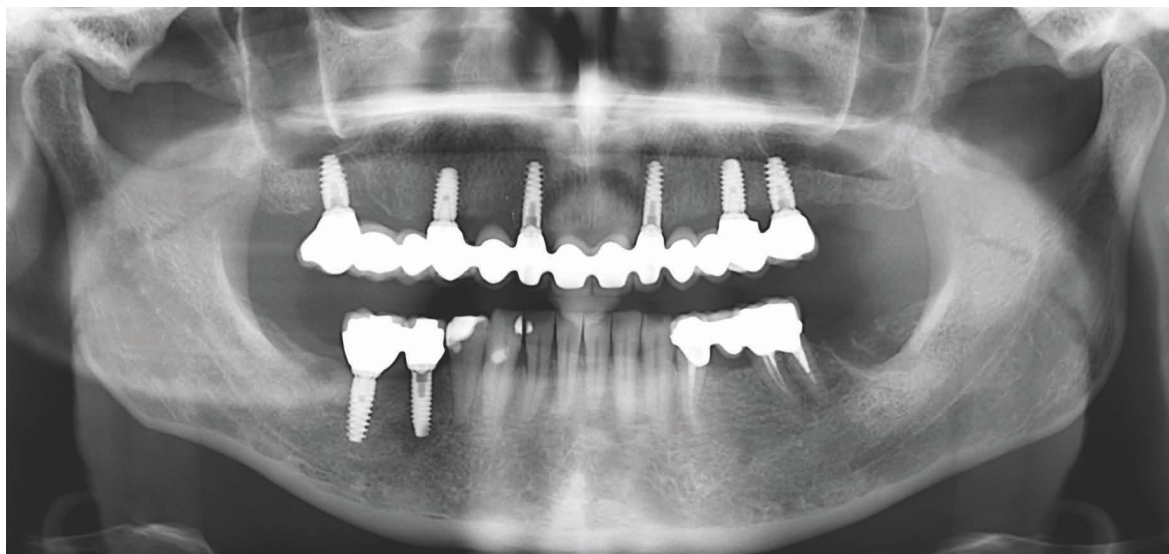
10. Cicatrisation des tissus de l'arcade supérieure.



11. Vis de cicatrisation inférieures.



12. Empreinte supérieure.



Conclusion

Pour ce type d'indications, nous pouvons tirer profit des avantages classiques du système Axiom® Multi Level® et des implants Axiom® TL, Tissue Level, à savoir : pour les implants Axiom® TL, Tissue Level : un collet lisse qui élargit l'interstice entre la connexion pilier-implant et la crête osseuse, préservant ainsi sa résorption* ; pour le système Axiom® Multi Level® : le rattrapage d'axes grâce à la clé sphérique qui permet un accès angulé aux vis de serrage, également intégrées dans la structure. Dans le cas présenté, cela a indiscutablement créé un avantage, en réduisant la taille des puits d'accès –qui sont extrêmement petits– ce qui facilite également l'intervention du praticien lors des étapes d'essai en bouche.

**Implant-Abutment Connections: "A Review of Biologic Consequences and Peri-implantitis Implications" Yuya Sasada, DDS/ David L. Cochran, DDS, PhD2 Int J Oral Maxillofac Implants 2017;32: 1296–1307. doi: 10.11607/jomi.5732.*



13. Empreinte inférieure.



14. Test de la structure et simulation des couronnes inférieures avec enregistrement des hauteurs.



15. Prothèse définitive.



16. Montage de la restauration finalisée.



17. Situation finale (vue du côté droit).



18. Situation finale (vue du côté gauche).



19. Situation finale (vue occlusale supérieure).



20. Situation finale (vue occlusale inférieure).



Implant Axiom® BL, Bone Level et pilier inLink® : intérêt dans le cadre d'une réhabilitation étendue

Dr Philippe COLIN, M. Fabio LEVRATTO

Contexte

Patiente de 53 ans, en bonne santé. Consulte suite à la mobilité de ses dents résiduelles. Demande fonctionnelle et esthétique. Ne veut pas de prothèse amovible. Parodontite chronique sévère évoluant dans un fort contexte prothétique sur un terrain génétiquement prédisposé sans facteur de risque notable. Traitement pluridisciplinaire proposé.



1. Situation à la première consultation : perte de DV postérieure et absence de contact antérieur par interposition linguale et protrusion.



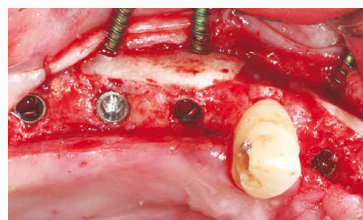
2. Panoramique pré-opératoire.



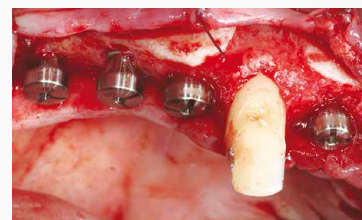
3. Wax up résultant de l'analyse esthétique.



4. Insertion d'un bridge transitoire lors de l'avulsion des dents irrécupérables. Ce bridge permet de respecter le temps de cicatrisation des greffes sous-sinusiennes, puis celui de l'obtention de l'ostéo-intégration. Il repose sur 17, 13, 11, 21 et 23. Hormis 17, elles seront extraites lors de la mise en charge.



5. Implant Axiom® BL, Bone Level PX en place secteur II. Les blocs corticaux sont visibles 6 mois après greffe.



6. Vis de cicatrisation secteur II.



7. Vis de cicatrisation 4 mois après leur insertion.



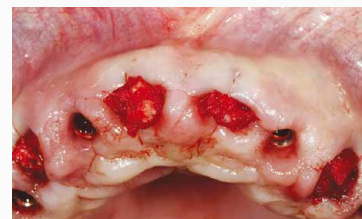
8. Etat des tissus mous à la dépose des vis secteur II, juste avant l'insertion des piliers inLink®.



9. Des cylindres provisoires angulés à 25° sont choisis afin d'orienter en palatin les puits d'accès au verrou. Un nouveau bridge temporaire sera conçu. Il représente le prototype de la prothèse finale.



10. Emergence palatine des puits d'accès aux verrous secteur II. Sur 26, l'angulation n'est pas suffisante pour une émergence totalement palatine, et de fait une émergence droite occlusale sera choisie pour la prothèse finale.



11. Pilier inLink® antérieur et gestion des alvéoles d'extraction des incisives et canines.



12. Second bridge transitoire sur pilier inLink®.



Conclusion

Ce traitement pluridisciplinaire a nécessité une étroite collaboration entre praticien et prothésiste. Les innovations constantes issues de l'industrie simplifient certaines étapes en nous apportant des solutions fiables.

Ici, la mise en oeuvre de la connexion inLink® associée à un puits d'Accès Angulé permet de déporter les trous sur les faces palatines, hors des zones occlusales fonctionnelles. Il s'agit d'une réelle avancée clinique lorsque la trajectoire implantaire est vestibulée

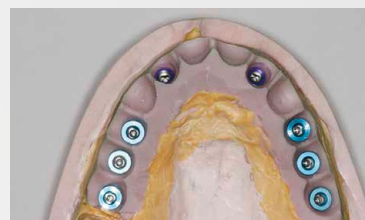
22. Sourire de notre patiente en fin de traitement qui s'est échelonné sur 2 années.



13. Intrado du bridge en résine. Les verrous inLink® d'essayage sont encore en place.



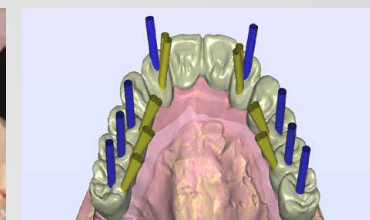
14. Transferts d'empreinte en place. Des piliers inLink® de plateforme 4.8 mm ont été choisis en postérieur et de 4 mm pour 12 et 22. Les transferts seront solidarisés avant empreinte avec un polyether.



15. Modèle de travail avec les analogues. Le positionnement du bridge transitoire sur ce modèle a permis de le valider, mais aussi d'enregistrer les profils d'émergences, les contours vestibulaires et palatins et de faire le montage sur articulateur.



16. Wax issu des clefs en silicone du bridge transitoire. Ce n'est, entre autres, que lorsque le positionnement du bord libre des incisives est fixé ainsi que le plan esthétique frontal que le prothésiste peut s'exprimer.



17. Conception CAD de l'armature Simeda® : les puits de vissage en jaune et les axes implantaires en bleu montrent l'angulation des puits de vissage.



18. Bridge full Zirconie Simeda®. Les puits d'accès aux verrous sont orientés en palatin avec une angulation de 25° sauf sur 12, 22 et 26.



19. Vue occlusale des piliers inLink® avant insertion du bridge.



20. Bridge terminal. Seules les faces vestibulaires sont émaillées. Les faces palatines et occlusales sont en full Zirconie. Ce bridge représente la réplique quasi exacte du wax prévisionnel.



21. Radio panoramique en fin de traitement. Des rétro-alvéolaires confirment la stabilité de l'os au col implantaire.



Réhabilitation avec Mise en Charge Immédiate à l'aide d'implants Axiom® BL, Bone Level et piliers inLink®

Dr Leonardo DASSATTI, M. Federico FOLEGATTI

Contexte

Patient de 75 ans souffrant de parodontite chronique de l'adulte, qui suit un traitement pharmacologique contre l'hypertension et le diabète. Mobilité de Degré 3 du groupe incisif résiduel (de 33 à 42). Compte-tenu du contexte médical général du patient, le plan de traitement inclut la restauration de l'arcade inférieure et la préparation d'une prothèse totale immédiate. Ensuite, la pose de l'implant est planifiée sur logiciel et un guide chirurgical est préparé pour la réalisation d'une chirurgie flapless. Ce plan de traitement comprend la pose de 6 implants en positions 36, 35, 33, 43, 45, 46 (implants Axiom® BL, Bone Level connectés à la prothèse totale immédiate à l'aide de piliers inLink®).



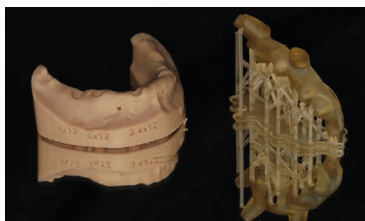
1. Situation initiale, à la première consultation.



2. Vue pré-opératoire, au moment de la planification de la chirurgie guidée.



3. Images du logiciel de planification.



4. Maître-modèle préparé en laboratoire et finalisation du guide chirurgical.



5. Guide chirurgical et prothèse totale pour Mise en Charge Immédiate par technique flapless avec pilier inLink®.



6. Fixation du guide chirurgical à l'aide de vis auto-taraudantes.



7. Vérification de la bonne élimination du tissu mou supracrestal par poinçon tissulaire sur les sites implantaires.



8. Réalisation de la phase chirurgicale de pose des six implants Axiom® BL, Bone Level.



9. Les cylindres provisoires sont vissés sur piliers inLink® pour fixer la prothèse totale inférieure.



10. Inspection et finition des piliers pour la connexion implant-prothèse.



11. Pose des piliers inLink® sur la prothèse immédiate.



12. Vue de la face occlusale de la prothèse immédiate.



Conclusion

La possibilité d'utiliser des piliers inLink® permet le transfert de la connexion implant-prothèse hors des tissus. La prothèse CAD-CAM Simeda®, avec verrouillage intégré et qui permet un vissage rapide de la prothèse, élimine la déconnexion continue de la plateforme implantaire et des composants prothétiques, gardant ainsi intacte l'attache des fibres supracrestales, ce qui garantit la stabilité de l'os crestal au fil du temps.

22- On constate des formes naturelles et un résultat harmonieux.



13. Contrôles fonctionnels de la prothèse fixée.



14. Vue de l'occlusion, à la sortie du patient.



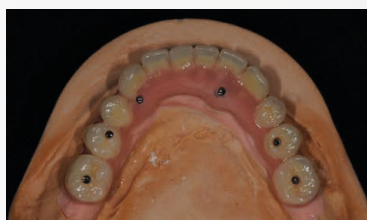
15. Détail des tissus mous, deux mois après la mise en charge fonctionnelle.



16. Détail de la barre CAD-CAM pour la production Simeda®.



17. Finalisation des deux prothèses, vérification finale de l'articulation des modèles.



18. Détail des puits d'accès à la connexion inLink® de la prothèse permanente.



19. Détail de la définition des étages entre la muqueuse et la barre, avec profils anatomiques simulant le développement du tissu naturel.



20. Prothèse totale inférieure définitive implanto-portée (avec vissage à 25 N.cm) et fermeture des puits d'accès avec du composite.



21. Détail du montage cire-dents et contrôle du lambeau anatomique, dans le respect des tissus mous sous-jacents.



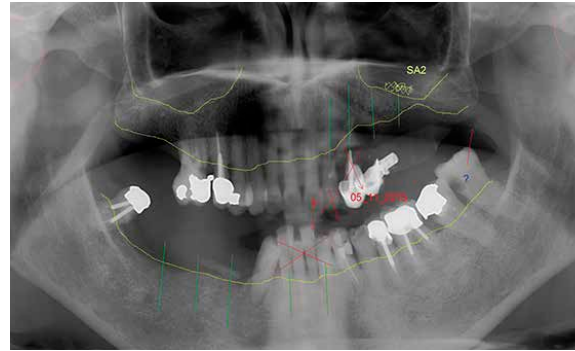
Dr Loïc DAVID, M. Jérôme OZENNE

Contexte

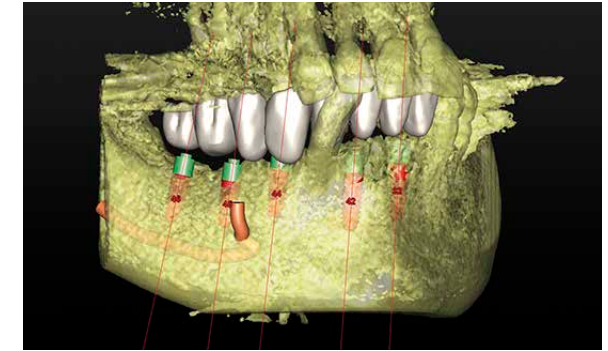
Patiente de 67 ans en bonne santé.

Prothèses amovibles iatrogènes en bouche. Souhaite une réhabilitation bucco-dentaire confortable non mobile.

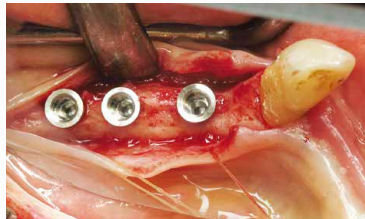
Le plan de traitement proposé est la pose d'implants Axiom® BL, Bone Level avec guide chirurgical Simplant® au maxillaire (greffe d'augmentation osseuse par sinus lift refusée) et d'implants Axiom® TL, Tissue Level à la mandibule avec Mise en Charge Immédiate et reconstruction fonctionnelle dans les deux secteurs.



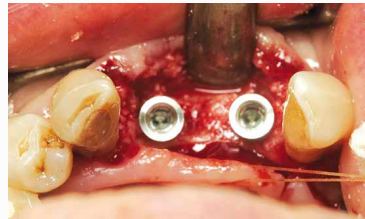
1. Radio panoramique pré-opératoire.



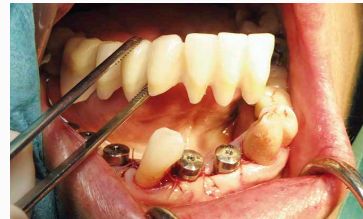
2. Projet implantaire (Simplant®).



3. T0 : situation per-opératoire des implants Axiom® TL, Tissue Level.



4. T0 : situation per-opératoire des implants Axiom® TL, Tissue Level.



5. T0 + 48h : Mise en Charge Immédiate (extraction de 43).



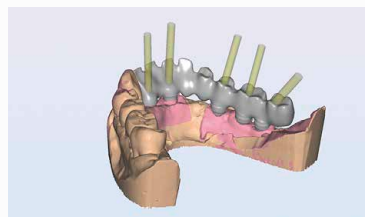
6. T0 + 4 mois : cicatrisation.



7. Transferts pick up Ø 4.0.



8. Enregistrement esthétique (Ditramax®).



9. Modélisation CAD Simeda®.



10. Armature Co-Cr usinée (Simeda®).



11. Suprastructure pour essai avec verrous d'essai inLink®.



12. Suprastructure pour essai avec verrous d'essai inLink®.



21. Sourire final.



Conclusion

La pose des implants bi-maxillaire a été réalisée dans la même séance ainsi que la prise d'empreinte pour la pose des bridges en vue d'une Mise en Charge Immédiate.

Nous constatons une différence notable dans le temps d'exécution de l'acte chirurgical et prothétique avec des implants Axiom® TL, Tissue Level (mandibule) et la nouvelle connexion inLink® par rapport à des implants Axiom® BL, Bone Level avec piliers Multi-Unit (maxillaire) :

- une meilleure gestion du plateau chirurgical par les assistantes,
- une exécution simplifiée de la réalisation prothétique par le technicien prothésiste,
- une amélioration du confort du patient et du praticien par une réduction du temps d'intervention.



13. Essayage de la suprastructure Simeda®, secteur molaire.



14. Vue palatine de la suprastructure Simeda® en bouche.



15. Essayage suprastructure, vue vestibulaire du secteur incisif.



16. Essayage suprastructure, vue frontale en occlusion.



17. Suprastructure céramique.



18. Verrous de fixation inLink® définitifs en place.



19. Prothèse fonctionnelle.



20. Radiographie panoramique post-mise en charge fonctionnelle.



Bridge antérieur sur implants Axiom® TL, Tissue Level, après extraction de 2 implants défailants et d'une racine fracturée

Dr Egon EUWE, M. Pasquale PALMIERI

Contexte

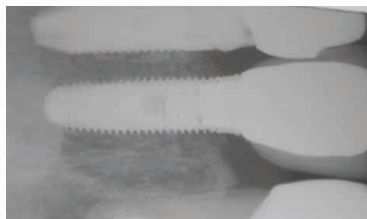
Un patient de 67 ans souffrant de douleurs persistantes et irradiantes a bénéficié d'une réhabilitation avec un bridge en zircone sur deux implants Axiom® TL, Tissue Level, après extraction de deux implants antérieurs problématiques et d'une racine fracturée dans la zone esthétique.



1. Situation initiale.



2. Tissus péri-implantaires présentant une inflammation, pilier à revêtement céramique avec 1 côté entièrement sablé en mésial.



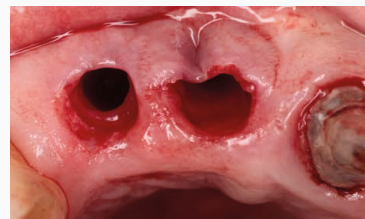
3. Radiographie.



4. Placement non optimal des implants. Extension excessive vers l'avant et espace inter-proximal réduit.



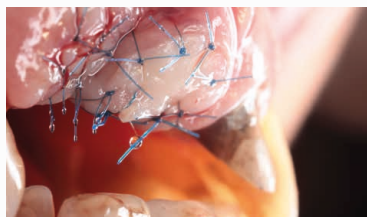
5. Implant extrait. Surface avec ciment de scellement et présence de bactéries.



6. Alvéoles post-extractionnelles des deux implants, après nettoyage et désépithélialisation.



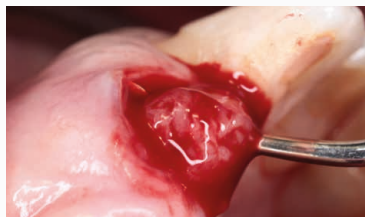
7. Greffon à insérer et fixer dans la cavité post-extractionnelle.



8. Après suture.



9. Racine problématique, présence d'une fracture par perforation radiculaire.



10. Retrait des tissus de granulation.



11. Position 21 : implant Axiom® TL, Tissue Level, version PX 3,4x16, col de 2,5 mm.



12. Position 12 : positionnement immédiat dans le greffon, après extraction. (Bioss®).

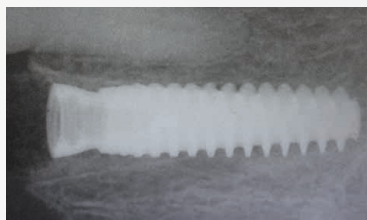


22. N22-Notez le niveau osseux crestal.



Conclusion

La radiographie finale réalisée 3 mois après la pose de la prothèse montre l'efficacité de notre approche au niveau des tissus et en matière de biocompatibilité de la procédure. Cette étude de cas montre clairement que les implants TL, Tissue Level peuvent également être utilisés avec succès dans la zone esthétique. La présence d'un tissu épais et un positionnement sous-crestal de la partie rugueuse de l'implant sont déterminants pour le succès de la procédure. Je préfère l'utilisation des implants Axiom® TL, Tissue Level, avec émergence de la partie de 2,5 mm du col implantaire, ce qui permet, à mon avis, de placer la plateforme prothétique TL à la place idéale, sur le plan biologique et esthétique.



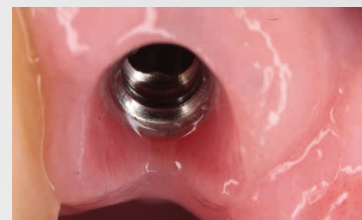
13. Couple d'insertion : 40 N.cm.



14. Pilier provisoire (inLink®).



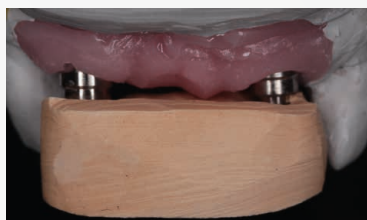
15. Bridge provisoire.



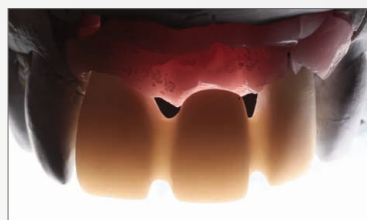
16. Plateforme TL – état des tissus et profil d'émergence.



17. Empreinte à ciel ouvert.



18. Clé en plâtre pour vérification de la passivité.



19. Structure Simeda® en zircon.



20. Bridge antérieur réalisé par le technicien dentaire Palmieri.



21. Résultat final.



Dr Christophe FORESTI, M. Cyrille FERREIRA

Contexte

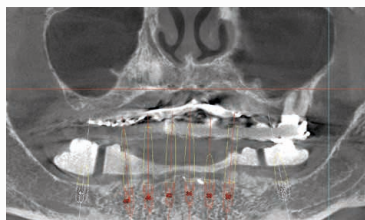
Une patiente consulte car elle ne supporte plus le port de sa prothèse amovible mandibulaire, pourtant suffisamment stable grâce à une belle épaisseur du rempart vestibulaire. Elle est âgée de 76 ans, non fumeuse, et ne présente aucune contre-indication à une chirurgie implantaire. La pose de 8 implants (2 implants Axiom® BL, Bone Level et 6 implants Axiom® TL, Tissue Level) avec réalisation d'une Mise en Charge Immédiate lui est proposée.



1. Rempart vestibulaire.



2. Ancienne prothèse.



3. Planification implantaire.



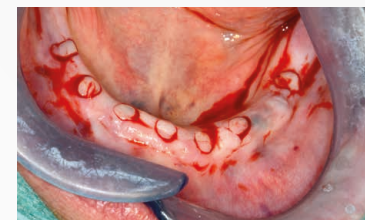
4. Forme triangulaire de la crête osseuse au niveau de la 47.



5. Guide chirurgical.



6. Operculisation de la gencive.



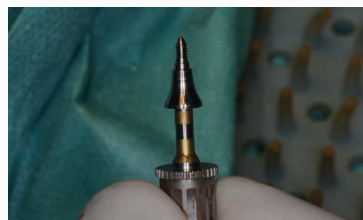
7. Punchs gingivaux.



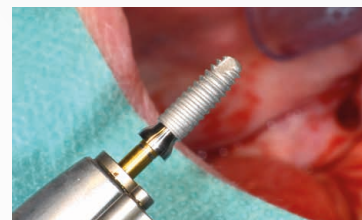
8. Préforage en secteur 37.



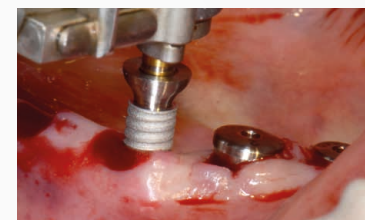
9. Correction par plastie osseuse.



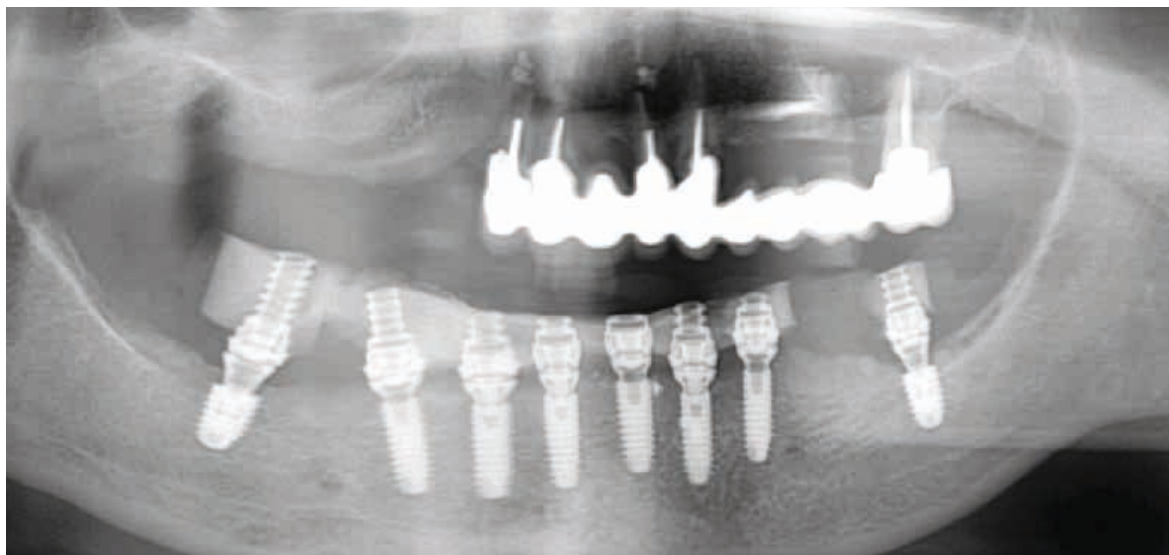
10. La stabilité primaire obtenue sur 37 et 47 avec des implants Axiom® BL, Bone Level permet de mettre en place immédiatement des piliers inLink®.



11. Implant Axiom® TL, Tissue Level, trans-gingival.



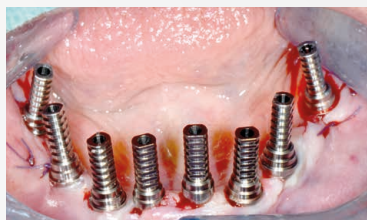
12. Mise en place des implant Axiom® TL, Tissue Level, dans les zones antérieures.



Conclusion

La Mise en Charge Immédiate est aujourd'hui un acte bien codifié. Cependant, pour pouvoir obtenir une stabilité primaire suffisante, il peut être intéressant, comme dans le système utilisé ici, de pouvoir choisir entre différents types de morphologies implantaire et différents types de rapport entre les structures parodontales et les implants (positionnement sous-crestal ou trans-gingival). L'angulation parfois nécessaire en fonction du volume osseux disponible peut de plus initier parfois une problématique de parallélisme. Cette problématique semble pouvoir être totalement résolue de façon simple grâce à la connexion de type verrou proposée dans ce système.

21. Radiographie panoramique (OTP) de contrôle.



13. Piliers provisoires inLink® en place.



14. Les puits de forage sont matérialisés sur le modèle en plâtre à l'aide du guide chirurgical.



15. La prothèse est évidée en regard du marquage.



16. Absence d'interférence entre les piliers et la prothèse.



17. Solidarisation des piliers provisoires à la prothèse.



18. Vis d'obturation et de cicatrisation en place.



19. Prothèse provisoire vue de dessous, 3 verrous guidant ont été placés en 21, 22 et 13 pour faciliter le repositionnement en bouche.



20. Situation en bouche.



Dr Giuliano FRAGOLA, M. Rafa POMBO

Contexte

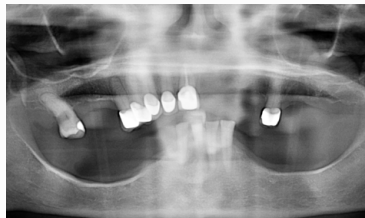
Patiente de 67 ans. Elle a de nombreuses dents manquantes, pour lesquelles elle souhaiterait une prothèse fixe. Elle a déjà un appareil partiel amovible, mais elle a cessé de le porter à cause de la gêne permanente qu'il lui cause. Plan de traitement établi : extraction des dents restantes, puis pose d'implants dentaires et d'une prothèse immédiate sur chaque arcade. Des implants Axiom® BL, Bone Level PX ont été utilisés en mandibulaire et en maxillaire. Les implants distaux ont été placés en position inclinée, selon le protocole All on 4 ; pour cela, un guide de forage a été utilisé.



1. Vue frontale.



2. Évaluation ligne médiane.



3. Radiographie panoramique initiale.



4. Guide d'angulation des perforations initiales.



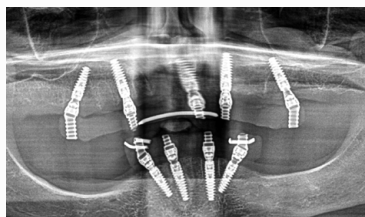
5. Piliers provisoires sur les implants.



6. Mise en Charge Immédiate, le jour de la chirurgie.



7. 1 mois après la Mise en Charge Immédiate.



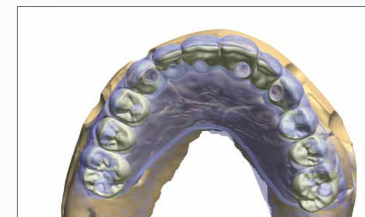
8. Radiographie de contrôle.



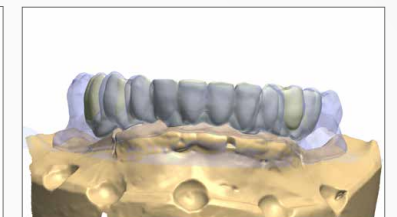
9. Transferts d'empreinte pour porte-empreinte perforé.



10. Wax-up du montage directeur.



11. Conception CAD pour l'arcade supérieure, vue occlusale.



12. Conception CAD pour l'arcade inférieure, vue frontale.



Conclusion

La possibilité de choisir le pilier inLink®, avec sa hauteur, le jour même de la chirurgie, pour réaliser une prothèse provisoire ou définitive, confère une grande adaptabilité au système Axiom® Multi Level®. La surface plane de support facilite la construction de la restauration CAD-CAM à l'aide du système d'usinage Simeda®, avec un ajustement précis et sans tension lors de la pose. Le système innovant de fixation inLink® ouvre des options thérapeutiques illimitées, tout en favorisant l'esthétique grâce au pertuis d'accès extrêmement petit pour l'application du couple de vissage adéquat. Anthogyr est synonyme d'excellence sur le plan chirurgical et en matière de restauration dentaire.

22. Sourire final.



13. Arcade supérieure Simeda® en zircone monolithique, vue occlusale.



14. Arcade inférieure Simeda® en zircone monolithique, vue frontale.



15. Tournevis en accès angulé pour un implant postérieur.



16. Montage céramique.



17. Caractérisation de l'arcade supérieure, vue latérale.



18. Prothèses pour les deux arcades, sur modèle, vue frontale.



19. Arcade supérieure en zircone finalisée, vue occlusale.



20. Arcade inférieure en zircone finalisée, vue occlusale.



21. Prothèses posées dans la bouche, vue frontale.



Dr Carlos GARGALLO, M. Rafa POMBO

Contexte

Patient de 81 ans présentant des lésions suppurantes généralisées, causées par une parodontite chronique avancée. Après examen radiologique et esthétique, une réhabilitation implanto-portée supérieure et inférieure est proposée, après désinfection préalable des dents afin de réduire la charge bactérienne de l'environnement oral. Pour la mandibule, un thimble crown en titane avec des couronnes unitaires en nanocomposite et céramique sont planifiés. Pour le maxillaire, une structure en métal/céramique est prévue sur trois sections.

p.54



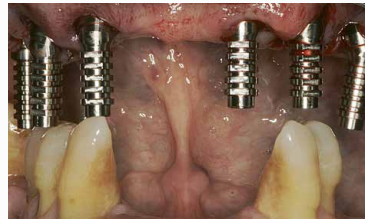
1. Situation initiale.



2. Vue occlusale avant le traitement.



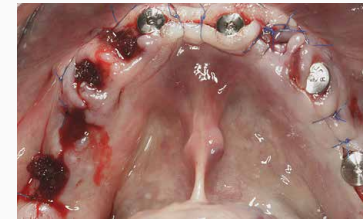
3. Vue occlusale de la chirurgie du maxillaire.



4. Piliers titane provisoires.



5. Mise en Charge Immédiate au maxillaire.



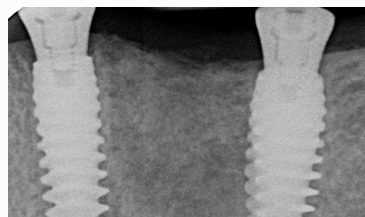
6. Vue occlusale de la chirurgie de la mandibule.



7. Vue occlusale de la mandibule, 6 jours après la chirurgie.



8. Vue occlusale de l'état gingival.



9. Radiographie péri-apicale de deux implants Axiom® TL, Tissue Level PX, posés en mandibulaire.



10. Implants inférieurs Axiom® TL, Tissue Level, sans vis de cicatrisation.



11. Transferts pick-up solidarisés.



12. Conception virtuelle.



Conclusion

La pose de la prothèse supérieure sectorisée a été réalisée sans aucun problème. L'ajustement a été parfait, ainsi que la sensation au vissage et par rapport au couple de serrage. En tout état de cause, tout en admettant que les systèmes employant inLink® dépendent effectivement de la technique et qu'ils ne sont pas adaptés à tous les praticiens, nous pouvons assurément affirmer que les prothèses ainsi obtenues sont supérieures aux prothèses standards avec piliers Multi-Unit à Accès Angulé : quelques puits d'accès minimes comparativement aux systèmes standards et des retours très positifs qui permettent d'éviter nombre de contretemps et d'erreurs de planification, susceptibles de se produire dans ce type de cas.

Nous recommandons vivement que ce système soit appliqué comme règle dans tous les cas de réhabilitation plurale transvissée.

20. Sourire final du patient.



13. Vue de la structure maxillaire en titane.



14. Vue de la structure mandibulaire en titane.



15. Structure en cobalt-chrome sur modèle.



16. Essayage de l'armature maxillaire CoCr Simeda®.



17. Céramisation de la prothèse.



18. Vue frontale de la structure maxillaire finale.



19. Vue occlusale des prothèses finales en bouche.

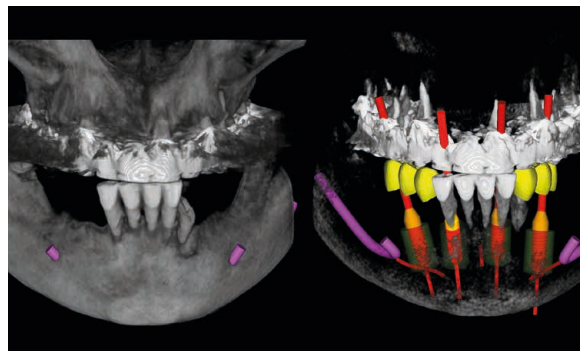


Dr Gian Battista GRECO, M. Federico FOLEGATTI

Contexte

Une patiente de 57 ans, ASA 1, souhaite bénéficier d'une réhabilitation fixe de l'arcade inférieure. L'examen de la patiente révèle une parodontopathie avancée et une mobilité dentaire. La tomodensitométrie Cone Beam met en évidence un volume osseux convenable dans la région inter-foraminaire et une densité osseuse compatible avec un traitement de Mise en Charge Immédiate selon le protocole All-on-4. La réhabilitation définitive, à l'aide d'un pack Simeda®, a été réalisée 5 mois après la Mise en Charge Immédiate.

p.56



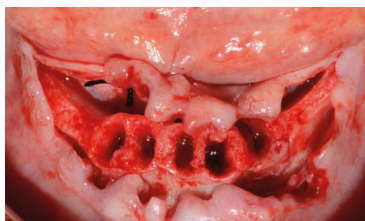
1. Rendu 3D de la planification implanto-prothétique.



2. Situation clinique pré-opératoire.



3. Vue de la mandibule, après avulsion des dents résiduelles.



4. Visualisation de la région inter-foraminaire.



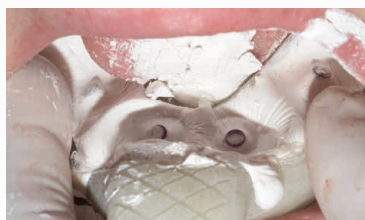
5. Ostéotomie crestale ; jauges directionnelles révélatrices de l'axe de l'implant.



6. Vue des implants Axiom® TL REG et PX ; reconstruction crestale grâce à l'os autologue.



7. Suture résorbable 6/0 ; pose des transferts pick-up.



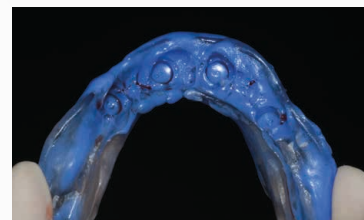
8. Identification de la position de l'implant avec un plâtre pour empreinte.



9. Transferts pick-up retenus dans l'empreinte en plâtre.



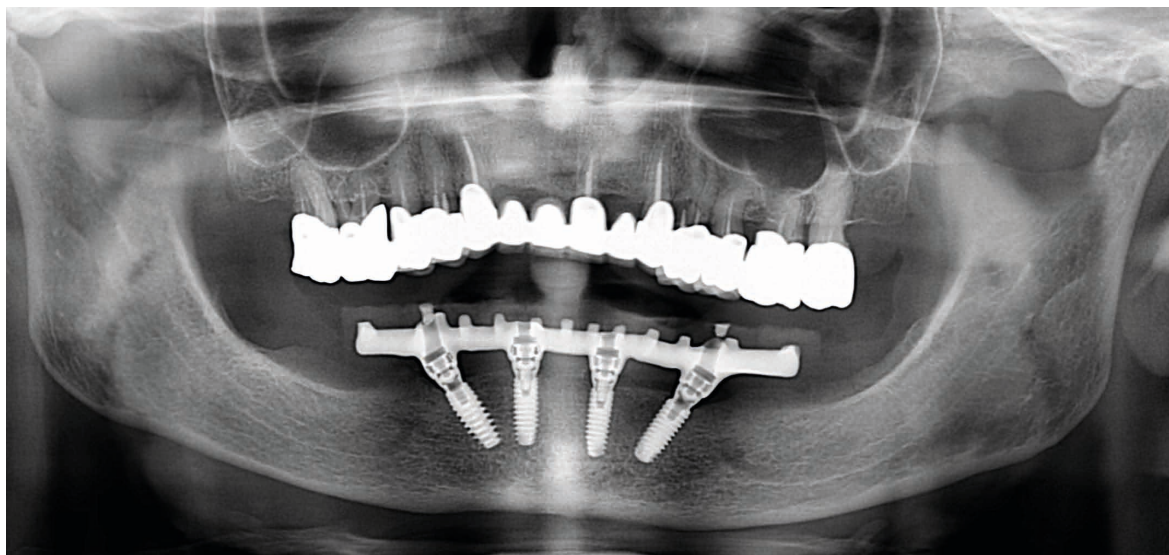
10. Pose des piliers de cicatrisation.



11. Identification de la relation intermaxillaire sur la tête des piliers de cicatrisation..



12. Dispositif provisoire sur modèle.



22. Radiographie de suivi, 5 mois après la pose des implants.



Conclusion

La réhabilitation complète de l'arcade mandibulaire, sur dents définitives, à l'aide du système inLink® TL offre de nombreux avantages : cela évite l'utilisation de piliers Multi-Unit (MUA), étant donné que le système permet de rattraper les axes implantaires jusqu'à 120°. Outre le fait d'économiser des composants prothétiques, la durée de l'intervention chirurgicale est réduite, car il n'est pas nécessaire de retirer les interférences osseuses pour connecter des piliers MUA.

On bénéficie des avantages de shifting au niveau de l'interface implant-prothèse ; des avantages caractéristiques des systèmes Axiom® Multi Level®.



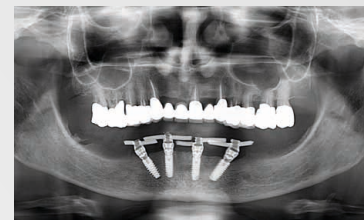
13. Dispositif provisoire.



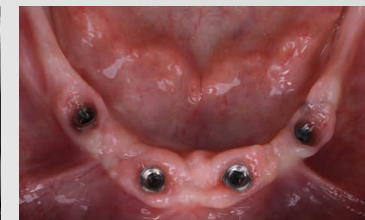
14. Retrait des piliers de cicatrisation 24 heures après la chirurgie.



15. Connexion du dispositif provisoire à l'aide du système inLink®.



16. Radiographie de suivi après la Mise en Charge Immédiate.



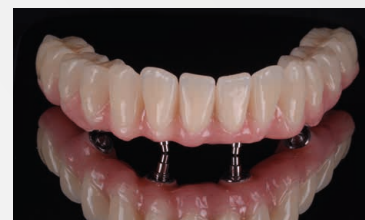
17. Cicatrisation des tissus, 4 mois après la pose des implants.



18. Structure usinée en Cr-Cb, système Simeda®.



19. Dispositif prothétique définitif sur le maître-modèle.



20. Dispositif prothétique définitif.



21. Vue intra-orale de la réhabilitation définitive.



Dr Thomas GUILLAUMIN, M. Philippe CAVELIUS

Contexte

Patiente 61 ans, en bonne santé, mais présentant une parodontite au stade terminal. Elle souhaite retrouver rapidement une qualité buccale fonctionnelle et esthétique. Une première phase de chirurgie pré-implantaire a été mise en oeuvre au maxillaire (sinus lift) pour permettre une pose d'implants Axiom® TL, Tissue Level dans la zone postérieure. À la mandibule, des édentements postérieurs rendent la pose d'implants impossible en arrière des trous mentonniers en raison d'une résorption osseuse verticale et latérale avancée. 5 implants Axiom® TL, Tissue Level seront posés. Les plus postérieurs seront fortement angulés pour respecter la crosse du nerf mentonnier tout en ayant une émergence la plus distale possible.



1. Situation initiale à la mandibule.



2. Col implantaire Axiom® TL, Tissue Level positionné à moins d'1 mm en sous gingival.



3. Les gaines sont coupées de manière à ne pas dépasser le plan occlusal pour qu'il soit possible de réaliser l'empreinte en occlusion.



4. La chirurgie au maxillaire s'est faite entièrement en flapless et à l'aide d'un guide chirurgical. Les suites opératoires sont minimales pour la patiente tant au niveau douleur, que pour l'intégrité tissulaire péri-implantaire comme on peut le voir sur cette photo montrant les vis de cicatrisation à quelques heures de la fin d'intervention.



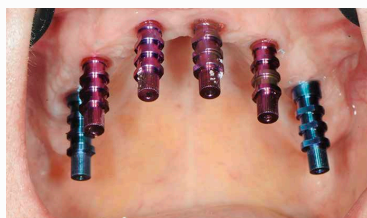
5. La prothèse provisoire est effectuée en utilisant les gaines titane qui sont noyées dans la résine. Aucune extension dentaire n'est prévue à ce stade sur ce provisoire. Afin de faciliter la mise en place de la prothèse sur les plateaux implantaires qui sont plats, deux verrous guidants sont insérés de part et d'autre sur la prothèse.



6. Ces verrous, qu'ils soient guidants ou non, sont inclus dans le système de verrouillage intégré inLink® et permettent de manipuler la prothèse sans craindre de perdre les vis. Le serrage se fait en effectuant un $\frac{3}{4}$ de tour seulement avec la clé. Cette opération devient ainsi très simple et très rapide grâce à ce nouveau système de verrous.



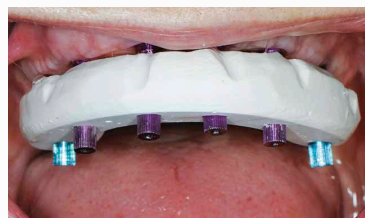
7. Quelques mois plus tard, après la phase de cicatrisation, la prothèse provisoire est démontée et les transferts d'empreinte sont mis en place.



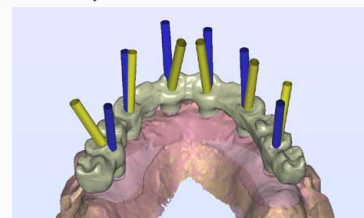
8. Deux diamètres de plateau existent : 4,8 mm (bleu) pour les zones postérieures et 4 mm (rose) pour les zones à fort enjeu esthétique.



9. L'empreinte au plâtre bien que délicate à mettre en oeuvre reste pour nous la plus sûre pour reproduire avec exactitude la position des implants.



10. Les clés en plâtre sont testées. Si l'une d'elles s'était fracturée, une nouvelle empreinte aurait dû être reprise afin que la passivité des bridges soit assurée.



11. Conception CAD de l'armature maxillaire Simeda® : les puits de vissage en jaune et les axes implantaires en bleu montrent l'angulation des puits de vissage.



12. Une fois les empreintes scannées par le laboratoire de prothèse, l'infrastructure prothétique est conceptualisée sur ordinateur et les fichiers sont adressés à Simeda®. Les deux éléments ont été usinés avec une grande précision par Simeda®. Les infrastructures sont essayées en bouche et le rapport intermaxillaire est à nouveau enregistré avant le montage final de la céramique.



Conclusion

L'utilisation d'implants Axiom® TL, Tissue Level placés en flapless a permis la préservation des tissus mous et une cicatrisation rapide.

Grâce aux puits d'Accès Angulés, jusqu'à 25°, les puits de vissage ont été idéalement placés sur la prothèse. « J'ai été séduit par le confort de mise en place de la prothèse sans vis. Le résultat esthétique obtenu pour ces deux prothèses sans fausse gencive satisfait pleinement la patiente ».

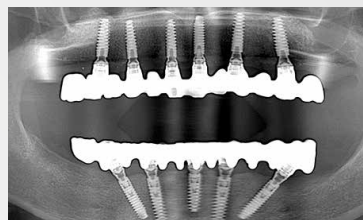
18. Pour la patiente, le défi esthétique et fonctionnel est relevé.



13. Un réglage précis des contacts occlusaux est nécessaire sur le biscuit avant qu'il ne subisse sa dernière cuisson et que le prothésiste ne puisse personnaliser la teinte avec la patiente.



14. Prothèse d'usage en bouche : les implants Axiom® TL, Tissue Level ont une parfaite intégration tissulaire, osseuse et gingivale.



15. Radiographie panoramique de contrôle. Les implants Axiom® TL, Tissue Level ont une parfaite intégration osseuse et gingivale.



16. L'émergence des puits d'accès a pu être optimisée en amont car il est possible de prévoir des rattrapages d'axe pour la prothèse. Les puits sont ultérieurement fermés avec du composite.



17. Aspect final de la prothèse qui conserve un naturel sans fausse gencive.

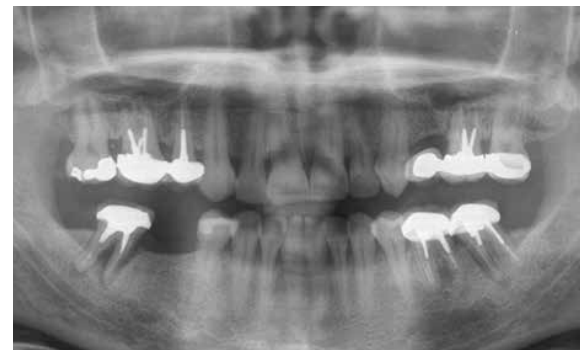


Dr Philippe HERAUD, M. Frédéric FOURET

Contexte

Patiente 48 ans, fumeuse, en bonne santé.

Antécédents de traitement orthodontique avec avulsion des 14, 24 et 34.



1-2. 36 présente un foyer infectieux apical. La tentative de retraitement endodontique étant d'un bon pronostic, cette option est retenue. 46 et 45 sont absentes. 25 absente est remplacée par un pontique de bridge cantilever 25-26-27. 16, 26 et 37 présentent des foyers infectieux apicaux. Le retraitement endodontique de ces dents est de mauvais pronostic.

47: présente une parodontite iatrogène terminale et un foyer infectieux apical. Ces 4 dents seront extraites. Au total 7 dents seront à remplacer..

p.60



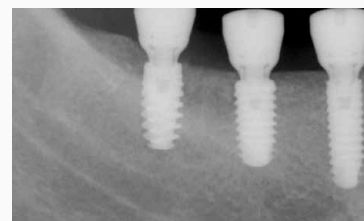
3. 10 semaines après les extractions, les sites sont correctement cicatrisés.



4-5. La mise en place d'implants peut alors être réalisée dans des conditions optimales, avec mise en fonction restreinte immédiate dans le 4ème quadrant par prothèses transitoires solidarisées transmissées (implants Axiom® TL, Tissue Level en 45 - 46 - 47).



La stabilité primaire réduite de l'implant 26 qui a nécessité une augmentation osseuse sous sinusienne simultanée ne permettra pas de retenir cette option pour 25 et 26.



6. Radiographie de contrôle post-opératoire.



7-8-9. Réalisation de 3 éléments provisoires solidarisés sur piliers provisoires titane.



10. Vue occlusale de la prothèse provisoire.



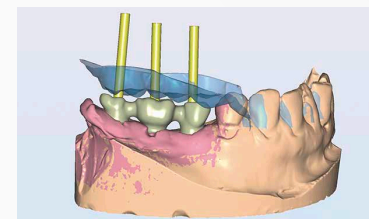
11. Un verrou guidant du système intégré inLink® a été placé au centre pour faciliter la mise en place de la prothèse.



12. Aspect clinique à 14 jours post-opératoire : vue occlusale.



13. Aspect clinique à 14 jours post-opératoire : notez l'aspect de la gencive péri-implantaire.



14. Modélisation CAD de l'armature Simeda®.



18. Radiographie panoramique (OPT) de contrôle à 4 mois post-opératoires.



Conclusion

Pour le traitement prothétique de cette patiente, initialement planifié avec des implants Axiom® BL, Bone Level, nous avons eu l'opportunité d'utiliser des implants Axiom® TL, Tissue level dans le 4ème quadrant. Nous ne pouvons que nous en féliciter. Le résultat est jugé très satisfaisant par la patiente et par l'équipe soignante, alors que les procédures cliniques et prothétiques sont simplifiées. Le profil d'émergence idéal de ce nouvel implant, la souplesse offerte par le positionnement «sur mesure» de l'émergence du puits de vis prothétique, et la grande sécurité que constitue l'inviolabilité de l'espace biologique constituent les points forts de ce nouveau système, qui d'ores et déjà, définit un nouveau standard dans les restaurations plurales des secteurs postérieurs.

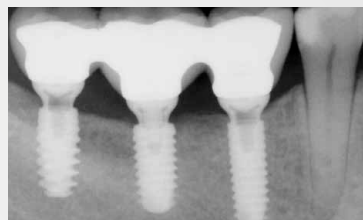
p. 61



15. Prothèse d'usage Zircone-Céramique en place dans le 4ème quadrant postérieur à 10 semaines post-opératoires.



16. Prothèse d'usage, vue vestibulaire.



17. Radiographie endo-locale de contrôle à 10 semaines post-opératoires.

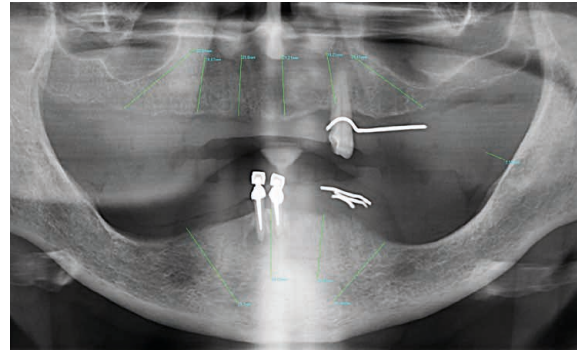


Mise en Charge Immédiate des deux arcades sur implants Axiom® Multi Level® à l'aide de la technique du « modèle unique »

Dr Diego LONGHIN, M. Luigino BENVENU

Contexte

Malgré leur complexité, les plans de traitement avec Mise en Charge Immédiate sont de plus en plus fréquents. Dans le cas présenté ici, la technique du « modèle unique » a été adoptée (Biscaro L, et al - Int J. P.R.D. Juin 2009). Elle offre la possibilité de précisément identifier et transférer toutes les informations utiles aux techniciens dentaires pour préparer une prothèse satisfaisant toutes les exigences, sur le plan esthétique et particulièrement sur le plan fonctionnel. Des implants Axiom® BL, Bone Level PX avec piliers inLink® ont été utilisés sur l'arcade supérieure et des implants Axiom® TL, Tissue Level REG ont été utilisés sur la mandibule.



1. Radiographie initiale.



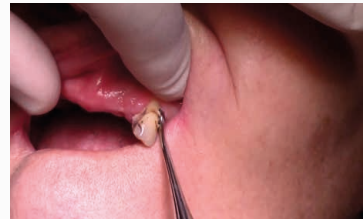
2. Évaluation esthétique.



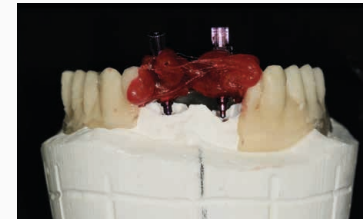
3. Montage dentaire pour préparer un « modèle de transfert des données ».



4. Évaluation du modèle de transfert des données avec l'antagoniste.



5. Intervention chirurgicale.



6. Insertion des deux premiers analogues sur le modèle unique.



7a. Empreinte en cire.



7b. Empreinte en cire.



8. Finalisation de la prothèse.



9a. Prothèses finalisées.



9b. Prothèses finalisées.



10. Insertion de la prothèse dans la bouche.



18. Vue esthétique des prothèses.

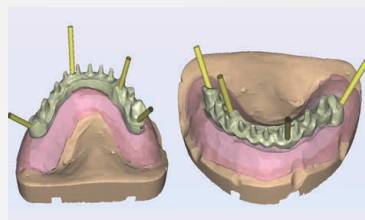


Conclusion

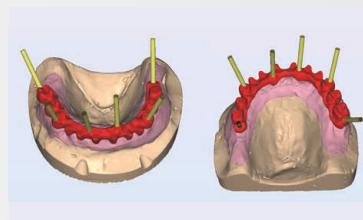
Les implants Axiom® Multi Level® montrent tous leurs avantages lorsqu'ils sont utilisés avec la technique de Mise en Charge Immédiate à modèle unique. La surface plane de connexion prothétique, présente sur les implants Axiom® TL et Axiom® BL avec pilier inLink®, aide à exagérer les inclinaisons afin d'éviter les structures anatomiques (par exemple, le sinus paranasal et l'émergence du nerf alvéolaire inférieur). Cela permet d'éliminer les extensions prothétiques et, en même temps, de redistribuer la tension de la mise en charge sur l'intégralité de l'arcade. La conception transmuqueuse des implants Axiom® TL permet de créer un ancrage connectif extrêmement durable, tout en respectant au mieux l'espace biologique. Les aspects positifs incluent également : un diamètre réduit des puits d'accès aux vis prothétiques avec possibilité d'accès angulé jusqu'à 25°, un couple de serrage défini à 25 N.cm, ainsi qu'un composant transmuqueux pré-intégré aux implants Axiom® TL, qui permet une réduction considérable des coûts pour le patient.



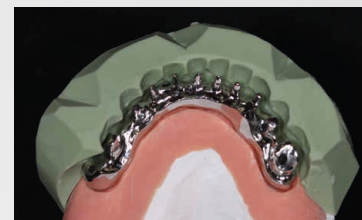
11. Prothèses en occlusion centrale.



12. Étude CAD de la prothèse définitive.



13. Structure maxillaire usinée.



14a. Évaluation des espaces inter-arcades sur les structures positionnées.



14b. Évaluation des espaces inter-arcades sur les structures positionnées.



15a. Évaluation des espaces inter-arcades sur les structures positionnées.



15b. Évaluation des espaces inter-arcades sur les structures positionnées.



16. Examen radiographique des implants et des structures antagonistes.



17. Vue des prothèses définitives en bouche.



Utilisation d'implants Axiom® BL Bone Level et de piliers inLink® dans le cadre d'une réhabilitation supérieure et inférieure totale

Dr Andrea LUCIANI

M. Massimo MOTISI, M. Giuseppe EMANUELE

Contexte

Pour des raisons parodontales, toutes les dents sont extraites, sauf 16, 13 et 22, destinées à supporter une prothèse provisoire. Six implants sont introduits dans l'arcade mandibulaire et mis en charge sous 48 heures avec une prothèse provisoire à structure PMMA et CrCo. Les implants supérieurs sont intégrés, les dents résiduelles sont extraites et une prothèse fixe provisoire implanto-portée est posée. La finalisation comprend la pose de 2 prothèses métal-céramique, après utilisation de prototypes en résine destinés à vérifier le bon alignement des mâchoires et le bon alignement des tissus périoraux.



1. Photographie frontale pré-opératoire.



2. Sourire pré-opératoire.



3. Première prothèse provisoire sur l'arcade supérieure, portée par les dents 16, 13 et 22.



4. Insertion des implants Axiom® BL, Bone Level et connexion des piliers inLink®.



5. Enregistrement peropératoire d'empreinte.



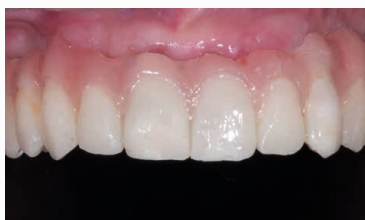
6. Prothèse inférieure provisoire ; mise en charge directe.



7. Première réhabilitation provisoire.



8. Radiographie de suivi après la pose des implants.



9. Deuxième prothèse supérieure provisoire implanto-portée.



10. Sourire avec la deuxième prothèse supérieure provisoire.



11. Radiographie de contrôle de l'alignement des transferts pour les empreintes finales.



12. Prototypes imprimés.



Conclusion

Grâce à l'utilisation de piliers inLink®, les problèmes de divergence des axes implantaires ont pu être résolus, ce qui a permis d'obtenir une distanciation de la connexion implanto-prothétique par rapport à la zone osseuse crestale et de réduire le risque de résorption osseuse, particulièrement important chez les patients qui ont des antécédents de maladie parodontale. L'alignement sur modèle virtuel a permis de maintenir une bonne relation intermaxillaire, et la pré-visualisation avec les prototypes a permis de procéder aux ajustements esthétiques et fonctionnels nécessaires avant même la préparation des structures.

22. Sourire avec les prothèses définitives.



13. Évaluation des relations intermaxillaires avec les prototypes.



14. Évaluation phonétique et support des tissus, avec les prototypes.



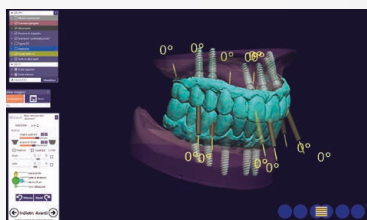
15. Évaluation esthétique, avec les prototypes.



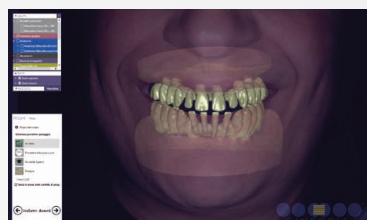
16. Création d'un masque pour ajustement sur wax-up virtuel.



17. Transfert du masque sur wax-up virtuel.



18. Correction des axes d'insertion des vis prothétiques, après alignement des maître-modèles et correction du wax-up virtuel en fonction du masque créé.



19. Représentation CAD des structures.



20. Structure Simeda® en CrCo.



21. Pose des prothèses définitives en métal et céramique.

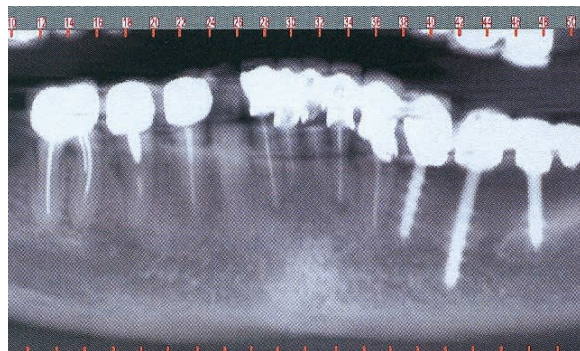


Arcade mandibulaire avec Mise en Charge Immédiate sur 4 implants inter-foraminaux Axiom® TL, Tissue Level avec piliers inLink®

Dr Federico MANDELLI, M. Stefano ROTA

Contexte

Une patiente de 62 ans, sans antécédents médicaux significatifs, consulte pour trouver une solution pour son arcade inférieure, qui a fait l'objet d'une réhabilitation quinze ans auparavant à l'aide d'une combinaison prothétique fixe implanto- et dento-portée. Les éléments dentaires sont profondément cariés et les implants suppurent. Avec la patiente, il est décidé de procéder à la restauration de l'arcade inférieure et d'insérer quatre implants inter-foraminaux. Immédiatement après la phase chirurgicale, la patiente repart avec une prothèse provisoire.



1. Radiographie initiale.



2. Vue clinique de la situation initiale.



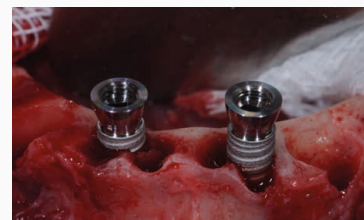
3. Restauration des dents naturelles.



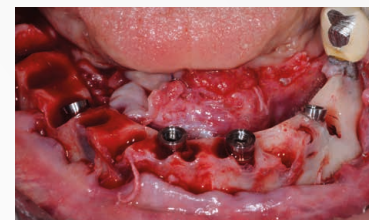
4. La molaire inférieure gauche, implanto-portée, a été initialement conservée pour faciliter le rebasage de la prothèse provisoire.



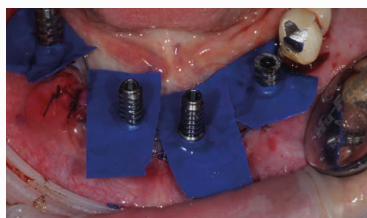
5. Le plus long implant a été enfoncé à environ 1 cm sous le niveau osseux, dans l'intention de l'enfouir pour empêcher une destruction osseuse trop importante.



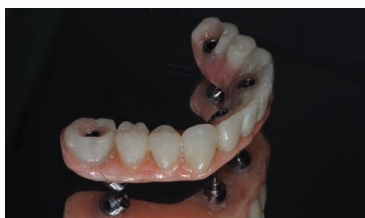
6. Prothèse inférieure provisoire avec pose d'implants Axiom® TL, Tissue Level REG.



7. Position finale des implants.



8. Cylindres provisoires en titane, vissés. La blessure est protégée par des digues en caoutchouc.



9. Prothèse provisoire immédiate, affinée et rebasée.



10. Vue frontale, à la sortie de la patiente.



11. Vue occlusale, à la sortie de la patiente.



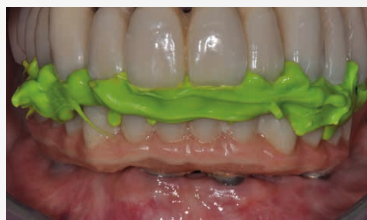
12. Après trois mois de cicatrisation, les tissus paraissent sains.



Conclusion

Les implants Axiom® TL, Tissue Level ont permis de ne pas avoir à utiliser de piliers pour corriger l'angulation. Les axes d'insertion ont été corrigés avec le système Axiom® Multi Level® ; un système rendu possible grâce aux techniques numériques et d'ingénierie, appliquées à la dentisterie.

22. Vue frontale.



13. Avant finalisation, la taille verticale est augmentée ; l'empreinte numérique est prise dans cette nouvelle position des mâchoires.



14. Vue intra-orale, après retrait de la prothèse provisoire.



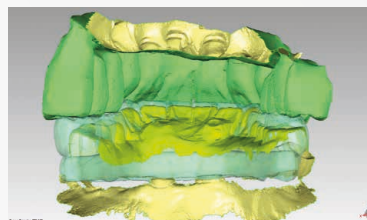
15. Pose de deux vis-guides pour l'enregistrement de l'articulateur virtuel.



16. Test de la barre avant finalisation.



17. Test et fonctionnalisation du projet définitif en PMMA usiné.



18. Vue CAD du projet définitif : la prothèse provisoire est représentée en superposition, à contre-jour.



19. Vis prothétiques pré-insérées dans la restauration définitive.



20. Restauration définitive réalisée en composite nanocéramique.



21. Aspect des muqueuses au moment de la pose.



Réhabilitation supérieure et inférieure totale avec Mise en Charge Immédiate sur piliers inLink®

Dr José-Luis PADRÓS, Corus Garbident Dental Lab

Contexte

Patient présentant une maladie parodontale avancée, une mobilité dentaire et des dents manquantes. Une exodontie des dents restantes lui a été proposée, avec pose immédiate d'implants Axiom® TL, Tissue Level sur le secteur postérieur et d'implants Axiom® BL, Bone Level avec piliers inLink® sur le secteur antérieur. Au cours de la même séance, des prothèses immédiates transvissées supérieure et inférieure ont été adaptées sur ces implants. Pour tout le plan de traitement, nous avons suivi un flux numérique continu, avec conception numérique du sourire, scannage intra-oral, radiologie 3D, élaboration des guides chirurgicaux et conception et usinage des prothèses par technologie CAD-CAM. Les prothèses provisoires devaient être remplacées par les prothèses définitives au bout de 6 mois.



1. Radiographie préopératoire.



2. Sourire initial.



3. Situation initiale.



4. Forage du maxillaire à l'aide du guide.



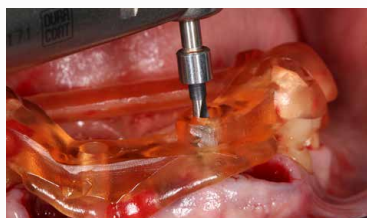
5. Pose des implants Axiom® TL, Tissue Level en sous-gingival.



6. Piliers provisoires.



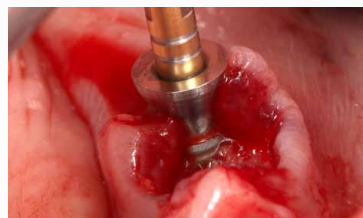
7. Prothèse maxillaire provisoire.



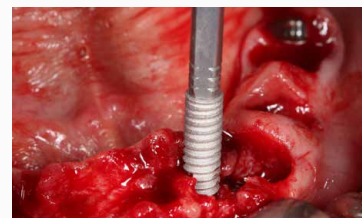
8. Forage de la mandibule à l'aide du guide.



9. Implant Axiom® TL, Tissue Level.



10. Pose d'un implant Axiom® TL, Tissue Level.



11. Pose d'un implant Axiom® BL, Bone Level.



12. Positionnement sous-crestal d'un implant Axiom® BL, Bone Level.



Conclusion

Le système Axiom® Multi Level® - inLink® permet de réaliser des prothèses transvissées sur implants qui respectent au mieux l'attache biologique de la gencive. Les vis de fixation intégrées dans la prothèse facilitent grandement le travail du praticien. Cela permet d'utiliser des vis de plus large diamètre qu'avec des piliers multi-implants classiques et d'avoir des trous d'accès angulé étroits, avec une émergence appropriée. Plus globalement, il s'agit d'un système pratique, bien conçu et avec lequel il est confortable de travailler.

22. Sourire final du patient.



13. Piliers provisoires sur la mâchoire.



14. Pose immédiate de la prothèse provisoire.



15. Panoramique de contrôle de la prothèse provisoire.



16. Sourire provisoire.



17. Prothèse supérieure définitive en zircone.



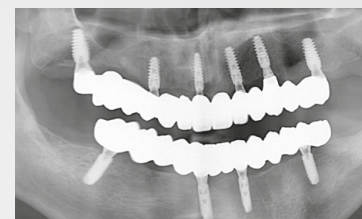
18. Prothèse inférieure définitive en zircone.



19. Le système permet de visser la prothèse via des trous d'accès angulé de petit diamètre. Lorsque les vis sont intégrées dans la prothèse, la pose est très confortable pour le praticien.



20. Excellente réponse des tissus mous. La connexion entre l'implant et la prothèse est proche de la marge gingivale, ce qui permet de respecter au mieux l'attache biologique de la gencive.



21. Panoramique de contrôle des prothèses définitives.



Réhabilitation partielle sur implants Axiom® TL, Tissue Level avec Mise en Charge Immédiate

Dr Sergio SALINA, M. Federico FOLEGATTI

Contexte

Patient de 59 ans souffrant de parodontite chronique modérée et présentant une parafonction (bruxisme). Classe II squelettique et classe II deep bite. Après préparation parodontale non chirurgicale, nous avons procédé à l'avulsion de 48 et à la restauration des éléments 46 et 45, absents depuis plus de 30 ans.

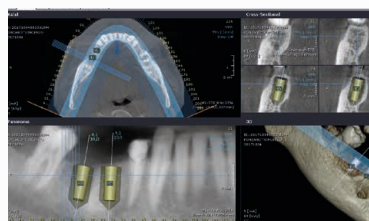
Après mise en charge quasi immédiate d'une prothèse provisoire, la réhabilitation définitive a été réalisée avec une structure transvissée en Cr-Co.



1. Espace intermaxillaire réduit avec tatouage à l'amalgame visible.



2. Contraction transversale de la partie édentée.



3. Planification numérique des implants.



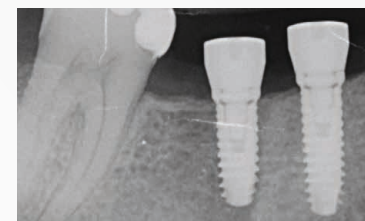
4. Lambeau vestibulaire et évaluation de l'épaisseur gingivale kératinisée (1,5 mm) pour choisir la portion transmuqueuse appropriée pour les implants.



5. Insertion de deux implants Axiom® TL, Tissue Level REG, avec couple de serrage supérieur à 40 Ncm. En position 46 : diam. 4,0 x 8,0 mm ; En position 45 : diam. 4,0 x 10 mm.



6. Fermeture des lambeaux avec suture résorbable 5-0 et vis de cicatrisation connectées aux implants.



7. Radiographie des implants Axiom® TL, Tissue Level, avec vis de cicatrisation en place.



8. Insertion des transferts d'empreinte, après quelques minutes de stabilisation des lambeaux à l'aide des vis de cicatrisation.



9. Situation 48 heures après la chirurgie.



10. Radiographie au moment de la mise en charge prothétique, 48 heures après la chirurgie : voyez le détail des piliers provisoires avec bloc inLink® enfoncés dans la structure provisoire.



11. Insertion, au bout de 48 heures, du bridge provisoire renforcé par fibres de verre, connecté avec vis de verrouillage inLink® serrées à 25 N.cm sur les implants Axiom® TL, Tissue Level.



12. 90 jours après la chirurgie, les tissus mous péri-implantaires paraissent bien définis et la muqueuse kératinisée est suffisamment abondante pour permettre la réalisation de la réhabilitation prothétique définitive.



19. Relation occlusale avec les dents antagonistes.



Conclusion

La procédure chirurgicale adoptée au niveau de la partie édentée a permis une approche peu invasive et une maximisation de la gencive kératinisée qui, en association avec le système de positionnement des implants, a permis la mise en charge quasi immédiate (48 heures) d'une prothèse provisoire. La procédure a été largement simplifiée, à tous les stades, grâce au système innovant Axiom® Multi Level®. En particulier, la connexion qui ne nécessite que 2 tours de vis au niveau du verrou inLink® relié à l'implant rend la procédure extrêmement rapide. Quant aux étapes liées à la prothèse définitive, elles sont précises et fiables grâce à la structure Cr-Co produite par Simeda®. Malgré un tatouage à l'amalgame disgracieux et une couronne qui n'est plus adaptée esthétiquement en position 44, le bridge définitif paraît correctement intégré avec les tissus mous, d'où un résultat satisfaisant sur le plan esthétique et fonctionnel.



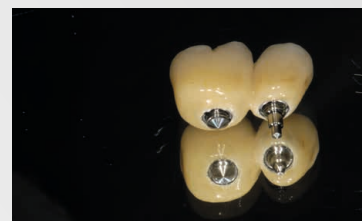
13. Après retrait du bridge provisoire, l'empreinte finale est prélevée. Le laboratoire procède au développement de l'empreinte et à sa numérisation en vue de réaliser la modélisation numérique de la prothèse définitive.



14. Structure préparée avec pack Simeda®, testée et affinée sur le modèle : détail des blocs inLink® pas encore connectés à la structure.



15. Test clinique de la structure en Cr-Co produite par Simeda®.



16. Bridge à revêtement céramique avec blocs inLink® connectés.



17. Radiographie de suivi au moment de la pose de la prothèse définitive, 120 jours plus tard.



18. La réhabilitation prothétique vissée à 25 N.cm paraît bien intégrée avec les tissus mous, malgré le tatouage à l'amalgame apparent et une couronne (en position 44) qui n'est plus appropriée esthétiquement.

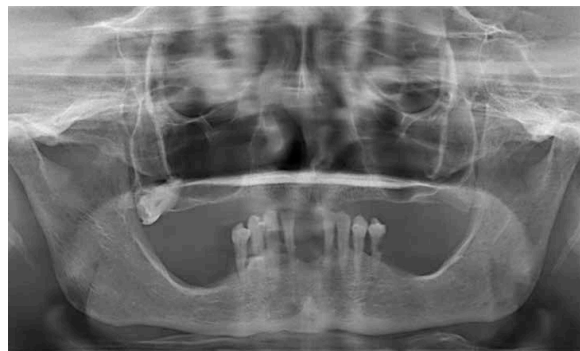


Mise en Charge Immédiate chez l'édenté complet avec Axiom® TL, Tissue Level

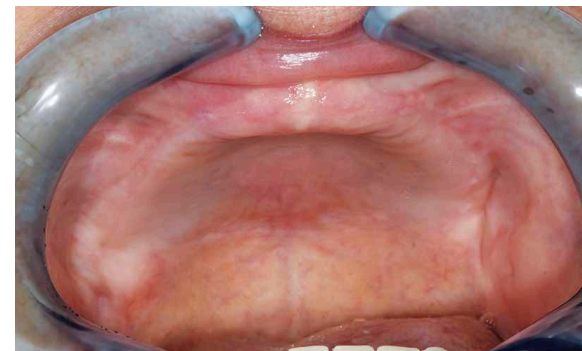
Dr Jean-Baptiste VERDINO
M. Jean-Michel MOAL, M. Gilles GIORDANENGO

Contexte

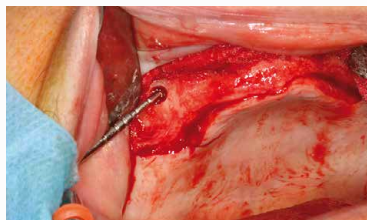
Femme, 64 ans pas d'antécédent, édentée depuis plus de 10 ans, ne porte pas sa prothèse totale. Arcade antagoniste restaurée en prothèse fixe conventionnelle.



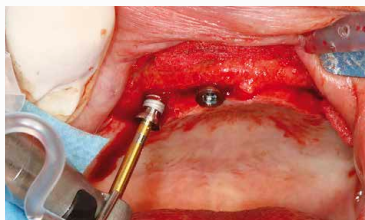
1. Présence d'os dans le pré-maxillaire [zones 1 et 2 de Bredrossian]- indication de restauration type All-on-4 avec implants inclinés le long du mur antérieur des sinus.



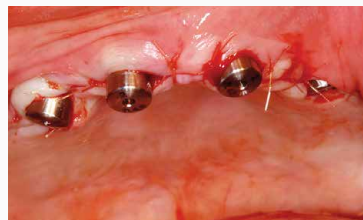
2. Arcade édentée.



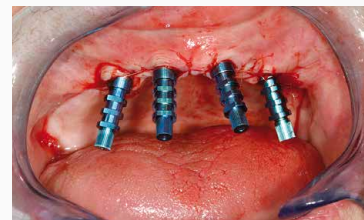
3. Repérage du mur antérieur du sinus pour placement de l'implant distal.



4. Pose de l'implant Axiom® TL, Tissue Level, distal angulé.



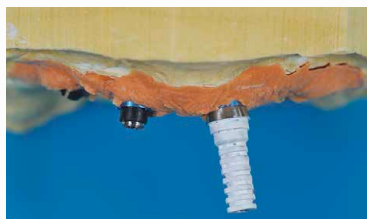
5. Sutures autour des piliers de cicatrisation.



6. Transferts en place en vue de l'empreinte post chirurgicale pour réalisation de la prothèse immédiate.



7. Empreinte au plâtre, garante de précision et de passivité.



8. Piliers provisoires : ils sont recouverts d'une couche de silane et d'opaque pour améliorer l'adhésion de la résine et donc la solidité du bridge provisoire.



9. Des piliers angulés sont utilisés pour les implants postérieurs.



10. Prothèse immédiate transvissée polie.



11. Radio panoramique de contrôle post-opératoire.



12. Réalisation du bridge d'usage après 4 mois de cicatrisation : contrôle du modèle par la réalisation d'une clé de validation.



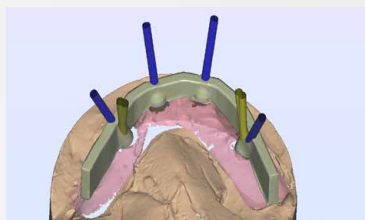
Conclusion

L'utilisation des nouveaux implants Axiom® TL, Tissue Level dans ce cas a présenté plusieurs avantages : la connexion inLink® permet notamment le rattrapage de divergences d'axes extrêmes entre deux implants en s'affranchissant de la pose d'un pilier intermédiaire angulé. Les composants de laboratoire simplifient la réalisation de la prothèse immédiate et le système de verrouillage intégré inLink® avec verrous guidants, permet une insertion aisée. Le tout, associé à la technologie full CAD CAM Simeda®, garantit une grande fiabilité de fabrication.

22. Sourire retrouvé sans palais ni colle pour la première fois depuis plus de 10 ans.



13. Cire d'enregistrement de l'occlusion transvissée.



14. Conception CAD de l'armature Simeda® maxillaire. En secteur postérieur, les puits de vissage en jaune et les axes implantaires en bleu montrent l'angulation des puits de vissage.



15. Armature titane Simeda® et verrous d'essai intégrés.



16. Bridge d'usage avec fausse gencive et dents composite.



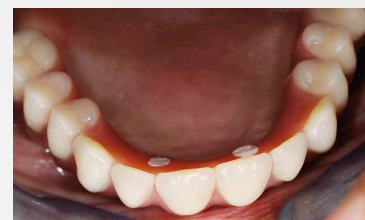
17. Vue de l'intrados, notez le contact gencive-titane et les «chemins» de passage des brossettes pour faciliter l'hygiène.



18. Radiographie panoramique avec bridge d'usage.



19-20. Vue intra buccale bridge terminé.



20. Vue occlusale du bridge d'usage.



21. Passage de brossettes facilité.





REMERCIEMENTS

Praticiens



Dr Claude AUTHELAIN
France

- D.U. de tissu osseux et biomatériaux
- D.U. d'Odontologie légale, expertise, dommage corporel, identification bucco-dentaires



Dr Francis BAILLY
France

- Docteur en chirurgie dentaire, diplômé de la faculté de médecine de Lyon
- Diplôme Universitaire d'Implantologie Orale et Maxillo-faciale
- Formation en chirurgie avancée et greffe osseuse auprès du Pr Khoury à Schellenstein en Allemagne



Dr Jonatan BELEY
France

- Diplômé des Universités Paris VII, Nancy et New York
- Exercice privé exclusif en chirurgie orale et implantologie à Metz
- Membre de l'Association Française d'Implantologie (AFI)



Dr Reda BEN KIRAN
France

- Pratique privée à Cannes, limitée à l'implantologie et la prothèse
- Ancien assistant hospitalo-universitaire
- CAGS de TUFTS University, Boston
- Certificat de compétence en implantologie DGIO-AFI



Dr Philippe BOGHANIM
France

- Attaché hospitalier dans l'équipe enseignante du DU d'implantologie de Toulouse
- Diplôme Universitaire d'Occlusodontie et de Prothèse Occluso-Fontionnelle
- Parodontie chirurgicale
- Diplôme Universitaire de Chirurgie Osseuse Pré-implantaire



Dr Pierre BRUET
France

- Implantologie Exclusive, Moulins
- CES de Biomateriaux
- Diplôme Universitaire Implantologie Chirurgicale et Prothétique Paris VII
- Diplôme Universitaire Chirurgie Pré et Péri-Implantaire, Paris XI



Dr Paolo CALAMAI
Italie

- Diplôme en Dentisterie et Prosthodontie, Université de Florence
- Spécialisation en Chirurgie et Prothèses au Brésil, d'abord à l'Université Ipeno Florianopolis, puis à l'Université Nove de Julho, San Paolo, Brésil



Dr Philippe COLIN
France

- Exercice libéral à Montpellier
- Praticien Hospitalier (CHU Nîmes)
- D.U. Implantologie orale



Dr Leonardo DASSATTI
Italie

- Diplôme en Dentisterie et Prosthodontie, Université Cattolica del Sacro Cuore (UCSC), Rome (1994)
- Professeur contractuel de Chirurgie muco-gingivale et Parodontologie à l'UCSC



Dr Loïc DAVID
France

- Diplôme Universitaire de chirurgie pré et péri implantaire, Paris
- Post Graduate Certificate in Périodontology and Implantology NY-Bordeaux
- Diplôme Universitaire Biomateriaux et Systèmes Implantables, Bordeaux



Dr Egon EUWE
Italie

- Diplômé de l'Université d'Utrecht (Hollande)
- Membre actif de l'EAO, «European Association for Osteointegration »
- Membre actif de l'EAED, « European Academy of Esthetic Dentistry »



Dr Christophe FORESTI
France

- Plus de vingt ans d'expérience en implantologie, en chirurgie pré et péri-implantaire et en prothèse sur implant sur la base de nombreux diplômes universitaires et de formations au sein de différentes sociétés scientifiques



Dr Giuliano FRAGOLA
Espagne

- Diplôme en Dentisterie, Université Complutense
- Master en Implantologie, Parodontologie et Réhabilitation orale
- IFTI Fellow Member et conférencier de l'IFTI (International Team for Implantology)



Dr Carlos GARGALLO
Espagne

- Diplôme en Prothèses dentaires, École Francesc Pejoan
- Diplôme en Dentisterie, Université internationale de Catalogne (UIC)
- Post-graduate en Esthétique dentaire avancée, Société Catalane d'Odonto-stomatologie (SCOE)



Dr Gian Battista GRECO
Italie

- Diplôme obtenu à Trieste en 2000
- 2007-2008 : programme de Master sur deux ans en Prothèses traditionnelles et implanto-portées avec le Dr Stefano Gracis



Dr Thomas GUILLAUMIN
France

- Docteur en Chirurgie Dentaire
- Diplôme Universitaire d'Implantologie, Strasbourg
- Exercice privé orienté en implantologie et parodontologie, Mondelange, Moselle (57)



Dr Philippe HERAUD
France

- Docteur en chirurgie dentaire
- Exercice Privé limité à la parodontie, implantologie et chirurgie pré-implantaire
- ITI Fellow Member



Dr Diego LONGHIN
Italie

- Diplôme en Dentisterie et Prosthodontie, Université de Padoue
- Cours suivis sur la dissection anatomique et les techniques d'élévation du plancher sinusal, Dr T. Testori et Dr P. Valentini, Université de Paris V.



Dr Andrea LUCIANI
Italie

- Diplôme en Dentisterie et Prosthodontie, Université de Palerme (1998)
- Enseignant en Implantologie ; Consultant en Chirurgie orale et Implantologie dans son cabinet de Palerme



Dr Federico MANDELLI
Italie

- Diplôme en Dentisterie et Prosthodontie, Université de Milan (2006)
- Spécialisation en Chirurgie odonto-stomatologique, Université de Milan



Dr Patrice MARGOSSIAN
France

- Maître de Conférences des Universités
- Docteur ès Sciences Odontologiques
- Exercice privé Paro Implanto Marseille



Dr Antoine MONIN
France

- Implantologie - Parodontologie - Chirurgie Orale
- DU d'implantologie (Corte)
- DU d'implantologie basale (Nice)
- DU de sédation consciente (Marseille)



Dr Issur OTTMUN-CHUND
France

- D.U. d'Odontologie Interdisciplinaire
- D.U. d'Implantologie
- CES de Technologie des Biomatériaux de l'Université Louis Pasteur de Strasbourg



Dr José Luis PADROS
Espagne

- Diplôme en Dentisterie, Université de Barcelone
- Docteur en Odontologie, Université de Barcelone
- Professeur et Directeur de l'enseignement post-graduate en Esthétique dentaire avancée (SCOE)

REMERCIEMENTS

Praticiens



Dr Nicolas RENOU
France

- Docteur en chirurgie dentaire
- Diplôme d'étude supérieure en implantologie orale



Dr Sergio SALINA
Italie

- Diplôme en Dentisterie (1995), spécialisation en Chirurgie odonto-stomatologique (2007), Université de Milan. Spécialisation en Parodontologie à Vérone



Dr Jean-Baptiste VERDINO
France

- Docteur en chirurgie dentaire
- Ancien assistant hospitalo-universitaire
- DEA de sciences chirurgicales

p.78

Laboratoire Dentaires



M. Alain ARDIC
France

Laboratoire
Vision Esthétique



M. Pascal AUGÉ
France

Laboratoire
Atelier Dentaire



M. Luigino BENVENU
Italie

Laboratoire Odontotecnica
Snc Di Benvegna'Luigino E C



M. Alexandre BIENFAIT
France

Laboratoire
Bienfait



M. Jean-Pierre CASU
France

Meilleur Ouvrier de France
Laboratoire Kosmeteeth



M. Philippe CAVELIUS
France

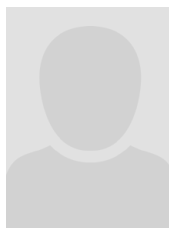
Laboratoire
Cavelius

Laboratoire Dentaires



M. Romain CIAFFOLONI
France

Laboratoire
Ciaffoloni



CORUS Garbident
Espagne

Laboratoire



M. Laurent
DESABRES
France
Laboratoire
JDL



M. Giuseppe
EMANUELE
Italie
Laboratoire
Mediterranea



M. Jean-Marc
ETIENNE
France
Laboratoire
Céralor



M. Cyrille FERREIRA
France

Laboratoire
Romane



M. Frédéric FOURET
France

Laboratoire
Design Dentaire



M. Federico FOLEGATTI
Italie

Laboratoire
Nuova Eliodent



M. Gilles GIORDANENGO
France

Laboratoire
All Prolab



M. Fabio LEVRATTO
France

Membre du groupe
Oral Design Italie



M. Jean-Michel MOAL
France

(Mise en Charge
Immédiate)



M. Massimo MOTISI
Italie

Laboratoire
Mediterranea



M. Jérôme OZENNE
France

Laboratoire
Jérôme Ozenne



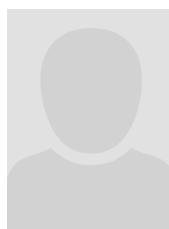
M. Pasquale PALMIERI
Italie

Laboratoire
Palmieri



M. Stevie PASQUIER
France

Laboratoire
Gilles PHILIP



M. Gilles PHILIP
France

Laboratoire
Gilles PHILIP



M. Rafa POMBO
Espagne

Laboratoire
Dien-T



M. Stefano ROTA
Italie

Laboratoire
Gierrelab



Mme Zeliha
SAHIN KARAKUS
France



M. Duccio ZACCARELLI
Italie

Laboratoire
Moretti

ANTHOGYR SAS
2 237 avenue André Lasquin
74700 Sallanches - France
www.anthogyr.fr



C193 2020-03

