

HYGIENE TRIBUNE

The World's Dental Hygiene Newspaper • Italian Edition

Dicembre 2016 - anno IX n. 3

Allegato n. 1
di Dental Tribune Italian Edition - Dicembre 2016 - anno XII n. 12

www.dental-tribune.com

La pulizia interdentale su basi scientifiche

A.N. Olofsson

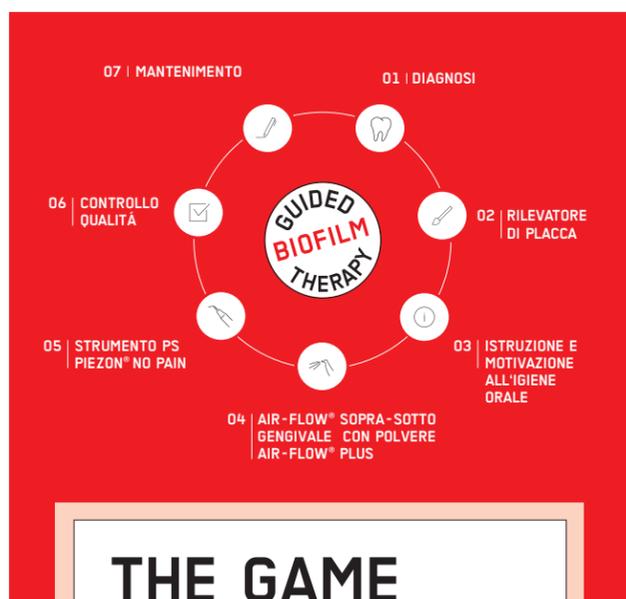
È fatto ben noto che una buona igiene orale sia essenziale per mantenere la salute orale. Le due malattie orali più comuni, ossia carie e malattia parodontale, sono soprattutto patologie che colpiscono i siti interprossimali perché è proprio l'area interdentale laddove la placca si accumula preferenzialmente ed è anche una zona non raggiungibile dallo spazzolino. Pertanto, la pulizia interdentale, in aggiunta allo spazzolamento dei denti, è un punto cardine per ottenere il controllo della placca durante le manovre quotidiane di igiene orale domiciliare.

Prevenzione della malattia parodontale

La malattia parodontale è una patologia comune a livello mondiale.



> pagina 20



THE GAME
CHANGER



www.ems-dental.com

EMS
ELECTRO MEDICAL SYSTEMS

È la motivazione che parla al cuore, non le informazioni

La dottoressa polacca Teresa Fehrenbach (in foto) ha lavorato in campo dentale sin dal 1980 e parla sempre con passione dell'importanza di una buona igiene orale. È titolare di uno studio privato in Germania e per quasi 12 anni ha portato avanti un programma di profilassi orale. Durante il congresso annuale FDI a Poznan, Dental Tribune Online ha parlato con la dottoressa Fehrenbach del suo lavoro, la profilassi in odontoiatria, e della sua idea circa l'importanza della promozione.



Dental Tribune Online (DTO): Dott.ssa Fehrenbach potrebbe raccontare ai nostri lettori qualcosa sui suoi studi e sul suo lavoro?

Dott.ssa Teresa Fehrenbach (TF): Mi sono laureata alla Wroclaw Medical University in Polonia e ho acquisito una lunga esperienza sul campo nell'arco di molti anni di lavoro presso una clinica privata tedesca. In Polonia, mi sono concentrata sulla prevenzione dentale e, con il tempo, ho cercato di promuovere la consapevolezza dell'importanza dell'igiene orale negli asili, nelle scuole e nelle università polacche. Torno spesso in Polonia, dove tengo seminari e

workshop sulle corrette tecniche di utilizzo dello spazzolino, sulla prevenzione delle patologie del cavo orale e sui prodotti più innovativi. Mi sono occupata della profilassi individuale e di gruppo in Polonia e ho ricevuto riscontri molto positivi dai pazienti; il loro benessere, come quello in generale di una platea più ampia, mi è sempre stato cuore. La mia convinzione è che per suscitare interesse e attenzione ci sia bisogno di un messaggio forte da veicolare. Mi rendo conto di essere un po' schietta e diretta, ma finora sono sempre stata ben accolta.

> pagina 12

TePe – Il tuo partner per la pulizia interprossimale

Per sostenerti ogni giorno, TePe mette a disposizione un'ampia gamma di prodotti per la pulizia interprossimale offrendo una soluzione a tutti i tuoi pazienti. Dai loro la possibilità di pulire ciascun lato del dente con strumenti di qualità, sviluppati insieme ad esperti del settore dentale e semplici da utilizzare, anche per chi non è mai stato abituato a farlo.



TePeProdotti per igiene Orale Srl
Tel. +39 0293291475, Fax +39 0293594980
infoitalia@tepe.com



www.tepe.com

TePe®

AD160391T

È la motivazione che parla al cuore, non le informazioni

< pagina 11

DTO: Ha sempre spinto con grande forza la promozione della profilassi tra i professionisti del dentale, tenendo, tra l'altro, moltissime lezioni in Polonia, per 12 anni. Qual è stata la sua esperienza in questo senso?

TF: Abbiamo senza dubbio raggiunto molti successi in Polonia durante tutti i corsi che abbiamo tenuto. Si tratta di un approccio piuttosto nuovo, nessun altro spinge così l'idea di corsi e seminari sulla profilassi orale espressamente dedicati ai dentisti e concentrati in uno o due giorni. Il corretto uso dello spazzolino non era materia universitaria all'epoca dei miei studi; una volta completato il corso, il soggetto ha finalmente una conoscenza approfondita del suo corretto utilizzo e dei migliori prodotti da scegliere. Secondo la mia opinione il prodotto più utile è lo scovolino interdentale seguito dallo spazzolino.

DTO: Ha affermato anche di aver lavorato con persone al di fuori dell'odontoiatria e aver persino cercato di convincere i politici a promuovere la profilassi.

TF: Certo, nel tempo abbiamo tenuto grandi workshop con centinaia di partecipanti, ma anche incontri che

mi hanno lasciato un po' perplessa. Per esempio, organizzammo dei corsi di prevenzione orale nelle scuole e negli asili di una piccola città fuori Varsavia la scorsa estate. Il sindaco fu invitato e mi dedicò un'ora del suo tempo durante la quale gli esposi il mio punto di vista sul tema e gli parlai del perché la prevenzione fosse così importante. Per tutta risposta mi disse che prima di tutto bisognava stabilire se ne esistesse una reale necessità di promozione tra i bambini dell'asilo. Ne fui delusa, lo ammetto, perché non ero stata in grado di convincerlo riguardo all'importanza della profilassi e della validità dei miei principi. Proprio dopo quell'incontro mi sono ricordata di uno studio che avevo letto e che riguardava la prevalenza di carie tra i dodicenni europei con dentizione permanente. In Germania 0,7 denti mostravano carie contro i 3,2 denti in Polonia, un numero che comprendeva anche denti che dovevano essere rimossi a causa delle stesse carie o di lesioni conseguenti. Una combinazione creata da consumo di zucchero e pulizia insufficiente rappresenta la causa più frequente delle carie in Polonia: in effetti, i polacchi consumano più zucchero dei tedeschi. Alla luce di questi dati sui dodicenni, quale crede possa essere la situazione per gli adulti? È evidente che c'è un grande bisogno di igienisti dentali in Polonia, ma i

dentisti non vogliono impiegarli.

DTO: Qual è dunque lo stato della salute orale in Polonia?

TF: Personalmente, credo che il tema non goda di adeguata attenzione. In Polonia ci sono strutture private e pubbliche e, come avviene per esempio in Gran Bretagna, le strutture pubbliche devono essere approvate dalla Narodowy Fundusz Zdrowia, il fondo sanitario nazionale polacco. Già dagli inizi degli anni Novanta abbiamo assistito a un grande progresso nelle attrezzature dentali e nelle strumentazioni presenti nelle nostre cliniche. Inoltre, se paragoniamo l'educazione dentale polacca con quella tedesca, si può rilevare che gli studenti polacchi fanno più esperienza clinica, la Polonia ha una delle reti più ricche di studi dentistici privati di tutta l'Unione Europea. Nonostante questo, il 50% dei dentisti lavora senza un assistente. Come possono guadagnare consapevolezza riguardo alla prevenzione se sono concentrati solamente sul restauro? Ci sono circa 20 associazioni dentali in Polonia, tre si occupano di implantologia, ma nessuna di profilassi. Per 12 anni ho visitato gli studi dentistici in Polonia. All'inizio, i miei corsi sulla prevenzione erano frequentati da 200 o 300 dentisti che volevano aggiornarsi. Nel tempo, però, ho assistito a un calo di interesse e lo scenario è cambiato: i dentisti

devono capire che migliorare la prevenzione e investire nella profilassi serve a guadagnare di più e non è una perdita di tempo. Assumendo un igienista dentale si può aumentare l'introito fino a 200 euro per ogni seduta di un'ora, i benefici finanziari sono evidenti.

DTO: Come possiamo promuovere la prevenzione in odontoiatria?

TF: Non è semplice, anche perché la prevenzione ha bisogno di essere abbinata ad altri fattori, come per esempio la motivazione e la comunicazione con i pazienti. La prevenzione migliore, infatti, passa per l'aggiornamento individuale, anche se alcuni lo ritengono uno sforzo oneroso. Il dentista può spendere ore e ore parlando del bisogno di ridurre gli zuccheri, del corretto uso dello spazzolino e dell'andare dal dentista due volte all'anno, tuttavia le sole informazioni non parlano al cuore della gente, solo la motivazione lo raggiunge. Questa è la sfida che sta dietro a tutta l'odontoiatria preventiva, soprattutto in quella pediatrica. La prevenzione è la mia passione e sono sicura che può diventare la passione anche di tanti altri colleghi. Prima la si insegna e prima si raggiungono risul-



La dott.ssa Teresa Fehrenbach si appassiona nel parlare di scovolini interdentali (Foto: Dental Tribune International).

tati di successo. Può essere difficile cambiare le abitudini di un quarantenne, ma un bambino di sette anni è più facile da convincere: se si insegna loro la giusta tecnica, sin dall'asilo, poi trasferiranno tale sapere anche ai genitori. In Germania c'è una canzone che si usa negli asili per aiutare i bambini a lavarsi i denti. Ha un bel ritmo e coinvolge tutta la famiglia ("La mamma si lava i denti, anche papà si lava i denti..."): l'ho tradotta in polacco e usata in molti dei miei corsi, con mia grande sorpresa ha funzionato sempre. Due volte all'anno insegniamo ai bambini come lavarsi i denti, ci sediamo con loro, parliamo di zucchero, frutta e igiene quotidiana. Io dico a tutti loro che quando hanno finito di giocare devono lavarsi le mani e, allo stesso modo, quando hanno finito di mangiare devono lavarsi i denti. Amo il mio lavoro e continuo ad amarlo ogni giorno.

Grazie molte per l'intervista.

Dental Tribune International

I batteri orali, potenziali responsabili dell'emicrania

La Jolla, USA – Il mal di testa, e l'emicrania in particolare, sono malattie ampiamente diffuse e hanno il potere di inficiare la qualità della vita di milioni di persone. Una nuova ricerca ha messo in luce come le

persone che soffrono di emicrania mostrino un numero significativamente maggiore di microbi nella propria bocca.

Nello studio, i ricercatori hanno isolato batteri da 172 campioni orali e

da 1.996 campioni fecali, scoprendo che la maggioranza di loro si divideva tra emicranici e non emicranici. Un'ulteriore analisi dei campioni orali ha messo in luce come i geni che codificano i nitrati, i nitriti e gli

enzimi ossido-nitrici fossero significativamente più abbondanti nei batteri emicranici.

I composti che contengono i nitrati sono stati identificati come responsabili del mal di testa. Possono trovarsi nel cibo – come la carne e le verdure a foglia verde – e in certe medicine. I batteri orali sono in grado di trasformare i nitrati in nitriti, i quali, una volta in circolazione nel sangue e sotto certe condizioni, possono essere convertiti in ossido.

Nonostante la ricerca indichi una potenziale correlazione tra i batteri che riducono i nitrati nella cavità orale e l'emicrania, sono necessarie ulteriori verifiche per stabilire se questi batteri siano la causa o la risultante delle emicranie, o ancora se vi sono indirettamente legati in qualche altro modo, hanno detto

i ricercatori. Secondo la Migraine Research Foundation, circa un miliardo di persone nel mondo (38 milioni solo negli Stati Uniti) soffre di emicrania, rendendola la terza malattia più diffusa al mondo. In ogni caso, più della metà di queste patologie non è diagnosticata poiché gli individui non cercano cure mediche.

Lo studio, intitolato "Migraines are correlated with higher levels of nitrate-, nitrite-, and nitric oxide-reducing oral microbes in the American Gut Project Cohort", è apparso il 18 ottobre su *mSystems*, un giornale open access pubblicato dalla American Society for Microbiology ed è stato condotto presso la University of California, San Diego School of Medicine.

Dental Tribune International

Milioni di persone nel mondo soffrono di emicrania. La condizione può essere associata ai batteri presenti nella cavità orale (Foto: ©Piotr Marcinski/Shutterstock).



RECORDATI

Dentosan®: lo specialista per un'igiene orale a 360°

Dentosan® è la linea completa di prodotti per un corretto ed efficace programma di igiene orale, studiati appositamente per il benessere di tutta la bocca.

Dall'esperienza Dentosan® due nuove linee di strumenti dedicati alla pulizia interprossimale tra dente e dente e tra denti e gengive: scovolini e fili interdentali.

Gli scovolini sono realizzati con setole in Tynex e anima in acciaio inox ricoperta di materiale plastico per evitare graffi allo smalto dei denti e alle gengive. Il manico è realizzato per avere la massima flessibilità, un'ottima presa, anche con le mani bagnate, e per permettere di raggiungere anche gli spazi interdentali più difficili. Il cappuccio dello scovolino può essere inserito sul manico per allungarlo. È disponibile in forma cilindrica e conica.

Tre le tipologie di filo interdentale: ultrapiatto, grazie alla sua struttura è particolarmente adatto anche alle persone con spazi interdentali stretti; cerato nero, in multifilamento dalla morbida struttura, la leggera ceratura ne facilita lo scorrimento tra i denti. Il colore nero evidenzia la placca rimossa, per impianti e apparecchi ortodontici, particolarmente indicato per le persone con apparecchi ortodontici, impianti e ponti, spazi interdentali ampi; ogni tratto del filo è costituito da una parte ad ago e una parte a spugna pulente.

Dentosan®:

- è un prodotto RECORDATI S.p.A.;
- disponibile in Farmacia.



DENTOSAN®

PER DENTI E GENGIVE

Igiene orale a 360°

NOVITÀ

Collutori con clorexidina
a diverse concentrazioni
(0,20% - 0,12% - 0,05%)
Collutorio bifasico
con antibatterici naturali

NOVITÀ

Fili interdentali

Gel parodontale
con clorexidina
digluconato 0,5%
Dentifrici
e spazzolini



RECORDATI OTC

Recordati S.p.A.
Via Civitali, 1 - 20148 Milano
Tel.: 02487871
Numero verde: 800835029
www.recordati.com

Gestione multidisciplinare del paziente affetto da gengivite ulcero-necrotica

Alessandro Chiesa*, Andrea Butera**, Alessandra Chimienti*, Camilla Preda*, Marzia Segù***

* Igienista dentale.

** Professore a contratto presso Università degli Studi di Pavia e PhD student presso Univesitat de Valencia.

*** Direttore didattico CLID Università degli Studi di Pavia.

Il paziente, un uomo di 37 anni si presenta all'attenzione dello studio lamentando un forte dolore gengivale e la necessità di sottoporsi a una seduta di igiene orale professionale. Eseguita l'anamnesi, si procede con un'accurata ispezione del cavo orale che mostra come gli indici parodontali (PI, GBI, sondaggio parodontale) siano entro i limiti della norma così come la salute generale dello stesso, a eccezione della papilla tra gli elementi 1.2 e 1.3, che presenta gli unici siti con un sondaggio patologico (6 mm); come si evince dalla foto frontale pretrattamento (Fig. 1), appare decapitata, completamente disepitelizzata e con abbondante presenza di una pseudo membrana bianco-grigiastra facilmente asportabile (Fig. 2). Quest'ultima, grazie ad analisi di laboratorio sulla qualità batterica presente, porta alla diagnosi di gengivite ulcero-necrotica localizzata.

Si è quindi informato il paziente sulla problematica, sulla sua eziologia e il suo decorso clinico, sulla correlazione non tra quantità, ma tra qualità di batteri e distruzione dei tessuti parodontali nella zona interessata dalla patologia.

Si è quindi passati, in accordo con il paziente, a una seduta di igiene professionale utilizzando strumentazione ultrasonica piezoelettrica e manuale, si è quindi utilizzata un'apparecchiatura per ozonoterapia (Fig. 3), applicandolo sia a livello della gengiva libera sia all'interno del solco interessato; si sono quindi effettuati lavaggi dapprima con acqua ossigenata e successivamente con un gel a base di clorexidina 1%. Durante e al termine della seduta si è riscontrato un forte sanguinamento dettato dalla flogosi dei tessuti parodontali (Figg. 4, 5), tuttavia il paziente riferiva un netto e immediato miglioramento del dolore.

Sono state quindi fornite le istruzioni per quanto concerne l'igiene orale domiciliare, consigliando l'utilizzo di uno spazzolino elettrico, il passaggio di filo interdentale, l'utilizzo di uno scovolino imbevuto di gel contenente clorexidina e il passaggio di una garzina con acqua ossigenata a livello del sito interessato. Per lo scovolino si è optato per un modello Soft-Picks® in quanto, avendo l'intero corpo in gomma, garantiva un'ottima stimolazione tissutale e impediva al paziente di danneggiare i tessuti molli durante la guarigione degli stessi. È stato prescritto un ciclo antibiotico di un cocktail di metronidazolo + amoxicillina. Trascorse due settimane il paziente si è ripresentato all'attenzione dello studio per il primo controllo ed è stata effettuata un'altra seduta di ozonoterapia.

Trascorso un mese il paziente è ritornato in studio per il secondo controllo, la situazione era decisamente migliorata, la gengiva si presentava ben aderente, tonica e di un rosa corallo (Figg. 6, 7) con assenza di sanguinamento al sondaggio. Permane tuttavia una certa carenza nel volume della papilla interessata come conseguenza del decorso della GUNA.

Il paziente è stato ora inserito in un protocollo di controlli bimestrali in office, mentre domiciliariamente è stato scelto l'utilizzo di uno spazzolino Philips Sonicare per poter stimolare al meglio il tessuto gengivale e l'utilizzo quotidiano di ausili interdentali quali filo interdentale e scovolini GUM® Soft-Picks®.



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7

Valutazione dell'efficacia dello sbiancamento professionale domiciliare

con il nuovo Ena White 2.0: risultati a sei mesi allo spettrofotometro

Irene Franchi, libera professionista in Levizzano Rangone (MO)

Introduzione

Il sorriso ideale è da sempre considerato espressione di salute e bellezza^{1,2}. Fu la civiltà romana a consacrare la tradizione del dente bianco nel colore e perfetto nella forma; le donne patrizie cercavano di sbiancare i denti sfregandoli con tessuti imbevuti di composti naturali a base di urea. Secondo recenti statistiche³ circa il 50% della popo-

lazione mondiale non è soddisfatto del colore dei propri denti e adotta tutti i sistemi possibili per averli più bianchi e splendidi, proprio come vengono proposti da tutti i modelli pubblicitari. Le discromie costituiscono un problema estetico importante. Quelle estrinseche, cioè quelle che interessano l'esterno del dente, sono di natura esogena, ovvero determinate da agenti ester-

ni (cibi, bevande, placca, tartaro, fumo, prodotti con clorexedina) e possono essere facilmente eliminate con l'uso di una pasta dentifricia specifica e specifiche tecniche di abrasione professionale. Quelle intrinseche sono determinate dal deposito nella struttura organica o minerale del dente di pigmenti nel corso dello sviluppo e/o della mineralizzazione dei germi dentari, per

essere risolte richiedono l'utilizzo di prodotti specifici o specifiche tecniche opportune.

Con il termine "sbiancamento" si intende, dal punto di vista chimico, la distruzione dei gruppi cromofori presenti nei composti organici e inorganici. Attraverso una reazione chimica di ossido riduzione, pertanto, l'agente sbiancante riesce a decolorare un substrato conten-

te doppi legami coniugati, sistemi aromatici e sistemi chinolonic^{1,3}. Attualmente esistono in commercio prodotti sbiancanti a base di perossido di idrogeno e perossido di carbamide a diverse concentrazioni con i quali si può effettuare uno sbiancamento ambulatoriale o domiciliare⁴.

> pagina 16

PAZIENTE N. 1										MEDIE MATEMATICHE DI CROMA, TINTA E VALORE																									
Elemento dentale 11	L iniziale	L finale	L a 6 mesi	c iniziale	c finale	c a 6 mesi	h iniziale	h finale	h a 6 mesi	Terzo medio	69,23	73,07	73,17	27	23,97	24	80,01	82,76	83	Terzo incisale	70,98	74,87	75	26	23,21	23,12	82,67	84,98	85						
Terzo cervicale	66,88	70,27	70,12	24,18	15,00	13,76	77,91	88,01	88,12	PAZIENTE N. 5																									
Terzo medio	69,86	69,29	69,46	18,58	18,91	17,55	84,21	86,12	86,20	Elemento dentale 11	L iniziale	L finale	L a 6 mesi	c iniziale	c finale	c a 6 mesi	h iniziale	h finale	h a 6 mesi	Terzo cervicale	69,98	72,87	72,98	26,09	24,76	24,98	78,98	79,99	80,76						
Terzo incisale	64,31	65,93	66,08	14,81	13,97	13,88	88,45	88,89	88,09	Terzo medio	70,87	73,12	73,55	24,12	22,87	22,99	79	81,87	82	Terzo incisale	72	75,03	75,99	23,45	22,12	22,45	79,87	83,99	84						
Elemento dentale 21	L iniziale	L finale	L a 6 mesi	c iniziale	c finale	c a 6 mesi	h iniziale	h finale	h a 6 mesi	Elemento dentale 21	L iniziale	L finale	L a 6 mesi	c iniziale	c finale	c a 6 mesi	h iniziale	h finale	h a 6 mesi	Terzo cervicale	72,57	75,78	76	27,87	25,45	25,89	82,76	84,78	85						
Terzo cervicale	65,28	67,66	68,12	25,01	20,34	20,44	77,41	84,64	84,39	Terzo medio	70,76	75,76	75,99	26,45	22,87	23	86,89	88	88,11	Terzo incisale	68,89	73,89	74,99	25,77	23,23	23	88,34	89,98	90						
Terzo medio	64,25	61,01	61,00	19,01	17,32	16,98	83,12	85,13	85,03	Elemento dentale 12	L iniziale	L finale	L a 6 mesi	c iniziale	c finale	c a 6 mesi	h iniziale	h finale	h a 6 mesi	Terzo cervicale	68,78	73,67	74	27,12	24,54	25	78,88	83,23	84						
Terzo incisale	64,55	69,12	68,85	13,96	12,26	12,46	86,90	88,01	88,00	Terzo medio	70,45	74,43	76,10	29,23	26,78	27	80,01	83,78	84	Terzo incisale	72,12	75,54	76	30,02	26,78	27	81,23	83,23	83,67						
Elemento dentale 12	L iniziale	L finale	L a 6 mesi	c iniziale	c finale	c a 6 mesi	h iniziale	h finale	h a 6 mesi	Elemento dentale 13	L iniziale	L finale	L a 6 mesi	c iniziale	c finale	c a 6 mesi	h iniziale	h finale	h a 6 mesi	Terzo cervicale	68,78	73,67	74	27,12	24,54	25	78,88	83,23	84						
Terzo cervicale	68,99	69,23	69,21	22,21	17,15	17,56	77,92	87,94	88,06	Terzo medio	71,56	75,09	75	26	24,77	25	83,21	85,23	85,87	Terzo incisale	70,45	74,43	76,10	29,23	26,78	27	80,01	83,78	84						
Terzo medio	68,51	69,78	70,45	24,77	24,65	25,64	83,14	81,94	82,64	Elemento dentale 22	L iniziale	L finale	L a 6 mesi	c iniziale	c finale	c a 6 mesi	h iniziale	h finale	h a 6 mesi	Terzo cervicale	70,87	73,12	73,55	24,12	22,87	22,99	79	81,87	82						
Terzo incisale	64,23	67,36	68,98	17,15	13,87	14,46	87,94	87,59	88,01	Terzo medio	70,93	73,23	74	25,78	25,78	26	78,98	82,98	83	Terzo incisale	72,12	75,54	76	30,02	26,78	27	81,23	83,23	83,67						
Elemento dentale 13	L iniziale	L finale	L a 6 mesi	c iniziale	c finale	c a 6 mesi	h iniziale	h finale	h a 6 mesi	Elemento dentale 23	L iniziale	L finale	L a 6 mesi	c iniziale	c finale	c a 6 mesi	h iniziale	h finale	h a 6 mesi	Terzo cervicale	64,58	67,89	68,22	25,67	23,21	23,76	80,97	79,90	79,28						
Terzo cervicale	64,58	67,89	68,22	25,67	23,21	23,76	80,97	79,90	79,28	Terzo medio	71,45	73,98	74	24,67	23,1	23	78,23	84,23	84,78	Terzo incisale	65,37	68,11	68,15	19,88	22,77	23,08	84,30	83,94	83,99						
Terzo medio	64,04	64,66	64,81	19,06	19,87	19,97	85,12	86,99	86,76	Elemento dentale 21	L iniziale	L finale	L a 6 mesi	c iniziale	c finale	c a 6 mesi	h iniziale	h finale	h a 6 mesi	Terzo cervicale	69,89	70,38	70,40	20,21	19,45	19,67	75,22	75,39	75,76						
Terzo incisale	64,23	67,36	68,98	17,15	13,87	14,46	87,94	87,59	88,01	Terzo medio	69,80	71,18	71,67	19,58	18,45	18,47	75,18	71,94	73,27	Terzo incisale	69,36	70,98	71	19,81	17,12	17,11	76,69	77,54	78,19						
Elemento dentale 22	L iniziale	L finale	L a 6 mesi	c iniziale	c finale	c a 6 mesi	h iniziale	h finale	h a 6 mesi	Elemento dentale 22	L iniziale	L finale	L a 6 mesi	c iniziale	c finale	c a 6 mesi	h iniziale	h finale	h a 6 mesi	Terzo cervicale	69,12	73,98	74	26,12	22,12	23	83	85,08	85,10						
Terzo cervicale	69,19	70,38	70,40	20,21	19,45	19,67	75,22	75,39	75,76	Terzo medio	70,28	75,34	68	24	23,46	24,12	84,09	85,12	86	Terzo incisale	64,04	64,66	64,81	19,06	19,87	19,97	85,12	86,99	86,76						
Terzo medio	69,80	71,18	71,67	19,58	18,45	18,47	75,18	71,94	73,27	Elemento dentale 23	L iniziale	L finale	L a 6 mesi	c iniziale	c finale	c a 6 mesi	h iniziale	h finale	h a 6 mesi	Terzo cervicale	65,78	67,41	67,61	23,55	21,75	21,11	80,91	82,19	82,23						
Terzo incisale	69,36	70,98	71	19,81	17,12	17,11	76,69	77,54	78,19	Terzo medio	67,36	69,11	69,45	19,88	18,17	18,99	83,98	83,99	84,15	Terzo incisale	65,36	68,33	68,87	18,87	17,02	17	85,59	85,69	85,97						
Elemento dentale 23	L iniziale	L finale	L a 6 mesi	c iniziale	c finale	c a 6 mesi	h iniziale	h finale	h a 6 mesi	PAZIENTE N. 2																									
Terzo cervicale	65,78	67,41	67,61	23,55	21,75	21,11	80,91	82,19	82,23	Elemento dentale 11	L iniziale	L finale	L a 6 mesi	c iniziale	c finale	c a 6 mesi	h iniziale	h finale	h a 6 mesi	Terzo cervicale	71,91	72,21	72,22	22,61	20,45	20,56	68,88	69,91	69,98						
Terzo medio	67,36	69,11	69,45	19,88	18,17	18,99	83,98	83,99	84,15	Terzo medio	69,82	71	71,03	21,55	20,98	20,96	71,21	73,24	73,44	Terzo incisale	70,08	71,72	71,88	19,98	19,12	19,11	68,79	71,23	71,28						
Terzo incisale	65,36	68,33	68,87	18,87	17,02	17	85,59	85,69	85,97	Elemento dentale 21	L iniziale	L finale	L a 6 mesi	c iniziale	c finale	c a 6 mesi	h iniziale	h finale	h a 6 mesi	Terzo cervicale	69,89	71,99	71,12	20,1	19,2	19,27	68,23	70	70,01						
PAZIENTE N. 3																Elemento dentale 21	L iniziale	L finale	L a 6 mesi	c iniziale	c finale	c a 6 mesi	h iniziale	h finale	h a 6 mesi	Terzo medio	70,01	71	71,1	20,1	19,3	19,22	68,28	70,10	70,12
Elemento dentale 11	L iniziale	L finale	L a 6 mesi	c iniziale	c finale	c a 6 mesi	h iniziale	h finale	h a 6 mesi	Terzo cervicale	69,12	70,23	70,22	20,23	19,83	19,86	69	70	70,03	Terzo medio	69,12	70,23	70,22	20,23	19,83	19,86	69	70	70,03						
Terzo cervicale	71,91	72,21	72,22	22,61	20,45	20,56	68,88	69,91	69,98	Elemento dentale 12	L iniziale	L finale	L a 6 mesi	c iniziale	c finale	c a 6 mesi	h iniziale	h finale	h a 6 mesi	Terzo incisale	68,89	71	71,10	25,89	25,34	25,12	70	71,1	71,1						
Terzo medio	69,82	71	71,03	21,55	20,98	20,96	71,21	73,24	73,44	Terzo medio	69,82	71,10	71,66	26,12	25	25,2	70	71	71,1	Terzo incisale	68,89	71	71,10	25,89	25,34	25,12	70	71,1	71,1						
Terzo incisale	70,08	71,72	71,88	19,98	19,12	19,11	68,79	71,23	71,28	Elemento dentale 13	L iniziale	L finale	L a 6 mesi	c iniziale	c finale	c a 6 mesi	h iniziale	h finale	h a 6 mesi	Terzo cervicale	68,8	72	72,2	26	25,33	25,23	71	71,14	71,2						
Elemento dentale 21	L iniziale	L finale	L a 6 mesi	c iniziale	c finale	c a 6 mesi	h iniziale	h finale	h a 6 mesi	Terzo medio	69,15	68,64	68,44	25,49	24,56	24,45	72	72,98	72,99	Elemento dentale 22	L iniziale	L finale	L a 6 mesi	c iniziale	c finale	c a 6 mesi	h iniziale	h finale	h a 6 mesi						
Terzo cervicale	69,89	71,99	71,12	20,1	19,2	19,27	68,23	70	70,01	Elemento dentale 22	L iniziale	L finale	L a 6 mesi	c iniziale	c finale	c a 6 mesi	h iniziale	h finale	h a 6 mesi	Terzo medio	70,12	71,54	71,44	22	21,12	21,02	71	72,12	72,14						
Terzo medio	70,01	71	71,1	20,1	19,3	19,22	68,28	70,10	70,12	Terzo cervicale	69,12	70,23	70,22	20,23	19,83	19,86	69	70	70,03	Terzo medio	70,01	71,56	71,54	22,02	22,00	22	72,02	72,99	72,77						
Terzo incisale	69,12	70,23	70,22	20,23	19,83	19,86	69	70	70,03	Elemento dentale 23	L iniziale	L finale	L a 6 mesi	c iniziale	c finale	c a 6 mesi	h iniziale	h finale	h a 6 mesi	Terzo incisale	69,76	70,12	70,22	21,12	21	20,98	71,12	71,45	71,48						
Elemento dentale 12	L iniziale	L finale	L a 6 mesi	c iniziale	c finale	c a 6 mesi	h iniziale	h finale	h a 6 mesi	Terzo cervicale	69,89	70,14	70,45	23,09	22,12	22,15	72	72,34	72,38	Elemento dentale 23	L iniziale	L finale	L a 6 mesi	c iniziale	c finale	c a 6 mesi	h iniziale	h finale	h a 6 mesi						
Terzo cervicale	69	70	70,08	26	25,12	25,1	69,90	70	70	Terzo medio	69,98	70,14	70,45	23,09	22,12	22,15	72	72,34	72,38	Terzo medio	69,11	69,99	70,01	22,98	21,09	21,10	73	73,99	74						
Terzo medio	69,82	71,10	71,66	26,12	25	25,2	70	71	71,1	Terzo incisale	69,78	71	71,10	25,89	25,34	25,12	70	71,1	71,1	Terzo incisale	69,78	71	71,10	25,89	25,34	25,12	70	71,1	71,1						
Terzo incisale	68,89	71	71,10	25,89	25,34	25,12	70	71,1	71,1	Elemento dentale 21	L iniziale	L finale	L a 6 mesi	c iniziale	c finale	c a 6 mesi	h iniziale	h finale	h a 6 mesi	Terzo cervicale	68,8	72	72,2	26	25,33	25,23	71	71,14	71,2						
Elemento dentale 13	L iniziale	L finale	L a 6 mesi	c iniziale	c finale	c a 6 mesi	h iniziale	h finale	h a 6 mesi	Terzo medio	69,15	68,64	68,44	25,49	24,56	24,45	72	72,98	72,99	Elemento dentale 22	L iniziale	L finale	L a 6 mesi	c iniziale	c finale	c a 6 mesi	h iniziale	h finale	h a 6 mesi						
Terzo cervicale	68,8	72	72,2	26	25,33	25,23	71																												

ENA WHITE 2.0
The fastest home bleaching

e' il momento di provarlo Ti convincerai !!!

2 minuti anziché 6/8 ore al giorno
Nuovo sbiancamento professionale domiciliare

Senza mascherina con speciale acceleratore **XS151™** che si attiva con lo spazzolino, incrementando in modo esponenziale la velocità di assorbimento del perossido di idrogeno. Lo speciale spazzolino con dispenser contiene il gel sbiancante, sufficiente per un trattamento di circa 20 gg. (il tempo di applicazione totale è di solo 40 minuti anziché 180 ore necessarie con l'utilizzo di mascherine).

Ref. ECW01BS **a soli 79,90 € + iva**
1 Ena White 2.0 trattamento 40 giorni spazzolino + ricarica gel sbiancante 11 ml + 1 Dentifricio Enamel plus omaggio

oppure Ref. ECW12ES **a soli 399,00 € + iva**
12 Ena White 2.0 + 12 Dentifrici omaggio

Valore di listino 1.320 € + iva

Compilare il coupon e lo spedisci a: Micrium S.p.A. - Via G. Marconi, 63 - 16036 Avegnone (GE) - 0 per e-mail: ordini@micrium.it o per fax al numero: 0185 7887 970 - Tel. 0185 7887 970

Desidero ricevere: ECW01BS a € 79,90 +iva 22% ECW12ES a € 399,00 +iva 22%

Nome: _____ Cognome: _____
Via: _____ Città: _____
Cap: _____ CF e/o PI: _____
e-mail: _____ Data e Firma: _____
Tel.: _____

MICRIUM S.p.A.
Via Merconi, 63, 16036 Avegnone (GE) Italy
Tel. 0185 7887 970
www.micrium.it
micrium@micrium.it

< pagina 15

Nel primo caso il professionista applica la miscela sugli elementi da trattare, nel secondo, invece, viene confezionata una mascherina in resina da indossare con il prodotto al suo interno per il periodo di riposo notturno. Il nuovo prodotto sbiancante Ena White 2.0 Micrium (Fig. 2) è un'innovazione in questo campo, in quanto il prodotto sbiancante non viene applicato né con mascherine né effettuato in studio, bensì fornito da uno spazzolino con serbatoio. Scopo della presente ricerca è di verificare l'efficacia del trattamento sbiancante Ena White 2.0 attraverso l'analisi allo spettrofotometro su un gruppo di popolazione di 10 pazienti a distanza di 6 mesi dal conseguimento dei risultati clinici, escludendo eventuali effetti collaterali, quali ad esempio la sensibilità post-operatoria.

Materiali e metodi

Si sono selezionati 8 pazienti che ri-

chiedevano il trattamento cosmetico di sbiancamento ambulatoriale. Sono stati inseriti nel gruppo di studio pazienti non fumatori, di età compresa fra i 18 e i 50 anni, parodontalmente non compromessi e senza manufatti protesici o ricostruzioni estetiche sugli anteriori. Sono state escluse anche donne in gravidanza in quanto, pur non essendo documentato alcun effetto collaterale sul feto e sulla gravida, è consigliabile in ogni caso rimandare la seduta dopo il parto, trattandosi di un trattamento cosmetico. Prima di iniziare la seduta clinica di sbiancamento, tutti i pazienti vengono sottoposti a un accurato trattamento di igiene orale e all'analisi allo spettrofotometro dei 6 elementi frontali superiori (da canino a canino). Per ogni elemento dentario (da 1.3 a 2.3) sono state rilevate le variabili L (valore), c (croma) e h (tinta) nelle sezioni cervicali, medie e incisali (Fig. 1, Tab. 1). I tre parametri sopra descritti sono stati rilevati prima del trattamento e a distanza di 6 mesi al fine di valutare

il mantenimento del colore. Tutti i pazienti utilizzavano lo spazzolino due volte al giorno: una al mattino e una alla sera. I pazienti venivano istruiti sulla modalità di trattamento: dopo aver svitato il cappuccio, si svita anche la testa dello spazzolino dal dispenser e si rimuove il sigillo dalla base dello spazzolino. Dopo aver riavvitato la base dello spazzolino sul dispenser, si ruota la ghiera, posta nella parte inferiore, in senso antiorario, in direzione "UP", fino a far fuoriuscire il gel sbiancante. Questa operazione la prima volta richiede un paio di giri della ghiera, in quanto viene riempito il tubo che arriva fino alle setole. Si spiega al paziente che sono sufficienti un paio di tacche di rotazione per far fuoriuscire la quantità giusta di prodotto. Lo spazzolino, a questo punto, si esegue con un primo movimento orizzontale, per 30 secondi circa, evitando il più possibile le gengive, si sciacqua lo spazzolino e poi si rispazzola per altri 30 secondi. Ai pazienti è stato chiesto di valutare la sensibilità post operato-



Fig. 1 - Immagini dell'elemento numero 11 rilevate con lo SpectroShade dove si nota la differenza delle misurazioni cromatiche al variare dell'estensione delle aree di riferimento. Nella finestra in alto a sinistra il programma è in grado di fornire l'entità del valore di croma (c), tinta (h) e valore (L) per ogni porzione di dente esaminato e confrontarlo con il colore presente in commercio (rispettivamente, colonna di sinistra e destra). Nel caso clinico esaminato, infatti,

l'elemento numero 11 si avvicina, per croma, tinta e valore al colore A2. A destra si riporta sulla scala di valore, croma e tinta la discrepanza fra A2 e il dente preso in considerazione: l'entità del croma è maggiore rispetto a quello dell'A2 mentre la tinta è inferiore. Ciò indica, partendo dall'A2, un colore complessivo più saturo e tendente al rosso.



Fig. 2 - Ena White 2.0 Micrium.

Paziente	1 H	3 H	6 H	12 H	24 H	2 GG	3 GG	4 GG	5 GG	6 GG	7 GG	10 GG
1	4	4	2	2	2	1	1	0	0	0	0	0
2	5	5	4	4	2	2	1	0	0	0	0	0
3	4	4	4	3	2	1	0	0	0	0	0	0
4	4	3	2	1	2	2	1	1	1	1	0	0
5	3	3	3	2	2	1	0	0	0	0	0	0
6	3	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
7	4	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
8	4	4	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0

Tab. 2 - Risultati del diario clinico dei pazienti: nella colonna di sinistra vengono riportati i pazienti e nelle restanti colonne le ore e i giorni

trascorsi dall'applicazione del prodotto sbiancante. Ogni paziente doveva riportare, al trascorrere del tempo, il grado di sensibilità post-operatoria riscontrata: il valore 1 indicava lievissima entità, il 2 lieve, il 3 moderata, 4 grave, il 5 gravissima entità (tale da avere dei problemi all'assunzione di liquidi freddi, al contatto con aria e dolore alla masticazione).

ria indicando con un numero l'entità della stessa (da 5, intensità massima, a zero) immediatamente dopo la seduta fino a dieci giorni di distanza (Tab. 2).

Discussione

Alla fine degli anni Ottanta furono ideati sbiancanti domiciliari con l'utilizzo delle mascherine personalizzate e non, adeguatamente riempite con perossido di idrogeno a bassa percentuale e mantenute in sede per diverse ore al giorno o persino tutta la notte. Il principio attivo aveva una concentrazione variabile dal 10 al 30% e, in base a questa, il tempo di contatto variava da un paio di ore al giorno sino a tutta la notte. Il risultato estetico ottenuto è basato sulla variazione di colore; per definire il colore dal punto di vista psicosensoriale si utilizzano tre parametri¹⁻²³:

- a) tinta (h), colore base del dente, parametro più facile da identificare, che deriva principalmente dalla dentina e definita in quattro gradienti: A (rosso-marrone), B (arancione-giallo), C (verde-grigio) e D (rosa-grigio);
- b) croma (c), rappresenta il grado di saturazione, la porzione pigmentata di una tinta, la scala Vita comprende 4 gradi di croma: 1, 2, 3 e 4;
- c) valore (L), rappresenta il grado di luminosità, distingue i colori chiari da quelli scuri, il nero è il valore minimo, il bianco è il valore massimo.

Attraverso il colorimetro Spectro Shade sono stati rilevati valore, tinta e croma degli elementi frontali superiori; peculiarità di questo apparecchio è fornire il valore del campione della scala colori richiesta più vicino al colore del dente preso in esame attraverso un confronto tra i delta E dei vari campioni analizzati. Il delta E di un dato colore è la radice quadra della somma dei quadrati dei dati colorimetrici dei punti di rilievo ottenuti: $\Delta E = [(L_{fin} - L_{iniz})^2 + (C_{fin} - C_{iniz})^2 + (h_{fin} - h_{iniz})^2]^{1/2}$. Analizzando gli otto casi clinici, si può notare come il valore (L) degli elementi trattati aumenti, facendo così assumere all'elemento dentario sembianze più chiare; dall'analisi della letteratura¹⁻²³, infatti, si evince che per avere una percezione visiva della differenza di luminosità tra i due elementi trattati il ΔL deve essere almeno uguale o superiore a 1. Ottimi sono i risultati

ottenuti anche per quanto riguarda il parametro del croma (c), che assume valori inferiori a quelli di partenza: ciò significa che si arriverà verso un minor grado di saturazione. A distanza di 6 mesi dal termine del trattamento, ripetuta l'analisi allo spettrofotometro, si può notare come i parametri analizzati si mantengano costanti senza variazioni importanti. L'ottimo risultato estetico ottenuto con l'utilizzo dello sbiancante Ena White 2.0 è visivamente apprezzabile e confermato anche dalle analisi ottenute con il colorimetro. L'armonia fra croma, tinta e valore è mantenuta anche a distanza di 6 mesi. Per quanto riguarda il decorso post-operatorio, questo studio conferma ciò che è riportato in letteratura¹⁷⁻²²: la sensibilità è particolarmente spiccata nella prima ora dopo il trattamento per poi annullarsi nell'arco delle 24 ore. A distanza di 3 giorni solo 4 persone riferiscono qualche problema di sensibilità (definita lievissima) che persiste in un solo caso anche dopo 7 giorni. Al decimo giorno pare non ci sia più alcun problema.

Conclusioni

Il nuovo metodo con Ena White 2.0 permette di ottenere risultati estetici eccellenti con soli 2 minuti al giorno di applicazione del prodotto sbiancante per circa 20-30 giorni, tempo corrispondente a meno di 1/5 del tempo necessario con l'utilizzo della classica mascherina; lo spazzolino con serbatoio è di facile utilizzo, pratico, e si può portare in qualsiasi luogo utilizzando per un minuto al mattino e uno alla sera. Qualora il risultato estetico non fosse raggiunto al termine di questo trattamento si può proseguire con un secondo ciclo senza alcuna conseguenza negativa alla struttura dentale. Il trattamento qui descritto contempla il rispetto delle totali normative UE che regolano l'utilizzo dei perossido di idrogeno al 6%, precisando che i kit di sbiancamento possono essere consegnati a coloro che li utilizzeranno direttamente dal proprio dentista come trattamento professionale dopo accurata visita e valutazione caso per caso. L'acceleratore contenuto, XS 151, che si attiva con lo spazzolino, consente di essere utilizzato dal paziente in maniera agevole e in qualsiasi luogo si trovi.

La bibliografia è disponibile presso l'Editore

Figure didattiche nell'utilizzo del materiale sbiancante.



Fig. 3 - Caso clinico 1, pre-sbiancamento.



Fig. 4 - Caso clinico 1, post-sbiancamento.



Fig. 5 - Caso clinico 2, pre-sbiancamento.



Fig. 6 - Caso clinico 2, post-sbiancamento.

Unione e mininvasività, i due grandi temi del XV Congresso nazionale UNID

Il primo Congresso politico tra UNID e AIDI si terrà a Roma a fine marzo. Lo ha detto venerdì 21 ottobre mattina Maurizio Luperini, presidente UNID in apertura del XV Congresso nazionale.

Sede dello "storico" evento, Roma, la data, fine marzo. L'unione tra le due Associazioni "rappresentative" (in sede ministeriale) degli igienisti non appare più, come in passato, un pio desiderio, ma una prospettiva fondata di sviluppo. Fatto assieme a Caterina Di Marco, vicepresidente AIDI, nel salone dell'Holiday Inn di Roma, l'annuncio costituisce, secondo quanto dichiara Luperini, «un primo passo importante per la crescita della professione, anche se le due Associazioni da tempo collaborano su temi importanti per la sua tutela, coordinando i propri interventi. Crediamo infatti fortemente – afferma – che l'unione degli intenti possa fare la differenza per una professione in forte crescita culturale ma soprattutto politica». Obiettivo primario? Poter ottenere il giusto riconoscimento come professione sanitaria che da sempre si occupa di prevenzione. Gli ha fatto eco la presidente AIDI, Antonella Abbinante, confermando l'intenzione, in occasione del Congresso nazionale AIDI, svoltosi a Bologna il 18 e 19 novembre, di ritrovarsi a fine marzo per un "incontro politico" «in armonia con il nostro ruolo di Associazioni rappresentative accreditate presso il Ministero e in considerazione della proficua collaborazione che costantemente ci vede impegnati nel CONAPS (Coordinamento Nazionale Associazioni Professioni Sanitarie), nell'Osservatorio e in altre sedi istituzionali». Sebbene il titolo ufficiale del Congresso ("Mininvasività ed analisi dei megatrends in prevenzione orale") fosse di natura scientifica, anche l'unione emergeva in realtà al Congresso UNID come tema di fondo, ribadito peraltro nella tavola rotonda di mezzogiorno, assieme ad altri, gravi e irrisolti: l'istituzione dell'Albo, apparentemente a portata di mano dopo l'approvazione del Senato, ma che sembra ora tornato in alto mare nelle "audizioni" in corso alla Camera. Altro punto forte, l'abusivismo, che affligge anche gli igienisti, su cui l'avvocata Cardillo ha riferito del buon esito di un'azione per impedire che altri cosiddetti "igienisti", formati in quattro e quattr'otto in Austria, potessero rientrare a lavorare in Italia. A parte gli aspetti politico-sindacali, a qualificare la XV edizione sono altri due fattori, richiamati di solito come indici di successo dell'evento: il livello delle relazioni e l'afflusso dei partecipanti. Sul primo punto, la mininvasività nei protocolli clinici di prevenzione è stata trattata nei vari aspetti clinici e di ricerca. Sul secondo punto, dell'afflusso al Congresso, Luperini definisce «una platea strepitosa» che ha dato spes-

sore all'evento. Al termine si sono svolte le elezioni per il rinnovo della dirigenza. Confermato per il prossimo triennio, il secondo mandato della presidenza nazionale UNID composta dal presidente Maurizio Luperini, il vicepresidente

Elisabetta Franzoia, e i consiglieri Rita Coniglio, Emanuela Maiello, Marco Miceli, Domenico Tomassi, Barbara Gozzi e Michela Pocecco.

Dental Tribune Italia



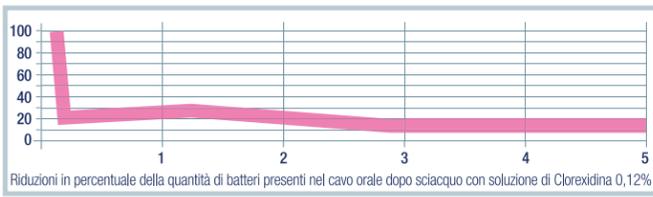

Forhans Clexidin®

Spietato contro i batteri,
delicato con le mucose.



CONTRO BATTERI E PLACCA
VITTORIA ASSICURATA. IN FARMACIA

Addio a batteri e placca dentale con **Forhans Clexidin**, la linea di prodotti per l'igiene orale Forhans a base di Clorexidina, dal sapore gradevole, favorisce un'azione antibatterica ancora più efficace. In differenti formati e concentrazioni, sono adatti a tutte le necessità. **Testati clinicamente anche su pazienti oncologici trattati con bifosfonati.**
(Tuscany School of Dental Medicine, University of Florence and Siena. "Donati D. et al. Clorexidina e bifosfonati in pazienti oncologici. Dental Clinics 2012 Anno IV (1): 33-39")



a base di CLOREXIDINA dal sapore GRADEVOLE

Forhans

da 60 anni aiuta il dentista ad aiutare il paziente

Uragme Srl - Roma - Tel. 06.87201580
www.uragme.it



14 novembre: giornata mondiale del diabete 2016

“Eye on diabetes” è il tema dell’anno 2016, a ricordare che il diabete è un grande nemico anche della vista: in Italia rappresenta la principale causa di cecità legale e sono oltre 50 mila gli italiani con diabete che ogni anno sviluppano problemi oculari. La Società italiana di diabetologia esorta a non trascurare questa complicanza che può dar segno di sé quando ormai i danni sono consolidati e invita a intercettarla da subito con gli esami di screening (esame del fondo dell’occhio) annuali. Fondamentale mantenere un buon controllo della glicemia e della pressione arteriosa per evitare di incorrere nella retinopatia.

È passato un anno dall’ultima giornata mondiale del diabete, insieme ai tanti buoni propositi e alle dichiarazioni di intento di fare qualcosa per questa che sembra un’epidemia inarrestabile, con il suo carico di malattia e di mortalità. Ma i numeri del diabete non accennano a diminuire, come ribadiscono anche gli ultimi dati epidemiologici. L’International Diabetes Federation (IDF) stima che nel mondo vivano al momento 415 milioni di soggetti affetti da diabete, che potrebbero arrivare a 642 milioni nel 2040 con gli attuali trend di crescita. Il Global Burden of Disease 2015 Study ha recentemente pubblicato l’analisi della causa di mortalità relativa a 249 malattie in 195 Paesi, inclusa l’Italia: il diabete causa nel mondo oltre 1,5 milioni di morti con un incremento del 32% nell’ultimo decennio (2002-2015).

Tema della giornata 2016 è “Eye on

Diabetes”, che ha il doppio significato di non perdere di vista questa patologia così devastante nei numeri e nelle conseguenze, ma anche di non trascurare una delle principali complicanze del diabete, la retinopatia, che può arrivare a far perdere la vista.

«La dimensione del problema, la diffusione a tutte le fasce d’età, la gravità delle complicanze associate alla malattia, i costi dei ricoveri – afferma il prof. Giorgio Sesti, presidente della Società italiana di diabetologia – fanno del diabete mellito uno dei principali problemi sanitari su scala mondiale. Per questi motivi, la lotta al diabete è una delle tre emergenze sanitarie identificate dall’ONU e dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), insieme alla malaria e alla tubercolosi, unica delle tre ad essere malattia non trasmissibile». In Italia, i dati ISTAT 2015 indicano che il diabete colpisce il 5,5% dei cittadini, per un totale di 3,3 milioni di persone. A questi va aggiunto un altro milione di persone che ignorano di avere già la malattia. I dati più recenti dell’Osservatorio ARNO Diabete, nato da una collaborazione tra Società italiana di diabetologia (SID) e CINECA, documentano che il tasso di prevalenza totale del diabete in Italia è pari al 6,2%.

Il diabete rappresenta un grave onere a carico dei bilanci economici dei sistemi sanitari nazionali. Uno studio dell’Osservatorio ARNO Diabete – prosegue Sesti – ha stimato che il costo medio annuo per paziente è pari a 2.792 euro, una cifra generata

dalle spese di assistenza ospedaliera (51%), di spesa farmaceutica (32%) e di assistenza ambulatoriale (17%). A questi vanno aggiunti i costi indiretti. Uno studio della London School of Economics ha stimato che costi indiretti della malattia ammontano a 12 miliardi di euro e derivano per lo più da prepensionamenti e assenze dal lavoro.

La maggior parte della spesa associata alla malattia diabetica è comunque determinata dal trattamento delle complicanze, ivi compresa la retinopatia, tema della giornata mondiale 2016.

Il diabete – ricorda Sesti – è la prima causa di cecità prevenibile nei Paesi industrializzati e sta diventando tale anche nei paesi in via di sviluppo. La parola chiave è “prevenibile”. Le complicanze sono conseguenti a sofferenza dei vasi capillari e arteriosi, dovuta ai livelli troppo alti di glucosio nel sangue. La prevenzione consiste quindi nel mantenere la glicemia quanto più vicina possibile ai valori dei soggetti non diabetici, con stili di vita più sani (alimentazione corretta e attività fisica moderata ma continua) e utilizzando i farmaci quando necessario. Ma il vero cardine della prevenzione è la diagnosi precoce delle complicanze, che deve essere proattiva. La retinopatia diabetica può infatti progredire verso gli stadi più gravi senza dare segno di sé fino a quando il danno alla vista diventa irreversibile.

Lo strumento per prevenire danni irrimediabili indotti dalle complicanze oculari è effettuare lo screening,

che deve essere eseguito con cadenza regolare dal medico diabetologo. Lo screening delle complicanze non è una procedura complessa né costosa, e dovrebbe essere eseguito annualmente nei centri di diabetologia. «Fin dalla diagnosi del diabete – ricorda il professor Francesco Purrello, presidente eletto della Società italiana di diabetologia – occorre controllare la retina, con un esame del “fondo oculare”, perché in diversi casi è già presente un danno iniziale. In questo modo si possono adottare i provvedimenti necessari, in particolare un controllo efficace della glicemia e della pressione arteriosa, per impedire che il danno peggiori. In caso di lesioni iniziali – prosegue Purrello – può essere utile fotografare la retina (retinografia) in modo di avere a disposizione un’immagine da confrontare con immagini successive e valutare l’andamento della patologia nel tempo. Un altro esame che può essere prescritto è la fluorangiografia, che prevede una serie di fotografie della retina dopo iniezione di un mezzo di contrasto». «Il diabete quando ben curato – rassicura il professor Enzo Bonora, presidente della Fondazione Diabete Ricerca – permette una vita lunga e senza ostacoli al raggiungimento di qualsiasi successo. Quando però è trascurato, il diabete determina danni in tutto l’organismo: occhi, reni, nervi, vasi sanguigni, cuore, cervello ma anche polmoni, ossa, articolazioni, cute, ecc. Le persone con diabete hanno anche più infe-

zioni di quelle senza la malattia e un maggiore rischio di sviluppare tumori. Il diabete è una malattia da prendere seriamente e non un valore di glicemia alterato su un referto di laboratorio. È vero che spesso la malattia non dà disturbi, ma se non la si cura bene, le complicanze possono diventare molto importanti». «I team diabetologici italiani – conclude Sesti – costano circa 1% del totale della spesa sostenuta per curare le persone con diabete e possono contribuire a ridurre in misura assai significativa il restante 99% della spesa, attraverso la prevenzione delle complicanze croniche, accorciando la durata delle degenze con una presa in carico al momento del ricovero in ospedale, ottimizzando l’uso dei farmaci e dei dispositivi per il monitoraggio e la cura, osservando una scrupolosa appropriatezza nelle prescrizioni di esami di laboratorio e strumentali, collaborando nelle scelte sulle strategie di cura operate a livello nazionale, regionale e locale».

L’IDF, un’organizzazione-ombrello che comprende 230 associazioni per il diabete in oltre 170 nazioni del mondo, organizza ogni anno la giornata mondiale, da quando IDF e l’OMS decisero di istituirla un quarto di secolo fa (la prima si è celebrata nel 1991). Dal 2006, con l’approvazione della risoluzione 61/225, la giornata mondiale del diabete è diventata anche una giornata ufficiale delle Nazioni Unite (ONU).

Curare le gengive significa anche controllare il diabete

Il legame gengive-diabete

Numerose evidenze scientifiche hanno constatato la relazione bidirezionale di diabete e parodontite. Identificare i pazienti che sono a rischio diabete è importante per prevenire e monitorare lo sviluppo della malattia parodontale. Rilevare la parodontite e trattarla per tempo può ridurre significativamente le complicanze del paziente diabetico.

Come si forma questo legame

In presenza di parodontite: i batteri nocivi del cavo orale, attraverso la circolazione sanguigna, sono in grado di raggiungere numerosi organi del nostro corpo, innescando pericolose reazioni infiammatorie a livello sistemico. In presenza di diabete, vari mediatori quali radicali liberi e citochine possono aumentare significativamente l'infiammazione, anche a livello dei tessuti parodontali.

Il professionista dentale riveste quindi un ruolo importantissimo: gestire l'infiammazione con un'adeguata terapia parodontale rappresenta un supporto fondamentale per aiutare il paziente a mantenere sotto controllo i livelli glicemici, che a sua volta possono favorire un miglioramento dello status parodontale.

Tuttavia, molti pazienti che accedono allo studio dentistico potrebbero non sapere o non aver ancora ricevuto una diagnosi di diabete; in questo caso il professionista dentale può aiutare a valutare il rischio di diabete, presente o di possibile sviluppo, anche con un semplice questionario di autovalutazione, a cui far seguire esami e visite specialistiche al di fuori dello studio dentistico.

Ecco alcuni segnali cui porre attenzione

- Gengive rosse, gonfie, che sanguinano e che tendono a ritirarsi.
- Ascessi gengivali e/o perdita di denti.
- Bocca secca, dovuta all'elevata concentrazione di glucosio nel sangue e in grado di favorire la carie dentale.
- Infezioni dovute a un maggiore sviluppo di batteri e funghi (in particolare del genere candida).
- Alitosi persistente o sapore sgradevole in bocca.

Se sono presenti i sintomi sopra elencati, è consigliato il confronto con il dentista nonché l'attenzione a ulteriori segnali quali:

- urinare molto di frequente durante il giorno o la notte;
- sentirsi eccessivamente assetato o affamato;
- eccessiva e repentina perdita di peso senza alcun particolare motivo;
- sentirsi più stanco o irritabile del solito;
- vista offuscata;
- in caso di ferite, le stesse impiegano più tempo a guarire.

I controlli dal dentista devono quindi rientrare nei controlli periodici del paziente diabetico e la prevenzione è come sempre la scelta migliore. In ambito orale, prevenzione significa usare

prodotti di igiene orale specifici e completi in grado di migliorare, in primis, la salute delle gengive.

Chi è Sunstar

Oltre 20 seminari fatti in tutto il mondo da Sunstar hanno visto esperti internazionali discutere sul legame tra malattia parodontale e diabete, con lo scopo di incentivare la collaborazione

tra i vari specialisti (parodontologi, igienisti, diabetologi, nutrizionisti), partendo dalla pratica clinica per raggiungere un approccio olistico del paziente.

Il ruolo di Sunstar, in quanto società leader a livello mondiale per la salute orale, è quello di fornire i migliori prodotti per l'igiene del cavo orale a marchio GUM con un'attenzione par-

ticolare alla prevenzione dei problemi gengivali. Spazzolini, fili e scovolini nonché colluttori e dentifrici specifici, in costante innovazione e sviluppati in collaborazione con dentisti e società scientifiche rappresentano la migliore garanzia per la propria salute orale. In aggiunta, Sunstar ha sviluppato materiali di comunicazione per il paziente dedicati al diabete, per supportare il

clinico in questo ambito. Per riceverne copia: info.italy@it.sunstar.com.

Sunstar supporta la SidP (Società italiana di Parodontologia e Implantologia) nel progetto di comunicazione 2016-2017 inerente la correlazione tra parodontite e diabete. Visita www.gengive.org per saperne di più sulla parodontite e le sue relazioni pericolose con l'intero organismo.

Un filo che lega la Salute del tuo corpo

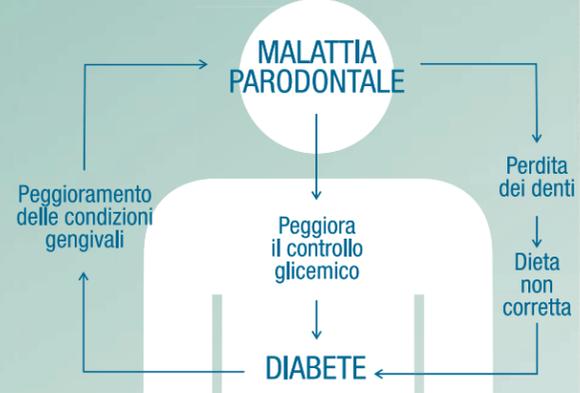


CURA LE TUE GENGIVE E CONTROLLA IL DIABETE.

Se hai problemi gengivali, pericolosi batteri possono diffondersi nel corpo aggravando la gestione del diabete.
Se hai il diabete, potresti avere maggiori difficoltà a controllare la salute gengivale.

*Sunstar Foundation & Joslin Diabetic center: Diabete, Salute orale e Nutrizione, Barcellona, Novembre 2015.

LEGAMI E COMPLICANZE



I CONTROLLI DAL DENTISTA RIENTRANO NEI CONTROLLI PERIODICI DEL DIABETE, E LA PREVENZIONE E' LA SCELTA MIGLIORE.





SUNSTAR



Linea completa di prodotti per l'igiene orale.
GENGIVE SANE, VITA SANA.