



# PRODUKTINFORMATION

PRODUCT INFORMATION  
INFORMATIONS SUR LE PRODUIT

## Grundregeln

Basic Rules | Règles de base

**CHAMPIONS** 

## INHALT

1. Allgemeines
2. Spezielles
3. Sofortversorgung und Sofortbelastung
4. Condenser und MIMI I-Verfahren
5. Bohrersequenzen

## 1. Allgemeines

- 1) Bitte konservierende Grundregeln und individuelle Anamnese der Patienten beachten.
- 2) Vor einer implantologisch abgestützten und prothetischen Restauration sollte u. a. die Parodontologie und auch immer die Gesamtsituation beachtet und beurteilt werden.
- 3) Bitte die Empfehlungen der „Konsenskonferenz Implantologie“ beachten:  
  
Im Oberkiefer wird eine Pfeilerzahl von mindestens 6 für eine herausnehmbare Versorgung, eine Pfeilerzahl von 8 für eine festsitzende Versorgung empfohlen.  
  
Im Unterkiefer wird eine Pfeilerzahl von mindestens 4 für eine herausnehmbare Versorgung, eine Pfeilerzahl von 6 für eine festsitzende Versorgung empfohlen.
- 4) Auf die sagittale Kieferrelation achten!
- 5) Eine „Backward-Planung“ ist in vielen Fällen sinnvoll.
- 6) Spannungsfreier Sitz der Suprakonstruktion („passive fit“) ist bei auf implantatabgestütztem Zahnersatz essentiell.
- 7) Für die Versorgung eines Einzelmolaren sollte mindestens ein  $\varnothing$  4,0 mm Implantat inseriert werden.

## 2. Spezielles

- 1) Alle Champions®-Implantate sind sowohl minimalinvasiv (ohne Mukoperiost-Lappenbildung, „flapless“) als auch in „klassischer“ Weise (mit „full-flap“) inserierbar. Sie sind besonders gut geeignet, nach dem gesichertem MIMI®-Verfahren eingesetzt zu werden. Eine Inzision mittels Skalpell oder Diamant mit Turbine ohne Lappenbildung gilt ebenso als minimalinvasiv wie eine Stanzung oder Direktpenetration der Gingiva.
- 2) Bei den Champions (R)Evolution®-Implantaten sollte der Shuttle (oder der darüber zu clipsende Gingiva-Clix) idealerweise subgingival bzw. äquingival abschließen, um laterale Mikrobewegungen durch die Prothese oder die Zunge in den ersten 6 bis 8 Wochen gänzlich ausschließen zu können! Falls diese Forderung nicht möglich ist, sollte der Shuttle abgenommen werden und mit einer chirurgischen Verschluss-Hybridschraube „Georgi“ mit Gingivahöhen 0,5 mm – 1,5 mm – 2,5 mm (anstelle von 3,5mm mit Shuttle) handfest montiert werden.
- 3) Krestale Entlastung im D1 & D2: Die Primärstabilität von 20 bis 40 Ncm sollte im D1- und D2-Knochen ausschließlich über die Spongiosa erreicht werden! Beachten Sie, dass z. B. bei einem ø 3,5mm Champions (R)Evolution®- oder „New Art“-Implantat auch die Bohrer orange (Crestalbohrer ø 3,7 mm) und grün (ø 4,0 mm) eingesetzt werden. Alle Champions®-Implantate sollten final eine Primärstabilität von 20 bis 40 Ncm aufweisen, das entspricht in etwa handfest.
- 4) Beachten Sie die Einstellungen der Drehmomentratsche: Beginnen Sie immer mit der Einstellung auf 20 Ncm. Sobald der Gelenkarm abknickt, haben Sie 20 Ncm erreicht. Jetzt mit dem Handrad die mittlere Markierung von 20 auf 40 Ncm drehen. Bei einem erneuten Abknicken haben Sie dann 40 Ncm erreicht, usw.

### 3. Sofortversorgung und Sofortbelastung

Eine Sofortbelastung ist in der Regel möglich, wenn ...

- ... ein spannungsfrei sitzender Zahnersatz auf mindestens vier Pfeilern abgestützt ist.
- ... die Primärstabilität von 20 bis 40 Ncm erreicht wird.
- ... bei weniger als vier Pfeilern (auch Einzelzahnlücke) ist die Überführung in die Sekundäre Osseointegrations-Stabilitätsphase (SOS) zu empfehlen.  
Die Einzelkrone ist erst 8 Wochen post OP einzugliedern!

**Bitte beachten:**

Champions®-Implantate dürfen nur mit dem dafür vorgesehenen Original-Champions®-Instrumentarium wie Bohrer, Condenser, Einbringhilfe und Prothetikschlüssel eingesetzt und versorgt werden!

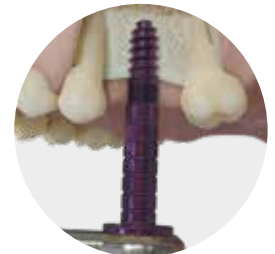
#### 4. Condenser und MIMI I-Verfahren

Ist der Knochen am OP situs weich (D3/D4) kann man minimalinvasiv mit Condensern den weichen Knochen in harten überführen und so z. B. für eine Sofortimplantation vorbereiten. Dies ist die „Ossäre Metamorphose“. Zusätzlich unterstützen Condenser Implantologen bei der Auswahl des richtigen Implantatdurchmessers, denn nicht die Anatomie entscheidet über den Implantatdurchmesser, sondern der Durchmesser des entsprechenden Condensers, mit dem man eine Primärstabilität erreicht. Dazu wird mit Condensern in aufsteigenden Durchmessern das Implantatbett aufbereitet.

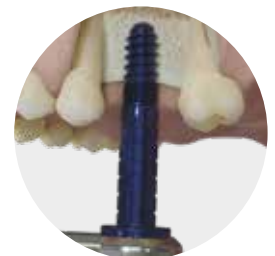
- 1) Falls mit dem **Condenser ø 3,3 mm (lang)** ein handstabiles Eindrehen und damit eine Primärstabilität von ca. 20 Ncm erreicht wird, kann ein **Implantat ø 3,5 mm** inseriert werden. Falls nicht, wird die Spongiosa mit dem ø 3,8 mm Condenser weiter verdichtet.



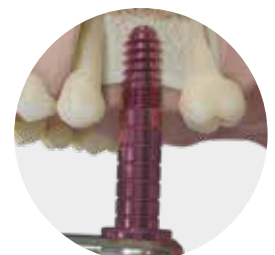
- 2) Falls mit dem **Condenser ø 3,8 mm** ein handstabiles Eindrehen und damit eine Primärstabilität von ca. 20 Ncm erreicht wird, kommt ein **ø 4,0 mm Implantat** zum Einsatz. Falls nicht, wird die Spongiosa mit dem ø 4,3 mm Condenser weiter aufbereitet.



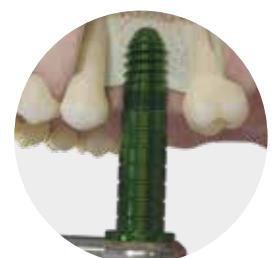
- 3) Falls nun mit dem **Condenser ø 4,3 mm** ein handstabiles Eindrehen und damit eine Primärstabilität von ca. 20 Ncm erreicht wird, kommt ein **ø 4,5 mm Implantat** zum Einsatz. Falls nicht, wird die Spongiosa mit dem ø 4,8 mm Condenser weiter aufbereitet.



- 4) Falls nun mit dem **Condenser ø 4,8 mm** ein handstabiles Eindrehen und damit eine Primärstabilität von ca. 20 Ncm erreicht wird, wird ein **ø 5,0 mm Implantat** inseriert. Falls nicht, wird die Spongiosa mit dem ø 5,3 mm Condenser weiter aufbereitet.



- 5) Falls nun mit dem **Condenser ø 5,3 mm** ein handstabiles Eindrehen und damit eine Primärstabilität von ca. 20 Ncm erreicht wird, wird ein **ø 5,5 mm Implantat** inseriert.



## 5. Bohrersequenzen

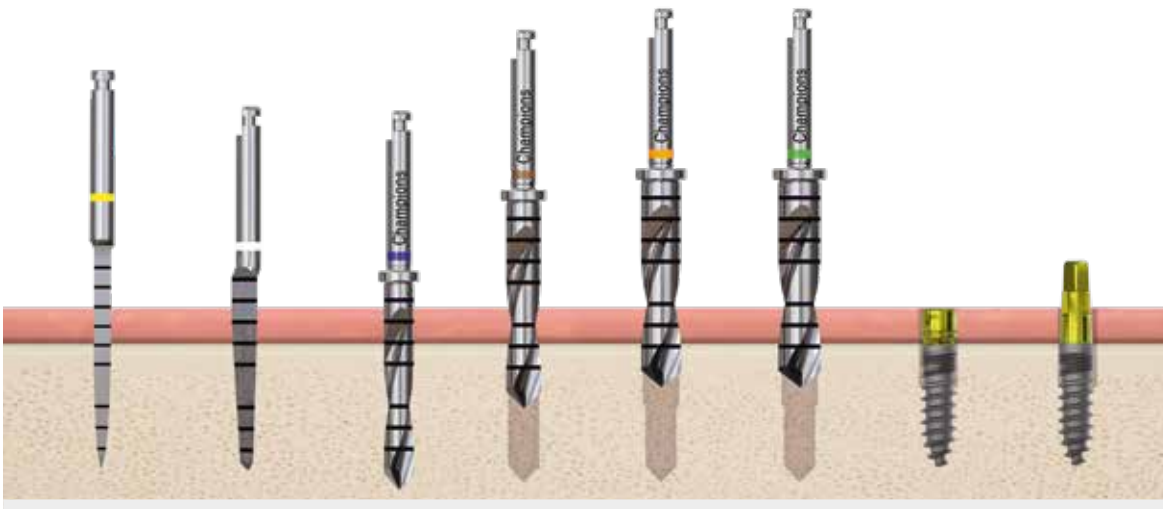
- 1) Nach Möglichkeit – sowohl im OK als auch im UK – 0,5 bis 1 mm die Pilotbohrung zunächst palatinal bzw. lingual der Kieferkammmitte beginnen.
- 2) Nach der Anästhesie beim MIMI-Verfahren die Schleimhautdicke mit dem gelben Bohrer messen (Lasermarkierungen beginnen bei 2 mm, dann 4 und 6 mm und setzen sich bei 10, 12, 14 mm usw. fort), bis das Instrument Knochenkontakt hat.
- 3) Die Bohrungen sollten mit maximal 250 U/min in der Kortikalis und mit 70 U/min in der Spongiosa erfolgen.
- 4) Damit im D1- und D2-Knochen immer eine Primärstabilität im spongiösen Knochen erzielt wird, empfiehlt sich bei Titan-Implantaten generell eine „Entlastung“ der krestalen Knochenregion um 1 bis 2 mm vertikal.
- 5) In der Regel muss mindestens die volle Arbeitslänge für die Aufnahme eines Champions®-Implantates mit evtl. allen Bohrern aufbereitet werden, eher 1 bis 2 mm länger, wenn anatomische Gegebenheiten es zulassen und man evtl. auch subkrestal implantieren will.
- 6) Bei einem D3- oder D4-Knochen (z. B. Oberkiefer-Seitenzahnggebiet) evtl. 2 mm weniger ossär aufbereiten, als das Implantat lang ist, damit „Grip“ von 40 Ncm auch bei  $\varnothing$  3,0 mm oder  $\varnothing$  3,5 mm Champions® erreicht wird. Auch bei einem internen, direkten Sinuslift (IDS) nur bis zur „kompakteren Zone“ bohren, anschließend lediglich Condenser ab  $\varnothing$  3,0 mm zur Sinusboden-Augmentation für 2 bis 3 mm benutzen.



- 7) Eine Kühlung mit steriler Kochsalzlösung ist nicht erforderlich. Gerade bei „Sofortimplantaten“ (Extraktion und Implantation in nur einer Sitzung) sollten die Knochenspäne von den Bohrern „gesammelt“ (zum späteren Reimplantieren) oder mit einem sterilen Tupfer abgewischt werden. So wird die Schneid- und Kompressionsleistung allein durch die Bohrung erhöht.
- 8) „KKK“ (Knochen-Kavitäten-Kontrolle) in allen fünf Dimensionen (apikal, bukkal, oral, mesial, distal) mittels Champions®-KKK-Sonde nach der ersten und letzten Bohrung nie vergessen!

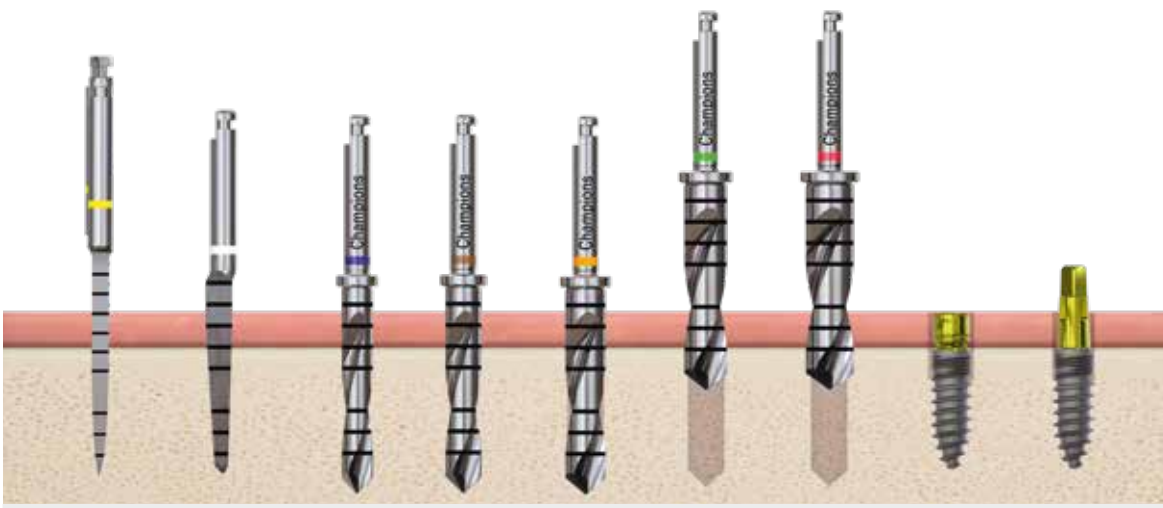


Bohr- und Condenserabfolge für  $\varnothing$  3,5 mm  
Champions (R)Evolution® & Vierkant „New Art“-Implantate  
für alle Knochenklassen (D1 bis D4):



- Pilotbohrung mit dem gelben Bohrer auf volle Arbeitslänge
- Aufbereitung der Kavität mit dem schwarzen, weißen und blauen Bohrer
- Krestale Entlastung mit dem braunen, orangen und grünen Bohrer, der grüne sollte nicht tiefer als 2 mm subkrestal geführt werden
- Insertion des Implantats

Bohr- und Condenserabfolge für  $\varnothing$  4,0 mm  
Champions (R)Evolution® & Vierkant „New Art“-Implantate  
für alle Knochenklassen (D1 bis D4):



- Pilotbohrung mit dem gelben Bohrer auf volle Arbeitslänge
- Aufbereitung der Kavität mit dem schwarzen, weißen, blauen und braunen Bohrer
- Krestale Entlastung mit dem orangen, grünen und roten Bohrer, grün und rot sollten nicht tiefer als 2 mm subkrestal geführt werden
- Insertion des Implantats

## CONTENT

1. Generalities
2. Specifics
3. Immediate Restoration and Immediate Loading
4. Condensers and MIMI I-Technique
5. Drilling Sequences

### 1. Generalities

- 1) Please observe conservative basic rules and individual medical history of the patient.
- 2) Before an implant-supported and prosthetic restoration, among others periodontology and the overall situation should be considered and assessed.
- 3) Please follow the recommendations of the "Konsenskonferenz Implantologie" (consensus conference Implantology):  
  
In the upper jaw, a minimum of 6 implants/teeth is recommended for a removable denture and 8 implants/teeth for a fixed denture.  
  
In the lower jaw, a minimum of 4 implants/teeth is recommended for a removable denture and 6 implants/teeth for a fixed denture.
- 4) Pay attention to the sagittal jaw relation.
- 5) "Backward planning" is often advisable in many cases.
- 6) A tension-free fit of the superstructure ("passive fit") is essential for implant-supported dentures.
- 7) For the restoration of a single molar, a minimum of one  $\varnothing$  4.0 mm implant should be inserted.



## 2. Specifics

- 1) All Champions® implants can be inserted both using the minimally invasive method (without raising a mucoperiosteal flap, i.e. in a “flapless” way) and in a “classic” manner (with “full-flap”). They are particularly well suited for insertion following the secured MIMI® technique. An incision made with a scalpel or diamond turbine without raising a flap is also considered minimally invasive, as is a punch or direct penetration of the gingiva.
- 2) With Champions (R)Evolution® implants, the Shuttle (or the Gingiva-Clix to be clipped over it) should ideally terminate in a subgingival or equigingival position to completely exclude lateral micro-movements by the denture or the tongue during the first 6 to 8 weeks! If this requirement is not feasible, the Shuttle should be removed, and a surgical closure Hybrid Screw “Georgi” with Gingival Heights of 0.5 mm – 1.5 mm – 2.5 mm (instead of 3.5 mm with Shuttle) should be mounted hand-tightly.
- 3) Crestal relief in D1 & D2: Primary stability of 20 to 40 Ncm should be achieved in D1 and D2 bone exclusively through cancellous bone! Note that for example, with a ø 3.5 mm Champions (R)Evolution® or “New Art” implant, orange (crestal Drill ø 3.7 mm) and green (ø 4.0 mm) Drills should be used. All Champions® implants should ultimately have a primary stability of 20 to 40 Ncm, which corresponds roughly to hand-tight.
- 4) Pay attention to the settings of the Torque Wrench: Always start with the setting at 20 Ncm. Once the joint arm collapses, you have reached 20 Ncm. Now turn the middle mark from 20 to 40 Ncm with the handwheel. If it collapses again, you have then reached 40 Ncm, and so on.

### 3. Immediate Restoration and Immediate Loading

#### Immediate loading is usually possible when...

- ... a passive-fit denture is supported by a minimum of 4 implants/teeth.
- ... primary stability of 20 to 40 Ncm is achieved.
- ... with fewer than 4 implants/teeth (including single-tooth gaps), transitioning to the Secondary Osseointegration Stability phase (SOS) is recommended.  
The single crown should be integrated 8 weeks post-surgery!

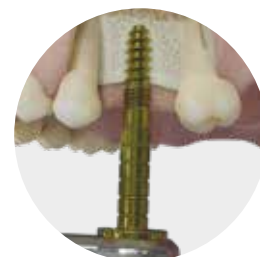
#### Please note:

Champions® implants must only be placed and treated with the designated original Champions® instruments such as Drills, Condensers, Insertion Aids, and Prosthetic Drivers!

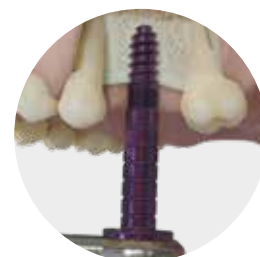
#### 4. Condensers and MIMI I-Technique

If the bone at the surgical site is soft (D3/D4), it is possible to transform soft bone into dense bone using Condensers in a minimally invasive way, which means to increase the D3/D4 bone densification, thus preparing it, for example, for immediate implantation. This process is known as "Osseous Metamorphosis." Additionally, Condensers assist implantologists in selecting the appropriate implant diameter because it's not the anatomy that determines the implant diameter, but rather the diameter of the corresponding Condenser that achieves primary stability. To do this, the implant bed is prepared using Condensers of increasing diameters.

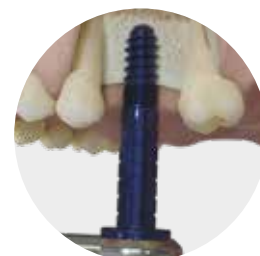
- 1) If hand-tight stability and thus a primary stability of approximately 20 Ncm are achieved with the **ø 3.3 mm (long) Condenser**, a **3.5 mm diameter implant** can be inserted. If not, the cancellous bone is further compacted with the ø 3.8 mm Condenser.



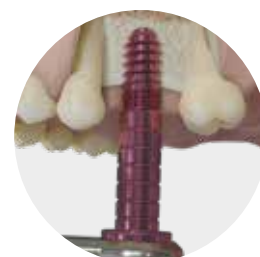
- 2) If hand-tight stability and thus a primary stability of approximately 20 Ncm are achieved with the **ø 3.8 mm Condenser**, a **4.0 mm diameter implant** is used. If not, the cancellous bone is further prepared with the ø 4.3 mm Condenser.



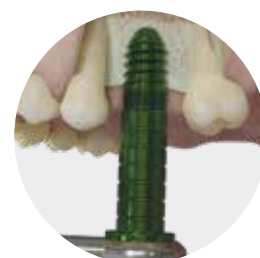
- 3) If now hand-tight stability and thus a primary stability of approximately 20 Ncm are achieved with the **ø 4.3 mm Condenser**, a **4.5 mm diameter implant** is used. If not, the cancellous bone is further prepared with the ø 4.8 mm Condenser.



- 4) If now hand-tight stability and thus a primary stability of approximately 20 Ncm are achieved with the **ø 4.8 mm Condenser**, a **5.0 mm diameter implant** is inserted. If not, the cancellous bone is further prepared with the ø 5.3 mm Condenser.



- 5) If now hand-tight stability and thus a primary stability of approximately 20 Ncm are achieved with the **ø 5.3 mm Condenser**, a **5.5 mm diameter implant** is inserted.



## 5. Drilling Sequences

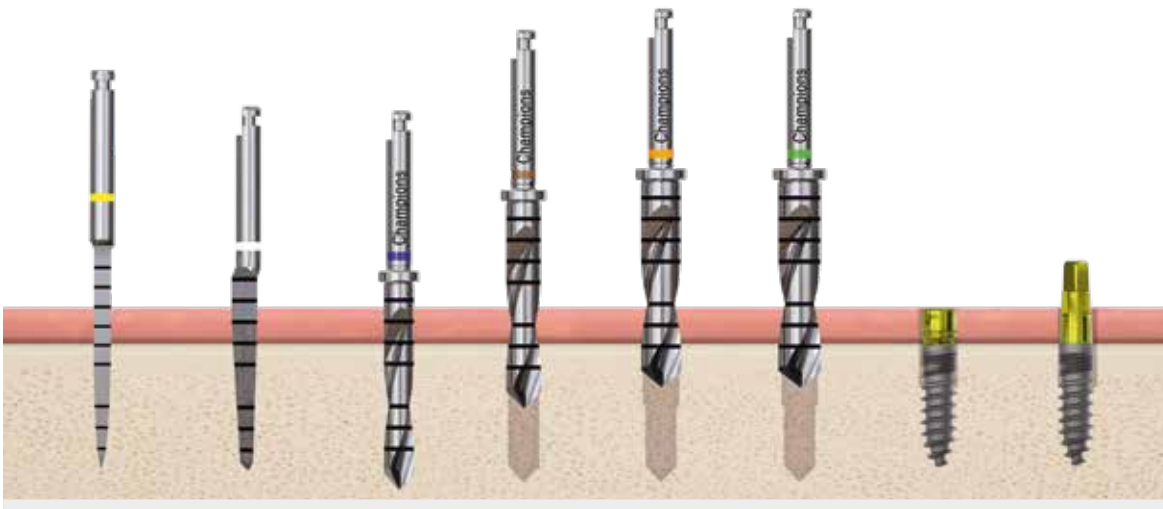
- 1) Whenever possible – both in the maxilla and mandible – start the pilot drilling 0.5 to 1 mm in a palatal or lingual position to the center of the alveolar ridge.
- 2) After anesthesia in the MIMI technique, measure the mucosal thickness with the yellow Drill (laser markings start at 2 mm, then 4 and 6 mm, and continue at 10, 12, 14 mm, etc.) until the instrument makes contact with bone.
- 3) Drilling should be done at a maximum of 250 rpm in the cortical bone and at 70 rpm in the cancellous bone.
- 4) To ensure primary stability in the cancellous bone of the D1 and D2 bone, it is generally recommended to provide “relief” of the crestal bone region by 1 to 2 mm vertically for titanium implants.
- 5) Typically, at least the full working length should be prepared for accommodating a Champions® implant, possibly with all Drills, preferably 1 to 2 mm longer if anatomical conditions allow and subcrestal placement is desired.
- 6) For D3 or D4 bone (e.g., maxillary posterior area), possibly prepare 2 mm less bone than the length of the implant so that an apical “grip” of 40 Ncm is achieved even with  $\varnothing$  3.0 mm or  $\varnothing$  3.5 mm Champions® implants. Also, during an Internal Direct Sinus Lift (IDS), drill only up to the “compact zone,” then use Condensers starting from  $\varnothing$  3.0 mm for sinus floor augmentation (lift) for 2 to 3 mm.



- 7) Cooling with sterile saline solution is not necessary. Especially with “immediate implants” (extraction and implantation in a single session), bone particles that are produced by the drilling should be “collected” (so you may be able to re-implant them later) or wiped off with a sterile gauze. By keeping the Drill clean, this increases cutting and compression capacity solely through drilling.
- 8) Never forget to perform the “BCC” (Bone Cavity Check) in all five dimensions (apical, buccal, lingual, mesial, distal) using the Champions® BCC Probe after the first and last drilling respectively.

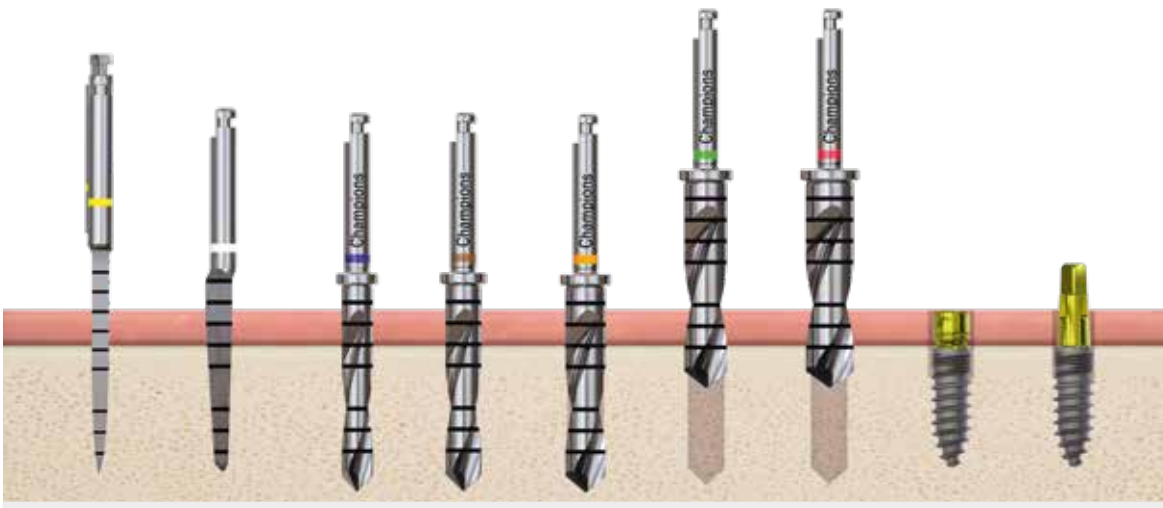


Drilling and Condenser sequence for  $\varnothing$  3.5 mm  
Champions (R)Evolution® & Square "New Art" implants  
for all bone classes (D1 to D4):



- Pilot drilling with the yellow Drill to full working length.
- Preparation of the cavity with the black, white, and blue Drill respectively.
- Crestal relief with the brown, orange, and green Drill respectively.  
The green Drill should not be guided more deeply than 2 mm in a subcrestal position.
- Implant insertion

Drilling and Condenser sequence for  $\varnothing$  4.0 mm  
Champions (R)Evolution® & Square "New Art" implants  
for all bone classes (D1 to D4):



- Pilot drilling with the yellow Drill to full working length.
- Preparation of the cavity with the black, white, blue, and brown Drill respectively.
- Crestal relief with the orange, green, and red Drill respectively.  
The green and red Drills should not be guided more deeply than 2 mm in a subcrestal position.
- Implant insertion

## CONTENU

1. Généralités
2. Spécifications
3. Restauration immédiate et mise en charge immédiate
4. Condenseurs et procédé MIMI I
5. Séquences de forage

### 1. Généralités

- 1) Veuillez observer les règles conservatoires et l'anamnèse individuelle des patients.
- 2) Avant une restauration implanto-portée et prothétique, entre autres la parodontologie ainsi que la situation générale doivent être prises en compte et évaluées.
- 3) Veuillez suivre les recommandations de « Konsenskonferenz Implantologie » (conférence de consensus en implantologie) :

Dans le maxillaire, une prothèse amovible doit être supportée par au minimum 6 implants/piliers implantaires et/ou moignons naturels et une prothèse fixe par 8 implants/piliers implantaires et/ou moignons naturels.

Dans la mandibule, une prothèse amovible doit être supportée par au minimum 4 implants/piliers implantaires et/ou moignons naturels et une prothèse fixe par 6 implants/piliers implantaires et/ou moignons naturels.

- 4) Veiller à la relation sagittale de la mâchoire!
- 5) Une planification « Backward » (inversé) est souvent judicieuse dans de nombreux cas.
- 6) Une mise en place sans tension, à ajustage passif, de la prothèse implanto-portée (« passive fit ») est essentiel.
- 7) Pour la restauration d'une molaire unique, au minimum un implant de  $\varnothing$  4,0 mm doit être inséré.

## 2. Spécifications

- 1) Tous les implants Champions® peuvent être insérés de manière à la fois mini-invasive (sans décollement de lambeau mucopériosté, dit « flapless ») et de manière « classique » (avec « full-flap »). Ils sont particulièrement bien adaptés à être utilisés après la technique MIMI® sécurisée. Une incision réalisée avec un scalpel ou une turbine diamantée sans décollement de lambeau est également considérée comme mini-invasive, tout comme une ponction ou une pénétration directe de la gencive.
  
- 2) Pour les implants Champions (R)Evolution®, le Shuttle (ou le Gingiva-Clix à clipser dessus) devrait idéalement se terminer en sous-gingival ou équigingival pour pouvoir exclure totalement les micromouvements latéraux de la prothèse ou de la langue pendant les 6 à 8 premières semaines ! Si cette exigence n'est pas possible, le Shuttle doit être retiré et remplacé par une vis hybride de fermeture chirurgicale « Georgi » avec des hauteurs gingivale de 0,5 mm – 1,5 mm – 2,5 mm (au lieu de 3,5 mm avec le Shuttle) fermement serrée.
  
- 3) Éviter une pression sur la zone osseuse crestale D1 & D2: dans l'os D1 + D2, privilégiez une stabilité primaire à un torque d'environ 20 à 40 Ncm exclusivement dépendante de l'os spongieux. Notez que par exemple, pour un implant Champions (R)Evolution® ou «New Art» de  $\varnothing$  3,5 mm, le foret orange (foret crestal  $\varnothing$  3,7 mm) et le foret vert ( $\varnothing$  4,0 mm) sont également utilisés. Tous les implants Champions® devraient finalement présenter une stabilité primaire de 20 à 40 Ncm, ce qui correspond approximativement à un serrage à la main.
  
- 4) Clé dynamométrique: Le réglage de la clé dynamométrique se réalise par paliers. Ajustez tout d'abord la clé dynamométrique sur un torque de 20 Ncm à l'aide de la molette au bas de la clé. Le trait de graduation au centre de la clé indique le torque sélectionné. Lorsque la clé se plie par rapport à l'axe de la tête de la clé, le trait de graduation indique que vous avez atteint un torque de 20 Ncm. Pour atteindre un torque plus élevé, repositionnez la clé en position droite et à l'aide de la molette sélectionnez la graduation de 20 Ncm à 40 Ncm avec la ligne au milieu. Lorsque la clé se plie à nouveau, vous aurez atteint 40 Ncm, etc.

### 3. Restauration immédiate et mise en charge immédiate

Une mise en charge immédiate est généralement possible lorsque ...

- ... une prothèse dentaire sans tension, à ajustage passif, est soutenue par au minimum 4 implants/piliers implantaires et/ou moignons naturels
- ... la stabilité primaire de 20 à 40 Ncm est atteinte.
- ... en cas de moins de 4 implants/piliers implantaires et/ou moignons naturels (y compris une lacune dentaire unitaire), la transition vers la phase de Stabilité Secondaire par Ostéointégration (SOS) est recommandée.  
La couronne unitaire ne doit être intégrée qu'après 8 semaines post-opératoires!

**Veillez noter :**

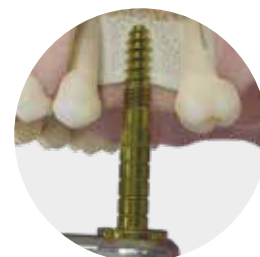
Les implants Champions® doivent être utilisés et entretenus uniquement avec les instruments originaux prévus à cet effet, tels que les forets, les condenseurs, les porte-implants, et les tournevis de prothèse Champions®!



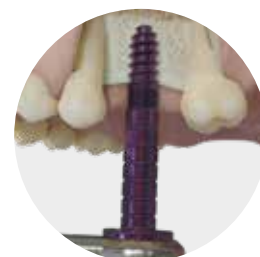
#### 4. Condenseurs et procédé MIMI I

Si l'os sur le site opératoire est mou (D3/D4), il est possible, à l'aide de condenseurs, de convertir l'os mou en os dense de manière mini-invasive, c-à-d. d'augmenter la densité de l'os mou et l'accroche primaire de l'implant en condensant les parois de forage, ce qui permet de préparer par exemple une implantation immédiate. Cela est connu sous le nom de « métamorphose osseuse ». De plus, les condenseurs aident les implantologues à choisir le bon diamètre d'implant, car ce n'est pas l'anatomie qui détermine le diamètre de l'implant, mais le diamètre du condenseur correspondant avec lequel une stabilité primaire est obtenue. Pour cela, l'implantation est préparée avec des condenseurs de diamètres croissants.

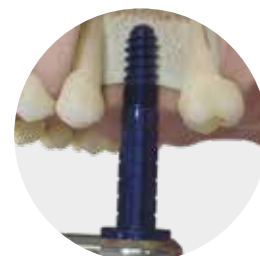
- 1) Si une stabilité manuelle est obtenue avec le **condenseur ø 3,3 mm (long)** et donc une stabilité primaire d'environ 20 Ncm, un **implant ø 3,5 mm** peut être inséré. Sinon, la spongieuse est compactée davantage avec le condenseur ø 3,8 mm.



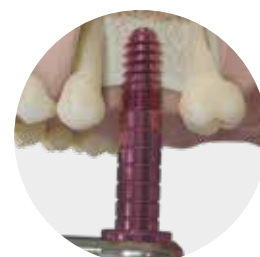
- 2) Si une stabilité manuelle est obtenue avec le **condenseur ø 3,8 mm** et donc une stabilité primaire d'environ 20 Ncm, un **implant ø 4,0 mm** est utilisé. Sinon, la spongieuse est préparée davantage avec le condenseur ø 4,3 mm.



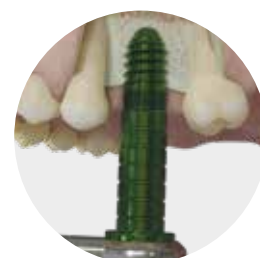
- 3) Si une stabilité manuelle est obtenue avec le **condenseur ø 4,3 mm** et donc une stabilité primaire d'environ 20 Ncm, un **implant ø 4,5 mm** est utilisé. Sinon, la spongieuse est préparée davantage avec le condenseur ø 4,8 mm.



- 4) Si une stabilité manuelle est obtenue avec le **condenseur ø 4,8 mm** et donc une stabilité primaire d'environ 20 Ncm, un **implant ø 5,0 mm** est inséré. Sinon, la spongieuse est préparée davantage avec le condenseur ø 5,3 mm.



- 5) Si une stabilité manuelle est obtenue avec le **condenseur ø 5,3 mm** et donc une stabilité primaire d'environ 20 Ncm, un **implant ø 5,5 mm** est inséré.



## 5. Séquences de forage

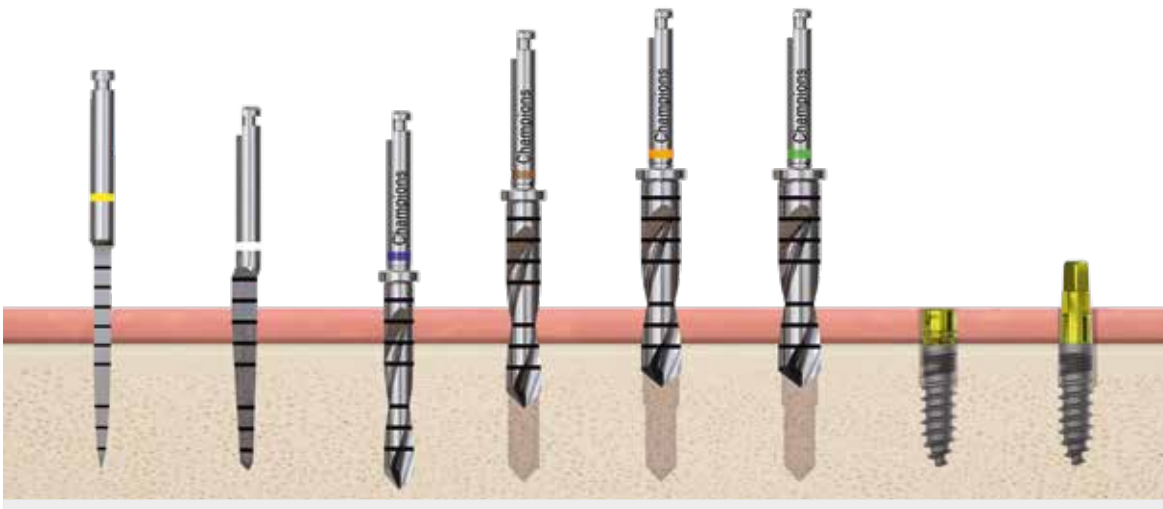
- 1) Dans la mesure du possible – tant dans le maxillaire que la mandibule – commencez le forage pilote à 0,5 à 1 mm initialement palatin ou lingual par rapport au centre de la crête alvéolaire.
- 2) Après l'anesthésie lors de la procédure MIMI, mesurez l'épaisseur de la muqueuse avec le foret jaune (les repères laser commencent à 2 mm, puis à 4 et 6 mm et se poursuivent à 10, 12, 14 mm, etc.), jusqu'à ce que l'instrument entre en contact avec l'os.
- 3) Les forages doivent être effectués avec un maximum de 250 rpm dans la corticale et de 70 rpm dans la spongieuse.
- 4) Afin d'obtenir toujours une stabilité primaire dans l'os spongieux en D1 et D2, il est recommandé, en général, de décharger la région osseuse crestale de 1 à 2 mm verticalement pour les implants en titane.
- 5) En règle générale, la longueur de travail complète doit être préparée pour l'insertion d'un implant Champions®, éventuellement 1 à 2 mm de plus si les conditions anatomiques le permettent et si une implantation subcrête est envisagée.
- 6) Pour un os de type D3 ou D4 (par exemple, dans la région des prémolaires/ molaires maxillaires), il est peut-être judicieux de préparer l'os avec 2 mm de moins que la longueur de l'implant, afin d'obtenir une stabilité de 40 Ncm, même pour des implants de  $\varnothing$  3,0 mm ou  $\varnothing$  3,5 mm Champions®. De même, lors d'un Sinus Lift Interne Direct (IDS), ne forer que jusqu'à la « zone plus compacte », puis n'utiliser que des condenseurs à partir de  $\varnothing$  3,0 mm pour l'augmentation du plancher sinusien de 2 à 3 mm.



- 7) Le refroidissement avec une solution saline stérile n'est pas nécessaire. Surtout pour les « implants immédiats » (extraction et implantation en une seule séance), il est possible de « collecter » les copeaux osseux sur le foret pour combler partiellement une alvéole post-extractionnelle (pour une réimplantation ultérieure), ou essuyés avec une compresse stérile. Cela optimise la coupe et la compression des forets grâce au forage lui-même.
- 8) Important : Ne jamais oublier le « CCO » (Contrôle de la Cavité Osseuse) dans les cinq dimensions (apicale, buccale, orale, mésiale, distale) à l'aide de la sonde CCO de Champions® après le premier et le dernier forage respectivement. Ce contrôle permet de vérifier l'absence de perforation osseuse.

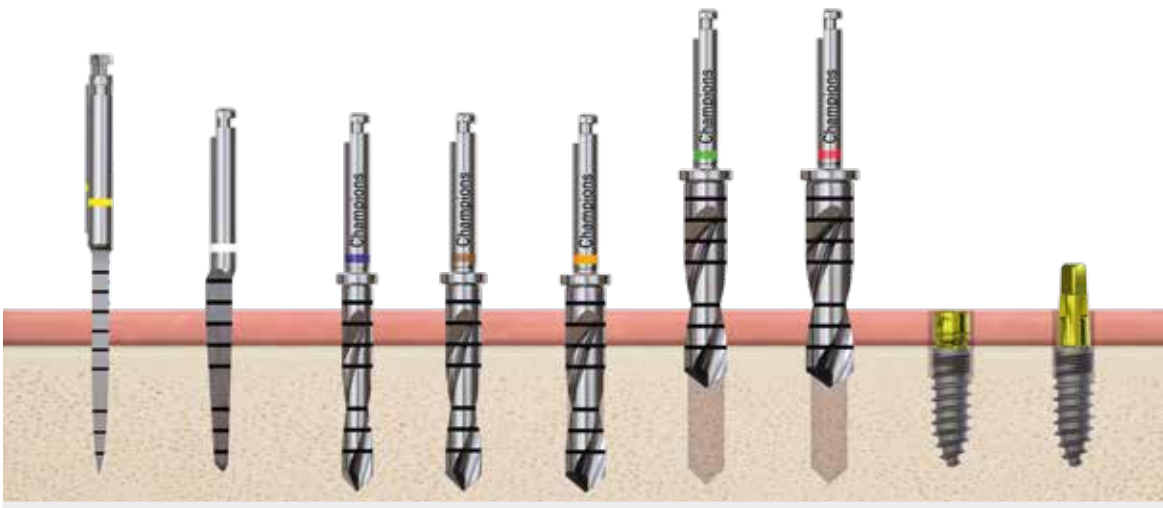


Séquence de forage et de condenseurs pour les implants  $\varnothing$  3,5 mm  
Champions (R)Evolution® & Tête carrée « New Art »  
pour toutes les classes osseuses (D1 à D4) :



- Forage pilote avec le foret jaune jusqu'à la longueur de travail complète.
- Préparation de la cavité avec le foret noir, blanc, et bleu respectivement.
- Décompression de la région crestale avec le foret brun, orange, et vert respectivement, le vert ne doit pas être dirigé plus profondément que 2 mm en sous-crestal.
- Insertion de l'implant

Séquence de forage et de condenseurs pour les implants  $\varnothing$  4,0 mm  
Champions (R)Evolution® & Tête carrée « New Art »  
pour toutes les classes osseuses (D1 à D4) :



- Forage pilote avec le foret jaune jusqu'à la longueur de travail complète.
- Préparation de la cavité avec le foret noir, blanc, bleu, et brun respectivement.
- Décompression de la région crestale avec le foret orange, vert, et rouge respectivement, le vert et le rouge ne doivent pas être dirigés plus profondément que 2 mm en sous-crestal.
- Insertion de l'implant

**Hersteller in der EU | Manufacturer in the EU**

**Fabricant dans l'UE :**

Champions-Implants GmbH

Geschäftsführer | Managing Director | Direction :

Dr. med. dent. Armin Nedjat

Im Baumfeld 30 | Champions Platz 1

D-55237 Flonheim

Deutschland | Germany | Allemagne

Tel. +49 (0) 6734 91 40 80 | Fax +49 (0) 6734 10 53

info@champions-implants.com

champions-implants.com

CE 0297

Champions® ist ein eingetragenes Warenzeichen  
der Champions-Implants GmbH

Champions® is a registered trademark of  
Champions-Implants GmbH

Champions® est une marque déposée  
de Champions-Implants GmbH