



Distraction de crête alvéolaire

Vue d'ensemble des produits



Be on the right TRACK !

L'augmentation de la crête alvéolaire est indiquée en cas de déficits alvéolaires congénitaux ou acquis. Les causes courantes de la perte osseuse alvéolaire acquise sont les suites d'une extraction, une avulsion dentaire traumatique, les maladies parodontales ou les résections tumorales.

La distraction dans la chirurgie orale et crânio-maxillo-faciale

La nature du déficit peut constituer un obstacle au positionnement idéal d'implants et compromettre les attentes esthétiques et prothétiques.

Sur la base de la technique d'Ilizarov et du travail révolutionnaire de Hidding et Zöller, la distraction verticale de la crête alvéolaire à l'aide de dispositifs de distraction spécialement conçus est devenue une méthode de pointe pour le traitement réussi de tels défauts osseux. Considérée comme une technique de grande valeur dans les cas de perte prématurée de dents en raison d'une maladie ou d'une lésion parodontale, elle améliore de manière significative la base de substance, permettant ainsi un meilleur support et une fixation plus ferme d'implants dentaires. Elle garantit aussi de meilleurs résultats esthétiques par rapport à la plupart des techniques d'augmentation conventionnelles.

La gamme de distracteurs TRACK offre désormais un éventail complet de dispositifs individuels destinés au traitement de petits défauts partiels de la crête alvéolaire maxillaire et mandibulaire, et même de la mandibule édentée hautement atrophiée, qui a déjà profité à un nombre considérable de cas cliniques traités dans le monde entier. Le processus de distraction varie naturellement en fonction des patients. En règle générale, l'ensemble du processus de distraction, de l'insertion au retrait du dispositif, peut être achevé en 3 à 4 mois.

Une fois le distracteur mis en place, une phase de latence initiale de 5 à 7 jours est généralement nécessaire. Au cours de la phase suivante, le distracteur est écarté d'environ 1 mm par jour à l'aide d'une clé d'activation.

Dès que la hauteur osseuse souhaitée est atteinte, la phase de consolidation commence et s'étend sur environ 8 à 12 semaines. Pendant cette période, le distracteur est laissé en place afin de stabiliser le nouvel os (encore mou). Lorsque le distracteur est finalement retiré, les implants dentaires sont posés au même moment.

Dans cette brochure, vous trouverez des dispositifs de distraction verticale pour toutes les indications possibles, y compris les instruments qui s'y rapportent, ainsi que des modules de rangement permettant de traiter l'ensemble du matériel dans un seul kit.

Un petit outil pour un effet de taille !



Quels sont les avantages de la distraction du processus alvéolaire ?

Ce type de distraction présente en effet de nombreux avantages par rapport aux techniques traditionnelles de reconstruction osseuse :

- Il n'est pas nécessaire de prélever de la substance osseuse sur d'autres parties du corps pour la greffer sur la mandibule ou le maxillaire
- Pas besoin d'utiliser de matériau artificiel (substitut osseux)
- La distraction permet non seulement la formation de nouvelle substance osseuse, mais aussi une augmentation de la croissance de la muqueuse, et donc de meilleurs résultats esthétiques
- Dans la plupart des cas, une correction supplémentaire des tissus mous n'est pas nécessaire
- La procédure est plus ou moins indolore



Développé en coopération avec

Prof. Dr. Dr. J. Hidding
Dépt. de chirurgie maxillo-faciale
Hôpital Bethesda de Mönchengladbach, Allemagne

Prof. Dr. Dr. J. E. Zöller, Dr. Dr. F. Lazar
Dépt. de chirurgie maxillo-faciale
Hôpital universitaire de Cologne, Allemagne

Indications

- Défauts partiels du processus mandibulaire et maxillaire
- Maladies parodontales avec perte osseuse localisée sévère
- Atrophie localisée de la crête alvéolaire

Contre-indications

- Volume osseux insuffisant
- Densité osseuse insuffisante
- Ostéoporose sévère
- Une maladie systémique grave constitue une contre-indication générale

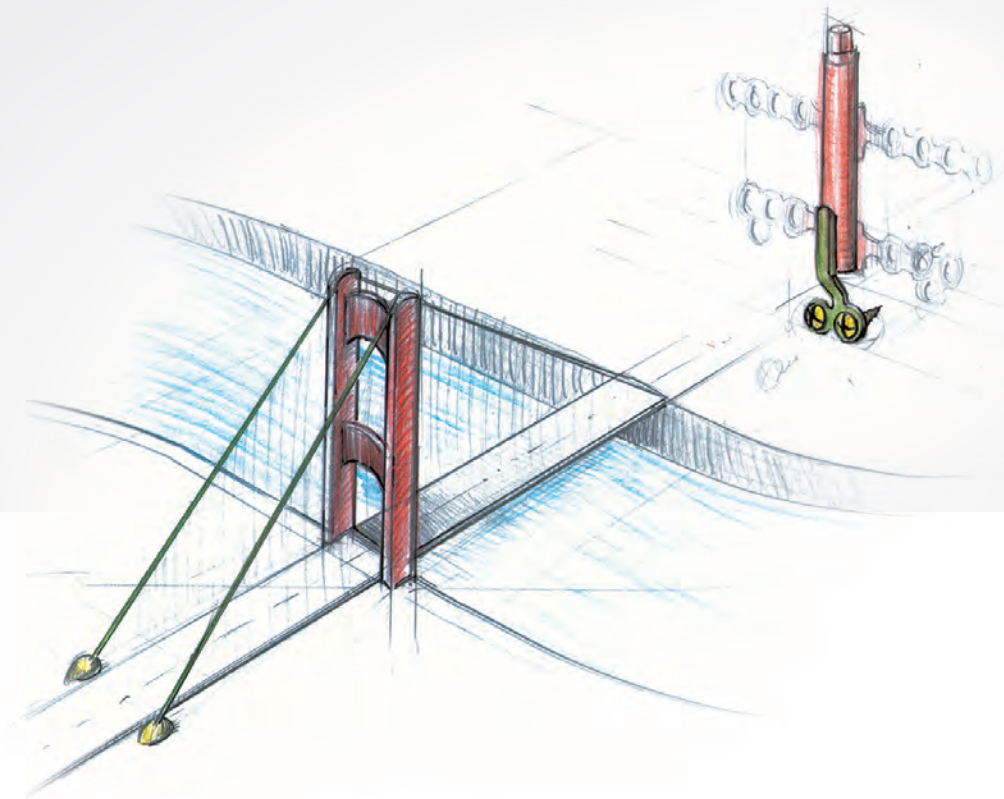
Application pas à pas



1. En fonction de la taille et de la localisation du défaut, il convient d'administrer une anesthésie générale ou locale.
2. Après une incision horizontale dans le vestibule, l'élévation d'un lambeau muco-périosté buccal est effectuée pour mettre à nu le cortex latéral, sans élévation de la muqueuse crestale.
3. Le distracteur vertical est placé dans la position souhaitée. Les micro-plaques sont ensuite soigneusement cintrées pour épouser la forme de la mandibule à l'aide des pinces à cintrer 25-486-13-07 et 51-525-76-04 ou 51-520-70-07 ou 51-530-70-07. Vérifier que le vecteur de distraction est correct et éviter toute interférence occlusale.
4. Dans cette position, un trou est percé de chaque côté des micro-plaques et une micro-vis monocorticale (4 ou 5 mm) est insérée.
5. Le distracteur est à nouveau retiré et la ligne d'ostéotomie est ensuite marquée à l'aide d'une fraise Lindemann.
6. Deux ostéotomies verticales sont réalisées à l'aide d'une scie alternative. Une troisième ostéotomie horizontale est réalisée en direction apicale pour rejoindre le composant vertical. De cette manière, une ostéotomie alvéolaire segmentaire est réalisée.
7. Le segment est à présent entièrement mobilisé à l'aide de ciseaux fins en direction linguale. Il importe de faire attention au nerf mandibulaire.
8. L'ostéotomie segmentaire est réalisée immédiatement à proximité des dents voisines afin d'assurer une couverture complète du défaut sans endommager la structure parodontale.
9. Le distracteur est ensuite fixé à nouveau dans la même position à l'aide des vis précédemment utilisées.
10. Des vis supplémentaires sont alors insérées après forage sur les côtés caudal et crânien. Vérifier et ajuster le vecteur avant de placer deux vis dans la plaque de stabilisation du vecteur caudal.
11. Enfin, le fonctionnement du distracteur est vérifié, tout comme une éventuelle interférence de la tige de distraction avec l'occlusion.
12. Les tissus mous sont suturés. Un contrôle radiographique postopératoire est recommandé.
13. Au bout de 5 à 7 jours, la distraction peut commencer à raison d'environ 1 mm par jour (pour le nombre de tours, se reporter au tournevis patient).
14. Une période de contention d'environ 6 semaines est recommandée.
15. Le retrait du distracteur peut être effectué, normalement sous anesthésie locale.
16. La pose d'implants devrait être prévue pour le moment du retrait du distracteur.

Le distracteur est exclusivement destiné à un usage unique !

Petite plaque,
effet de taille !



Comme le montrent les publications et rapports scientifiques, les bascules du vecteur de distraction en direction linguale ou palatine qui surviennent pendant la phase de distraction comptent parmi les complications les plus fréquentes de la distraction du processus alvéolaire.

Cette situation indésirable peut être évitée de manière fiable en utilisant une plaque supplémentaire à l'extrémité inférieure du distracteur.

L'effet de stabilisation ainsi obtenu peut être illustré au mieux par une comparaison avec un pont. La pile soutenant le pont correspond au corps de distraction, souvent sujet à des basculements dus à la traction des tissus. De la même manière, les haubans de la pile du pont ancrés dans le sol correspondent à la plaque de tension qui compense ces forces.

Une série de tests biomécaniques a montré que le TRACK équipé d'une plaque supplémentaire triple sa stabilité et sa résistance à la bascule par rapport aux modèles TRACK n'utilisant pas de plaque supplémentaire.

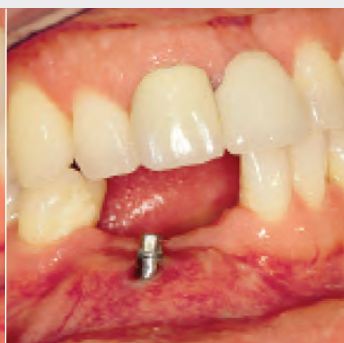
TRACK 1.0

Indications

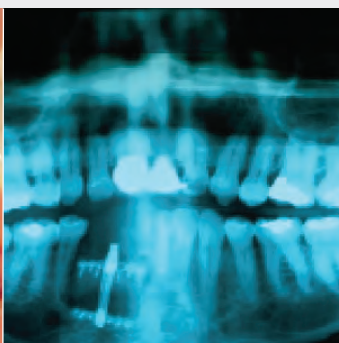
- petits défauts partiels de la crête alvéolaire maxillaire et mandibulaire



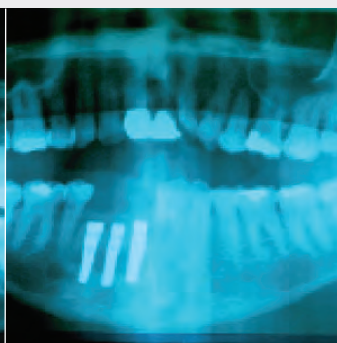
Défaut, avant opération



Distracteur pendant la phase de consolidation



Phase de consolidation



Après la pose d'implants



51-525-15-09

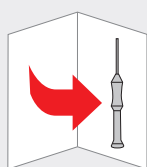
TRACK 1.0

Longueur de distraction 15 mm

Ti 1

Remarque :
pour éviter une rupture de plaque pendant l'adaptation, toujours utiliser la combinaison de pinces à cintrer 25-486-13-07 et 51-525-76-04 ou 51-520-70-07 ou 51-530-70-07.

Vis et forets hélicoïdaux pour TRACK 1.0



Tournevis et lames, voir page 25

Explication des icônes

- St** Acier
- Ti** Titane
- 1** Unités/conditionnement
- Centre Drive®
- maxDrive®
- maxDrive® Hex Head
- Fixation dentaire
- Connexion en J

Centre Drive® 1,0 mm



Micro-vis

autobloquantes



Ø x longueur	Centre Drive®
1,0 x 4 mm	25-660-04-09
1,0 x 5 mm	25-660-05-09
1,0 x 6 mm	25-660-06-09

Vis d'urgence

autobloquantes



Ø x longueur	Centre Drive®
1,2 x 5 mm	25-661-05-09

maxDrive® Hex Head 1,2 mm



Vis autotaraudeuses à tête hexagonale



Ø x longueur	Longueur du filet	maxDrive®
1,2 x 7 mm	5 mm	50-347-07-09
1,2 x 9 mm	7 mm	50-347-09-09

Lames de tournevis pour vis de 1,2 mm

pour manche de tournevis 25-402-99-07



maxDrive®
25-489-97-07

Mèches de préforage



Mèches de préforage (connexion en J)



Ø x longueur	Butée	Référence	
0,7 x 50 mm	5 mm	25-454-05-07	5
0,7 x 50 mm	5 mm	25-454-05-91	1
0,7 x 50 mm	7 mm	25-454-07-07	5
0,7 x 50 mm	7 mm	25-454-07-91	1

pour os dense

Ø x longueur	Butée	Référence	
0,8 x 50 mm	5 mm	25-457-05-07	5
0,8 x 50 mm	5 mm	25-457-05-91	1
0,8 x 50 mm	7 mm	25-457-07-91	1

Mèches de préforage (fixation dentaire)



Ø x longueur	Butée	Référence	
0,8 x 50 mm		26-153-08-07	1
0,7 x 19 mm	5 mm	50-916-05-07	1
0,7 x 21 mm	7 mm	50-916-07-07	5

Remarque :

Les vis à tête hexagonale facilitent le retrait en cas de prolifération osseuse ou lorsque la tête de vis est difficile à repérer lors du retrait. Bien que les vis à tête hexagonale ne nécessitent pas de forage préalable, un préforage peut s'avérer nécessaire en fonction de la structure osseuse du patient.

Les remarques suivantes s'appliquent aux distracteurs à cliquet :

le dégagement du distracteur doit être vérifié en position d'extension. Il faut s'assurer que les vis à tête hexagonale n'entrent pas en collision avec le mécanisme à cliquet.

Instruments pour TRACK 1.0



1/2

51-525-85-07
Tournevis patient,
droit

St 1



1/2

51-525-90-07
Tournevis patient,
combiné droit + coudé

St 1



1/2

51-525-95-07
Tournevis patient,
micro

St 1



1/2

25-435-10-07
16 cm / 6 1/4"
Lindorf
Pince à saisir les plaques

St 1



1/2

51-525-80-07
15,5 cm / 6"
Pince à saisir les
plaques, courbe

St 1

Explication des icônes

St Acier

Ti Titane

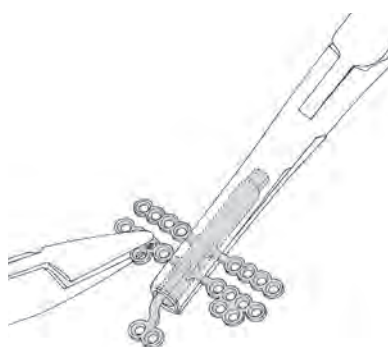
1 Unités/conditionnement

TC GOLD Instruments avec inserts de carbure de tungstène



25-486-13-07
13 cm / 5 1/2"
Pince à modeler

St 1 1
TC GOLD



51-525-76-04
13 cm / 5 1/2"
Pince à saisir le distracteur pour
TRACK 1,0 mm

St 1



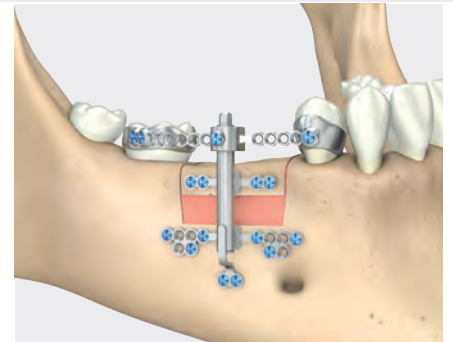
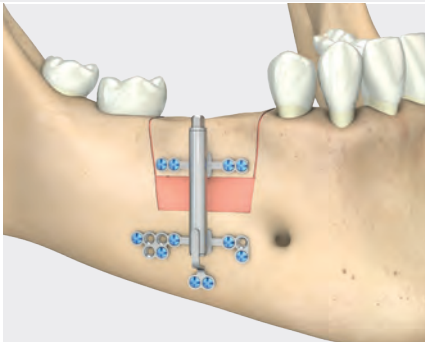
25-490-11-07
12 cm / 4 3/4"
Pince coupante pour
plaques

St 1

TRACK 1Plus

Indications

- pour segments de la crête alvéolaire allant jusqu'à 3-4 dents (35 mm)



TRACK 1.0 avec plaque de support 51-525-40-09 en option



51-524-12-09
TRACK 1Plus
Longueur de distraction 12 mm

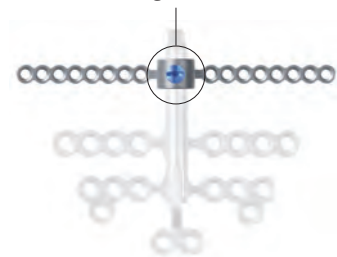
Ti 1



51-524-15-09
TRACK 1Plus
Longueur de distraction 15 mm

Ti 1

Vis de verrouillage maxDrive® 1,5 mm



51-525-40-09
Plaque de support en option pour TRACK 1.0
et TRACK 1 Plus

Ti 1

Remarque :
pour éviter une rupture de plaque pendant l'adaptation, toujours utiliser la combinaison de pinces à cintrer 25-486-13-07 et 51-525-76-04 ou 51-520-70-07 ou 51-530-70-07.

La plaque de support additionnelle du distracteur TRACK 1.0 ou TRACK 1Plus est fixée au moyen de vis maxDrive® 1,5 mm.

Pour les vis et les mèches de préforage, voir page 9.

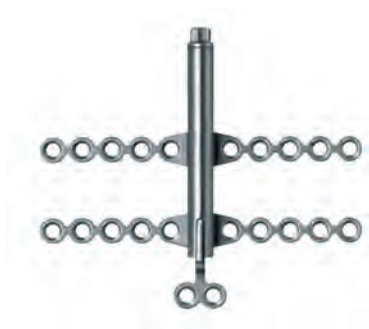
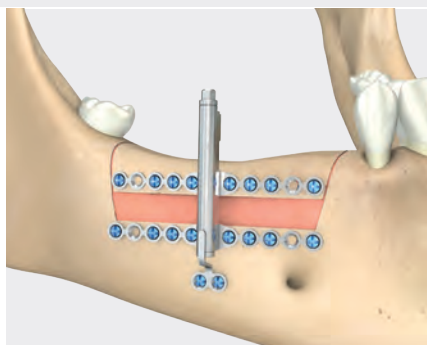
TRACK 1,5 mm

Indications

- pour atrophies de grande largeur jusqu'à 60 mm

Explication des icônes

- St** Acier
- Ti** Titane
- 1** Unités/conditionnement



51-520-15-09

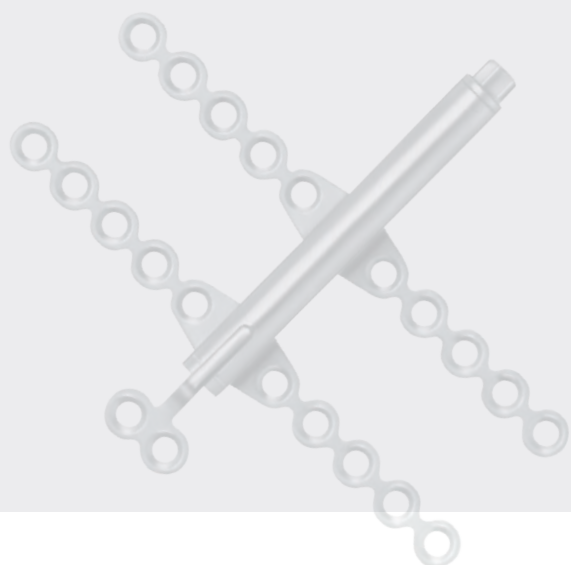
TRACK 1.5

Longueur de distraction 15 mm

Ti **1**

Remarque :
pour éviter une rupture de plaque pendant l'adaptation, toujours utiliser la combinaison
de pinces à cintrer 25-486-13-07 et 51-525-76-04 ou 51-520-70-07 ou 51-530-70-07.

Vis et forets hélicoïdaux TRACK 1Plus et TRACK 1.5



maxDrive® 1,5 mm



Micro-vis

autobloquantes

	Ø x longueur	maxDrive®
	1,5 x 4 mm	25-875-04-09
	1,5 x 5 mm	25-875-05-09
	1,5 x 6 mm	25-875-06-09
	1,5 x 7 mm	25-875-07-09

Vis d'urgence

autobloquantes

	Ø x longueur	maxDrive®
	1,8 x 4 mm	25-876-04-09
	1,8 x 5 mm	25-876-05-09
	1,8 x 7 mm	25-876-07-09

Vis autotaraudeuses

autobloquantes

	Ø x longueur	maxDrive®
	1,5 x 4 mm	25-878-04-09
	1,5 x 5 mm	25-878-05-09
	1,5 x 6 mm	25-878-06-09

maxDrive® Hex Head 1,5 mm



Vis autotaraudeuses à tête hexagonale

	Ø x longueur	Longueur du filet	maxDrive®
	1,5 x 7 mm	5 mm	50-348-07-09
	1,5 x 9 mm	7 mm	50-348-09-09

Lames de tournevis pour vis de 1,5 mm

pour manche de tournevis 25-407-03-04

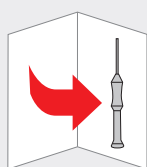
	maxDrive®	
	25-438-97-07	

Remarque :

Les vis à tête hexagonale facilitent le retrait en cas de prolifération osseuse ou lorsque la tête de vis est difficile à repérer lors du retrait. Bien que les vis à tête hexagonale ne nécessitent pas de forage préalable, un préforage peut s'avérer nécessaire en fonction de la structure osseuse du patient.

Les remarques suivantes s'appliquent aux distracteurs à cliquet :

le dégagement du distracteur doit être vérifié en position d'extension. Il faut s'assurer que les vis à tête hexagonale n'entrent pas en collision avec le mécanisme à cliquet.



Tournevis et
lames, voir page 25



Explication des icônes

- St** Acier
- Ti** Titane
- 1** Unités/conditionnement
- Centre Drive®
- maxDrive®
- maxDrive® Hex Head
- Fixation dentaire
- Connexion en J
- Raccord cylindrique

Centre Drive® 1,5 mm



Micro-vis

autobloquantes



Ø x longueur	Centre Drive®
1,5 x 4 mm	25-665-04-09
1,5 x 5 mm	25-665-05-09
1,5 x 6 mm	25-665-06-09
1,5 x 7 mm	25-665-07-09

Vis d'urgence

autobloquantes



Ø x longueur	Centre Drive®
1,8 x 5 mm	25-666-05-09
1,8 x 7 mm	25-666-07-09

Vis autotaraudeuses

autobloquantes



Ø x longueur	Centre Drive®
1,5 x 4 mm	25-668-04-09
1,5 x 5 mm	25-668-05-09
1,5 x 6 mm	25-668-06-09

Mèches de préforage



Mèches de préforage (connexion en J)



Ø x longueur	Butée	Référence	
1,1 x 50 mm		25-452-00-07	5
1,1 x 50 mm		25-452-00-91	1
1,1 x 50 mm	5 mm	25-452-05-07	5
1,1 x 50 mm	5 mm	25-452-05-91	1
1,1 x 50 mm	7 mm	25-452-07-07	5
1,1 x 50 mm	7 mm	25-452-07-91	1

Mèches de préforage

pour pièce à main coudée (fixation dentaire)



Ø x longueur	Butée	Référence	
1,1 x 20 mm	7 mm	50-920-07-07	1

Fraise (raccord cylindrique)



Ø x longueur	Butée	Référence	
1,1 x 45 mm	11 mm	38-051-45-0	1

Instruments pour TRACK 1Plus et TRACK 1.5



1/2

51-525-85-07
Tournevis patient,
droit, pour TRACK
1Plus

St 1



1/2

51-525-90-07
Tournevis patient,
combiné droit + coudé, pour TRACK 1Plus

St 1



1/2

51-525-95-07
Tournevis patient, micro,

St 1



1/2

51-500-90-07
Tournevis patient, droit,
pour TRACK 1.5

St 1



1/2

51-505-90-07
Tournevis patient, coudé,
pour TRACK 1.5

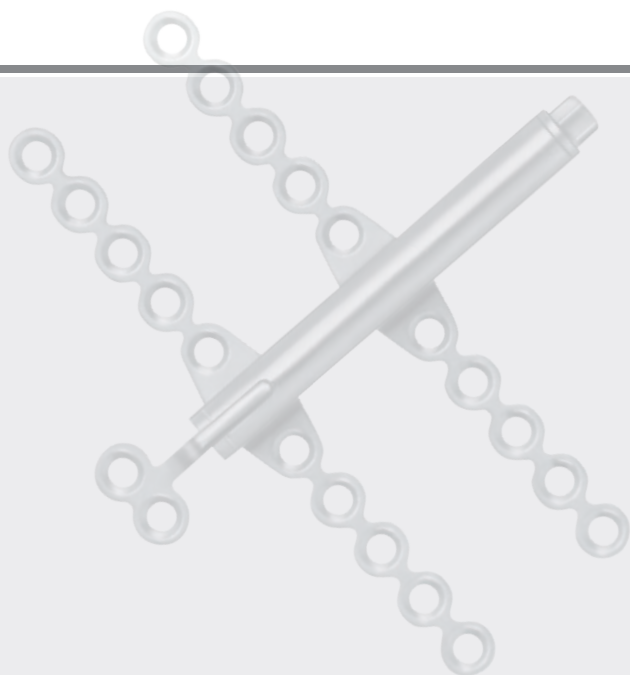
St 1



1/2

51-520-95-07
Tournevis patient, micro,
pour TRACK 1.5

St 1



Explication des icônes

- St** Acier
- Ti** Titane
- 1** Unités/conditionnement

TC GOLD Instruments avec inserts de carbure de tungstène



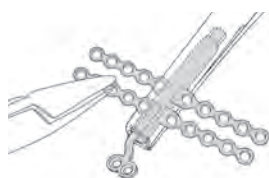
25-435-15-07
18 cm / 7"
Lindorf
Pince à saisir les
plaques

St 1



51-525-80-07
15,5 cm / 6"
Pince à saisir les
plaques, courbe

St 1



25-486-13-07
13 cm / 5 1/2"
Pince à modeler

St 1

TC GOLD



51-525-76-04
13 cm / 5 1/2"
Pince à saisir le
distracteur pour
TRACK 1Plus

St 1



51-520-70-07
13 cm / 5 1/2"
Pince à saisir le
distracteur pour
TRACK 1.5

St 1



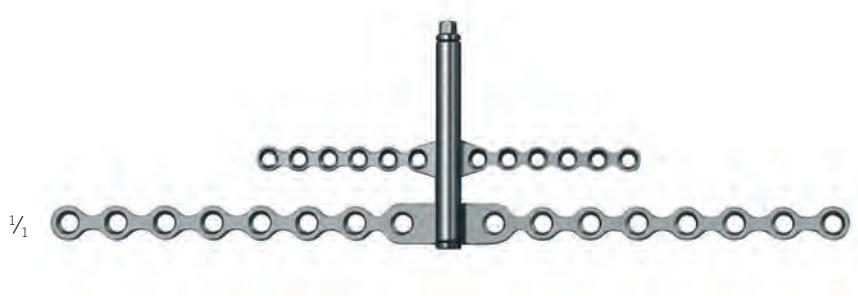
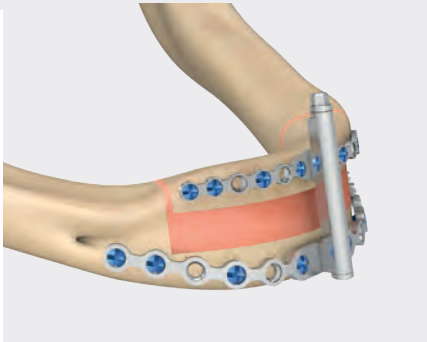
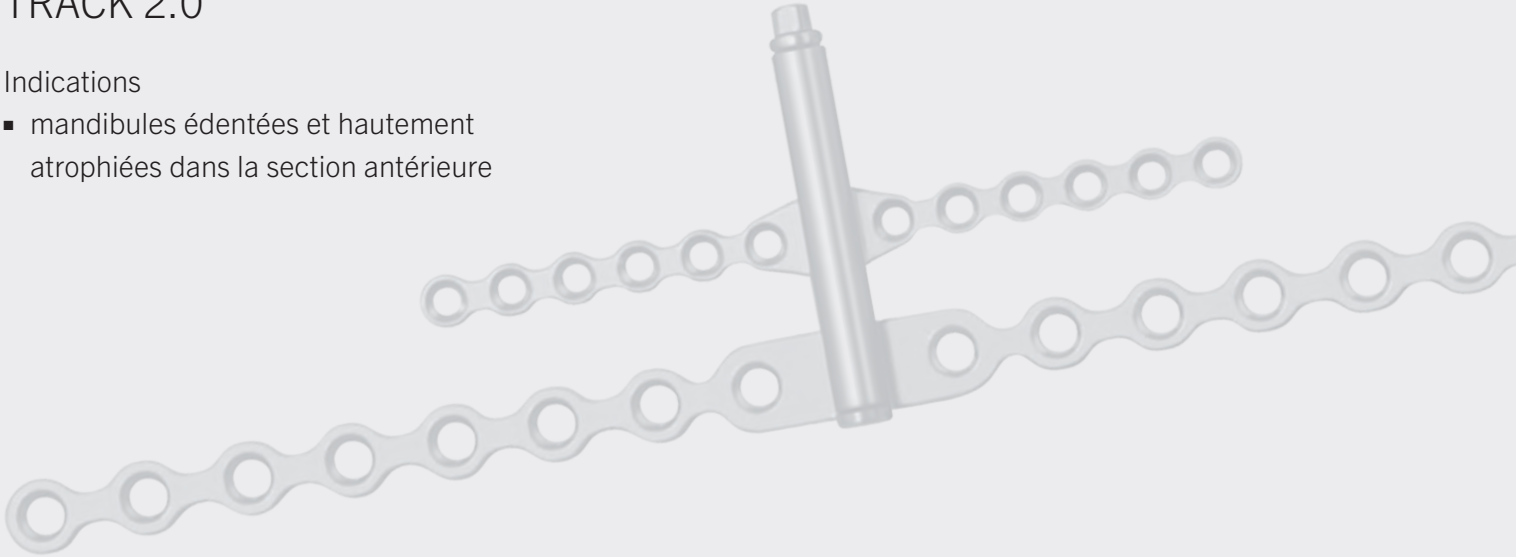
25-490-11-07
12 cm / 4 1/8"
Pince coupante
pour plaques

St 1

TRACK 2.0

Indications

- mandibules édentées et hautement atrophiées dans la section antérieure



51-530-15-09

TRACK 2.0

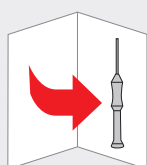
Longueur de distraction 15 mm

Ti 1

Remarque :

pour éviter une rupture de plaque pendant l'adaptation, toujours utiliser la combinaison de pinces à cintrer 25-486-13-07 et 51-525-76-04 ou 51-520-70-07 ou 51-530-70-07.

Vis 1,5 mm pour TRACK 2.0 pour plaque de transport



Tournevis et lames, voir page 25



Explication des icônes

- St** Acier
- Ti** Titane
- 1** Unités/conditionnement
- Centre Drive®
- maxDrive®
- maxDrive® Hex Head

maxDrive® 1,5 mm **Ti** **5**

Micro-vis autobloquantes

	Ø x longueur	maxDrive®
	1,5 x 4 mm	25-875-04-09
	1,5 x 5 mm	25-875-05-09
	1,5 x 6 mm	25-875-06-09
	1,5 x 7 mm	25-875-07-09

maxDrive® Hex Head 1,5 mm **Ti** **1**

Vis autotaraudeuses à tête hexagonale

	Ø x longueur	Longueur du filet	maxDrive®
	1,5 x 7 mm	5 mm	50-348-07-09
	1,5 x 9 mm	7 mm	50-348-09-09

Centre Drive® 1,5 mm **Ti** **5**

Micro-vis autobloquantes

	Ø x longueur	Centre Drive®
	1,5 x 4 mm	25-665-04-09
	1,5 x 5 mm	25-665-05-09
	1,5 x 6 mm	25-665-06-09
	1,5 x 7 mm	25-665-07-09

Vis d'urgence autobloquantes

	Ø x longueur	maxDrive®
	1,8 x 4 mm	25-876-04-09
	1,8 x 5 mm	25-876-05-09
	1,8 x 7 mm	25-876-07-09

Lames de tournevis pour vis de 1,5 mm

pour manche de tournevis 25-407-03-04

	maxDrive®
	25-438-97-07

St **1**

Vis d'urgence autobloquantes

	Ø x longueur	Centre Drive®
	1,8 x 5 mm	25-666-05-09
	1,8 x 7 mm	25-666-07-09

Vis autotaraudeuses autobloquantes

	Ø x longueur	maxDrive®
	1,5 x 4 mm	25-878-04-09
	1,5 x 5 mm	25-878-05-09
	1,5 x 6 mm	25-878-06-09

Remarque :

Les vis à tête hexagonale facilitent le retrait en cas de prolifération osseuse ou lorsque la tête de vis est difficile à repérer lors du retrait. Bien que les vis à tête hexagonale ne nécessitent pas de forage préalable, un préforage peut s'avérer nécessaire en fonction de la structure osseuse du patient.

Les remarques suivantes s'appliquent aux distracteurs à cliquet :

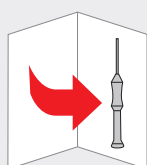
le dégagement du distracteur doit être vérifié en position d'extension.

Il faut s'assurer que les vis à tête hexagonale n'entrent pas en collision avec le mécanisme à cliquet.

Vis autotaraudeuses autobloquantes

	Ø x longueur	Centre Drive®
	1,5 x 4 mm	25-668-04-09
	1,5 x 5 mm	25-668-05-09
	1,5 x 6 mm	25-668-06-09

Vis 2,0 mm pour TRACK 2.0 pour plaque de base



Tournevis et lames, voir
page 25



maxDrive® 2,0 mm



Mini-vis

autobloquantes



Ø x longueur	maxDrive®
2,0 x 5 mm	25-872-05-09
2,0 x 6 mm	25-872-06-09
2,0 x 7 mm	25-872-07-09

Centre Drive® 2,0 mm



Mini-vis

autobloquantes



Ø x longueur	Centre Drive®
2,0 x 5 mm	25-662-05-09
2,0 x 6 mm	25-662-06-09
2,0 x 7 mm	25-662-07-09

Vis d'urgence

autobloquantes



Ø x longueur	maxDrive®
2,3 x 5 mm	25-873-45-09
2,3 x 7 mm	25-873-47-09

Vis d'urgence

autobloquantes



Ø x longueur	Centre Drive®
2,3 x 5 mm	25-663-45-09
2,3 x 7 mm	25-663-47-09

Vis autotaraudeuses

autobloquantes



Ø x longueur	maxDrive®
2,0 x 5 mm	25-879-05-09
2,0 x 6 mm	25-879-06-09
2,0 x 7 mm	25-879-07-09

Vis autotaraudeuses

autobloquantes



Ø x longueur	Centre Drive®
2,0 x 5 mm	25-669-05-09
2,0 x 6 mm	25-669-06-09

Forets hélicoïdaux Vis 1,5 et 2,0 mm

Explication des icônes

- St** Acier
- Ti** Titane
- 1** Unités/conditionnement
-  Centre Drive®
-  maxDrive®
-  Fixation dentaire
-  Connexion en J
-  Raccord cylindrique

Mèches de préforage pour vis 1,5 mm

St

Mèches de préforage (connexion en J)



	Ø x longueur	Butée	Référence	
	1,1 x 50 mm		25-452-00-07	5
	1,1 x 50 mm		25-452-00-91	1
	1,1 x 50 mm	5 mm	25-452-05-07	5
	1,1 x 50 mm	5 mm	25-452-05-91	1
	1,1 x 50 mm	7 mm	25-452-07-07	5
	1,1 x 50 mm	7 mm	25-452-07-91	1

Mèches de préforage pour vis 2,0 mm

St

Mèches de préforage (connexion en J)



	Ø x longueur	Butée	Référence	
	1,1 x 50 mm		25-449-00-07	5
	1,1 x 50 mm		25-449-00-91	1
	1,1 x 50 mm	5 mm	25-449-05-07	5
	1,1 x 50 mm	5 mm	25-449-05-91	1
	1,1 x 50 mm	7 mm	25-449-07-07	5
	1,1 x 50 mm	7 mm	25-449-07-91	1

Mèches de préforage pour pièce à main coudée (fixation dentaire)



	Ø x longueur	Butée	Référence	
	1,1 x 20 mm	7 mm	50-920-07-07	1

Mèches de préforage

pour pièce à main coudée (fixation dentaire)



	Ø x longueur	Butée	Référence	
	1,5 x 20 mm	7 mm	50-924-07-07	1

Fraise (fixation dentaire)



	Ø x longueur	Butée	Référence	
	1,1 x 45 mm	11 mm	38-051-45-0	1

Instruments pour TRACK 2.0



1/2

51-500-90-07
Tournevis patient,
droit

St 1



1/2

51-505-90-07
Tournevis patient,
coudé

St 1



1/2

51-520-95-07
Tournevis patient,
micro

St 1



1/2

25-435-15-07
18 cm / 7"
Pince à saisir les plaques,
de Lindorf

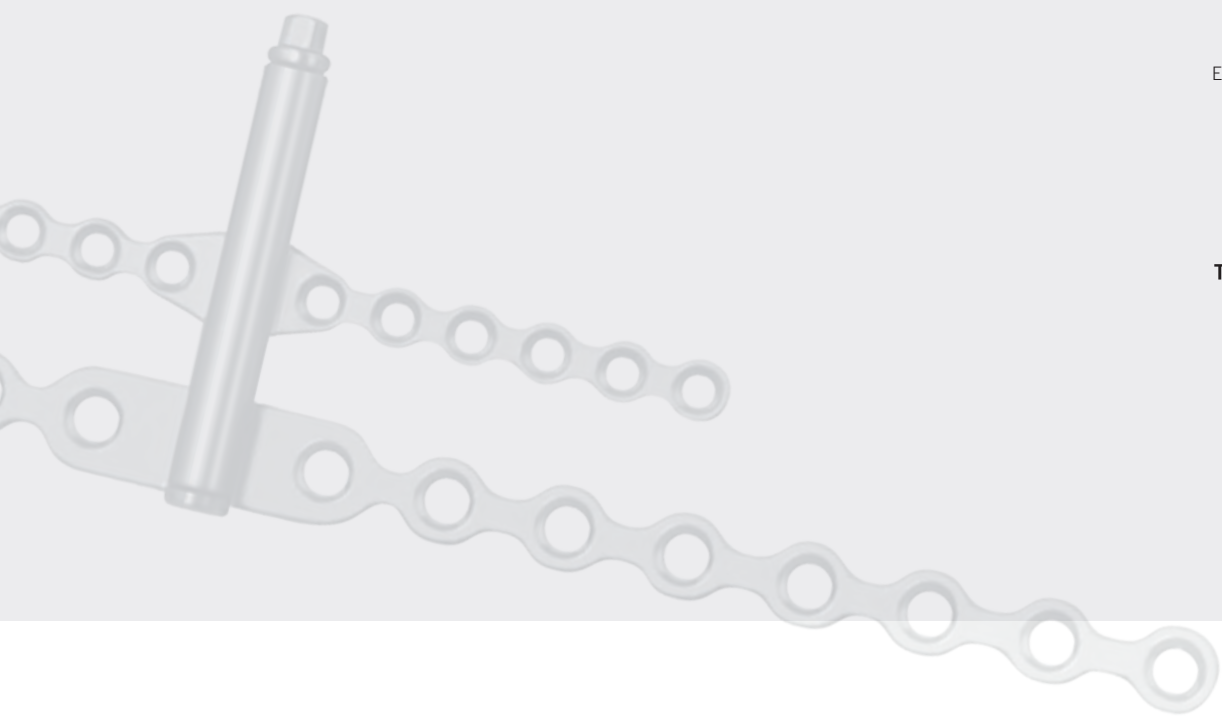
St 1



1/2

51-525-80-07
15,5 cm / 6"
Pince à saisir les plaques,
courbe

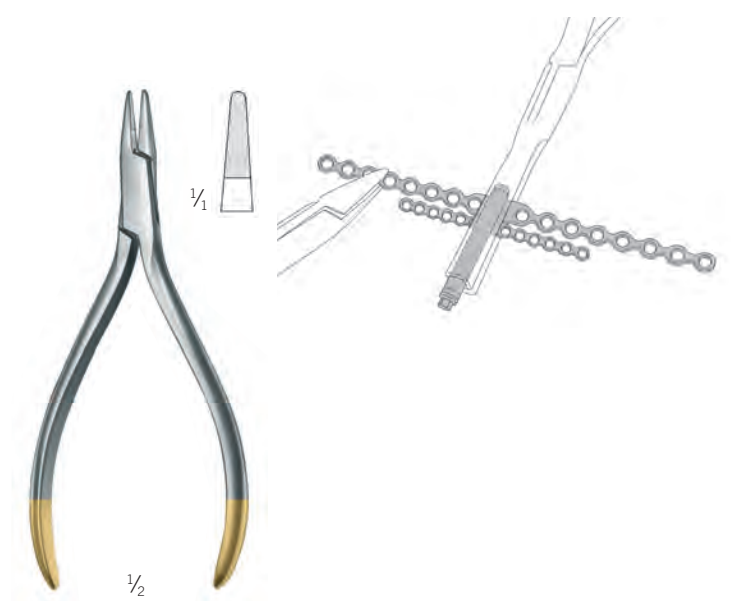
St 1



Explication des icônes

- St** Acier
- Ti** Titane
- 1** Unités/conditionnement

TC GOLD Instruments avec inserts de carbure de tungstène



25-486-13-07
13 cm / 5 1/2"
Pince à modeler

St 1
TC GOLD



51-530-70-07
13 cm / 5 1/2"
Pince à saisir le distracteur

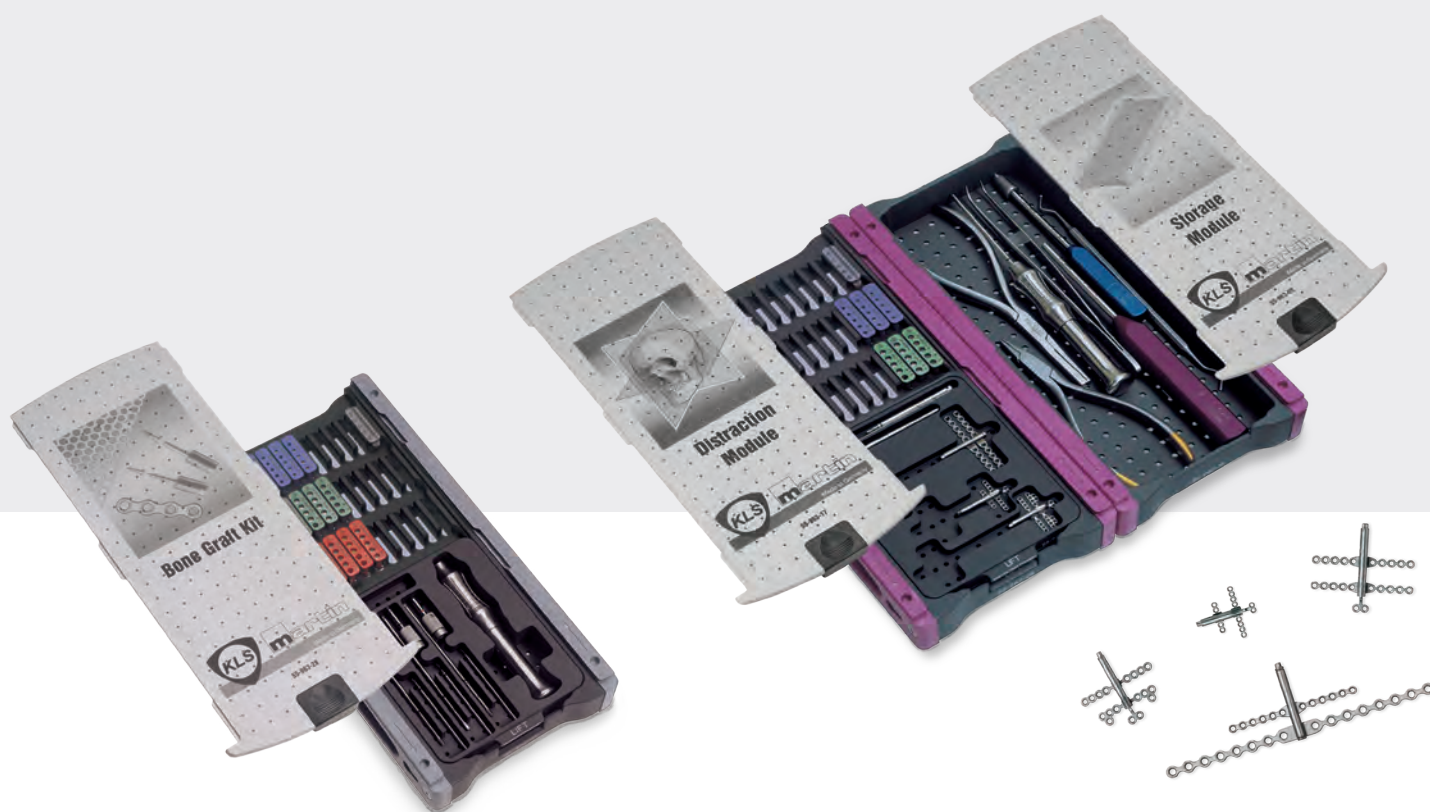
St 1



25-420-16-07
16 cm / 6 1/2"
Pince coupante pour plaques

St 1
TC GOLD

Modules de rangement



Kit pour greffe osseuse

Catégorie	Contenu	Référence
Kit pour greffe osseuse	complet	50-700-00-04

composé de :

Module d'inserts, gris	distinct	55-962-07-04
Insert p. kit greffe osseuse	distinct	55-964-28-04
Couvercle p. kit greffe osseuse	distinct	55-963-28-04

Module de distraction

Catégorie	Contenu	Référence
Module d'inserts, violet	distinct	55-962-08-04
Module de rangement, violet	distinct	55-962-18-04
Couvercle p. module de distraction	distinct	55-963-17-04
Couvercle p. module de rangement	distinct	55-963-09-04
Insert p. distracteurs TRACK	distinct	55-964-23-04
Insert universel	distinct	55-964-17-04

Tournevis et lames

Tournevis et lames					
		25-480-99-07	25-402-99-07	25-407-03-04	25-406-99-07
25-492-98-07	⊖ 1,0 mm	x			
25-428-98-07	⊖ 1,0 mm		x		
25-431-98-07	⊖ 1,5 mm	x			
25-430-98-07	⊖ 1,5 mm		x		
25-489-97-07	⊕ 1,5 mm		x		
25-438-97-07	⊕ 1,5 mm			x	x
25-434-98-07	⊖ 2,0/2,3 mm		x		
25-540-98-07	⊖ 2,0/2,3 mm				x
25-491-97-07	⊕ 2,0/2,3 mm		x		
25-486-97-07	⊕ 2,0/2,3 mm			x	x

Tournevis pour greffe osseuse	
25-422-10-07	⊖ 1,0 mm
25-422-15-07	⊖ 1,5 mm
25-424-15-07	⊕ 1,5 mm
25-422-20-07	⊖ 2,0 mm/2,3 mm
25-424-20-07	⊕ 2,0 mm/2,3 mm

Pour approfondir...

Littérature scientifique

1. Ackermann K.-L., Kirsch A., Neuendorff G., Filderstadt H., Nagel R.: Alveolarkammdefekte behandeln – Knochen und Weichgewebe werden simultan erweitert: Alveolarkammdistraktion in der anterioren Maxilla DZW-Spezial, Zahnmedizin, 5(2002), 55-58
2. Bier A.: Über Knochenregeneration und über Pseudarthrosen Arch f Klein Chir 127, 1 (1927)
3. Block M.S.: Chang A., Crawford C.: Mandibular alveolar ridge augmentation in the dog using distraction Osteogenesis J. Oral Maxillofacial Surgery 54(3), 309-14 (1996)
4. Chiapasco M., Brusati R., Galioto S.: Distraction Osteogenesis of a Fibular Revascularized Flap for Improvement of Oral Implant Positioning in a Tumor Patient – A Case Report J. Oral Max.Fac Surgery 58 (2000), 1434-1440
5. Chiapasco M., Romeo E., Vogel G.: Vertical Distraction Osteogenesis of Edentulous Ridges For Improvement of Oral Implant Positioning – A Clinical Report of Preliminary Results Int. J. of Oral & Max.Fac Implants, Volume 16, Nr. 1 (2001)
6. Chin M., Toth, B.A.: Distraction Osteogenesis in Maxillofacial Surgery Using Internal Devices J. Oral Maxillofacial Surgery 54 45 – 53 (1996)
7. Dausse T., Laffargue P., Jaquet N.: Intérêt de la Distraction Alvéolaire Pré-Implantaire dans les Reconstructions Maxillo-Faciales Complexes Revue trimestrielle d'implantologie orale XX (XXXX) 37-40
8. Gabriele A. Millesi-Schobel, Millesi W., Glaser C., Watzinger F., Klug C., Ewers R.: The L-shaped osteotomy for vertical callus distraction in the molar region of the mandible J. Cranio Max.Fac Surgery 28 (2000), 176-180
9. Hidding J., Lazar F., Zöller J. E.: The Vertical Distraction of the Alveolar Bone J. Cranio Max.Fac Surgery 26, Suppl 1, (1998), 72-73
10. Hidding J., Zöller J. E.: Alveolar Bone Distraction Atlas of Craniomaxillofacial Osteogenesis Miniplates, Microplates and Screws Ed.: F. Härle, M. Champy and B. Terry Thieme Stuttgart New York (1999)
11. Hidding J., Lazar F., Zöller J. E.: Erste Ergebnisse bei der Distaktionsosteogenese des atrophischen Alveolarkamms Mund Kiefer GesichtsChir 3, Suppl (1999)
12. Hidding J., Lazar F., Zöller J. E.: Knöcherne Regeneration des Unterkieferalveolarfortsatzes mit Hilfe der vertikalen Kallusdistraktion Deutsch Zahnärztl. Z. 54 (1999), 51-54
13. Hoffmann M.: Die vertikale Alveolarkammdistraktion – Vorgehen, Prognose BZB 5(2003) BLZK & KZVB
14. Hoffmann M.: Die Atrophie des Kieferkamms – Vom Knochentransfer zur Kallusdistraktion ZMK 18, 9(2002), 572-580

15. Ilizarov, G.A.:
Basic principles of transosseous compression and distraction osteosynthesis
Orthop Travmatol Protez 30, 7 (1971)
16. Ilizarov G.A.:
The Principles of the Ilizarov Method
Bull. Hospital Joint Dis. Orthop. Inst. 48, 1 (1988)
17. Ilizarov G.A.:
The tension-stress effect on the genesis and growth of tissues: part I.
The influence of stability of fixation and soft tissue preservation
Clin. Orthop. 238 (1989a), 249-281
18. Ilizarov G.A.:
The tension-stress effect on the genesis and growth of tissues: part II.
The influence of the rate and frequency of distraction
Clin. Orthop. 239 (1989b), 263-285
19. Khoury F.:
Augmentation osseuse et chirurgie implantaire
Implant, Volume 5, Numéro 4 (1999)
20. Klesper B., Lazar F., Siessegger M., Hidding J., Zöller J. E.:
Vertical distraction osteogenesis of fibula transplants for mandibular reconstruction
J. Cranio Max.Fac Surgery 10(2002); 30 (5)
21. Klug C., Gabriele A. Millesi-Schobel, Millesi W., Watzinger F., Ewers R.:
Preprosthetic Vertical Distraction Osteogenesis of the Mandible Using an L-Shaped Osteotomy and Titanium Membrane for Guided Bone Regeneration
J. Oral Maxillofacial Surgery 59 (2001), 1302-1308
22. Lazar F., Zöller J. E., Hidding J.:
Die vertikale Kieferkamm distraction –
Eine neue Operationstechnik zum Aufbau des höhen-
geminderten Kieferknochens vor der Implantation
Implantologie 3(2000), 255-265
23. Lazar F., Zöller J. E., Hidding J.:
Mikro- und Makro distraction am Kiefer –
Eine sichere Methode der Knochengewinnung
Mund Kiefer Gesichtschir 4, Suppl 2 (2000), 432-437
24. Neugebauer J., Lazar F., Hidding J., Kübler A., Zöller J. E.:
Mise en Place d'Implants après Distraction Osseuse sur des Patients Atteints de Défauts Osseux d'Origine Tumorale
Revue trimestrielle d'implantologie orale 44 (2002), 29-33
25. Robiony M., Polini F., Costa F., Politi M.:
Osteogenesis Distraction and Platelet-Rich Plasma for Bone Restoration of the Severely Atrophic Mandible
J. Oral Maxillofac Surgery 60 (2002), 630-635

Dossier patient – ostéogénèse par distraction

La méthode naturelle... ... pour la reconstruction de la mâchoire

La distraction – une nouvelle technique pour des résultats parfaits
en implantologie

Pratiquée sur : _____

Début de la distraction : _____

Rotations par jour : _____

Des questions ? – Téléphone : _____

Veillez observer le sens de la flèche
lors de l'utilisation du distracteur !

TRACK 1.0 / 1 Plus : 0,3 mm / rotation

TRACK 1.5 / 2.0 : 0,5 mm / rotation

Autres prescriptions médicales : _____

Jour	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Rotations	1														
	2														
	3														



La méthode naturelle pour la reconstruction de la mâchoire

Que signifie le terme « distraction » ?

L'ostéogénèse par distraction est une technique d'allongement ou de reconstruction osseuse qui exploite les capacités d'auto-guérison du corps humain. Au cours de ce processus, un nouveau tissu osseux (appelé cal osseux) commence à se former entre deux fragments osseux séparés à mesure qu'ils sont lentement écartés l'un de l'autre.

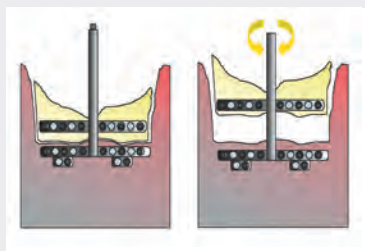
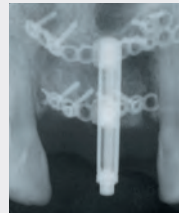
Pour écarter les deux sections osseuses, on utilise un petit appareil de distraction, qui est fixé à la mâchoire et que vous devez actionner quotidiennement.

La distraction comporte plusieurs phases, à savoir :

Phase de latence : période comprise entre l'intervention chirurgicale et le début de la distraction.

Phase de distraction : période pendant laquelle la distraction s'effectue à un rythme d'environ 1 mm par jour.

Phase de consolidation : période nécessaire à la cicatrisation et à l'ossification du cal. Cette phase s'achève lorsque le distracteur est retiré.



Que signifie « distraction du processus alvéolaire » – et comment cela fonctionne-t-il ?

La distraction du processus alvéolaire permet l'allongement vertical (reconstruction) du maxillaire ou de la mandibule. Considérée comme une technique de grande valeur dans les cas de perte prématurée de dents en raison d'une maladie ou d'une lésion parodontale, elle améliore de manière significative la base créée pour le traitement prothétique ultérieur. Dans tous les cas, une substance osseuse plus importante signifie un meilleur soutien et une meilleure fixation des implants dentaires, et garantit également de meilleurs résultats esthétiques.

Combien de temps dure le processus de distraction ?

Cela varie naturellement d'un patient à l'autre. En règle générale, l'ensemble du processus de distraction, de l'insertion au retrait du dispositif, peut être achevé en 3 à 4 mois.

Une fois le distracteur mis en place, une phase de latence initiale de 5 à 7 jours est généralement nécessaire. Au cours de la distraction qui suit, le distracteur est écarté d'environ 1 mm par jour à l'aide d'une clé d'activation.

Dès que la hauteur osseuse souhaitée est atteinte, la phase de consolidation commence et s'étend sur environ 8 à 12 semaines. Pendant cette période, le distracteur est laissé en place afin de stabiliser le nouvel os (encore mou). Lorsque le distracteur est finalement retiré, les implants dentaires sont posés au même moment.

Veillez à toujours suivre les instructions de votre médecin, car celles-ci peuvent différer de cette description générale et approximative.



Quels sont les avantages de la distraction du processus alvéolaire ?

Ce type de distraction présente en effet de nombreux avantages par rapport aux techniques traditionnelles de reconstruction osseuse :

- Il n'est pas nécessaire de prélever de la substance osseuse sur d'autres parties du corps pour la greffer sur la mandibule ou le laire.
- Pas besoin d'utiliser de matériau artificiel (substitut osseux).
- La distraction permet non seulement la formation de nouvelle substance osseuse, mais aussi une augmentation de la croissance de la muqueuse, et donc de meilleurs résultats esthétiques.
- Dans la plupart des cas, une correction supplémentaire des tissus mous n'est pas nécessaire.
- La procédure est plus ou moins indolore.

À quoi faut-il veiller pendant le traitement ?

- Respectez toujours scrupuleusement les instructions de votre médecin.
- Veillez à suivre une diète molle durant toute la phase de distraction.
- Une bonne hygiène bucco-dentaire est impérative durant tout le traitement.
- Fumer peut nuire aux résultats de la distraction. Par conséquent, ne fumez en aucun cas pendant le traitement !

Qui peut bénéficier d'une distraction du processus alvéolaire ?

Les patients de tous âges souffrant d'une carence de substance osseuse au niveau du maxillaire ou de la mandibule ; les patients présentant des troubles orthodontiques tels que des dents ankylosées ou une bécane.

Un échec de la distraction ne peut être exclu pour les groupes de patients suivants :

- patients diabétiques
- patients atteints d'ostéoporose
- patients présentant une immunodéficience
- patients ayant subi une radiothérapie



KLS Martin Group

KLS Martin Australia Pty Ltd

Sydney · Australie
Tél. +61 2 9439 5316
australia@klsmartin.com

KLS Martin do Brasil Ltda.

São Paulo · Brésil
Tél. +55 11 3554 2299
brazil@klsmartin.com

**KLS Martin Medical (Shanghai)
International Trading Co., Ltd.**

Shanghai · Chine
Tél. +86 21 5820 6251
info@klsmartin.com

KLS Martin SE & Co. KG

Dubaï · Émirats Arabes Unis
Tél. +971 4 454 16 55
middleeast@klsmartin.com

KLS Martin LP

Jacksonville · Florida, États-Unis
Tél. +1 904 641 77 46
usa@klsmartin.com

KLS Martin India Pvt Ltd.

Chennai · Inde
Tél. +91 44 66 442 300
india@klsmartin.com

KLS Martin Italia S.r.l.

Milan · Italie
Tél. +39 039 605 67 31
info@klsmartin.com

KLS Martin Japan K.K.

Tokyo · Japon
Tél. +81 3 3814 1431
japan@klsmartin.com

KLS Martin SE Asia Sdn. Bhd.

Penang · Malaisie
Tél. +604 261 7060
malaysia@klsmartin.com

KLS Martin de México, S.A. de C.V.

Mexico · Mexique
Tél. +52 55 7572 0944
mexico@klsmartin.com

KLS Martin Nederland B.V.

Huizen · Pays-Bas
Tél. +31 35 523 45 38
infonl@klsmartin.com

KLS Martin Poland Spółka z o.o.

Wrocław · Pologne
Tél. +48 605 726 069
info@klsmartin.com

KLS Martin UK Ltd.

Reading · Royaume-Uni
Tél. +44 118 467 1500
info.uk@klsmartin.com

KLS Martin SE & Co. KG

Moscou · Russie
Tél. +7 499 792 76 19
russia@klsmartin.com

KLS Martin Taiwan Ltd.

Taipei · Taïwan
Tél. +886 2 2325 3169
taiwan@klsmartin.com

KLS Martin SE Asia Sdn. Bhd.

Hanoi · Viêt Nam
Tél. +49 7461 706-0
vietnam@klsmartin.com

**KLS Martin SE & Co. KG****Une société de KLS Martin Group**

KLS Martin Platz 1 · 78532 Tuttlingen · Allemagne
Tél. +49 7461 706-0 · Fax +49 7461 706-193
info@klsmartin.com · www.klsmartin.com