

OPUS 2

La Mise en Charge Immédiate
pour arcade complète





Global D est une société française, spécialisée dans la conception, la fabrication et la mise à disposition de **dispositifs médicaux** destinés à la chirurgie maxillo-faciale, pré-implantaire, orthodontique et à l'implantologie dentaire.

Passionnés par notre activité, nous favorisons les **relations de proximité** avec nos clients. Au-delà des produits que nous développons en étroite concertation avec des chirurgiens expérimentés, nous accompagnons l'ensemble de nos utilisateurs dans le perfectionnement de leur exercice. C'est dans cet esprit que nous offrons à nos clients la possibilité d'un **partage de connaissances** par la mise en place d'un important réseau de confrères, d'un large éventail d'évènements, de rencontres et de formations.

Nous mettons également tout en œuvre pour nous assurer du **professionnalisme** et de la **compétence de nos équipes**, en charge du conseil et de la prestation de service auprès des chirurgiens utilisateurs de nos produits.

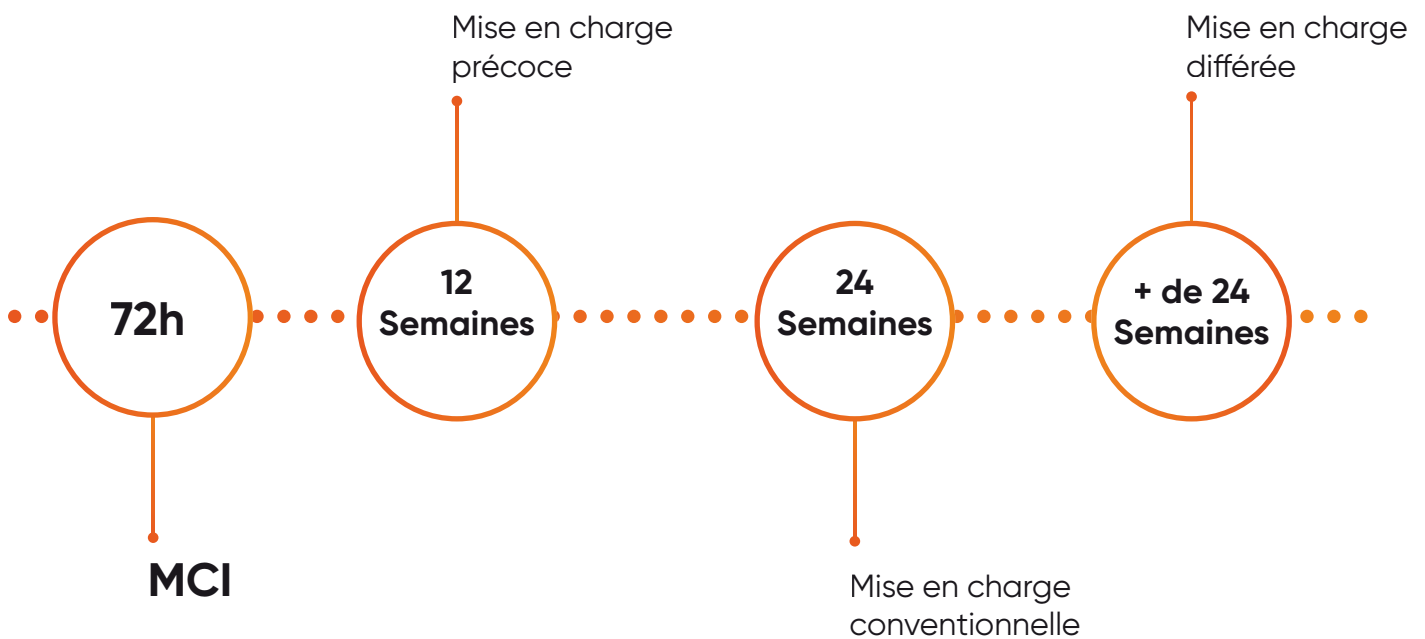
Forts de la remarquable synergie entre nos domaines d'activité, nous revendiquons une importante valeur ajoutée en termes d'expertise en matière de chirurgie osseuse dédiée à l'harmonie du visage et l'esthétique du sourire.

INTRODUCTION

La technique de ***mise en charge immédiate (MCI)*** consiste à **solidariser les implants dentaires avec une prothèse transitoire 0-72 heures après la pose.**

Cette prothèse, fabriquée à partir d'une armature rigide, jouera le rôle de fixateur externe, garant de la stabilité des implants pendant les premières semaines de cicatrisation.

● Délais de mise en charge



La **MCI** est un protocole qui permet de **diminuer la durée du traitement** et d'éviter au patient le passage par des solutions prothétiques transitoires inconfortables du fait de leur mobilité, sans pour autant compromettre le taux de survie implantaire.

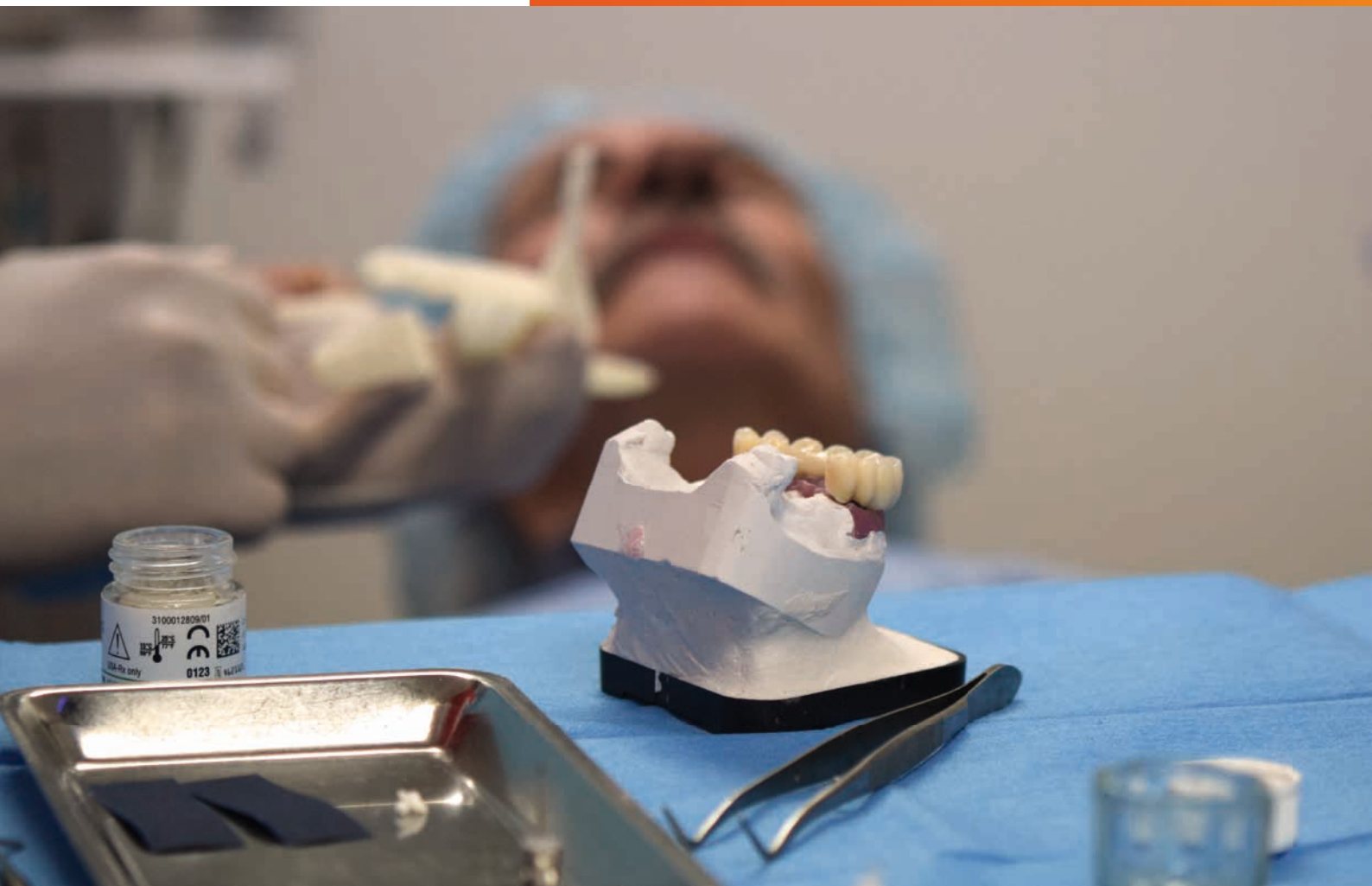
AVANTAGES ET DONNÉES CLINIQUES



- Impact psychologique auprès du patient
- Réduction du nombre d'interventions
- Allègement des suites opératoires et de la période de temporisation
- Gestion favorable des tissus mous
- Rétablissement rapide des capacités masticatoires

A ce jour, le protocole de MCI fait partie des **données bien documentées cliniquement** pour le traitement implantaire de l'édenté complet⁽¹⁾.

Plusieurs études avec 1 ans à plus de 5 ans de recul, menées sur différents types d'implants, montrent des taux de survie dépassant fréquemment les 95%

(1) Consensus Barcelone 2002, Consensus ITI 2003, Association Européenne d'Ostéointégration 2006, Revue systématique Cochran 2007

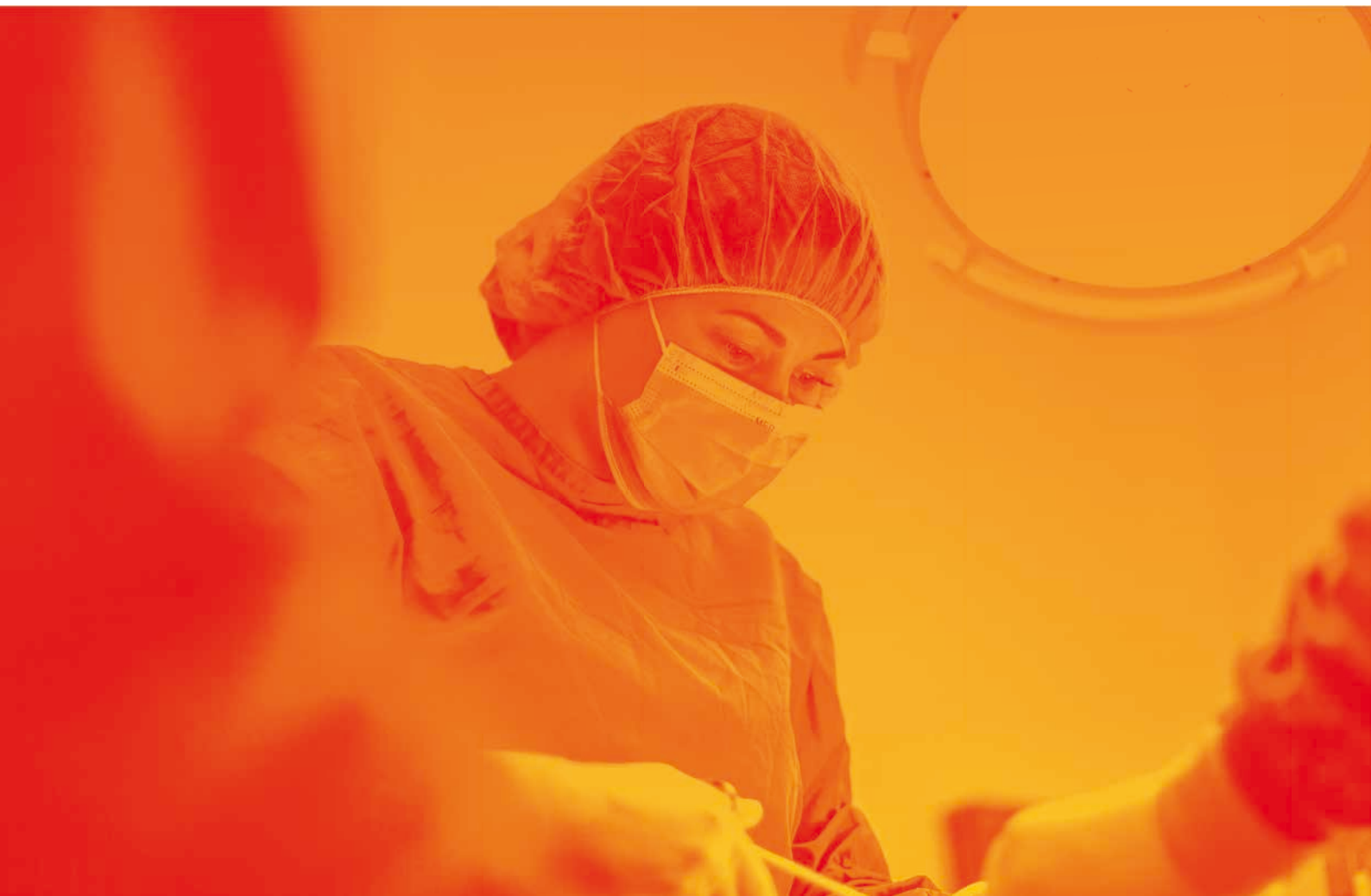
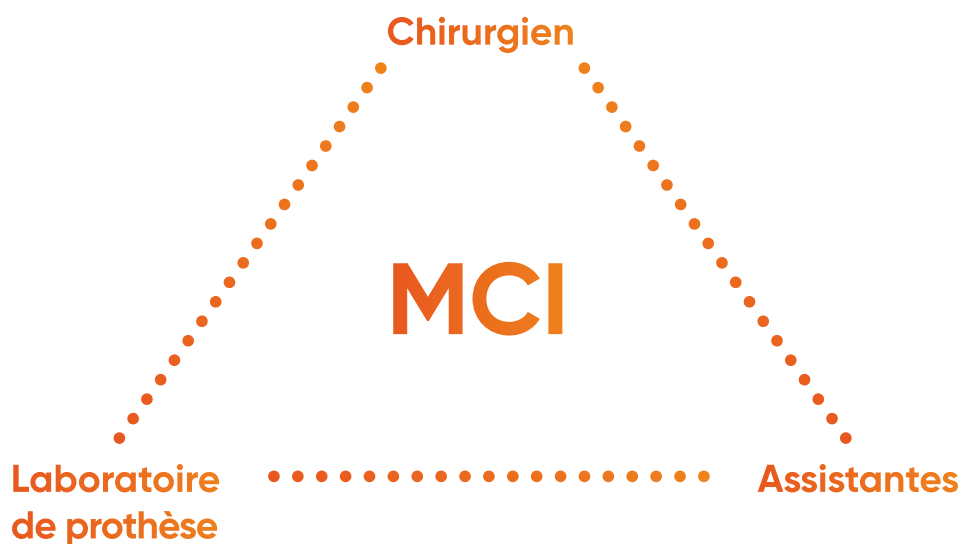


| | <p>Maxillaire</p>  | <p>Mandibule</p>  |
|---|---|--|
| <p>Nombre d'implants recommandés</p> | <p>Minimum 6</p> | <p>Minimum 4</p> |
| <p>Taux de survie (de 1 à 5 ans)</p> | <p>97,25 % Del Fabro & al. (2006) 90,7 % Rocci & al. (2003) 99% Balshi & al. (2005) 100 % Van Steenberghe & al. (2005) 87,5 % Grunder & al. (2001) 93,2 % Jaffin & al. (2004) 95,4% Gallucci & al. (2004) 97,6% Malo et al (2005) 99,2 % Ostman & al. (2005) 98,4% Degidi & al (2005) 97,9% Testori & al. (2008) 98,2 % Bergvist et al (2009) 98,6% Pieri et al. (2009) 98,3 % Strietzel (2011) 95,9 % Tealdo & al.(2011)</p> | <p>98,9 % Del Fabro & al. (2006) 96,6 % Aalam & al. (2005) 100 % Nickellis & al. (2004) 100 % Galluci & al. (2004) 99,4 % Testori & al. (2004) 92,7 % Van Steenberghe & al. (2004) 91 % Henry & al. (2003) 96,7 Malo & al. (2003) 99,4 % Ganeles & al. (2001) 100 % Cooper & al. (2002) 91 % De Bruyn & al. (2001) 85,7% Schnitmann & al. (1997) 91,2 % Ledermann & al (1984) 98 % Branemark & al (1999) 97,5% Chiapasco & al (2001) 98,3 % Chow & al. (2001) 100 % Romanos & Nentwig (2006)</p> |
| | <p>97,1 % Tarnow & al. (1997) 85,7 % Ericsson & al. (2001) 93,7 % Buchs & al. (2001) 92,3 % Grunder & al. (2001) 94 % Degidi & Piatelli (2005) 97,1 % Glauser & al. (2005)</p> | |

PRÉALABLES

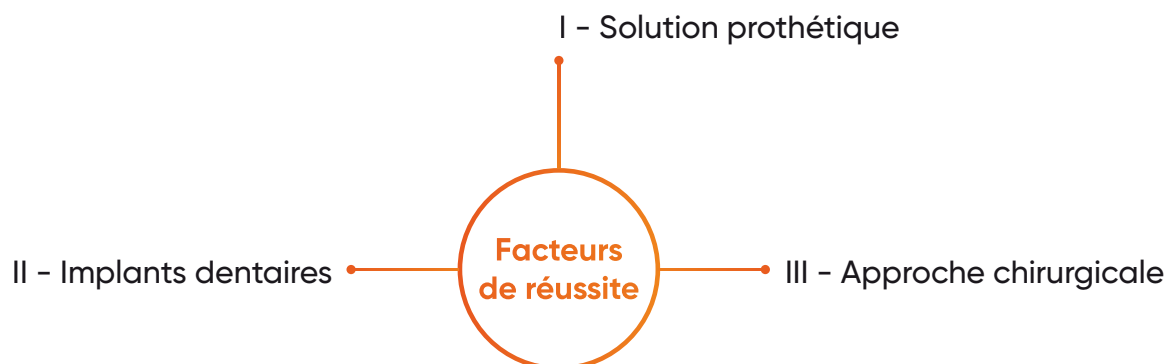
Au-delà de ces résultats, le protocole de MCI des bridges complets implanto-portés est un traitement qui demeure complexe à mettre en œuvre.

Il reste réservé aux chirurgiens expérimentés et préalablement formés à cette technique. La réalisation d'une restauration en technique de MCI exige du praticien la plus grande rigueur, non seulement sur le plan de la technique chirurgicale et prothétique, mais aussi sur le plan de l'organisation de ses équipes.



CONDITIONS CLINIQUES DE LA MCI

Le succès d'un projet de restauration en MCI résulte de l'assemblage optimisé de facteurs décisionnels clés interdépendants.



I - La solution prothétique

Tout d'abord, il est essentiel que le projet prothétique soit en adéquation avec le volume osseux : dans le cadre de MCI, 3 catégories de prothèses fixes complètes pourront être envisagées après appréciation des bases alvéolaires cicatrisées, en relation avec la ligne de sourire (MCI maxillaire).

Catégorie 1. Bridge vissé sans fausse gencive



Il s'agit ici d'une restauration à visée esthétique qui devra prendre en compte la restauration du feston gingival vestibulaire et des papilles dès la mise en place de la prothèse provisoire de contention. Cette alternative suppose la présence d'un volume osseux suffisant : autrement dit, soit il y a initialement très peu de perte osseuse ou bien la réalisation de greffes devra être envisagée.

Catégorie 2. Bridge vissé avec fausses papilles



La prothèse comprend la partie coronaire ainsi que la partie dénudée des racines. Cette restauration est réalisable sur 4 implants à la mandibule et 6 implants au maxillaire. La perte alvéolaire est ici modérée. A noter que la prothèse devra prévoir ici des espaces suffisants pour le passage de brossettes par le patient.

Catégorie 3. Bridge vissé avec fausse gencive



La prothèse comprend les dents manquantes ainsi qu'une fausse gencive importante. Cette solution est indiquée lorsque le déficit osseux vertical important ne permet plus le traitement par bridge complet implanto-porté de catégorie 1 ou 2. La fausse gencive permet d'apporter un soutien labial lorsqu'il n'est plus assuré.

Ensuite, pour que la prothèse soit parfaitement intégrée sur le plan esthétique, il faudra également harmoniser la future prothèse avec la ligne de sourire du patient. Il y a 3 types de lignes de sourire :



Type 1. Ligne de sourire basse

La gencive interdentaire est visible à moins de 25% et la gencive marginale est invisible.



Type 2. Ligne de sourire moyenne

La gencive interdentaire est visible entre 25 et 75% et la gencive marginale seulement sur certaines dents.



Type 3. Ligne de sourire haute

La gencive interdentaire est visible à plus de 75% et la gencive marginale sur au moins 3 mm.

A noter, la ligne de sourire haute type 3 est fréquente en cas de parodontite terminale du fait du déchaussement des dents et de la perte de la Dimension Verticale. Le projet prothétique devra donc s'envisager vers un réalignement de la ligne de sourire en type 2. Ce qui nécessitera fréquemment d'accompagner la chirurgie avec de la Régénération Osseuse Guidée dans l'optique de pouvoir réaliser ensuite une prothèse de catégorie 1 ou 2.

C'est le niveau osseux (régénéré ou reséqué) au moment de la pose de implants qui est le déterminant central du type de prothèse envisageable.

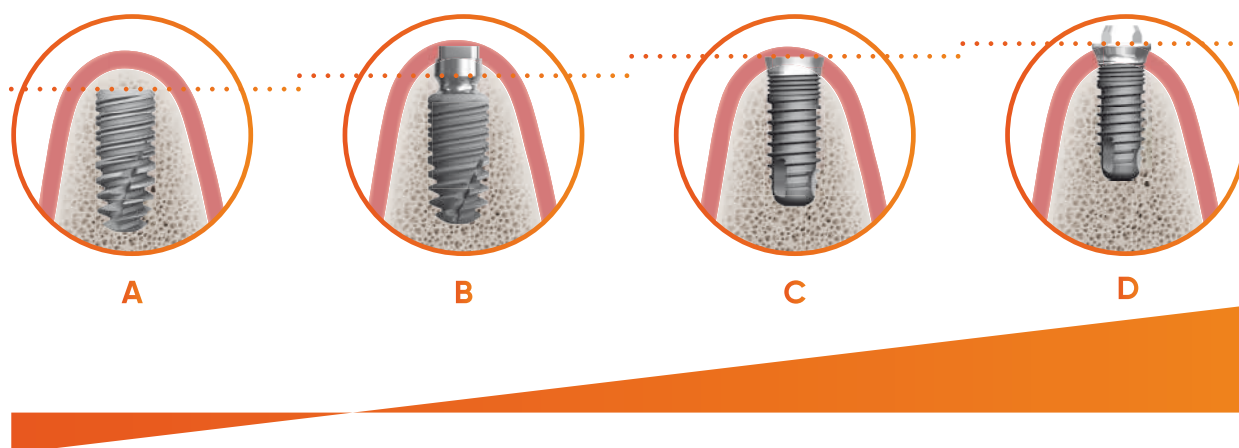
II - Choix de l'implant dentaire

La société Global D propose plusieurs profils d'implants dentaires qui peuvent se distinguer par :

- **Le positionnement supra-crestal** de l'interface prothétique au moment de la pose de l'implant,
- **La flexibilité prothétique** quant au réaménagement de la muqueuse péri-implantaire et la gestion du profil d'émergence prothétique.

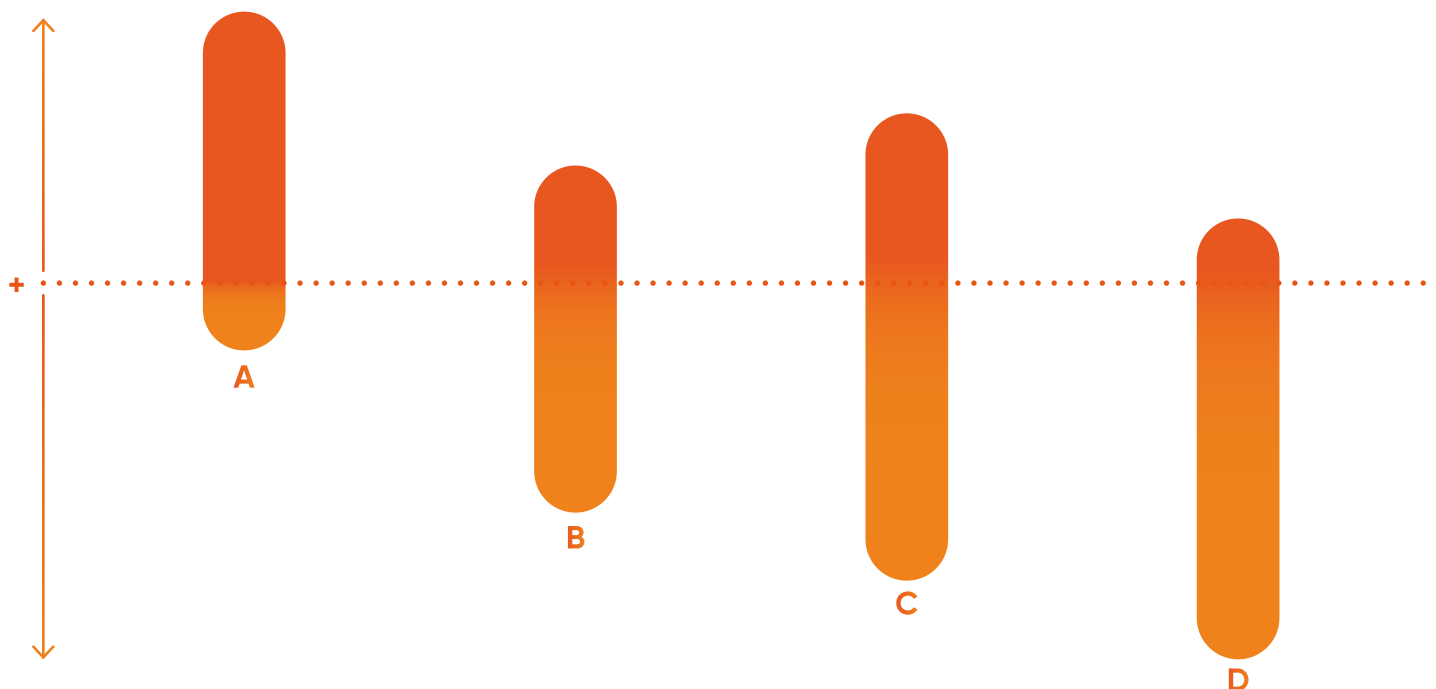
Les deux critères ci-dessus sont directement liés : plus la connexion de l'implant est engagée verticalement dans le couloir prothétique (interface supra-crestale) plus elle sera accessible en bouche et plus les manipulations en aval seront facilitées. Néanmoins, plus la connexion de l'implant est apicale, plus la gestion du profil d'émergence prothétique sera personnalisable et plus grandes seront les possibilités prothétiques. A partir de ce constat, les implants offrant la plus grande flexibilité prothétique seront généralement préférés dans les cas à visée esthétique (catégorie 1). Les implants les plus engagés en position supra-crestale seront privilégiés dans les cas où le projet prothétique prévoit une fausse gencive (catégorie 2 et 3).

Engagement supra-crestal et accessibilité connexion implant



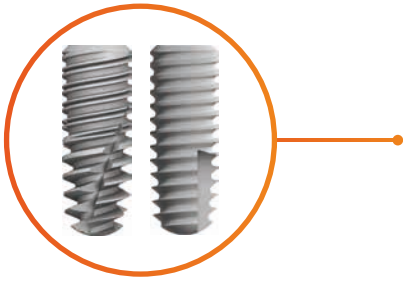
+++

Flexibilité prothétique



+++

Accessibilité prothétique



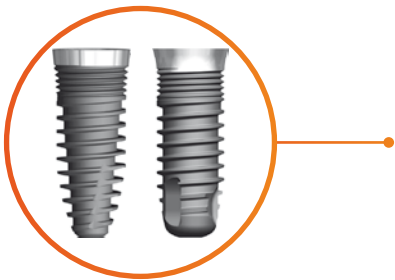
Gamme In-Kone®

L'In-Kone® est un implant à positionnement infra-crestal. La connexion située à distance de l'espace prothétique confère à l'implant une grande flexibilité quant à la gestion de la partie transgingivale (profil d'émergence, alignement des collets, formation de papilles interdentaires, optimisation des volumes de muqueuse vestibulaire). Pour la prothèse, il est fortement recommandé de privilégier l'utilisation de piliers coniques (prothèse vissée) placés définitivement le jour même de la chirurgie afin d'éviter les manipulations transmuqueuses ultérieures. L'In-Kone® est donc un implant prioritairement à **visée esthétique**, très adapté aux **restaurations maxillaires et mandibulaires de catégorie 1**.



Gamme twinKon®

Le twinKon® est un implant transmuqueux à col concave. Ce dernier présente une surface lisse, en contact intime avec la muqueuse une fois celle-ci réaménagée. Sur l'épaulement arrondi se trouve la limite rugueuse de la partie endo osseuse de l'implant ; cette limite est enfouie sous la crête osseuse le jour de la chirurgie. La connexion conique externe, qui démarre juste au-dessus du col concave, est alors positionnée sous la limite gingivale. L'implant twinKon® permet de réaménager définitivement un joint muqueux dès la phase initiale de cicatrisation. Néanmoins l'engagement supra-crestal de sa connexion et l'absence de piliers coniques angulés à sa gamme en font un implant indiqué prioritairement pour les **bridges complets mandibulaires type catégorie 1 et 2 (Quattro)**.



Gamme EVL® (EVL® S et EVL® K)

L'implant EVL® est un implant à col lisse supra-crestal. L'EVL® appartient à la catégorie des implants « de confort », très accessibles lors des manipulations prothétiques en bouche du fait de sa connexion large située au niveau supra-crestal. Le col lisse permet de réaménager un bandeau muqueux dès la phase initiale de **cicatrisation**. Cet implant bénéficie d'une certaine flexibilité prothétique puisque la gamme dispose de piliers MULTI droits et angulés, mais le décalage de la connexion restreint un peu sa laxité pour gérer librement les profils d'émergence. C'est un implant idéal pour **les restaurations prothétiques catégorie 2 et 3**.



EVL® C

L'implant EVL® C est un implant monobloc. Cet implant offre un confort optimal en matière de manipulations prothétiques. Il est également très résistant mécaniquement. Néanmoins son engagement dans le couloir prothétique, dès le jour de la pose, et l'absence de solutions prothétiques angulées en font un implant peu flexible en termes de gestion esthétique. Cet implant trouve sa meilleure indication dans **les prothèses de catégorie 3 sur l'arcade mandibulaire**.

Indications privilégiées (à titre indicatif)

| | Maxillaire | Mandibule |
|--|---|---|
|  |  | |
|  <p>Bridge catégorie 1</p> |  <p>In-Kone® UNIVERSAL</p> |    <p>In-Kone® UNIVERSAL</p> <p>In-Kone® PRIMO</p> <p>twinKon®</p> |
|  <p>Bridge catégorie 2 Vissé</p> |   <p>In-Kone® UNIVERSAL</p> <p>EVL® K</p> |   <p>EVL® S</p> <p>twinKon®</p> |
|  <p>Bridge catégorie 3 Vissé</p> |   <p>EVL® K</p> <p>EVL® S</p> |    <p>EVL® C</p> <p>EVL® S</p> <p>twinKon®</p> |

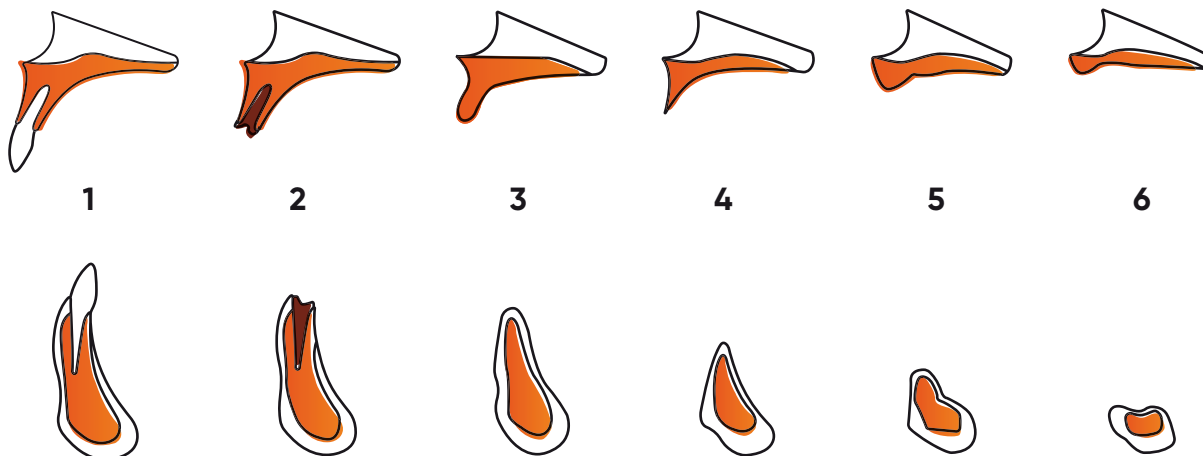
III - Approche chirurgicale

Au-delà des conditions d'ostéo-intégration propres aux implants dentaires de façon générale, l'approche chirurgicale de la **MCI** doit considérer les paramètres suivants :

- Aménagement du volume osseux
- Stabilité primaire des implants
- Nombre d'implants adéquats
- Prothèse provisoire de contention

Aménagement du volume osseux

Sur des édentements de longue date, il n'est pas rare que le projet prothétique ne soit pas en adéquation avec l'anatomie osseuse du fait de la fonte due à l'absence prolongée de dents. Auquel cas une modification de cette anatomie peut s'avérer nécessaire. Atwood (1963) & Falsehussel (1986) ont proposé 6 classes physiopathologiques de résorptions alvéolaires à différents stades.



Classe 1 : Denté

Classe 2 : Post-extraction

Classe 3 : Crête arrondie, haute et large

Classe 4 : Crête en lame de couteau, haute et fine

Classe 5 : Crête arrondie et plate

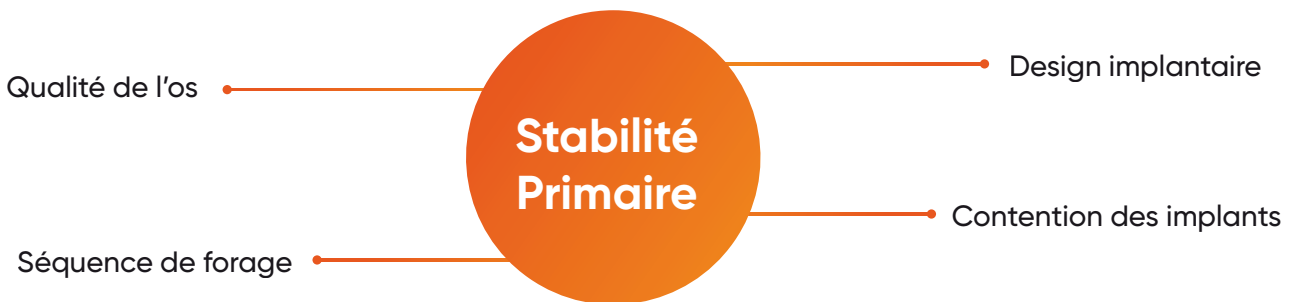
Classe 6 : Crête concave avec perte d'os basal

Tableau indicatif des techniques d'aménagements osseux envisageables selon la classe

| Techniques de greffes | Classe 2 | Classe 3 | Classe 4 | Classe 5 | Classe 6 |
|----------------------------------|----------|-------------------------|-------------------------|----------|--|
| ROG | ✓ | ✓ | | | Recours aux implants zygomatiques (maxillaire) ou ultra-courts (mandibule) |
| Greffe en Inlay-Onlay | | Généralement maxillaire | Généralement maxillaire | | |
| Ostéotomie ou expansion de crête | | ✓ | ✓ | | |
| Régularisation de la crête | | | Généralement mandibule | | |
| Distraction | | | | ✓ | |

Stabilité primaire des implants

La stabilité primaire des implants est une condition particulièrement importante de la technique de pose d'implants en technique de **MCI**. Plusieurs facteurs conjoints sont à prendre en compte afin d'optimiser la stabilité primaire des implants. A noter que des implants de longueur 10 mm minimum sont usuellement recommandés.



CAS PARTICULIERS

Cas particulier de l'implantation post-extractionnelle avec MCI

La littérature ne montre pas de différences significatives de taux de survie, que la mise en charge immédiate soit réalisée dans une arcade édentée ou dans des sites d'extraction (Pieri 2009). Toutefois, parmi les prérequis nécessaires à la **MCI post-extractionnelle**, nous noterons :

- **La présence d'un parodonte épais**
- **La préservation des tables osseuses vestibulaires après extraction (résorption classe 2)**
- **Les positionnements palatin ou lingual des implants**
- **Une stabilité primaire apicale importante (couple de vissage supérieur à 35 N.cm)**

Il faut noter également que la **MCI post-extractionnelle** est une opération exigeante, notamment sur les points suivants :

- **Le recours fréquent à des greffes per opératoires**
- **La capacité à mener une intervention de longue durée pour le praticien et le patient**
- **La parfaite maîtrise d'un protocole rigoureux***
- **Une coordination sans faille entre les différents intervenants : laboratoire de prothèse, assistante et chirurgien**

(*) Global D propose des formations avancées, spécifiques à la MCI post-extractionnelle, qui permettent d'accéder à la maîtrise d'un protocole incluant les phases chirurgicales et prothétiques. Renseignements disponibles auprès du représentant de votre secteur.



Les intérêts majeurs de la MCI post-extractionnelle sont :

- **La réduction du nombre d'interventions invasives**
- **La préservation des papilles dans le cas d'un projet à visée esthétique**
- **L'acceptation psychologique des extractions pour le patient**



Nombre d'implants adéquats

De manière générale, la littérature sur la chirurgie en technique de MCI préconise au minimum 6 implants au maxillaire et 4 implants mandibulaires. Mais le nombre définitif va devoir être adapté à la forme de l'arcade, au projet prothétique, à l'enjeu esthétique et à l'enjeu mécanique propres à chaque cas clinique.

La distribution des implants sur l'arcade doit chercher la meilleure répartition possible des contraintes occlusales. Une arcade rectangulaire contraint un positionnement linéaire des implants associé à une réduction des extensions. Une forme ovoïde permet une distribution favorable à la présence d'extension (dans le respect des règles en vigueur).



— Cas particulier du Quattro

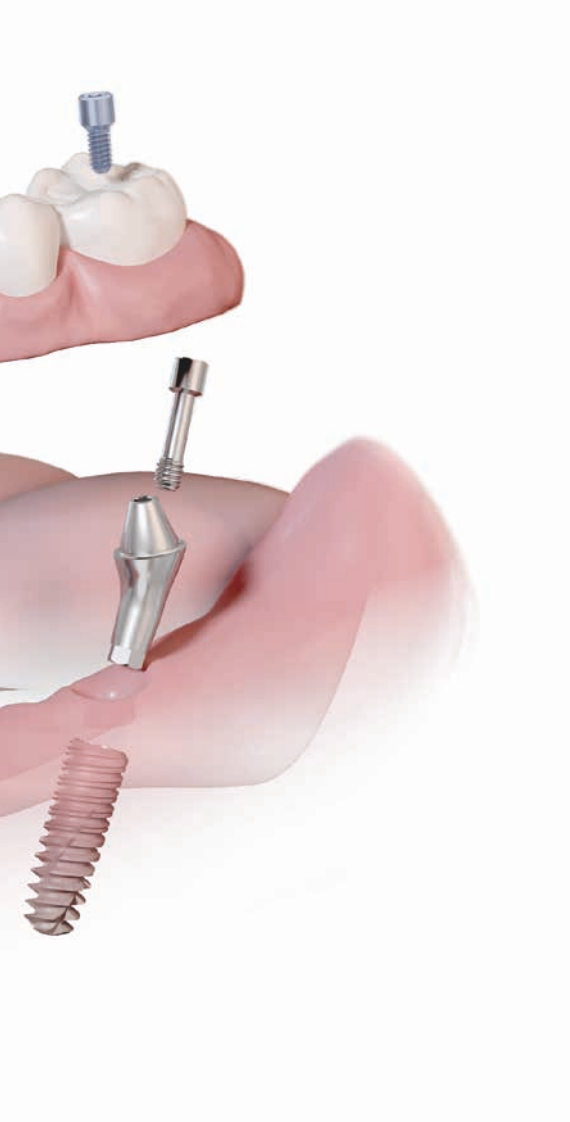
La prothèse de type Quattro est basée sur une technique chirurgicale qui a été proposée par le Dr. Malo – appelée All-on-4 (2003) et qui a pour objectif de réaliser une restauration complète sur 4 implants en mise en charge immédiate.

Le Quattro permet de contourner les obstacles anatomiques maxillaires (sinus) et mandibulaires (nerf dentaire) en inclinant les implants les plus distaux.

Cette technique permet aussi d'éviter des greffes de crêtes osseuses, qui sont au contraire régularisées ici, afin de pouvoir accueillir une prothèse de catégorie 2 ou de catégorie 3. La prothèse de type Quattro peut être privilégiée lorsque :

- **Le patient ne présente pas de parafonction**
- **Il est possible d'obtenir une bonne stabilité primaire**
- **La crête osseuse résiduelle fait au moins 5 mm de large et 8 mm de haut entre les deux trous mentonniers (restauration mandibulaire)**





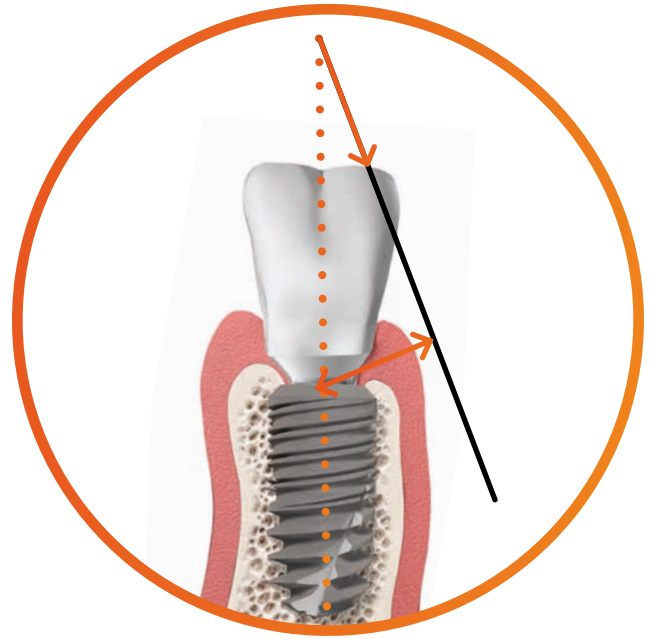
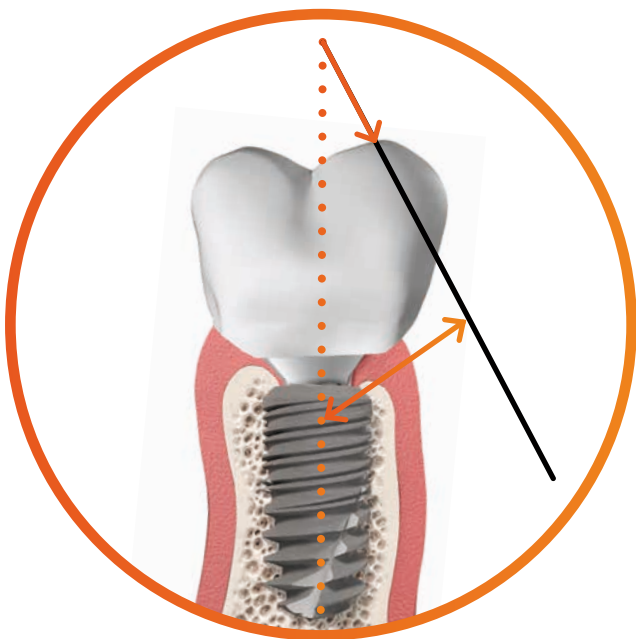
Prothèse provisoire de contention

La prothèse provisoire devra jouer un rôle de fixateur externe. Aussi, l'armature doit absolument être à la fois passive et rigide afin de respectivement, n'exercer aucune tension sur les implants et de désamorcer tout risque de micromouvement pendant la phase d'ostéointégration.

En cas de prothèse à visée esthétique de Catégorie 1, la prothèse provisoire aura également une fonction cicatricielle permettant le guidage des tissus mous jusqu'à la pose de la prothèse d'usage.

Enfin, la MCI doit être associée à un concept occlusal qui respecte la nature de l'arcade antagoniste et doit être suivie de vérifications régulières dans les mois qui suivent la pose des implants.

De manière générale, un implant doit idéalement percevoir les forces occlusales dans son grand axe afin de répartir celle-ci au mieux sur la face active du filetage endo-osseux. Afin de réduire les éventuels moments de flexion non souhaités lors de la mise en place de la prothèse provisoire, le recentrage des forces occlusales sur le grand axe peut être favorisé en réduisant la table occlusale et l'angulation cuspidienne des dents.



LES COMPOSANTS PROTHETIQUES

Dans le cas de la MCI sur arcade complète il est très fortement recommandé d'opter pour la **prothèse vissée sur piliers coniques**. Contrairement à l'option scellée, le démontage de la prothèse est simple et cela permet de réintervenir facilement sur le site en cas de besoin. D'autre part, les différentes hauteurs de piliers proposées sont interchangeables, ce qui laisse toujours la possibilité de modifier le choix initial, avant la fabrication de la prothèse d'usage.

● Avantages de la prothèse vissée

- Facile à démonter
- Recul clinique
- Absence de ciment de scellement
- Contrôle aisé lors de l'insertion de l'armature




● Points de vigilance

- Emergence du puits d'accès des vis
- Profil d'émergence pilier dépendant
- Passivité de l'armature
- Risque de dévissage












● La gamme In-Kone®

Piliers coniques droits 0°


| | Hauteur parodontale | Diamètre de l'assise prothétique 4.3 mm |
|---|---------------------|---|
|  | 1.5 mm | DPCINK4.3H1.5 |
| | 2.2 mm | DPCINK4.3H2.2 |
| | 3.0 mm | DPCINK4.3H3 |
| | 4.0 mm | DPCINK4.3H4 |
| | 5.0 mm | DPCINK4.3H5 |

| | Diamètre de l'assise prothétique 4.3 mm |
|--|---|
|  Transfert Pick-up + vis | DTIPICVINK4.3 |
|  Vis seule | DVTIPICINK4.3 |
|  Analogue | DAIINK4.3N |



| | |
|---|----------------------------|
|  Coiffe de couverture très haute 8mm | DCCVINK4.3H8 |
|  Coiffe de couverture haute 6mm | DCCVINK4.3H6 |
|  Coiffe de couverture basse 3mm | DCCVINK4.3H3 |
|  Gaine titane provisoire | DGTIVINK4.3 |
|  Gaine mixte | DGMSGTINK4.3 |
|  Embase pour pilier conique droit + vis | DEVPC4.3 |
|  Coiffe de polissage | DCPAOF4.3-4.7 |
|  Vis de prothèse | DVPIINK |
|  Vis de laboratoire | DVPIINKLABH2 |
| | DVPIINKLABH2-8 (lot de 8) |
|  vis guide de laboratoire H12 | DVPIINKLABH12 |
| | DVPIINKLABH12-8 (lot de 8) |
|  vis guide de laboratoire H22 | DVPILAB4.3H22 |
| | DVPILAB4.3H22-8 (lot de 8) |

Transfert numérique














| | |
|---|----------|
|  Transfert numérique titane pour pilier conique droit (PC4.3) | DTNPC4.3 |
|---|----------|



Piliers coniques angulés

| | Hauteur parodontale | Diamètre de l'assise prothétique 4.3 mm |
|---|------------------------|--|
|  Non indexé 17° | 2.5 mm | DPAOFRVINK-17H2.5 |
| | 3.5 mm | DPAOFRVINK-17H3.5 |
| | 4.3 mm | DPAOFRVINK-17H4.3 |
|  Non indexé 30° | 2.5 mm | DPAOFRVINK-30H2.5 |
| | 3.5 mm | DPAOFRVINK-30H3.5 |
| | 4.3 mm | DPAOFRVINK-30H4.3 |
|  Indexé 17° | 2.5 mm | DPAOFVINK-17H2.5 |
| | 3.5 mm | DPAOFVINK-17H3.5 |
| | 4.3 mm | DPAOFVINK-17H4.3 |
|  Indexé 30° | 2.5 mm | DPAOFVINK-30H2.5 |
| | 3.5 mm | DPAOFVINK-30H3.5 |
| | 4.3 mm | DPAOFVINK-30H4.3 |













| | |
|--|---------------------------|
|  Transfert Pick-up court + vis | DTCPICAOFV |
|  Vis de transfert court | DVTPICAOF-C |
|  Transfert Pick-up long + vis | DTLPICAOFV |
|  Vis de transfert long | DVTPICAOF-L |
|  Analogue | DAAOFN |
|  Coiffe de couverture | DCCAOFV |
|  Gaine titane provisoire | DGTPAOFV |
|  Gaine titane lisse | DGTLAOFV |
|  Gaine mixte | DGMAOFV |
|  Embase pour pilier conique angulé + vis | DEVPAOF |
|  Vis de prothèse | DVPAOF |
|  Coiffe de polissage | DCPAOF4.3-4.7 |
|  Vis guide de laboratoire | DVPLABAOFH22 |
| | DVPLABAOFH22-8 (lot de 8) |

Transfert numérique









| | |
|---|---------|
|  Transfert numérique titane pour pilier conique angulé (PAOF) | DTNPAOF |
|---|---------|



Piliers coniques d= 5.4 mm et composants prothétiques

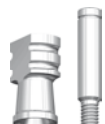





| | Désignation | Référence |
|---|---|------------|
|  | Pilier conique twinkon® d= 5.4 Hauteur 2.4 mm | DPCCEH1 |
|  | Pilier conique twinkon® d= 5.4 Hauteur 3.4 mm | DPCCEH2 |
|  | Transfert Pick-up court sur pilier conique | DTCPICVCE |
|  | Transfert Pick-up long sur pilier conique | DTIPICVCE |
|  | Transfert Pick-up extra long sur pilier conique | DTLIPICVCE |
|  | Coiffe de couverture de pilier conique | DCCVCE |
|  | Analogue de pilier conique | DAICE |
|  | Gaine titane | DGTIVCE |
|  | Gaine mixte | DGMIVCE |
|  | Vis de prothèse | DVPICE |

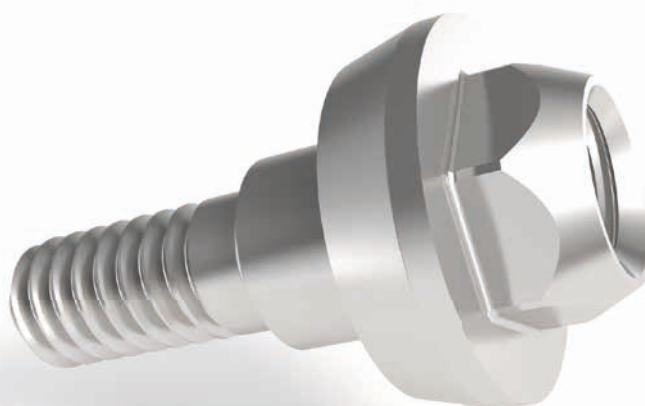
Piliers coniques d= 4.3 mm et composants prothétiques

| | Désignation | Référence |
|---|--|------------------|
|  | Pilier conique twinkon [®] d= 4.3 mm H 2.9 mm | DPCTWK4.3 |
|  | Coiffe de couverture pilier conique twinkon [®] d= 4.3 mm H 3 mm | DCCVTWK4.3 |
|  | Transfert Pick-Up pour pilier conique d= 4.3 mm + vis | DTIPICVTWK4.3 |
|  | Transfert numérique titane pour pilier conique d= 4.3 mm | DTNPCTWK4.3 |
|  | Analogue de pilier conique d= 4.3 mm Numérique | DAITWK4.3N |
|  | Gaine titane | DGTIVTWK4.3 |
|  | Gaine mixte | DGMIVTWK4.3 |
|  | Embase titane | DEVPCTWK4.3 |




| | Hauteur parodontale | ■ Ø 3.3 mm | ■ Ø 4 mm | ■ Ø 5 mm |
|---|---------------------|------------------|------------|------------|
|  Pilier MULTI E | 0 | DMULTIE3.3-OPACK | DMULTIE4-0 | DMULTIE5-0 |
| | 2 | DMULTIE3.3-2 | DMULTIE4-2 | DMULTIE5-2 |
| | 4 | DMULTIE3.3-4 | DMULTIE4-4 | DMULTIE5-4 |







| | ■ Ø 3.3 mm | ■ Ø 4 mm | ■ Ø 5 mm |
|---|---------------|-------------|-------------|
|  Transfert Pick-Up | DTRMUV3.3 | DTRMUV4 | DTRMUV5 |
|  Transfert numérique | DTNMUNR | DTNMUST | DTNMUWD |
|  Analogue de pilier Numérique | DMULTIDIE3.3N | DMULTIDIE4N | DMULTIDIE5N |
|  Coiffe de cicatrisation | DCC3.3EVLC | DCC4EVLC | DCC5EVLC |
|  Gaine titane (TUB) | DTUBMULTINR | DTUBMULTIST | DTUBMULTIWD |
|  Embase | DEVMULTINR | DEVMULTIST | DEVMULTIWD |





Piliers MUA

| | Hauteur parodontale | Angulation | ■ | Ø 3.3 mm | ■ | Ø 4 mm | ■ | Ø 5 mm |
|---|---------------------|------------|---|--------------|---|----------------|---|----------------|
|  Pilier MUA | 2/2.5 | 18° | | DMUA3.32ST18 | | DMUA4SA2.5ST18 | | DMUA5SA2.5WD18 |
| | 3/3.5 | 18° | | DMUA3.33ST18 | | DMUA4SA3.5ST18 | | DMUA5SA3.5WD18 |
| | 2.5 | 30° | | | | DMUA4SA2.5ST30 | | DMUA5SA2.5WD30 |
| | 3.5 | 30° | | | | DMUA4SA3.5ST30 | | DMUA5SA3.5WD30 |

| | ■ | Ø 3.3 mm | ■ | Ø 4 mm | ■ | Ø 5 mm |
|---|---|--------------|---|--------------|---|--------------|
|  Transfert Pick-Up | | DMUATRST | | DMUATRST | | DMUATRWD |
|  Transfert numérique | | DTNMUAST | | DTNMUAST | | |
|  Analogue de pilier numérique | | DMUADIESTN | | DMUADIESTN | | DMUADIEWDN |
|  Coiffe de cicatrisation | | DMUACOIFFEST | | DMUACOIFFEST | | DMUACOIFFEWD |
|  Gaine titane (TUB) | | DTUBMUAST | | DTUBMUAST | | DTUBMUAWD |
|  Embase | | DEVMUAST | | DEVMUAST | | |



GlobalD

Partenaire de vos chirurgies





PROTOCOLE
MCI
Global D

Protocole MCI by Global D : réhabilitation complète
d'une arcade en Mise en Charge Immédiate

Inscrivez-vous !
sur formations@globald.com



ZI de Sacuny

118 avenue Marcel Mérieux

69530 Brignais – France

tél. +33 (0)4 78 56 97 00

fax +33 (0)4 78 56 01 63

www.globald.com

Une société du groupe MENIX

Les produits présentés sont des Dispositifs Médicaux de classe I, IIa et IIb et, à ce titre, sont porteurs du marquage CE (CE0459) conformément à la Directive 93/42/CEE.

Ces dispositifs ne sont pas soumis au régime de remboursement de la Sécurité Sociale.

Il est possible que les dispositifs médicaux présentés ne soient pas disponibles à la vente dans tous les pays.

Pour tout complément d'information veuillez contacter le service commercial de Global D.

Merci de consulter la notice d'instructions avant toute utilisation.

En cas de doute veuillez-vous rapprocher du service commercial de Global D.

Les notices d'instructions sont dématérialisées. Ainsi un QR code et un lien URL sont présents

sur l'étiquette du dispositif. Les notices sont néanmoins disponibles sur simple demande

et sans frais supplémentaire sous un délai de 7 jours. La demande doit être effectuée

à l'adresse suivante : quality@globald.com.