Implant Tribune

The World's Implant Newspaper · Édition Française

AOÛT/SEPTEMBRE 2017 | VOL. 9, NO. 8+9 www.dental-tribune.fr

PLANÈTE DENTAIRE

Simuler les abords chirurgicaux des sites implantaires et des zones de prélèvements osseux. Appréhender, à travers la dissection de chaque région, les difficultés liées à l'anatomie, de la chirurgie orale et de l'implantologie. Un TP ADF très couru.

▸ Page 21

CAS CLINIQUE

La restauration implantaire dans les zones esthétiques maxillaires est un enjeu délicat. De nombreux facteurs conditionnent une intégration réussie. Nos confrères italiens nous livrent leurs expériences et astuces. Un changement de paradigme ?

▸ Pages 22 | 24 | 25 | 26

ACTUS PRODUITS

Le numérique envahit les cabinets dentaires. Aujourd'hui les sociétés ont bien compris l'intérêt de nous accompagner dans cette mouvance souvent synonyme de souffrance. Des tests pour vous évaluer aux tutorats. Sautez le pas !

▸ Page 29

1er Karring–Nyman SUNSTAR GUIDOR Award

Sunstar est fier et honoré d'annoncer que le 1er Karring-Nyman Sunstar GUIDOR Award a été remporté par le Dr Daniel Clark, DDS, PhD, un chercheur en post-doctorat à l'UCSF (University of California, San Francisco - Ecole de médecine dentaire), qui a reçu ce prix durant la 95ème Session Générale & Exposition de l'IADR récemment tenue à San Francisco.

La nouvelle et prestigieuse récompense est sponsorisée par la Fondation Sunstar et décernée par le Groupe de Recherche Parodontale (PRG) de l'International Association for Dental Research (IADR) et vise à soutenir la recherche dans le domaine de la régénération tissulaire orale.

Le trophée est nommé en l'honneur du Professeur Thorkild Karring, longtemps membre du Département de Parodontologie du Royal Dental College à Aarhus au Danemark (et à qui a été symboliquement remis le trophée inaugural Karring-Nyman Sunstar GUIDOR Award lors de sa création l'année dernière), et du Professeur Sture Nyman, ancien professeur de l'université de Göteborg en Suède. Il rend ainsi hommage aux pères de la régénération parodontale dont la recherche est à l'origine des membranes dentaires, parmi lesquelles GUIDOR bioresorbable matrix barrier en particulier, la première barrière matricielle alloplastique biorésorbable spécifiquement conçue sur le concept de la Régénération Tissulaire Guidée telle que définie par les deux professeurs.

Dr Daniel Clark (centre) recevant le 1er trophée Karring-Nyman Sunstar GUIDOR du Dr. Andreas Stavropoulos (gauche), Conseiller du PRG et Professeur du Département de Parodontologie à l'Université de Malmö, Suède, et la subvention pour l'aider à poursuivre sa recherche de Mme Marie-Antoinette Wilson (droite), Manager des Affaires Scientifiques et des Relations Professionnelles à Sunstar Americas.

« Nous sommes très heureux de sponsoriser cette prestigieuse récompense et d'aider à mettre en lumière la régénération tissulaire orale », a dit Marie-Antoinette Wilson, Manager des Affaires Scientifiques et des Relations Professionnelles pour Sunstar. « Nous félicitons Dr. Clark et nous attendons avec impatience de voir les résultats de sa recherche. »

Dr. Clark a présenté une étude préclinique in vivo pour tester l'hypothèse que des changements des macrophages liés à l'âge affectent négativement la régénération osseuse. La régénération osseuse peut être améliorée en limitant l'activité des macrophages pro-inflammatoires et en promouvant l'activité des macrophages anti-inflammatoires. En effet, les complications lors de la cicatrisation osseuse augmentent chez les populations âgées et coïncident avec l'inflammation liée au vieillissement, qui est une susceptibilité à une réponse immunitaire dérégulée et aux maladies inflammatoires chroniques liée à l'âge.

Le Karring-Nyman Sunstar GUIDOR Award sera remis annuellement au gagnant d'un concours lors duquel les propositions de recherche en régénération tissulaire orale seront soumises et évaluées par un panel de juges composé de 5 membres du PRG. La subvention de 10 000 € doit permettre au gagnant, un doctorant ou post-doctorant, de poursuivre sa recherche dans le domaine de la régénération tissulaire orale avec un projet impliquant une recherche collaborative basique, pré-clinique in vivo ou clinique ayant une composante translationnelle. Occasionnellement, un sujet prioritaire sera annoncé et seuls les projets liés à ce sujet seront éligibles à la récompense de l'année.

Découvrez-en plus à propos du Karring Nyman Sunstar GUIDOR award et inscrivez-vous pour le 2ème award ici.

Plus d'informations sur GUIDOR bioresorbable matrix barrier : www.guidor.com/fr_fr/matrix-barrier.html

(Avant utilisation, lire attentivement le mode d'emploi. CE DQS 0197 Dispositif Médical de classe III non remboursé par l'Assurance Maladie. Fabricant : Sunstar Americas, Inc., 301 East Central Road, Schaumburg, IL 60195, USA)

> Unibone allograft
HYGYTECH

Un substitut osseux éprouvé pour une parfaite ostéointégration

Unibone allograft est un substitut osseux d'origine humaine fabriqué en France et dédié à la chirurgie dentaire. Naturellement biocompatible, l'allogreffe unibone allograft est l'alternative de choix à l'autogreffe, matériau de référence en reconstruction osseuse.

Le procédé utilisé pour la fabrication de unibone allograft a la particularité de préserver la trame collagénique native de l'os et de proposer un matériau avec des caractéristiques physiques et biologiques très proches de l'os naturel.

Une fois le greffon implanté, la macro et la microporosité du matériau, combinées au réseau de collagène natif présent à la surface du matériau permettent une invasion cellulaire rapide, une parfaite ostéoconduction et par conséquent, une formation osseuse de qualité (10 ans de recul clinique).

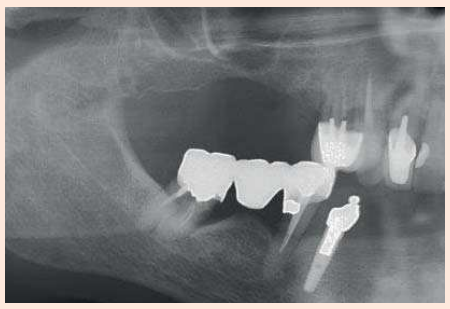
Sa durée de résorption (supérieure à 6 mois) assure le maintien des caractéristiques mécaniques du greffon sur le long terme ainsi qu'une ostéointegration pérenne.

Les produits sont disponibles à la vente chez GACD et Promodentaire.

Les fragments de unibone allograft sont obtenus à partir de têtes fémorales prélevées en France, au sein d'un établissement de santé, lors d'une prothèse totale de hanche. Les fragments osseux récupérés sont traités via plusieurs étapes de viro-réduction et viro-inactivation selon le procédé Ostéopure® (autorisation ANSM PPT 234) et leur traçabilité, du donneur au receveur, est assurée par la banque de tissus **HYGITECH** (autorisation ANSM BT/16/O/004).

Cas clinique réalisé par le Docteur Albert Franck ZERAH

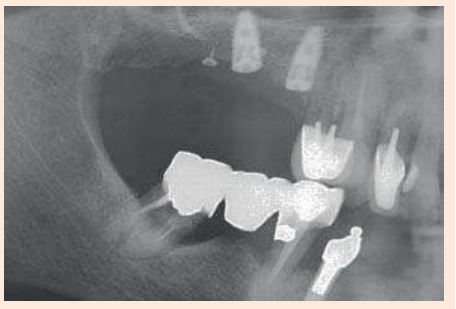
Contexte :
Patiente de 72 ans, absence de la 2ème prémolaire et de la 1ère molaire. Déficit osseux des secteurs postérieurs nécessitant la réalisation d'une greffe de type sinus lift avec pose d'implants simultanée.



Panoramique préopératoire.

État initial.

Comblement du sinus avec greffe unibone allograft et pose des implants.



Panoramique postopératoire (3mois).

Positionnement de l'implant dans le sens vestibulo-palatin en fonction de la forme du pilier

Un changement de paradigme

Dr Fabio Scutellà et Prof. Tiziano Testori, Italie

Introduction

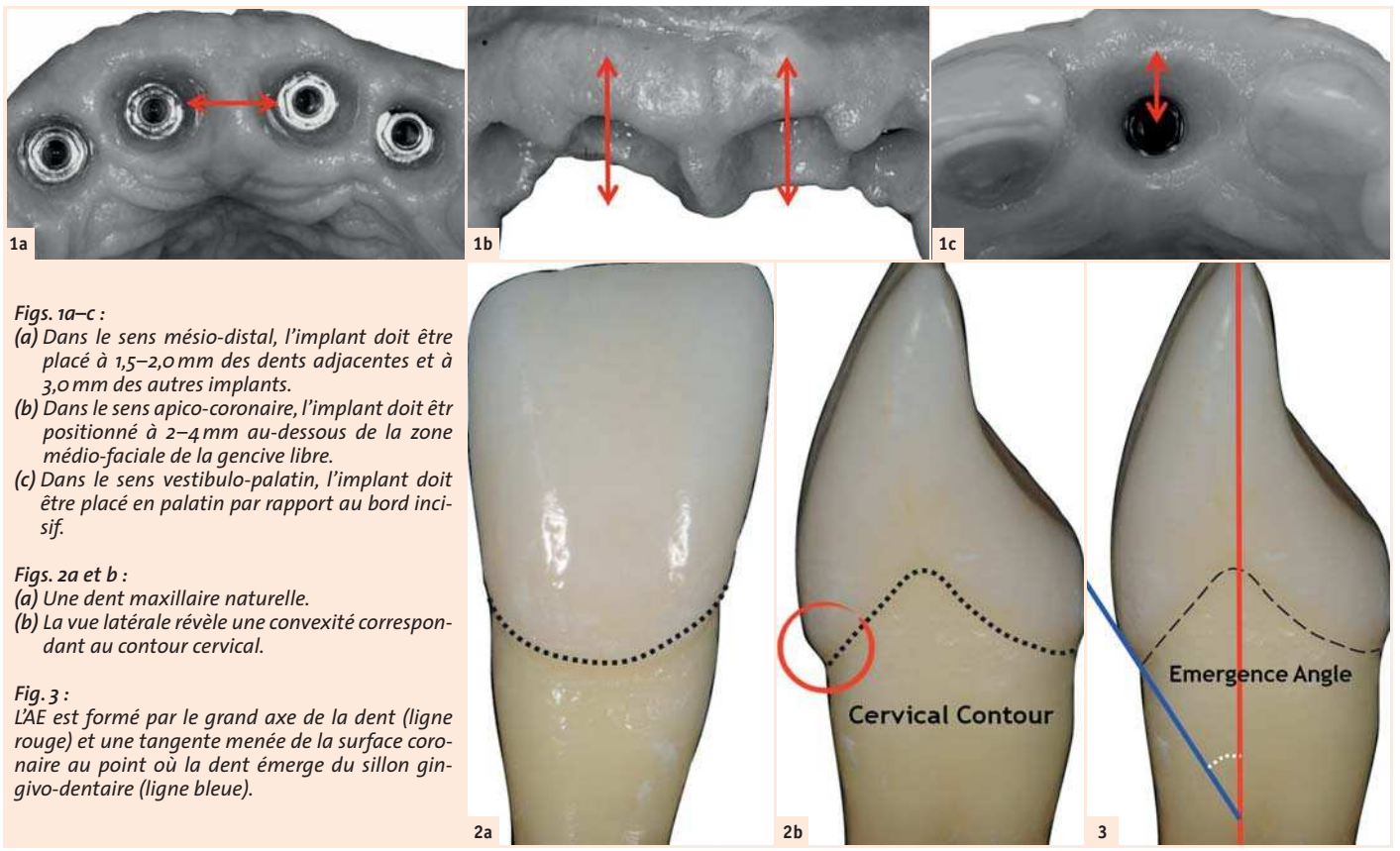
La restauration implantaire dans la zone intéressée par l'esthétique, particulièrement dans l'arcade maxillaire, a toujours été un enjeu délicat. Quoique l'on constate des taux de survie élevés des implants dans cette zone, le concept actuel de réussite, qui suppose l'intégration des tissus mous, est sous-tendu par divers éléments. De manière générale, la réussite esthétique d'une restauration supra-implantaire est évaluée à l'aide des indices PES (Pink Esthetic Score), WES (White Esthetic Score) et IES (Implant Esthetic Score)[1–3], mais elle est également tributaire de nombreux facteurs. Les principales clés du succès sont notamment la conscience de la survenue possible d'une résorption brusque de la corticale vestibulaire (os fibrillaire) et l'élaboration d'un plan précis de traitement et de positionnement des implants dans les 3 dimensions.

De nombreuses publications ont abordé le problème de résorption de la corticale vestibulaire[4, 5] et une analyse récente des données de la littérature[6] a porté sur l'étendue des modifications dimensionnelles qui se manifestent dans les tissus alvéolaires durs et mous au cours des 12 mois suivant l'extraction de dents chez l'être humain. Dans cette analyse, la perte osseuse variait de 29 à 63 % dans la dimension horizontale et de 11 à 22 % dans la dimension verticale six mois après l'extraction dentaire.

Si ce processus de résorption n'est pas traité rapidement et correctement, il peut compromettre l'esthétique finale de la restauration, voire le taux de survie de l'implant. La stabilité de l'os alvéolaire est primordiale pour maintenir celle du tissu mou environnant et garantir un haut niveau esthétique sur le long terme.

Au regard du positionnement de l'implant, plusieurs publications ont émis des lignes directrices sur l'orientation tridimensionnelle idéale. Toutefois, la ligne de finition la plus couramment utilisée pour les piliers étant horizontale, ces lignes directrices ont été exclusivement pensées pour ce type de géométrie. Qu'en est-il alors si la ligne de finition du pilier est verticale plutôt qu'horizontale ?

Il est incontestable qu'il existe une relation étroite entre la position de l'implant, la géométrie de la ligne de finition du pilier, et les angles et contours des couronnes est évidente. Le but du présent article est donc de formuler des recommandations, étayées par des preuves cliniques, sur le positionnement de l'implant dans le sens vestibulo-palatin au niveau de la zone intéressée par l'esthétique lorsque le choix se porte sur une préparation cervicale de dépouille (pilier sans épaulement). Dans ce cas, de nouvelles lignes directrices devraient être prises en considération pour garantir une meilleure réponse des tissus mous.



Figs. 1a–c :
(a) Dans le sens mésio-distal, l'implant doit être placé à 1,5–2,0 mm des dents adjacentes et à 3,0 mm des autres implants.
(b) Dans le sens apico-coronaire, l'implant doit êtr positionné à 2–4 mm au-dessous de la zone médio-faciale de la gencive libre.
(c) Dans le sens vestibulo-palatin, l'implant doit être placé en palatin par rapport au bord incisif.

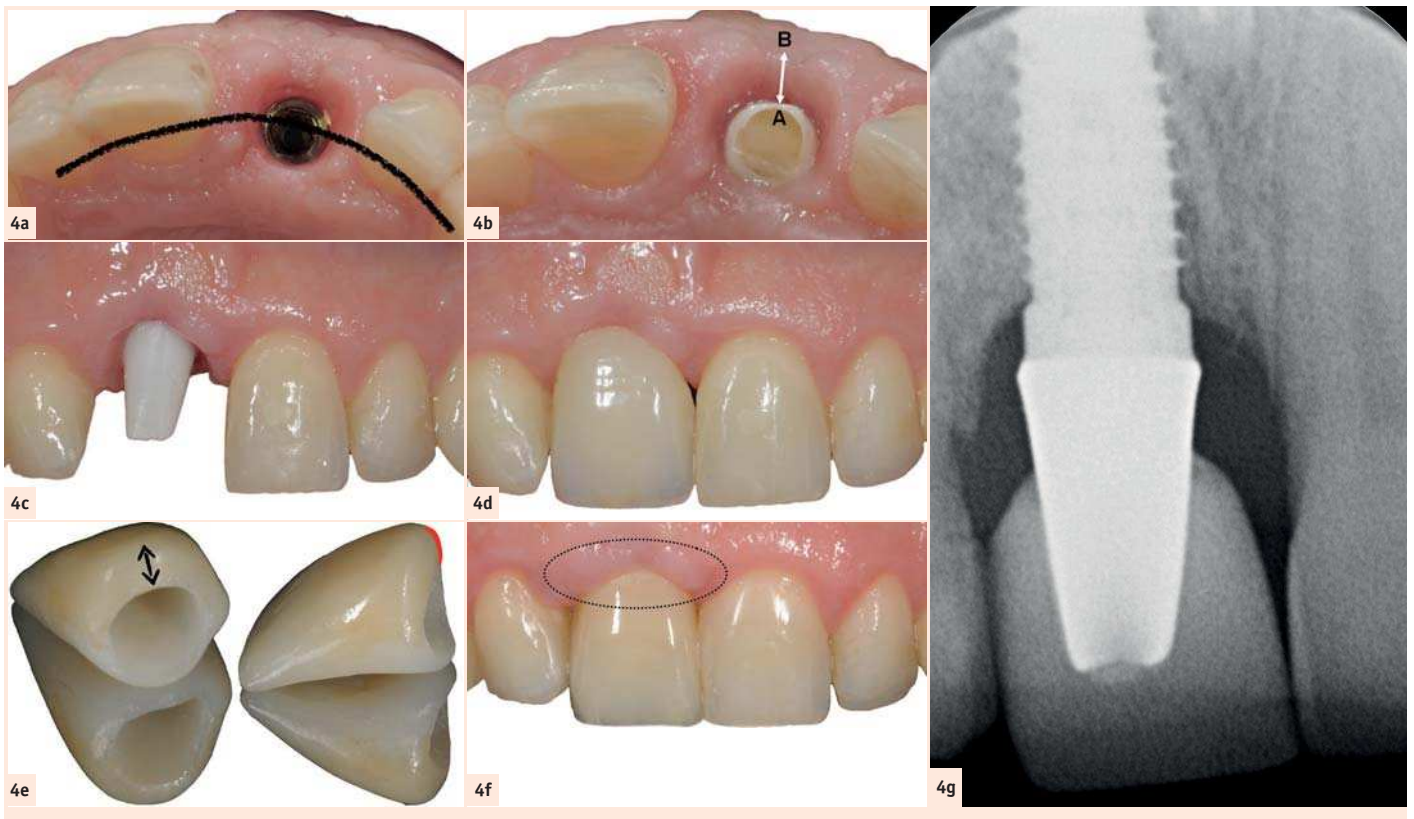
Figs. 2a et b :
(a) Une dent maxillaire naturelle.
(b) La vue latérale révèle une convexité correspondant au contour cervical.

Fig. 3 :
L'AE est formé par le grand axe de la dent (ligne rouge) et une tangente menée de la surface coronaire au point où la dent émerge du sillon gingivo-dentaire (ligne bleue).

Position de l'implant dans la zone intéressée par l'esthétique

Le positionnement et le diamètre idéaux de l'implant dans la zone intéressée par l'esthétique ont été largement analysés et de nombreux auteurs ont proposé différentes approches. Dans leur tentative d'identifier la position parfaite de l'implant, Buser et al. ont conclu que, dans le sens mésio-distale, l'implant doit être placé à au moins 1,0 mm–1,5 mm de la ou des surfaces radiculaires adjacentes ; 7 entre deux implants adjacents, la distance mésio-distale doit être inférieure à 3,0 mm. Néanmoins, dans le cas d'un implant intégrant le concept du « Platform-Switching », où le diamètre du col est supérieur au diamètre du pilier, son positionnement à moins de 1,5 mm de la dent adjacente est jugé acceptable et devrait permettre la conservation de la crête osseuse.[8]

Dans le sens apico-coronaire, l'hypothèse de Tarnow selon laquelle « une distance maximale de 5 mm entre la crête alvéolaire et le point de contact interproximal est nécessaire pour obtenir une esthétique satisfaisante du tissu mou dans le cas de dents naturelles »[9] a également été vérifiée pour



Figs. 4a–g :
(a) Le centre de l'implant s'aligne sur le cingulum des dents adjacentes.
(b) Vue occlusale du pilier définitif en zircone. La distance A-B sera occupée par le contour cervical de la couronne définitive.
(c) Vue frontale du pilier définitif en zircone.
(d) La restauration provisoire en place.
(e) La couronne définitive en disilicate de lithium avec un contour cervical excédant les paramètres physiologiques déterminés par la position de l'implant associée à une géométrie verticale de la ligne de finition.
(f) Suivi à un an de la couronne définitive présentant des signes de réponse tissulaire.
(g) Radiographie de la couronne définitive.

32671114-FR-1610 © 2017 Dentsply Sirona. Tous droits réservés.

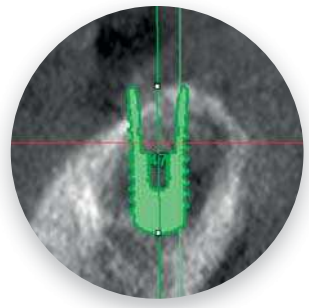
Astra Tech Implant System®

La Terre n’est pas plate

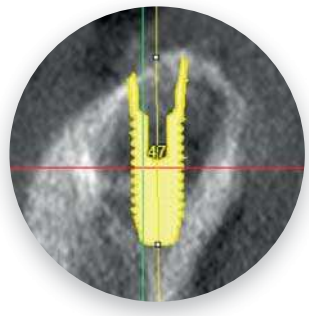
L’anatomie des crêtes dentaires de vos patients non plus

Le monde de l’implantologie dentaire comporte déjà beaucoup de défis cliniques, alors pourquoi utiliser les protocoles classiques à tout prix ?
Plutôt que de recourir à une augmentation osseuse pour pouvoir utiliser un implant conventionnel à col rectiligne, découvrez l’implant OsseoSpeed® EV. Grâce à sa conception unique, il épouse les contours naturels des topographies osseuses inclinées. Parce que la Terre n’est pas plate - Les crêtes inclinées exigent des implants inclinés anatomiques.

OsseoSpeed® Profile EV – Il est temps de bousculer le modèle classique



Approche conventionnelle
vs.
approche innovante



www.dentsplysirona.com

OsseoSpeed® Profile EV : Implant pour soins dentaires, réservé aux professionnels de santé. Dispositif médical de classe IIb. Organisme certificateur : CE0123. Fabricant : Dentsply Implants Manufacturing GmbH. Non remboursé par les organismes d’assurance maladie. Lisez attentivement les instructions figurant dans la notice avant toute utilisation. Rev 02/2017.

Dentsply Sirona Implants

les implants.[10] Choquet a souligné l'importance de la position apico-coronaire pour la préservation des papilles et une étude rétrospective lui a permis d'observer la présence de la papille dans 100 % des cas lorsque la distance entre le point de contact interproximal et la crête osseuse mesurait 5 mm. Plus exactement, le col de l'implant doit être positionné entre 2 mm et 4 mm au-dessous de la zone médio-faciale de la gencive libre.[11] Bashutski[12] et Grunder[13] conviennent que, dans le sens vestibulo-palatin, l'implant doit être inséré de façon à préserver au moins 2 mm de table externe de l'os alvéolaire.

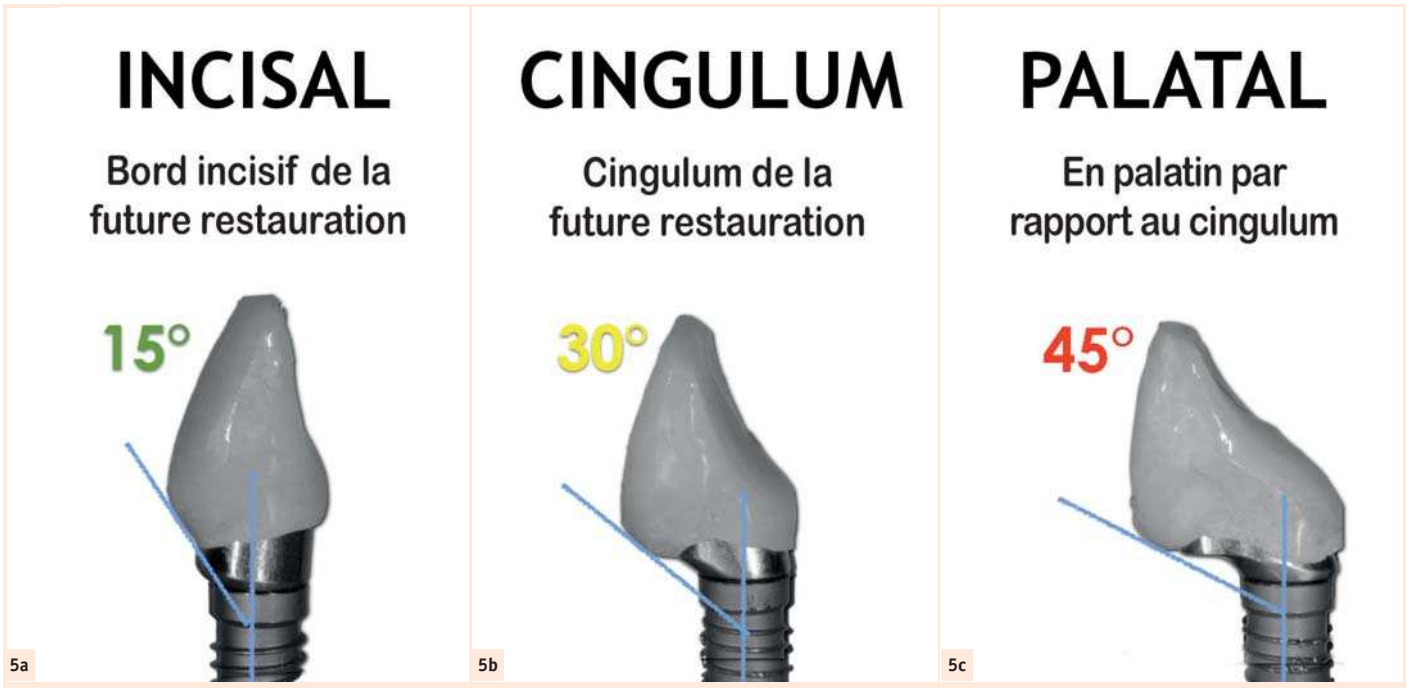
Les facteurs affectant la récession de la muqueuse entourant des implants dentaires unitaires immédiats ont également été analysés dans le cadre d'un examen systématique.[14] Selon les auteurs, dans des cas exigeant un niveau esthétique élevé, le choix doit se porter sur des implants sous-dimensionnés qui doivent être positionnés sur une ligne virtuelle passant par le cingulum afin de favoriser la croissance des tissus durs et mous *(Figs. 1a–c)*.

Importance du biotype

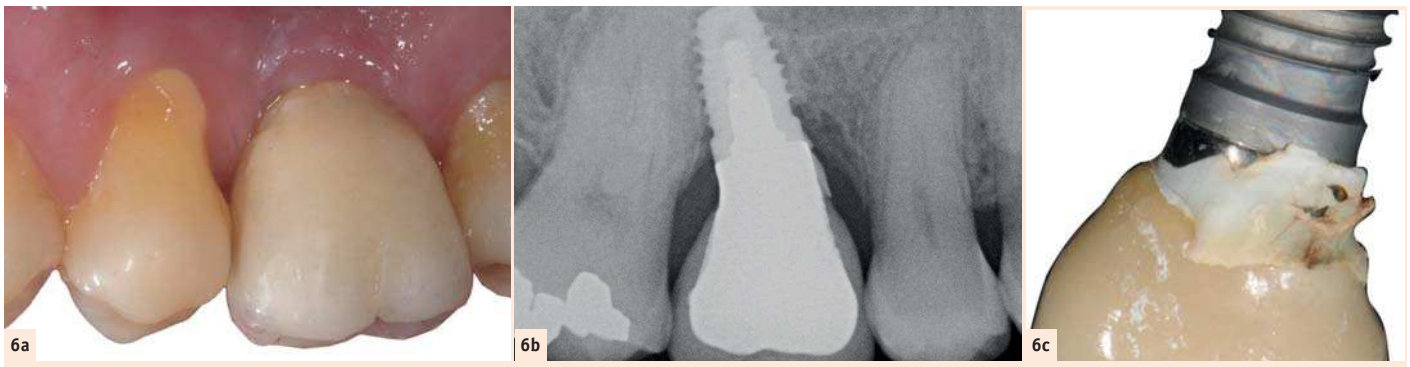
Une condition indispensable à toute restauration implantaire dans la zone intéressée par l'esthétique est la présence d'un tissu mou épais autour de l'implant. Le biotype de la gencive permet de définir l'épaisseur du tissu gingival dans le sens vestibulo-palatin et il en existe deux types principaux : mince et épais.[23] La différence entre les deux biotypes est évaluée par la visibilité d'une sonde parodontale au travers du tissu gingival : si la sonde est visible, le biotype est considéré comme mince ; si elle n'est pas visible, le biotype est qualifié d'épais.

Une étude menée par Kan et al. a analysé la dimension de la muqueuse péri-implantaire après une année de mise en charge d'implants unitaires, posés en deux temps dans le maxillaire antérieur . Les résultats de l'étude ont démontré une dimension plus importante de la muqueuse en présence d'un biotype péri-implantaire épais comparativement à un biotype mince.[24]

On a également évoqué l'existence d'une corrélation directe entre le biotype gingival et la prédisposition à la récession de la gencive après des actes chirurgicaux et restaurateurs. La littérature s'accorde à reconnaître l'influence de l'épaisseur du tissu mou sur le taux de survie des implants et la réussite du traitement à long terme. Pour augmenter l'épaisseur du tissu mou, Fu et al. ont proposé une approche fondée sur les principes de la triade esthétique et du PDP, où « P » représente la position de l'implant, « D » le design de l'implant et « P » la conception prothétique.[15] Selon ces auteurs, les facteurs clés sont l'utilisation d'implants intégrant le concept du « Platform-Switching » ou d'implants cylindriques, la pose des implants en position plus palatine et apicale, et la conception de modèles prothétiques au profil concave afin de réduire la perte de l'os et des tissus mous péri-implantaires.



Figs. 5a–c :
(a) Le grand axe de l'implant correspond à une ligne virtuelle passant par le bord incisif de la future restauration, ce qui permet l'obtention d'un AE physiologique.
(b) Le grand axe de l'implant correspond à une ligne virtuelle passant par le cingulum de la future restauration.
(c) L'implant est positionné davantage en palatin, ce qui crée une zone de contre-dépouille défavorable qui compliquera l'élimination du ciment.



Figs. 6a–c :
(a) Échec de la restauration par une couronne céramo-métallique implanto-portée au niveau du site dentaire 26.
(b) Évaluation radiographique.
(c) Dépose de la couronne et de l'implant. La présence indécelable de ciment a été à l'origine de l'échec.

Dental Tribune International

ESSENTIAL DENTAL MEDIA

www.dental-tribune.com

dti Dental Tribune International

Forme et contour du pilier

La conception de la forme et du contour d'un pilier a été l'une des occupations principales des auteurs du présent article au cours des dernières années, surtout de la partie du pilier positionnée sous le rebord gingival. Les contours du pilier implantaire se composent de deux parties distinctes : le contour critique (les surfaces du pilier et de la couronne juxtaposant apicalement le rebord gingival) et le contour sous-critique (positionné apicalement par rapport au contour critique). Ces deux entités seront présentes à condition de disposer d'une distance apico-coronaire suffisante (définie comme la distance entre le col de l'implant et la gencive libre). S'ils sont correctement adaptés et mis en forme, le contour critique et le contour sous-critique peuvent être utilisés pour modifier le résultat esthétique de la restauration.[16]

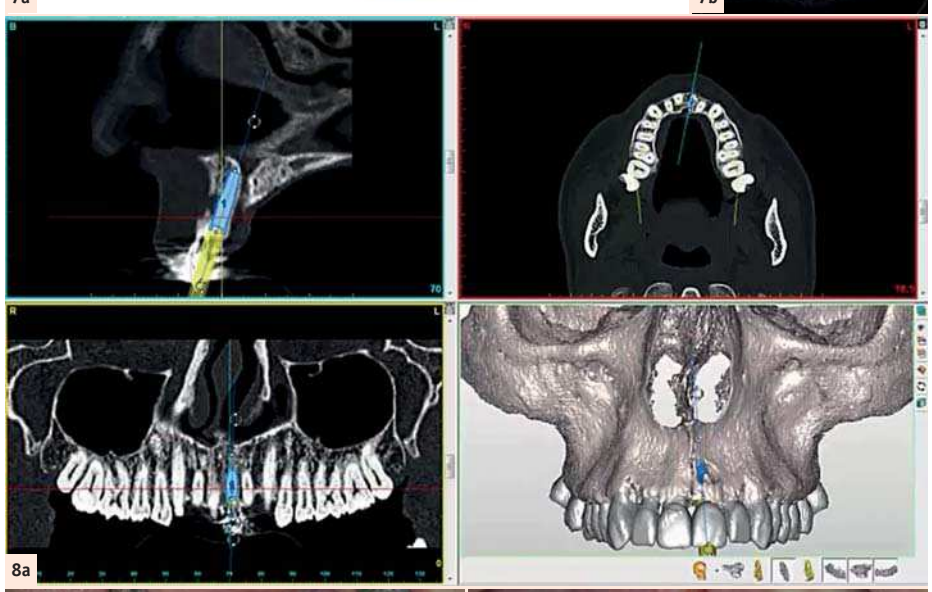
Comme mentionné plus haut, la littérature suggère de positionner l'implant sur une ligne virtuelle passant par le cingulum de la future restauration[14] ou à 1,5–2,0 mm en palatin par rapport au bord incisif de l'incisive centrale supérieure[13] afin de prévenir la résorption de la table osseuse vestibulaire. Cette approche peut toutefois comporter un risque pour le résultat esthétique et la survie de l'implant. D'une part, le contour de la couronne découlant d'un tel positionnement est fondamentalement différent de celui d'une dent naturelle, qui est essentiellement formé par deux entités distinctes : le profil d'émergence et le contour cervical.

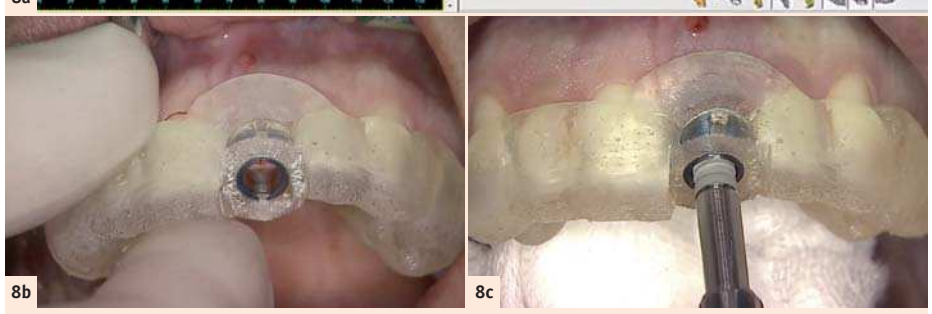
Contour de la couronne et profil d'émergence

Le profil d'émergence est droit et correspond à la partie de la dent qui émerge de la gencive. Le contour cervical est convexe et situé au fond du sillon gingivo-dentaire, au niveau de la jonction amélo-cémentaire où l'émail recouvre le cément *(Figs. 2a et b)*. Cette convexité a été identifiée par Wheeler[17] et porte le nom de ligne cervicale ou contour cervical. Elle a pour fonction de maintenir la gencive sous une certaine tension.

Le volume de cette convexité est défini par la valeur de l'angle d'émergence (AE), qui représente « l'angle formé par le grand axe de la dent et une tangente menée de la surface coronaire au point où la dent émerge du sillon gingivo-dentaire »[18, 19] *(Fig. 3)*. L'AE a récemment été évalué sur des dents maxillaires naturelles extraites[19] et la mesure correspondait à une valeur moyenne de 15 degrés.

En restauration implantaire, la valeur de l'AE et la convexité du contour cervical sont influencées par la position de l'implant dans le sens vestibulo-palatin. Plus l'implant est





Figs. 7a et b :
(a) Échec de la restauration par une couronne céramo-métallique dento-portée sur la dent 21.
(b) Évaluation radiographique préopératoire.

Figs. 8a–c :
(a) Plan de traitement numérique de la chirurgie implantaire.
(b) Le guide chirurgical fabriqué selon le plan de traitement tridimensionnel.
(c) Positionnement de l'implant au moyen du guide chirurgical.

GROUPE
Airel Quetin
POUR UN ÉQUIPEMENT DENTAIRE ADAPTÉ

Le Pacific,
la nouvelle vision du confort
pour votre quotidien et vos patients.

Le nouveau PACIFIC
est maintenant en
version ambidextre,

LE FAUTEUIL MONOCOQUE

Avec plus de 300 couleurs au choix,
plus de 8 configurations possibles
et un grand nombre d'instruments disponibles

Le fauteuil monocoque Pacific propose, pour vous,
une ergonomie de travail optimale,
et pour vos patients, un confort inégalé.

FABRIQUÉ EN FRANCE

Plus d'informations sur www.airel-quetin.com

Airel Quetin • 917, Rue Marcel Paul • 94500 Champigny-sur-Marne • Tél : 01 48 82 22 22 • commercial@airel.com
Dispositif médical : Classe IIa • Mai 2015 - Organisme notifié : SNCH (0499) - Fabricant : Airel, France
Pour toute information complémentaire, se référer à la notice d'utilisation

positionné en palatin, plus l'AE et le contour cervical sont importants. Dans la mesure où l'objectif perpétuel du chirurgien-dentiste qui effectue la restauration est de parvenir à des couronnes prothétiques dont l'aspect et la fonction sont comparables à une dent naturelle, l'angle et le contour recréés artificiellement doivent reproduire aussi étroitement que possible la nature.

Modification de la position de l'implant en fonction de la forme du pilier

Durant la dernière décennie, les auteurs du présent article se sont surtout intéressés aux piliers sans épaulement (tant piliers implantaires que dents d'ancrage naturelles). Ce faisant, il est apparu que la pose d'implant dans le respect des lignes directrices traditionnelles menait souvent à la fabrication de couronnes dont les contours sous-critiques différaient fortement de ceux des dents naturelles. Les *Figures 4a–g* montrent une restauration implant-pilier sans épaulement en position traditionnelle (c'est-à-dire au niveau du cingulum de la future restauration). L'AE de la restauration définitive qui en a découlé était excessivement convexe et a mené à une réponse défavorable du tissu mou environnant à très court terme (une année).

Les lignes directrices traditionnelles en implantologie ont été élaborées et largement adoptées pour des piliers impliquant une préparation horizontale (épaulement ou chanfrein). Mais comme le montre la *Figure 5*, la pose d'un implant surmonté d'un pilier sans épaulement en position cingulaire *(Fig. 5b)* ou palatine *(Fig. 5c)* pourrait mener à une couronne qui présente un AE et un contour cervical très différents des entités anatomiques décrites par Wheeler et Du.[17, 20] Par contre, lorsque l'implant est positionné un peu plus en vestibulaire, comme l'illustre la *Figure 5a*, l'aspect de l'AE et du contour cervical est beaucoup plus naturel et physiologique.

Quoique selon l'expérience clinique des auteurs, la création d'un contour cervical artificiel surdimensionné entraîne une réponse quelque peu indésirable des tissus mous *(Fig. 4f)*, il n'existe actuellement aucune donnée probante quant à l'effet bénéfique ou défavorable d'un tel contour sur la stabilité des tissus mous. Toutefois, une augmentation de la convexité du contour sous-critique créera une zone de contre-dépouille qui compliquera l'élimination du ciment dans le cas d'une restauration par une couronne scellée. La probabilité de ciment résiduel dans le sillon gingivo-dentaire est accrue avec des restaurations analogues à celles des figures 5b et c et la présence de tels résidus est associée à un haut risque de péri-implantite et de perte possible de l'implant[21] *(Figs. 6a–c)*.

Chaque fois que le choix porte sur une préparation sans épaulement, il est donc recommandé de modifier la position de l'implant et de le placer plus en vestibulaire de sorte que le grand axe s'aligne avec le bord incisif de la future restauration ou des dents adjacentes. Cette position permettra la création de profils coronaires et d'angles physiologiques se rapprochant beaucoup plus de ceux d'une dent naturelle[22] *(Figs. 7–9)*.

Conclusion

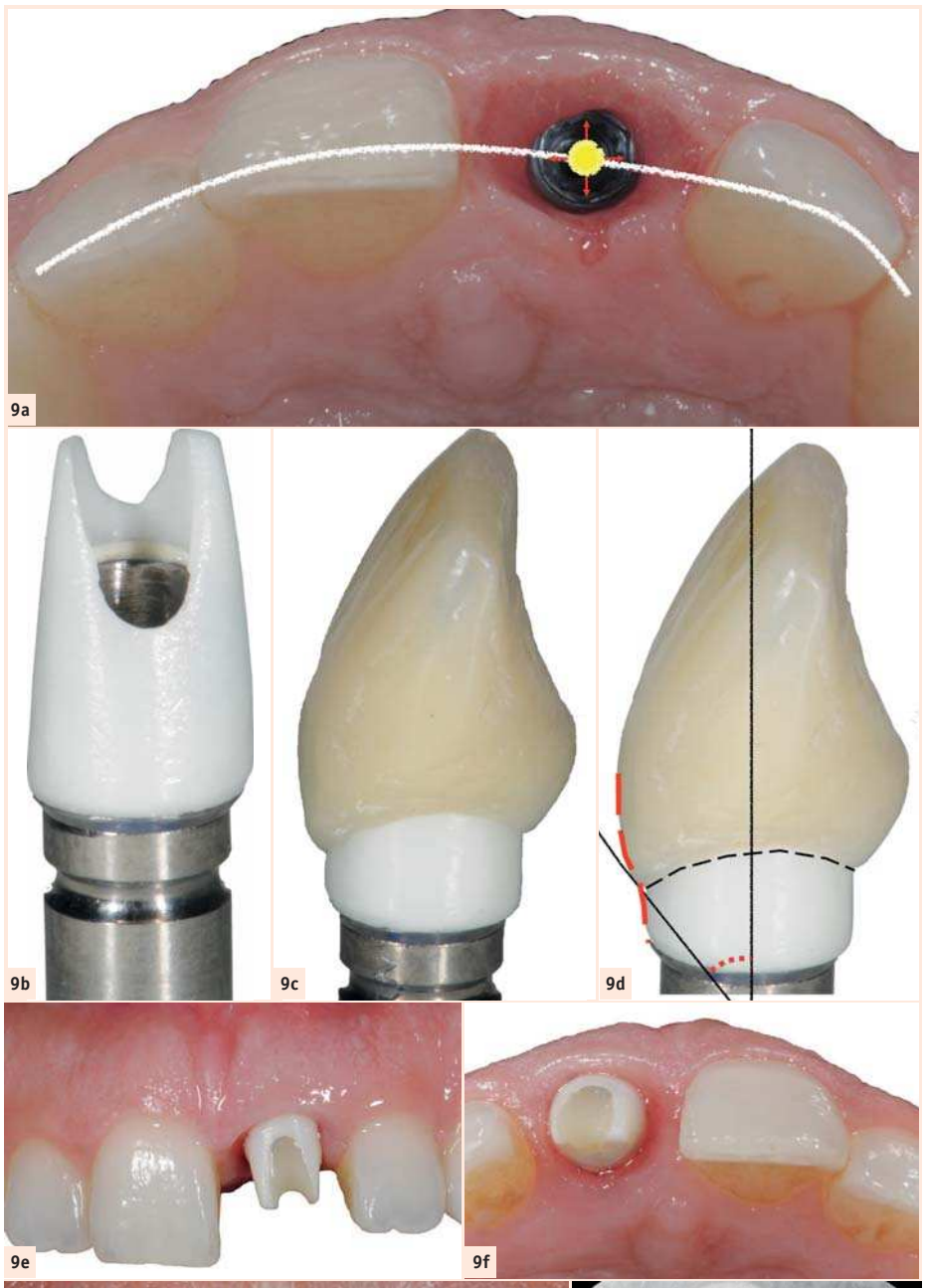
Lorsque le choix se porte sur une préparation verticale (sans épaulement) du pilier implantaire définitif plutôt que sur une préparation horizontale (épaulement ou chanfrein), il est recommandé de modifier la position de l'implant dans le sens vestibulo-palatin, particulièrement dans la zone intéressée par l'esthétique. Le grand axe de l'implant doit s'aligner avec le bord incisif de la future restauration ou des dents adjacentes, pour autant qu'il soit possible de conserver 1,5–2,0 mm de table osseuse vestibulaire. Cette position est la seule qui permette la fabrication d'une couronne prothétique dont le contour cervical ressemble autant que possible à ce que la nature avait originellement créé. Elle écarte également les problèmes d'élimination du ciment de scellement, ce qui réduit sensiblement l'incidence d'une péri-implantite iatrogène, et elle facilite les soins d'hygiène bucco-dentaire. Les données scientifiques qui corroborent ces conclusions font malheureusement défaut et des essais cliniques prospectifs et randomisés sont donc nécessaires.

Note de la rédaction : une liste des références est disponible auprès de l'éditeur.

Article paru dans le Clinical Masters n°1/2017

Dr Fabio SCUTELLÀ

Prof. Tiziano TESTORI

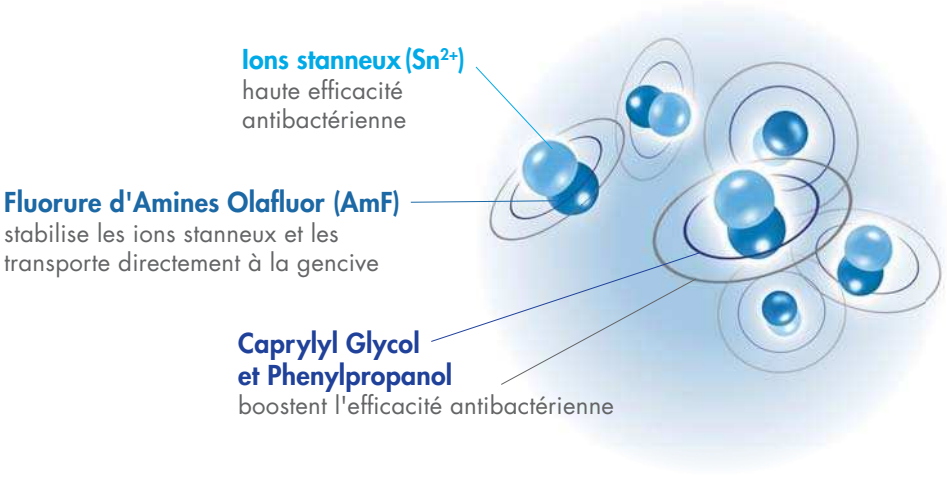


Figs. 9a–i :
(a) Vue occlusale de l'implant en place au moment de l'empreinte définitive. Le centre de l'implant (cercle jaune) s'aligne sur le bord incisif des dents adjacentes.
(b) Un pilier en zircone sans épaulement.
(c) La couronne définitive placée sur le pilier.
(d) La position idéale de l'implant créera le contour cervical et l'AE adéquats.
(e et f) Vues frontales et occlusales du pilier définitif en zircone mis en place. Le puits d'accès à la vis a été obturé au moyen de polytétrafluoroéthylène (PTFE) et de composite.
(g et h) Couronne définitive en disilicate de lithium scellée et évaluation radiographique finale.
(i) Le sourire après la restauration définitive.

PATIENTS SOUFFRANT DE PARODONTITE ?
TRANSFORMEZ VOTRE RECOMMANDATION EN OBSERVANCE.

NOUVEAU meridol® PARODONT EXPERT développé spécifiquement pour les patients aux gencives sujettes à la parodontite:

- Plus forte concentration en agents antibactériens de la gamme meridol®
- Renforce la résistance des gencives contre la parodontite
- Son goût unique encourage l'observance



Colgate
VOTRE PARTENAIRE EN SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

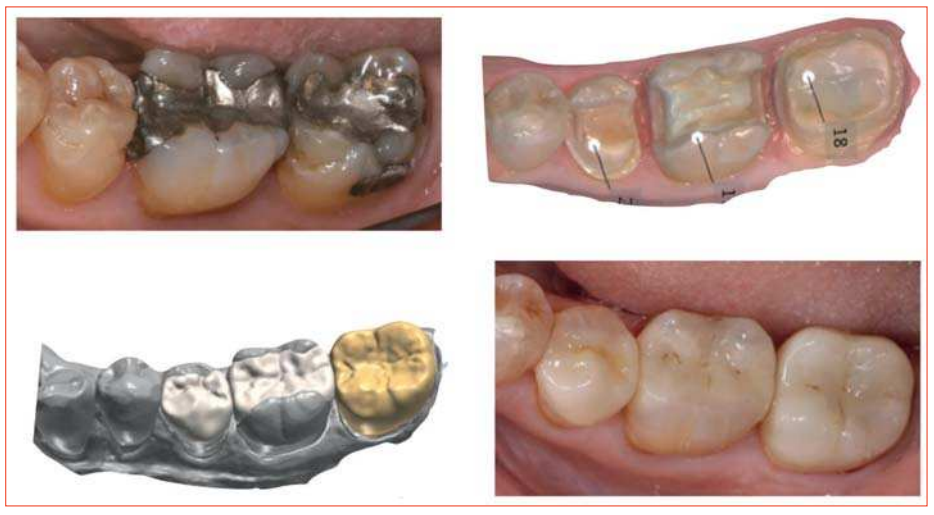
Service commercial : 02 37 51 67 59
Colgateprofessional_commandedentiste@colpal.com
www.meridol.fr

COLGATE-PALMOLIVE SAS au capital de 6 911 180 €. RCS 478 991 649 Nanterre F-92700 Colombes

Une belle journée en perspective pendant les journées Aria CAD CAM

Pour vous donner l'eau à la bouche, découvrez en avant-première les sujets des conférences du jeudi 5 octobre proposées par le groupe Sens (French Digital Dentistry Research Team)de 13h15 à 17h30.

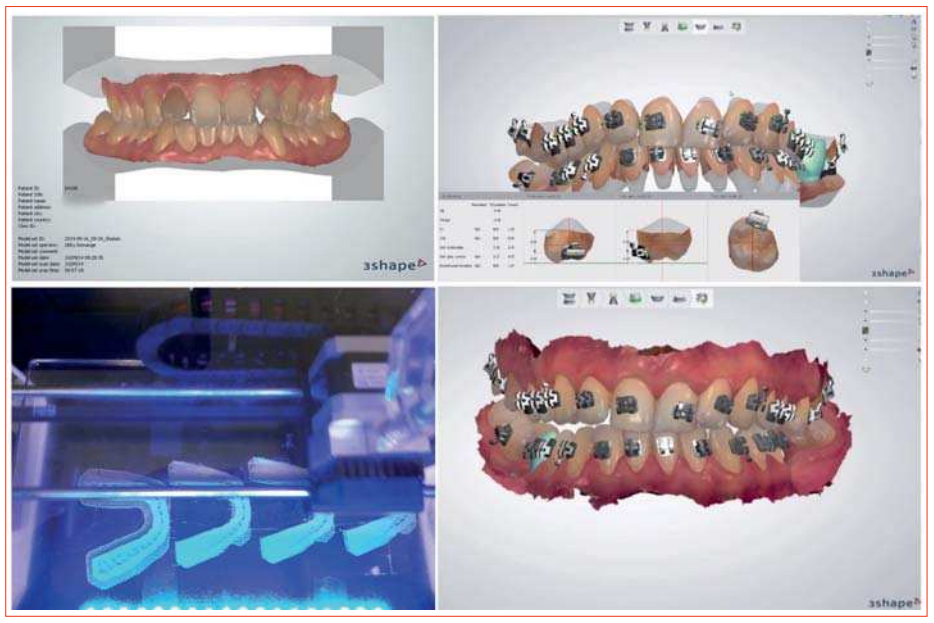
L'empreinte optique : immersion dans le quotidien d'un praticien



Prothèse unitaire et plurale, prothèse adjointe partielle et complète, implantologie, orthodontie.....Tour d'horizon des possibilités cliniques .

Conférencier : T.Sastre

L'orthodontie numérique au quotidien



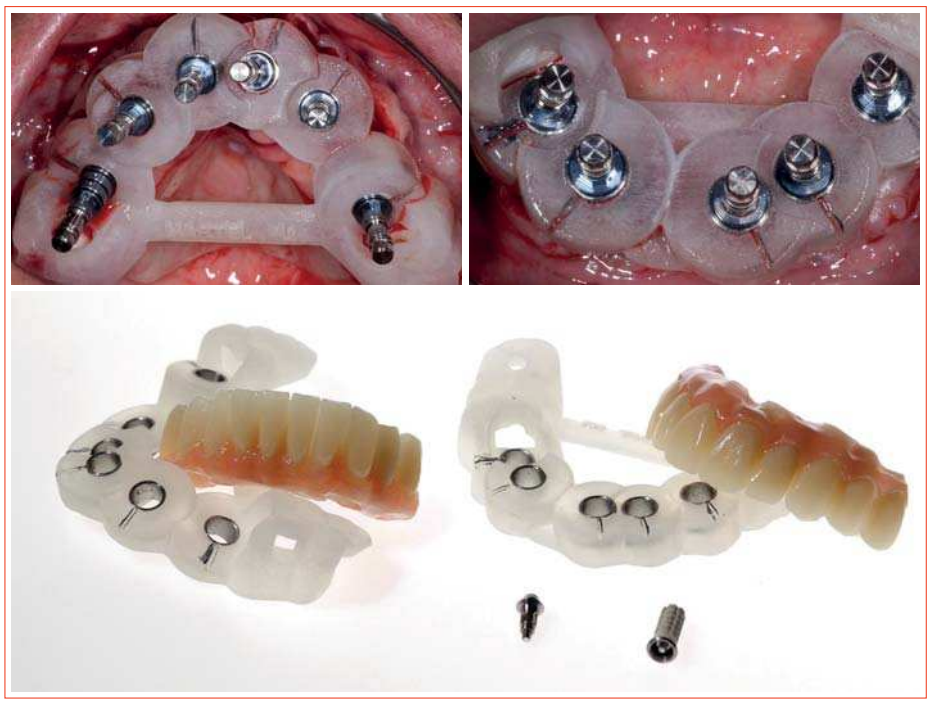
L'orthodontie a toujours fait largement appel aux techniques numériques. Actuellement, les scanners intra-buccaux, associés à des logiciels spécifiques et des imprimantes 3D, deviennent les outils standards d'un cabinet d'orthodontie. L'imagerie numérique pour le diagnostic (radiographies, empreintes 3D) nous accompagne aussi dans la réalisation des phases cliniques avec la possibilité de traitements par gouttières therformées selon un set-up numérique après impression 3D, le positionnement à l'écran des attaches pour les collages indirects en technique vestibulaire et linguale, la confection d'appareils d'interception chez le patient très jeune, directement d'après une empreinte numérique. Tous ces outils numériques, évoluant à la vitesse de l'informatique, laissent présager des avancées encore insoupçonnées dans notre exercice.

Conférencier : C.Demange

La chirurgie prophétiquement guidée : de l'unitaire à la réhabilitation complète.

L'outil numérique est en passe de restructurer complètement nos plans de traitement implantaire par sa capacité de précision et d'ergonomie. L'offre thérapeutique implantaire évolue vers une prise en charge du confort du patient tant physique que psychologique. La chirurgie numérique permet de systématiser cette approche par un protocole de gestion des réhabilitations provisoires de mise en restauration et mise en charge immédiate. L'outil performant associé à des protocoles éprouvés permet d'avancer vers une offre thérapeutique nouvelle.

Conférencier : H.Buatois



La dentisterie numérique au quotidien : Smile Design, Mock-up impression 3d, Skynconcept ...

Comprendre au travers de cas cliniques globaux en quoi la dentisterie numérique améliore le résultat en le rendant prédicable et reproductible .

Conférenciers : C.Giacomelli-T.Sastre

RENCONTRES INTERNATIONALES CAD-CAM DENTAIRE

DIGITAL & ESTHETIC

Inscriptions en ligne sur aria-cadcam.net

UN ÉVÉNEMENT INCONTOURNABLE DU NUMÉRIQUE DENTAIRE EN FRANCE.

Nous vous emmenons dans le monde de demain pour imaginer les grandes mutations de la profession.

Cette année, plus encore, nous nous attachons à vous offrir un panorama complet de la chaîne numérique du cabinet dentaire au laboratoire de prothèse.

UNE EXPOSITION
de plus de 70 fournisseurs de solutions CFAO.

DES CONFÉRENCES
sur des problématiques concrètes et portées par des experts internationaux.

DES DÉMONSTRATIONS
des systèmes de CFAO actuels, émergeants et futurs.

LES NOUVEAUTÉS
La volonté première d'aria depuis 10 ans est de valoriser la révolution digitale et l'innovation.

Nous mettrons en lumière lors de cette 6ème édition :
La Digital Dentistry Society qui organise son 1er meeting international au sein des rencontres aria.
www.ddslyon2017.org

Des start-up du monde médical assisté qui exposeront leur savoir-faire dans un espace qui leur sera consacré.

1st DDS convention with aria partnership

Digital Dentistry Society

digital-dentistry.org

6èmes Rencontres internationales

aria CAD-CAM DENTAIRE

aria-cadcam.net

CITÉ INTERNATIONALE
LYON - 5/6/7 octobre 2017

Quelques-un(e)s de nos intervenant(e)s

CONE BEAM
Le cone beam : ses indications et ses limites au cabinet dentaire

Reinhilde JACOBS
(Belgique)

SCANNER INTRAORAL
Applications cliniques du scanner 3d intraoral

Francesco MANGANO
(Italie)

SCANNERS DE LABORATOIRE
Du scan de laboratoire à la réalisation par soustraction ou addition : le point de vue du laboratoire sur la planification du traitement

Uli HAUSCHILD
(Allemagne)

PLANIFICATION DE TRAITEMENT
La planification du traitement à l'ère numérique

Mario IMBURGIA
(Italie)

DENTISTERIE DIGITALE
Le rôle de la dentisterie digitale au quotidien

Alessandro e Andrea AGNINI
(Italie)

FLUX DIGITAL
Diagramme du flux digital en pratique courante

Giuseppe LUONGO
(Italie)

MAIS AUSSI BIEN D'AUTRES SUJETS :

Scan facial
Logiciels pour chirurgie guidée
Logiciels CAD
Logiciels CAM

INSCRIPTIONS : tarif 35 €

Ce tarif comprend l'accès à l'ensemble des conférences et à l'exposition pour les 3 jours.

INFORMATIONS :

www aria-cadcam.net

Facebook : @aria2017

Twitter : @aria_cad_cam

+33 (0)4 79 60 66 67
ariacadcam@grands-evenements.com

atelier graphique Restelli Chambéry - 04 79 85 00 10 - restelli.com - ©Photos aria / 123RF / Julien Tromeur - ©aria 2017 - Toute reproduction même partielle est interdite.