



MADE IN FRANCE

Techniques de l'implantologie sans greffe osseuse préalable

Réhabilitations complexes des invalides buccaux,
non implantables par les techniques conventionnelles



📍 55 Rue Uranus, 74650 Chavanod 📞 + 33(0)4 50 45 04 98

📍 19 rue Rossini 06000 Nice 📞 + 33(0)4 93 62 21 01

🌐 commercial@visyimplant.com 🌐 visyimplant.com

Spécialiste de l'implantologie anatomo-physiologique Basale & Axiale

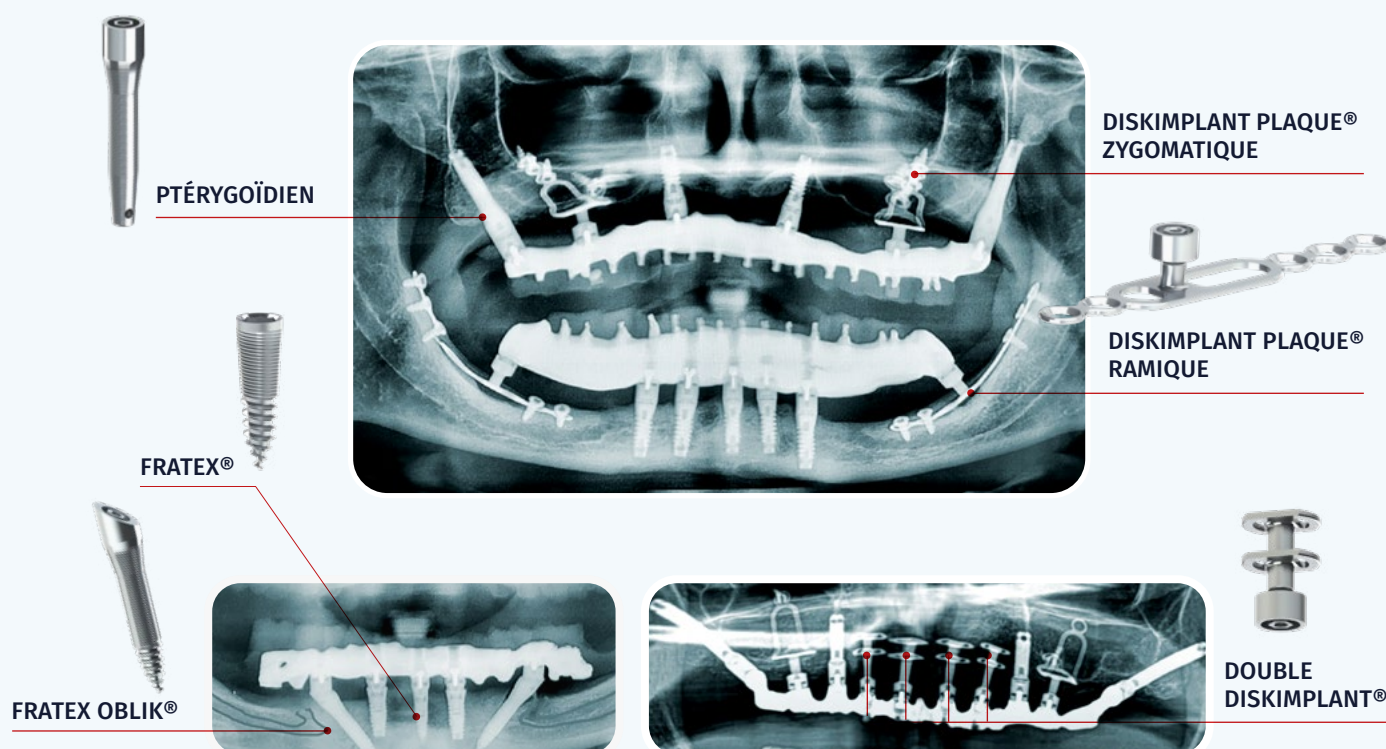


Victory®, leader mondial des racines artificielles à insertion latérale* qui permettent dans 98% des cas de se passer des greffes osseuses préalables.

Si nécessaire, les comblements par biomatériaux et les R.O.G. sont mis en place au moment de la pose de l'I.A.P**. Les I.A.P. de Victory® bénéficient de 38 ans de recherche, d'applications cliniques et d'innovations récentes.

*Référence Basal Implantology Springer Nature 2019 ** I.A.P. Implant Anatomo-Physiologique

38ans
de **recherche & d'applications cliniques**



Depuis 1985, nous étudions, concevons & fabriquons en France



La vaste gamme des I.A.P. Victory® en titane non rugueux élimine les risques de péri-implantites. Elle offre aux professionnels la possibilité d'une gestion simple dans la grande diversité des situations cliniques.

Depuis l'édentation unitaire, y compris dans la zone esthétique, jusqu'aux atrophies extrêmes maxillo-mandibulaires avec mise en charge instantanée de l'édenté total.

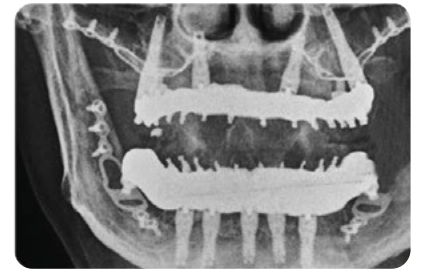
La philosophie de Victory® est de développer des implants anatomo-physiologiques permettant d'éviter :

- Les chirurgies lourdes
- Les greffes osseuses préalables non souhaitées par les patients

Qu'est ce que l'implantologie basale ?



C'est une implantologie adaptée spécifiquement à l'anatomie & à la physiologie du patient. Elle privilégie l'ancrage dans l'os basal, peu sensible aux variations métaboliques du tissu osseux.



L'implantologie basale permet la réhabilitation dentaire fixe pour patients présentant des résorptions osseuses extrêmes, **sans recourir aux greffes osseuses préalables**. Son concept fondamental consiste à installer dès le départ, des racines artificielles Victory® dans l'os natif vascularisé.

Des apports autologues et/ou de biomatériaux sont rajoutés si nécessaire lors de la pose de l'implant qui sert de mainteneur de greffe.

« Les zones corticales participent de façon majeure au maintien de la structure Anatomo-Physiologique, elles sont les plus résistantes à la résorption lors du vieillissement »

Ne pas recourir aux greffes osseuses préalables, permet de gagner du temps et d'aider les patients qui ne peuvent, ni ne souhaitent avoir recours à des chirurgies pré-implantaires lourdes et coûteuses.

Dans le cas d'un édentement complet, le patient peut rapidement retrouver des dents fixes fonctionnelles et esthétiques.

Réhabilitation des **résorptions osseuses extrêmes**

L'implantologie basale est complémentaire de l'implantologie axiale. Elle est recommandée quand l'implantologie classique a atteint ses limites.

Objectifs & bénéfices pour le patient édenté total :


Récupération immédiate
des dents fixes


Eviter les greffes osseuses
complexes et coûteuses

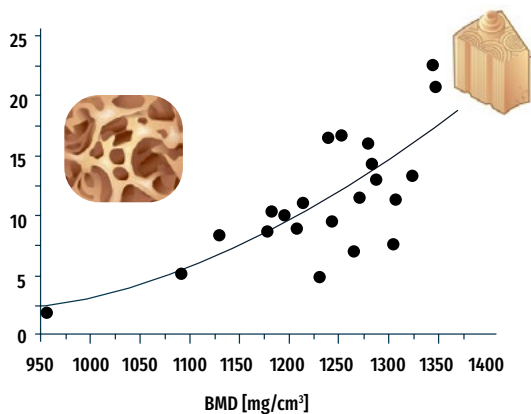

Taux de réussite
élevé dans le temps


Hygiène facile


Investissement financier
modéré


Retour rapide à une activité sociale
ou professionnelle

« Les capacités de résistance de l'os cortical sont 5 fois supérieures à celles de l'os spongieux »



- Les zones corticales constituent les **poutres principales** du squelette des mâchoires.
- Elles ont un **rôle majeur** dans le maintien de la structure anatomique.
- Elles sont les **moins touchées** par les variations métaboliques liées au vieillissement (ménopause, ostéoporose etc.).




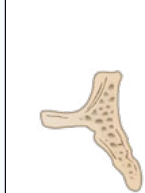

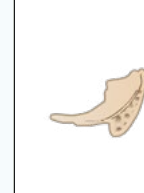
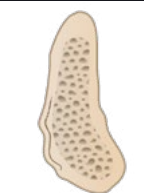
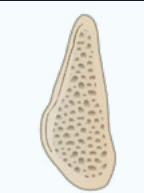

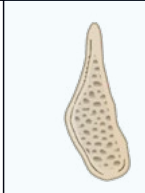
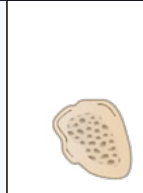
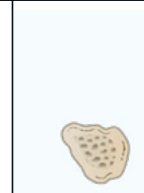
Lorsque la fonte osseuse se poursuit, l'os alvéolaire disparaît en quasi-totalité, pour ne laisser que l'os basal.

Les piliers de la face, essentiellement constitués d'os cortical, sont de solides poutres pour l'ancrage des implants basaux. Ce raisonnement découle de la chirurgie orthopédique et de l'expérience.

Au maxillaire : piliers ptérygoïdiens, piliers zygomatiques, piliers canins et épine nasale

A la mandibule : trigone rétro-molaire (branches montantes, ramus), zone mentonnière

« Les techniques de chirurgie basale prennent alors tout leur sens »

Maxillaire						
Mandibule						
	A	B	B-w	C-w	C-h	D

En 1985, Misch et Judy ont présenté une classification des os disponibles (**divisions A, B, C, D**), qui est similaire dans les deux arcades. On a suggéré des implants, des méthodes de greffe osseuse et un traitement prosthodontique pour chaque catégorie d'os. **A**, abondant; **B**, à peine suffisant; **C**, compromis; **D**, déficient; **h**, hauteur inadéquate; **w**, largeur inadéquate.



Technique de l'expansion osseuse avec l'implant Fratex®

Pour crêtes fines et extra fines

Concept thérapeutique de préparation
ostéogénique/distraktion/implantation immédiate.



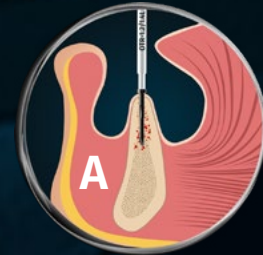
CONNEXION
OCTOGONE
INTERNE

**CONNEXION
OCTOGONE INTERNE**
Précédée d'un cône morse
(BREVETÉE)

COL LISSE
Hauteur 0.5 mm :
respect des tissus mous

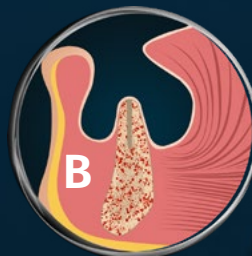
MICROSPIRES
Non engageantes, réalisent
l'expansion crestale en douceur par
glissement axial. Elles constituent plus
de la moitié de l'implant

MACROSPIRES
Se terminent par un apex pointu
facilitant la pénétration de la corticale
apicale. "Effet tire-fond majeur dans la
dynamique de la distraction osseuse"



OSTÉOTENSEUR ROTATIF DE GROS DIAMÈTRE

Prévoir au préalable un avant-trou avec une fraise
tungstène. Puis 1 seul impact d'Ostéotenseur® rotatif
de gros diamètre 20.000 tr/min

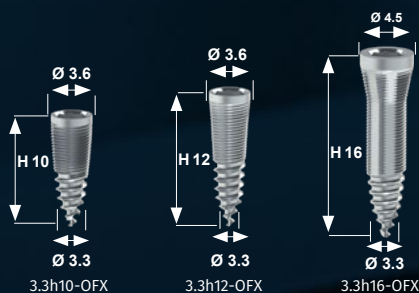


ACTIVATION OSTÉOGÉNIQUE

4 à 7 jours : transformation os type 1
en type 2/3 actif néoangiogenèse,
assouplissement de la matrice

EXPANSION DE CRÊTE FINE

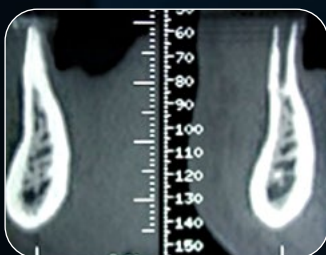
À l'aide de l'implant Fratex®
de longueur adaptée.
Attendre 4 mois avant
mise-en-charge



1 seule gamme prothétique
pour les 2 émergences Ø 3.6 et Ø 4.5

Cas clinique Fratex®: crête fine, os type D1

Objectif : faire une expansion naturelle de crête



PRÉSENCE D'UN ESPACE RÉDUIT



ACTIVATION OSTÉOGÉNIQUE

De 4 à 7 jours avant la pose
de l'implant. 1 seul impact
d'Ostéotenseur® rotatif
20.000 tr/min



POSE D'IMPLANT FRATEX

4 à 7 jours plus tard, vérification
de l'assouplissement de l'os
et mise en place d'un implant
Fratex® de dimension adaptée



OBLIK® PARA-SINUSIEN



CONNEXION
MONOBLOC

COL LISSE

Hauteur max. 4.5 mm :
respect des tissus mous

CONNECTIQUE MONOBLOC CYLINDRO ELLIPSOÏDALE (BREVETÉE)

Répartition des contraintes diminuant
le risque de fracture de la vis

TRIPLE MICRO FILET

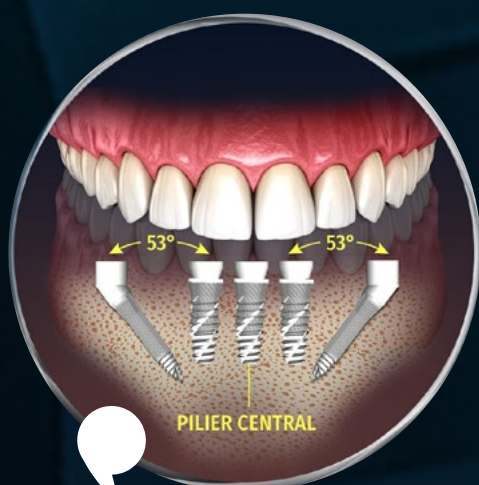
Augmente la surface de rétention
et le contact de l'os / implant

MACRO FILET

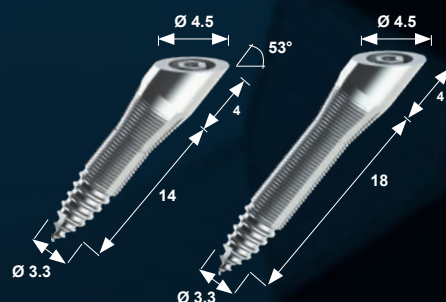
Excellente gestion
des densités osseuses

APEX ENGAGEANT

Auto-taroudant par rotation

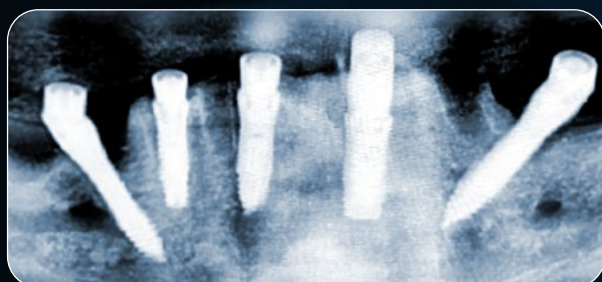


Adapté à la technique
All-on-Five



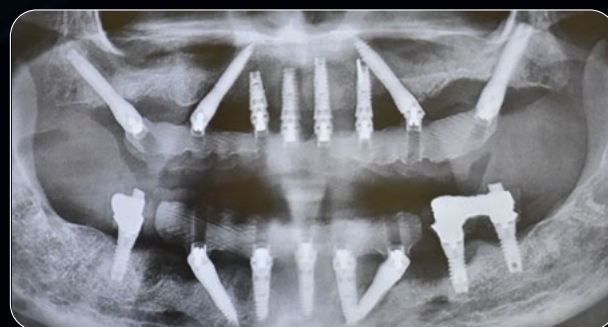
Cas clinique Fratex Oblik®

Crête atrophique au-dessus du canal alvéolaire



ANCRAGE SYMPHYSAIRE TYPE D1

Objectif : ancrage dans la zone symphysaire



OBLIK® PARA-SINUSIEN

OBLIK® PARA SYMPHISAIRE



Implant Tubéro-Ptérygoïdien



Permet un ancrage solide dans les zones distales maxillaires, évite les comblements sinusiens et les greffes préalables

Auto-taraudant sur toute la hauteur, micro-fileté, l'implant est vissable et impactable.



CONNEXION
MONOBLOC

C'est la seule racine artificielle du marché possédant ces propriétés.

CONNECTIQUE MONOBLOC (BREVETÉE)

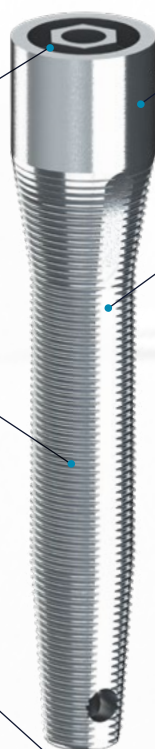
Répartition des contraintes diminuant le risque de fracture de la vis prothétique

QUADRUPLE GOUTTIÈRE

Permet de contrôler l'avancée de l'implant lors de l'impaction à l'image de rails de chemin de fer

APEX

Auto-taraudant par rotation

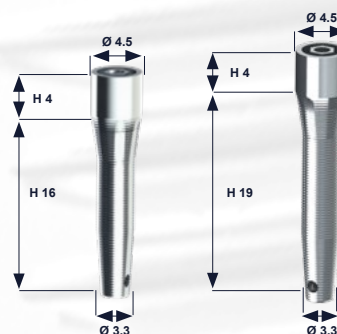


COL LISSE

Sur 4 mm, gestion optimale des tissus mous au niveau de la tubérosité

MICRO FILETAGE SUR TOUTE LA HAUTEUR

Augmente la surface de rétention et le contact de l'os / implant



La pose de l'implant Ptérygoïdien ne nécessite qu'un seul foret à étage spécifique de chez Victory®



CAS CLINIQUE 12 ANS POST-OP

Bridge d'usage à 12 ans post-op

Objectif : ancrage dans la zone ptérygoïdienne

MAXILLAIRE ATROPHIQUE



Implant Zygomatique

Pour le maxillaire atrophique



CONNEXION
MONOBLOC

CONNECTIQUE MONOBLOC CYLINDRO ELLIPSOÏDALE (BREVETÉE)

Répartition des contraintes
diminuant le risque de fracture
de la vis prothétique

APEX ENGAGEANT

Permet l'ancrage dans la corticale
de l'os zygomatique

COL LISSE

Répartition des contraintes diminuant
le risque de fracture de la vis

COL LISSE SUIVI D'UN CORPS LISSE

Pour une gestion optimale des tissus mous

MICRO FILETAGE

Augmente la surface de rétention
et le contact de l'os / implant

MACRO FILETAGE

Excellente gestion des densités
osseuses avec concept tire-fond

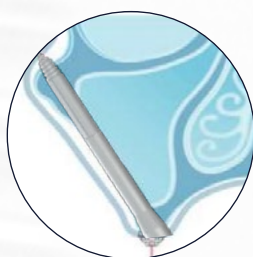


*Compatible avec l'ensemble
des techniques basales*



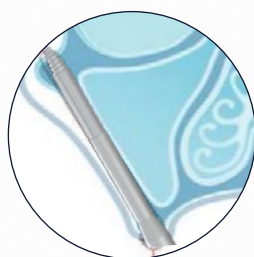
ZAGA 0

Paroi latérale du sinus
très plate



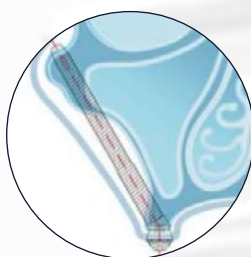
ZAGA I

Paroi latérale du sinus
légèrement concave



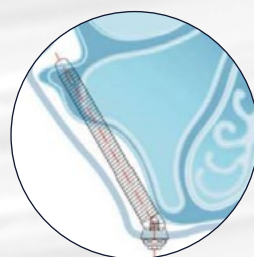
ZAGA II

Paroi latérale du sinus
légèrement concave



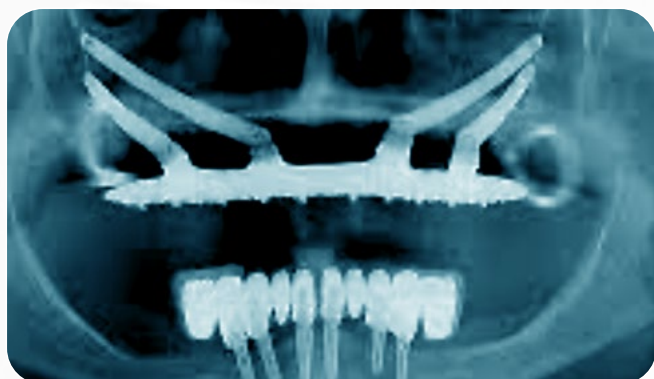
ZAGA III

Paroi latérale du sinus
fortement concave



ZAGA IV

Paroi latérale du sinus
encore plus concave



Cas clinique d'un quad Zygo

**Permet d'éviter les ancrages de trop faible
qualité dans le maxillaire atrophique**

Les implants zygomatiques ne sont jamais indiqués pour
les unitaires mais doivent être utilisés en conjonction
avec d'autres implants reliés par un bridge vissé.



Diskimplant plaque®

Technique pour les atrophies sévères



*Zones atrophiques extrêmes
mandibulaires & maxillaires*



CONNEXION MONOBLOC
SANS RAJOUT NI SOUDURE

ZONES DE PLIAGE

Augmentent la surface de rétention
et le contact de l'os / implant

ŒILLETS DE FIXATION

Fixations optimisées pour l'ancrage
par des vis d'ostéosynthèse

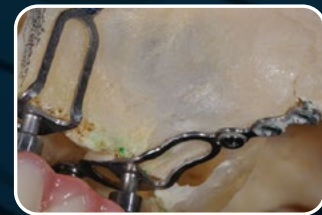
COL LISSE TRANSMUQUEUX

Hauteur 3mm pour la bonne gestion
des tissus mous

CONNECTIQUE MONOBLOC (BREVETÉE)

Répartition des contraintes diminuant
le risque de fracture de la vis prothétique

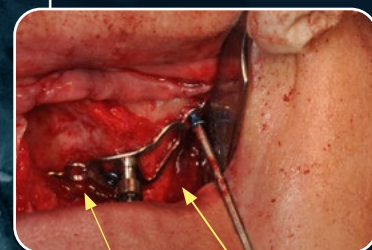
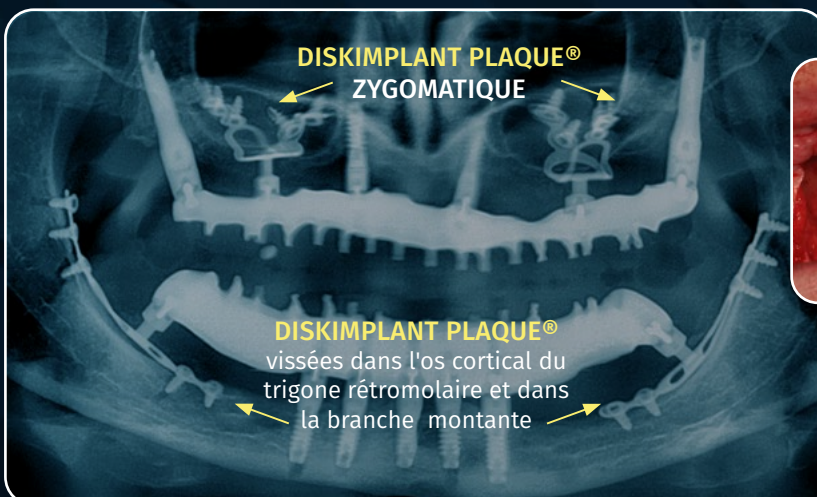
Les Diskimplants plaque®
ne sont jamais indiqués
pour le remplacement
de dent unitaire



Diskimplants plaque®
avec vis d'ostéosynthèse
dans le pilier canin
et sur l'os zygomatique

Technique d'ancrage sur zones atrophiques

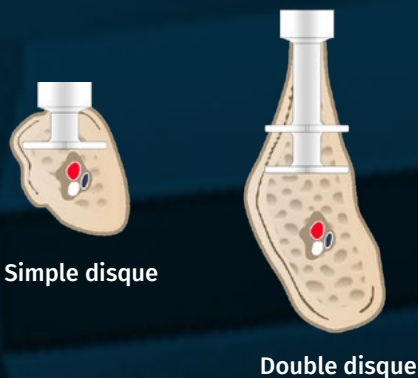
Utilisation de l'os compact résiduel



TECHNIQUE D'ANCRAGE
sur l'os zygomatique à l'aide
de vis d'ostéosynthèse

VIS ANCRÉE
dans la voûte palatine

Racine artificielle en titane à insertion latérale permettant la mise en place immédiate dans de faibles volumes osseux sans greffe osseuse préalable



Simple disque

Double disque

● SIMPLE DISQUE

Permet sa mise en place dans des hauteurs osseuses inférieures à 4mm grâce à son ancrage multi-cortical instantané

Maxillaire postérieur & antérieur résorbé

Mandibule postérieure & antérieure résorbée

Existe dans une forme asymétrique
Exemple : 9 x 7mm en simple disque

● DOUBLE DISQUE

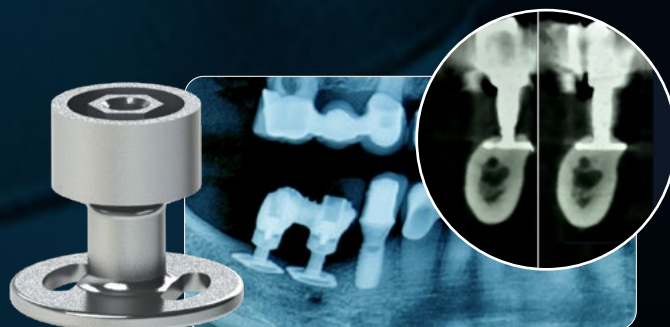
1. Crête haute et mince au maxillaire ou mandibule

Largeur de la crête <3mm
Hauteur de l'os >6mm

2. Remplacement d'une seule dent lorsque la paroi osseuse vestibulaire a été complètement perdue au moment de l'extraction ou après l'échec de R.O.G.

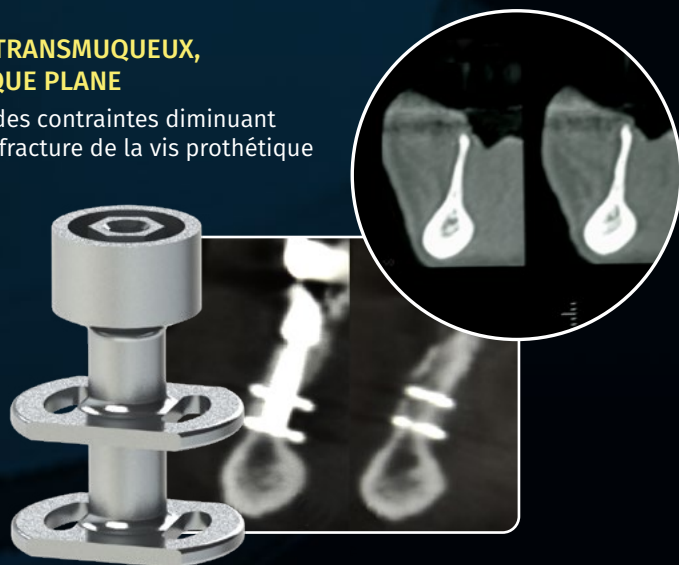
Existe dans une forme asymétrique
Exemple : 7 x 5 mm en double disque

- Simplifie la gestion des crêtes osseuses résorbées
- Ostéotomie latérale réalisée en un seul geste sous irrigation abondante grâce à un cutter en titane homologué du Diskimplant®



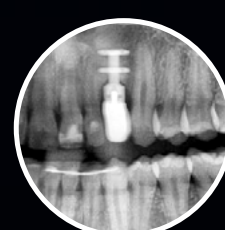
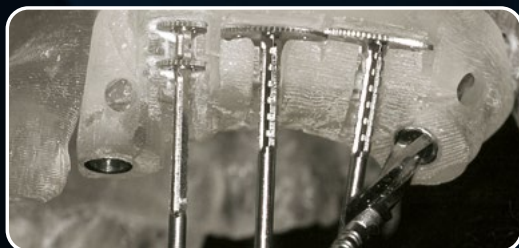
COL LISSE TRANSMUQUEUX, CONNECTIQUE PLANE

Répartition des contraintes diminuant le risque de fracture de la vis prothétique



Ostéotomie latérale et axiale guidée

ou approche traditionnelle



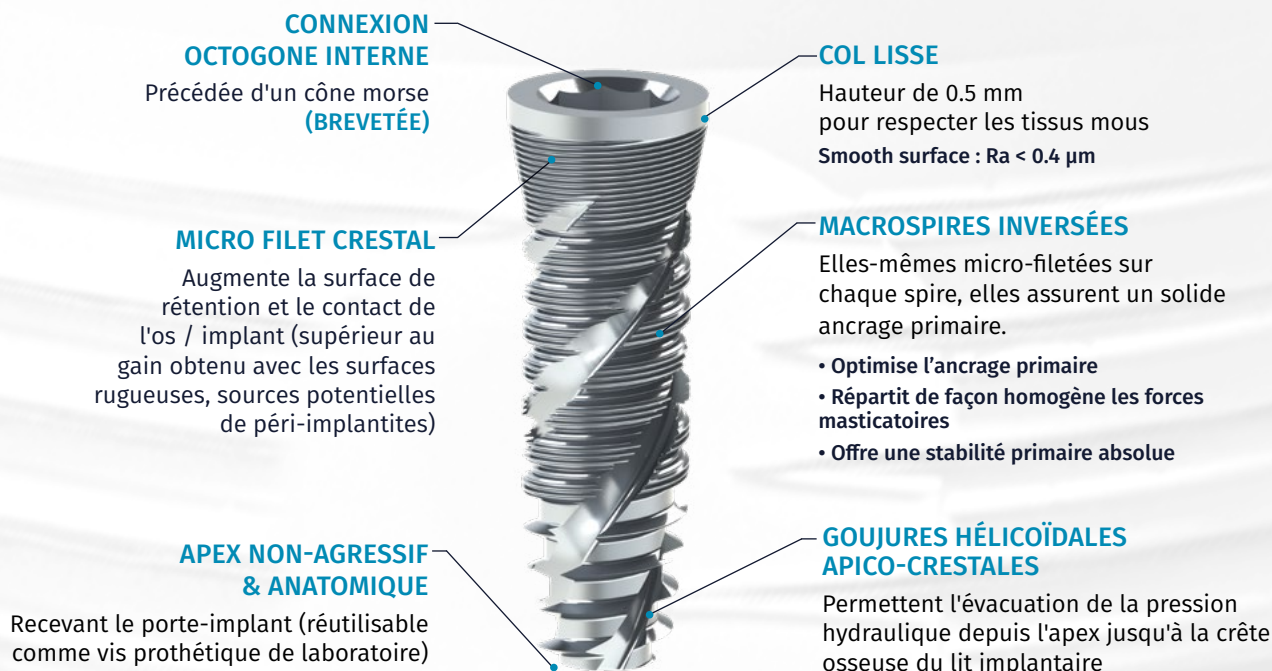
Ostéotomie latérale de corticale à corticale, à l'aide d'un double cutter en titane homologué légèrement sous-dimensionné. Le diskimplant® est impacté latéralement en douceur. Il sert de mainteneur de greffe pour combler l'ostéotomie. R.O.G. lors de la pose. Délai de 6 mois avant sa mise en charge. La mise en charge immédiate est possible en cas d'implantation totale.



CONNEXION
OCTOGONE
INTERNE

Fractal Plus®*

Pour s'adapter aux différentes densités osseuses



• Départ des filets de l'apex pour une grande capacité auto-taraudante • Meilleur contrôle de l'axe d'insertion recherché



*Il existe également des implants Fractal® monoblocs (FPM) à connectique plane intégrée

Pilier transgingival monobloc**

"Pour passer de bone level à tissue level"



Un pilier transgingival monobloc se monte sur les implants Fractal® OI et Fractal® OI pour convertir la connexion OI en connexion monobloc. C'est une connexion solide pour réaliser tous types de prothèses vissées et/ou scellées. Elle permet des rattrapages importants d'axes divergeants. Il existe également les piliers Victory® Multi-Unit.



La connectique plane monobloc offre une très bonne répartition des contraintes

Double centrage avec la couronne cylindrique et l'hexagone



La vis de fixation M1.4 traitée DLC est serrée à 20 N.cm

Excellente stabilité de la prothèse diminue les contraintes sur la vis M1.4 évitant la casse de celle-ci.

**Il existe 3 hauteurs de piliers transgingivaux monoblocs :

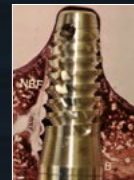
• H=2mm • H=3mm • H=4mm



Implant Fractal Lift®

Technique de soulevé de sinus

Alternative au sinus lift



Sécurité d'abord !

Le col plus large que le corps évite l'envoi intempestif du Fractal® dans le sinus. Les spires inversées freinent une avancée trop rapide.

CONNEXION OCTOGONE INTERNE

Précédée d'un cône morse (BREVETÉE)

MICRO FILET

Augmente la surface de rétention et le contact de l'os / implant

MACROSPIRES INVERSÉES

Servent d'ascenseur tissulaire. Elles facilitent le transport des cellules souches et le soulevé de sinus

TROIS GOUJURES HÉLICOÏDALES

Permettent la progression en douceur de l'implant, ainsi qu'une bonne condensation osseuse

OUVERTURES LATÉRALES & APICALES

Assurent l'évacuation de la pression hydraulique le long des goujures latérales en fin de vissage

APEX ARRONDI

Limite les risques de perforation de la membrane sinusienne



1 seule gamme prothétique

pour les 2 diamètres d'implants Ø 3.75 & Ø 4.75

Technique du Fractal Lift®

Soulèvement atraumatique de l'ensemble plancher osseux & membrane sinusienne



L'Ostéotenseur® manuel traverse le plancher sinusien crestalement et latéralement. Il doit traverser la membrane sinusienne.



Une fois retirée, la pointe ultrafine de l'Ostéotenseur® manuel permet la fermeture instantanée des tissus. Elle provoque un discret saignement sous-épithélial qui est à l'origine d'un cal osseux à 45 jours post-opératoires.

Pour que la technique Fractal Lift® fonctionne, il faut une hauteur d'os initiale supérieure à 3 mm (à t = 0). Le passage trans-sinusien d'un Ostéotenseur® manuel est essentiel 45 jours avant la pose de l'implant. Il permet une formation d'un cal osseux intra-sinusien sous-membranaire.



Cette stimulation ostéogénique active le pool cellulaire endosté et périosté. L'implant Fractal®, grâce à ses macrospires inversées va servir de transporteur ostéogénique en réalisant une distraction verticale de son lit osseux.

Permet un soulevé du plancher sinusien après activation ostéogénique

À t=45j la densité osseuse est passée de D4 / D3 à D2 actif.
La mise en place de l'implant Fractal® ne nécessite qu'un seul foret !



Les produits Victory sont des dispositifs médicaux possédant le marquage CE0459 pour les classes IIa et IIb. Les produits de classes I portent le marquage CE par auto-certification. Ces produits répondent aux exigences essentielles de la Directive 93/42/CEE. Produits non pris en charge par la CPAM. Lire attentivement la notice avant utilisation d'un produit Victory.

Ed.06-2023