

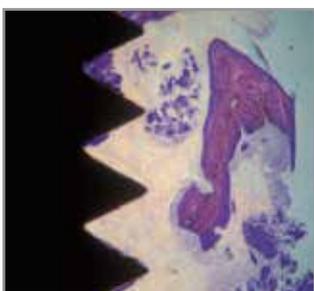
Implants T3[®]

Preservation By Design[®]



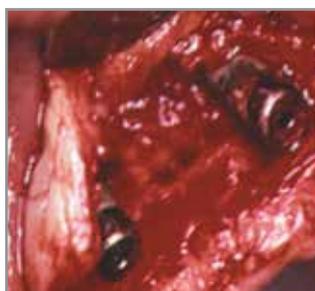
La préservation est cruciale pour l'esthétique

Les enjeux des résultats esthétiques :



Ostéointégration

Les implants ne bénéficiant pas d'une topographie de surface complexe¹ ni d'une bonne stabilité primaire requièrent un temps d'ostéointégration plus long.²



Péri-implantite

Un taux de 12% de prévalence des péri implantites est reporté pour les traitements implantaire.^{3,4}



Perte de l'os crestal

La première année, lors de la mise en fonction de l'implant, la perte osseuse crestale peut dépasser la moyenne des 1,5 mm compromettant ainsi les résultats esthétiques.⁵

L'implant T3 est spécialement conçu pour offrir des résultats esthétiques grâce à la préservation des tissus



Dessin hybride contemporain

Grâce à une topographie de multi-surface complexe

Étanchéité de la jonction

Grâce à une interface implant/pilier stable et ajustée

Platform Switching intégré

Grâce à une jonction latéralisée implant/pilier

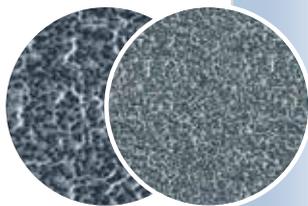


Surface hybride contemporaine

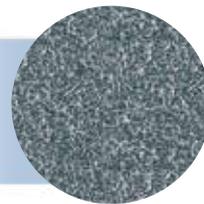
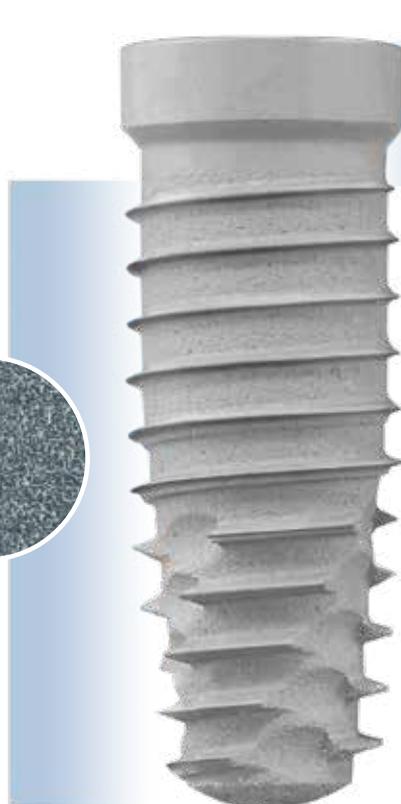
Les caractéristiques d'une topographie fine et grossière permettent d'obtenir de façon significative une moyenne de rugosité de $1,4 \mu\text{m}$ dans la partie filetée de l'implant.¹⁴

Les caractéristiques de la topographie fine et grossière

Grossière : (+10 microns)
par le biais d'un sablage au phosphate de calcium



Fine : (1 - 3 microns)
Surface sablée et mordancée



Caractéristiques d'une topographie fine au niveau du col de l'implant

(1-3 microns) par un double mordancage au niveau du col (DAE)

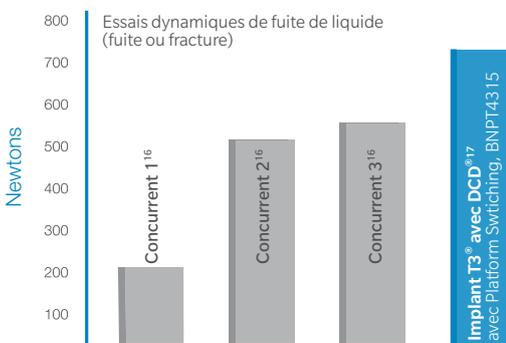
Echelle nanométrique en option sur tout le corps de l'implant

Par Dépôt Cristallin Discret (DCD®) de phosphate de calcium

Connexion Certain

Étanchéité de la jonction

L'interface stable et étroite de l'implant/pilier minimise les micro mouvements et réduit le potentiel de dévissage.¹⁵



Les résultats de tests cliniques ne sont pas nécessairement une indication de performance clinique.

- Le test d'étanchéité du joint a été effectué par Biomet 3i entre juillet 2011 et juin 2012. Afin de tester les systèmes d'implant, un test dynamique de charge et d'étanchéité a été mis au point et appliqué. Un test dynamique d'étanchéité lors de la mise charge, adapté à la norme ISO14801
- Cinq échantillons pour chacun des trois systèmes d'implants concurrents ont été évalués
- Le graphique illustre la résistance moyenne du joint (N) à laquelle chacun des systèmes a fui ou s'est fracturé.
- Les résultats des tests ne sont pas nécessairement une indication de la performance clinique.

Platform Switching intégré

Maintien de l'os crestral grâce au Platform Switching intégré

Les études démontrent qu'une jonction implant-pilier peu hermétique entraîne des fuites bactériennes au niveau des tissus environnants. Cette contamination peut causer des inflammations et potentiellement une récession localisée des tissus.²⁰

Réduction de perte d'os crestal

Des études ont montré que les implants dotés de Platform Switching intégré présentent une faible résorption de l'os crestal de seulement 0,37 mm.^{*21}



Avec l'aimable autorisation du Dr Xavier Vela[†], Espagne.

* Les résultats ne sont pas nécessairement indicatifs ou représentatifs de tous les patients concernés.

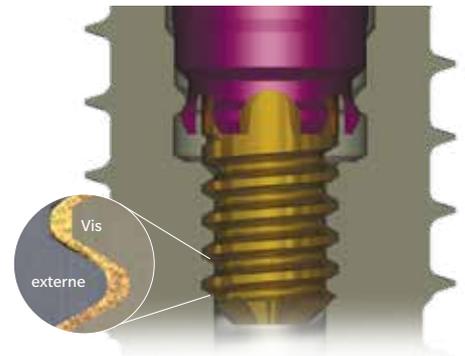
Étanchéité Implant/Pilier

Conçu pour réduire les microfuites grâce à des tolérances très strictes au niveau de l'interface et à des forces de serrage maximisées.

Force de serrage Implant/pilier

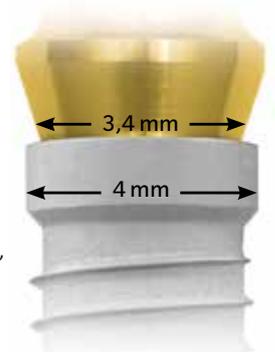
L'utilisation de la vis Gold-Tite[®] permet d'augmenter la force de serrage Implant/pilier Certain[®] de plus de 113 % comparé à une vis standard.¹⁸

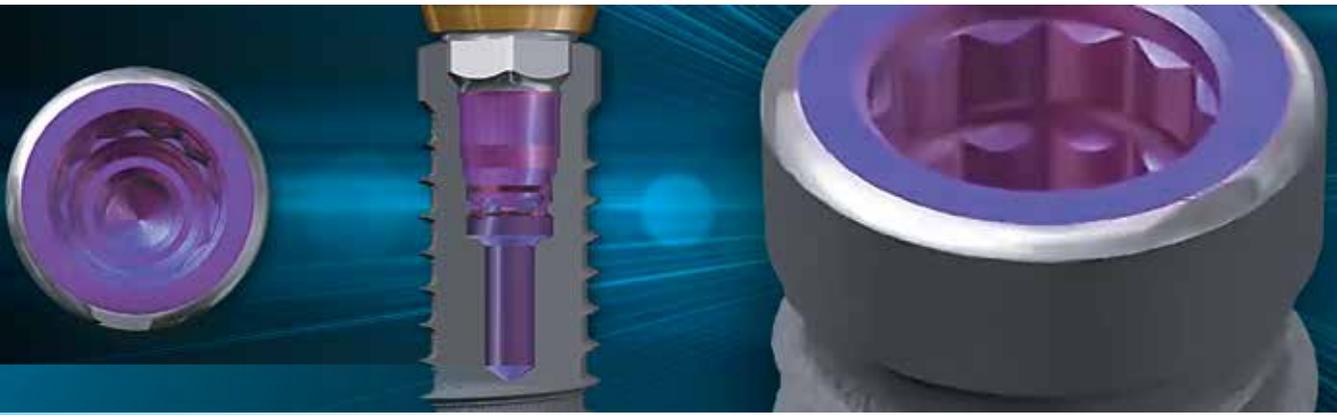
La surface brevetée* du Gold-Tite s'écroute pour optimiser la stabilité du pilier.¹⁹



Diminution du remodelage de l'os crestal par rapport aux implants sans Platform Switching²²

La jonction Implant/Pilier latéralisée, préserve le tissu conjonctif et diminue le risque de récession de 50 %.*





Dessin hybride contemporain

Stabilité primaire^{6,7,8}

Le contact os/implant est un facteur majeur dans la stabilité de l'implant.⁹ Les spécifications de l'Implant T3 sont tenues à des tolérances rigoureuses pour fournir un implant étroitement intégré dans le site d'extraction, créant un système d'implant qui va aider à obtenir une stabilité primaire.

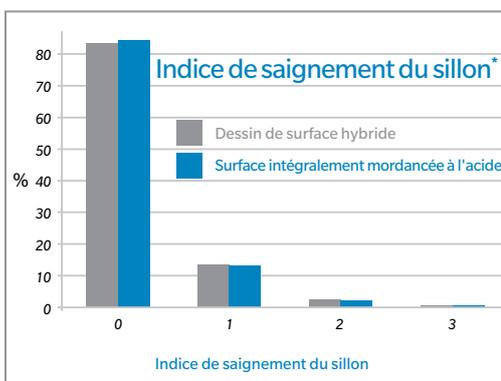
Ostéointégration^{10,11}

Dans les études précliniques*, la surface de l'Implant T3 avec DCD a révélé une meilleure intégration lors du processus de cicatrisation précoce, comparé à des topographies de surface moins complexe.¹¹

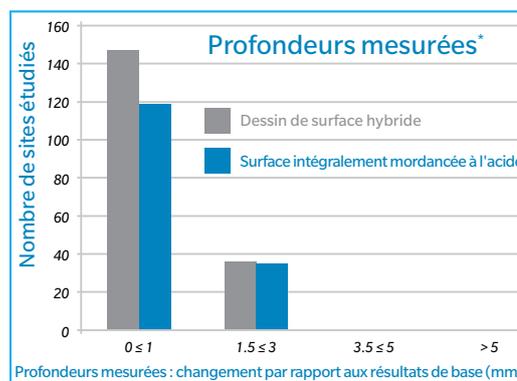
Réduction du risque de péri-implantite^{12,13}

L'Implant T3 utilise la technologie Osseotite® démontrée au niveau de la partie coronaire de l'implant. Lors d'une étude sur cinq ans**, la surface traitée par un double processus de mordançage à l'acide de l'Implant Osseotite n'a révélé aucun risque accru de péri-implantite ni de complications au niveau des tissus mous contrairement aux surfaces usinées.¹²

Étude de l'incidence de la péri-implantite, randomisée, contrôlée, multicentrique, menée sur cinq ans, sur les implants hybrides et les implants ayant subi un mordançage intégral à l'acide**



84 % des indices de saignement du sillon étaient de 0 (absence de saignement) et 13 % étaient de 1 (saignements isolés).



Aucun implant (tests et de contrôle) n'a révélé de changement à des profondeurs supérieures à 3,0 mm.

Cent douze patients ont été sélectionnés dans sept centres où ont été posés 139 implants de contrôle et 165 implants tests (total : 304 implants).

* Les études précliniques ne sont pas nécessairement une indication de performance clinique.

** Zetterqvist et al. A Prospective, Multicenter, Randomized Controlled 5-Year Study Of Hybrid And Fully Etched Implants For The Incidence Of Peri-implantitis. J Periodontol April 2010.

Présentation clinique de l'implant T3 avec DCD

Traitement clinique du Dr Tiziano Testori[†] & Dr Fabio Scutella[†]



Figure 1
Absence d'incisives
centrales.



Figure 2
Deux implants coniques avec DCD
T3 de 5 mm (D) x 4,1 mm (P) x 13 mm (L) posés
immédiatement après l'extraction.



Figure 3
Deux piliers PreFormance[®] provisoires
ajustés dans la cavité buccale.



Figure 4
Un bridge en résine provisoire
solidarisé a été scellé aux
piliers PreFormance



Figure 5
Suivi après 1 mois.



Figure 6
Résultat final avec la prothèse définitive
à 6 mois après l'extraction et la pose
d'implants. À noter la maintenance
de l'espace bucco-lingual.



Figure 7
À 6 mois nous remarquons
que l'os a été préservé
aussi bien en mésial
qu'en distal.



Figure 8
Images scanner à 6 mois.
À noter que l'épaisseur de la
paroi buccale est maintenue
à 2,7 mm.



Références

1. Sullivan DV, Sherwood RL, Porter SS. Long-term performance of Osseotite® Implants: A 6-year follow-up Compendium. 2001 Apr;Vol.22, No.4.
2. Javed F, Romanos GE. The role of primary stability for successful immediate loading of dental implants: A literature review. J Dent. 2010 Aug;38(8):612-20. Epub 2010 Jun 11. Review.
3. Fransson C, Lekholm U, Jemt T, Berglundh T. Prevalence of subjects with progressive bone loss at implants. Clinical Oral Implants Research. 2005;16:440-446.
4. Zitzmann NU, Berglundh T. Definition and prevalence of peri-implant diseases. J Clin Perio. 2008;35:286-291.
5. Lazzara RJ, Porter SS. Platform Switching: A new concept in implant dentistry for controlling post restorative crestal bone levels. Int J Periodontics Restorative Dent. 2006;26:9-17.
6. Östman PO, Wennerberg A, Ekstubbe A, et al. Immediate occlusal loading of NanoTite™ tapered implants: A prospective 1-year clinical and radiographic study. Clin Implant Dent Relat Res. 2012 Jan 17.
7. Block MS. Placement of implants into fresh molar sites: Results of 35 cases. J Oral Maxillofac Surg. 2011 Jan;69(1):170-174.
8. Meltzer AM. Immediate implant placement and restoration in infected sites. Int J Periodontics Restorative Dent. 2012 Oct;32(5):e169-173.
9. Meredith N. Assessment of implant stability as a prognostic determinant. Int J Prosthodont. 1998 Sep-Oct;11(5):491-501.
10. Nevins M, Nevins ML, Schupbach P, Fiorellini J, Lin Z, Kim DM. The impact of bone compression on bone-to-implant contact of an osseointegrated implant: A canine study. Int J Periodontics Restorative Dent. 2012 Dec;32(6):637-645.
11. Mendes V, Davies JE. Early Implant healing at implant surfaces of varying topographical complexity. Poster Presentation: Academy of Osseointegration, 26th Annual Meeting; March 2011; Washington, DC. http://biomet3i.com/pdf/Posters/Poster_Early_Perimplant_Healing.pdf.
12. Zetterqvist L, Feldman S, Rotter B, et al. A prospective, multicenter, randomized-controlled 5-year study of hybrid and fully etched implants for the incidence of peri-implantitis. J Periodontol. 2010 April;81:493-501.
13. Lang NP, Berglundh T. Periimplant diseases: Where are we now?—Consensus of the Seventh European Workshop on Periodontology; Working Group 4 of Seventh European Workshop on Periodontology. J Clin Perio. 2011 Mar;38 Suppl 11:178-181.
14. Gubbi P, Towse R. Quantitative and qualitative characterization of various dental implant surfaces. Poster Presentation P421: European Association For Osseointegration, 20th Meeting; October 2012; Copenhagen, Denmark. (http://www.biomet3i.com/Pdf/Posters/Poster_421_EAO_Final.pdf).
15. Lazzara R. Dental implant system design and the potential impact on long-term aesthetics: A review of the T3 Tapered Implant. ART1193EU Biomet 3i White Paper. Biomet 3i, Palm Beach Gardens, Florida, USA. http://biomet3i.com/Pdf/EMEA/ART1193C_T3%20Implant_White_Paper_EU.pdf
16. Suttin et al. A novel method for assessing implant-abutment connection seal robustness. Poster Presentation: Academy of Osseointegration, 27th Annual Meeting; March 2012; Phoenix, AZ. http://biomet3i.com/Pdf/Posters/Poster_Seal%20Study_ZS_AO2012_no%20logo.pdf
17. Suttin Z, Towse R. Dynamic loading fluid leakage characterization of dental implant systems. ART1205EU Biomet 3i White Paper. Biomet 3i, Palm Beach Gardens, Florida, USA. <http://biomet3i.com/Pdf/EMEA/ART1205EU%20Dynamic%20Loading%20T3%20White%20Paper.pdf>
18. Suttin Z, Towse R. Effect of abutment screw design on implant system seal performance. Presented at the European Association for Osseointegration, 20th Annual Scientific Meeting; October 2012; Copenhagen, Denmark. http://biomet3i.com/Pdf/Posters/P-450_Effect_of_Screw_Design_on_Implant_Seal.pdf
19. Byrne D, Jacobs S, O'Connell B, Houston F, Claffey N. Preloads generated with repeated tightening in three types of screws used in dental implant assemblies. J. Prosthodont. 2006 May-Jun;15(3):164-171.
20. Lazzara RJ, Porter SS. Platform switching: A new concept in implant dentistry for controlling postrestorative crestal bone levels. Int J Perio Rest Dent. 2006;26:9-17.
21. Östman PO, Wennerberg A, Albrektsson T. Immediate occlusal loading of NanoTite prevail implants: A prospective 1-year clinical and radiographic study. Clin Implant Dent Relat Res. 2010 Mar;12(1):39-47.
22. Boitel N, Andreoni C, Grunder U, Naef R, Meyenberg K. A three year prospective, multicenter, randomized-controlled study evaluating platform-switching for the preservation of peri-implant bone levels. Poster Presentation P83: Academy of Osseointegration, 26th Annual Meeting; 2011 March 3-5; Washington DC. http://biomet3i.com/Resource%20Center/Publications%20of%20Interest/Platform_Switching_for_the_Preservation_of%20Peri_Implant%20Bone%20Levels.pdf

† Les docteurs Block, Goéné, Grunder, Lazzara, Makigusa, Meltzer, Méndez, Meyenberg, Nevins, Östman, Rodríguez, Segalá, Scutellá, Tarnow, Testori et Vela entretiennent une relation commerciale avec Biomet 3i, LLC pour des conférences, conseils et autres services.

†† Mrs Suttin et Towse ont collaboré à l'étude ci-dessus en tant qu'employés de BIOMET 3i.

Les références 6–10 concernent le macro design des implants coniques qui est intégré à l'implant T3. Les références 10–13 concernent la technologie du double mordantage ou DCD des implants Osseotite et/ou NanoTite, qui est intégrée à l'implant T3. Les références 20–22 concernent les implants PREVAIL® avec Platform Switching intégré, qui est également intégré à l'implant T3.

Implants coniques

T3



Longueur	4,0 mm (D) x 3,4 mm (P)	5,0 mm (D) x 4,1 mm (P)	6,0 mm (D) x 5,0 mm (P)
8,5 mm	BOPT4385	BOPT5485	BOPT6585
10 mm	BOPT4310	BOPT5410	BOPT6510
11,5 mm	BOPT4311	BOPT5411	BOPT6511
13 mm	BOPT4313	BOPT5413	BOPT6513
15 mm	BOPT4315	BOPT5415	BOPT6515

T3 sans Platform Switching



Longueur	3,25 mm (D) x 3,4 mm (P)	4,0 mm (D) x 4,1 mm (P)	5,0 mm (D) x 5,0 mm (P)	6,0 mm (D) x 6,0 mm (P)
8,5 mm	BOST3285	BOST485	BOST585	BOST685
10 mm	BOST3210	BOST410	BOST510	BOST610
11,5 mm	BOST3211	BOST411	BOST511	BOST611
13 mm	BOST3213	BOST413	BOST513	BOST613
15 mm	BOST3215	BOST415	BOST515	BOST615

T3 avec DCD

Longueur	4,0 mm (D) x 3,4 mm (P)	5,0 mm (D) x 4,1 mm (P)	6,0 mm (D) x 5,0 mm (P)
8,5 mm	BNPT4385	BNPT5485	BNPT6585
10 mm	BNPT4310	BNPT5410	BNPT6510
11,5 mm	BNPT4311	BNPT5411	BNPT6511
13 mm	BNPT4313	BNPT5413	BNPT6513
15 mm	BNPT4315	BNPT5415	BNPT6515

T3 sans Platform Switching avec DCD

Longueur	3,25 mm (D) x 3,4 mm (P)	4,0 mm (D) x 4,1 mm (P)	5,0 mm (D) x 5,0 mm (P)	6,0 mm (D) x 6,0 mm (P)
8,5 mm	BNST3285	BNST485	BNST585	BNST685
10 mm	BNST3210	BNST410	BNST510	BNST610
11,5 mm	BNST3211	BNST411	BNST511	BNST611
13 mm	BNST3213	BNST413	BNST513	BNST613
15 mm	BNST3215	BNST415	BNST515	BNST615

Implants droits

T3



Longueur	4,0 mm (D) x 3,4 mm (P)	5,0 mm (D) x 4,1 mm (P)	6,0 mm (D) x 5,0 mm (P)
8,5 mm	BOPS4385	BOPS5485	BOPS6585
10 mm	BOPS4310	BOPS5410	BOPS6510
11,5 mm	BOPS4311	BOPS5411	BOPS6511
13 mm	BOPS4313	BOPS5413	BOPS6513
15 mm	BOPS4315	BOPS5415	BOPS6515

T3 sans Platform Switching



Longueur	3,25 mm (D) x 3,4 mm (P)	4,0 mm (D) x 4,1 mm (P)	5,0 mm (D) x 5,0 mm (P)	6,0 mm (D) x 6,0 mm (P)
8,5 mm	BOSS385	BOSS485	BOSS585	BOSS685
10 mm	BOSS310	BOSS410	BOSS510	BOSS610
11,5 mm	BOSS311	BOSS411	BOSS511	BOSS611
13 mm	BOSS313	BOSS413	BOSS513	BOSS613
15 mm	BOSS315	BOSS415	BOSS515	BOSS615
18 mm	BOSS318	BOSS418	S/O	S/O

T3 avec DCD

Longueur	4,0 mm (D) x 3,4 mm (P)	5,0 mm (D) x 4,1 mm (P)	6,0 mm (D) x 5,0 mm (P)
8,5 mm	BNPS4385	BNPS5485	BNPS6585
10 mm	BNPS4310	BNPS5410	BNPS6510
11,5 mm	BNPS4311	BNPS5411	BNPS6511
13 mm	BNPS4313	BNPS5413	BNPS6513
15 mm	BNPS4315	BNPS5415	BNPS6515

T3 sans Platform Switching avec DCD

Longueur	3,25 mm (D) x 3,4 mm (P)	4,0 mm (D) x 4,1 mm (P)	5,0 mm (D) x 5,0 mm (P)	6,0 mm (D) x 6,0 mm (P)
8,5 mm	BNSS385	BNSS485	BNSS585	BNSS685
10 mm	BNSS310	BNSS410	BNSS510	BNSS610
11,5 mm	BNSS311	BNSS411	BNSS511	BNSS611
13 mm	BNSS313	BNSS413	BNSS513	BNSS613
15 mm	BNSS315	BNSS415	BNSS515	BNSS615
18 mm	BNSS318	BNSS418	S/O	S/O

Contactez-nous au 01-41-05-43-43 ou rendez-vous sur zimmerbiometdental.fr

Zimmer Biomet Dental
Global Headquarters
4555 Riverside Drive
Palm Beach Gardens, FL 33410
Tel: +1-561-776-6700
Fax: +1-561-776-1272

Zimmer Dental SAS
2 place Gustave Eiffel
94528 RUNGIS Cedex
France
Téléphone : +33 1 45 12 35 35
Télécopie : +33 1 45 60 04 88

Sauf indication contraire, comme indiqué ici, toutes les marques déposées sont la propriété de Zimmer Biomet et tous les produits sont fabriqués par une ou plusieurs des filiales dentaires de Zimmer Biomet Holdings, Inc., commercialisés et distribués par Zimmer Biomet Dental et par ses partenaires de commercialisation. Pour plus d'informations sur les produits, se reporter aux étiquettes ou au mode d'emploi. L'agrément et la disponibilité de certains produits peut se limiter à certains pays/régions. Ce document est réservé exclusivement aux cliniciens et ne propose ni avis ni recommandation médicale. Il est interdit de le transmettre à d'autres destinataires. Il est interdit de copier ou de réimprimer ce document sans l'autorisation expresse par écrit de Zimmer Biomet Dental. ZB0001FR RÉV B 12/19 ©2019 Zimmer Biomet. Tous droits réservés.

