

IL PRIMO IBRIDO TRIFUNZIONALE

LA PRIMA SUPERFICIE NANOTECNOLOGICA
con cristalli DCD per sviluppare un alto livello di BIC nelle prime due settimane (70-80%)

T¹ Tecnologia Bone

Valore Medio Complessivo
Sa 1,2 µm

IL PRIMO IBRIDO DI NUOVA GENERAZIONE
per contrastare efficacemente la perimplantite

T² Tecnologia Safe

Valore Medio Complessivo
Sa 0,3 µm

LA PRIMA CONNESSIONE CON 3 LIVELLI DI INGAGGIO
per una tenuta a prova di test

T³ Tecnologia Connection

www.biomax.it

Intervista a Noumbissi

«Sempre più attento il paziente alla propria salute e al coinvolgimento nella cura»

Esistono indicazioni terapeutiche per coloro ai quali lei raccomanda l'uso esclusivo degli impianti in ceramica?

Ho iniziato a usare gli impianti in ceramica a fine 2009 e ci si creda o no, è stato un paziente a spingermi in quella direzione. Gli impianti in ceramica sono una meravigliosa aggiunta alle opzioni che implantologi e pazienti hanno per sostituire

Quelli del ... **UNI-Q-MUA**
MONOFASICO 0°-17°-32° CON SUPERFICIE IBRIDA



denti persi o mancanti. Come ogni altra modalità medica o dentale, gli impianti in ceramica non sono una panacea e certamente non possono essere utilizzati in via esclusiva. Indicativamente, abbiamo visto l'uso degli impianti crescere esponenzialmente come metodo preferito di sostituzione del dente.

> pagina 2

Soluzione di una grave atrofia ossea, orizzontale e verticale

mediante la tecnica della lamina corticale

R. Rossi, M. Perata

Abstract

La chirurgia rigenerativa ossea si occupa da più di vent'anni della soluzione delle atrofie ossee conse-

guenti alla perdita degli elementi dentali. Molte sono le tecniche e i materiali che sono stati utilizzati negli anni, ma nessuno si è mai af-

fermato fino ad oggi in modo predominante.

> pagina 21

La tecnica Low Window nel grande rialzo di seno mascellare

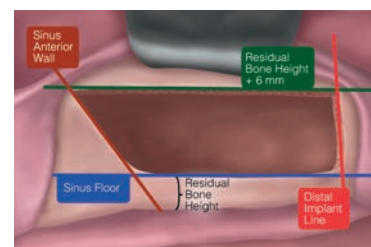
Un approccio guidato al disegno più coronale e mesiale possibile dell'antrastomia

T. Zaniol, A. Zaniol

Abstract

La riabilitazione del mascellare posteriore atrofico spesso richiede l'esecuzione di un rialzo di seno mascellare. Nella sua esecuzione, l'apertura della finestra di accesso al seno rappresenta un passaggio cruciale: la posizione, le dimensioni e la forma dell'antrastomia possono infatti influenzare significativamente la successiva operatività chirurgica ed il decorso intra- e post-operatorio dell'intervento. In questo lavoro viene descritta una tecnica che, sfruttando i principi della chirurgia guidata computer-assistita, permette di disegnare la finestra di accesso al

seno secondo principi di razionalità e ripetibilità volti a minimizzare le complicanze intra- e post-operatorie e a facilitare l'operatività sia del chirurgo che dell'assistente. Implicando l'apertura di una finestra d'accesso delle corrette dimensioni, a filo con il pavimento e la parete



mesiale del seno mascellare, questa tecnica è stata denominata "Low Window". Il caso presentato in questo articolo illustra l'applicazione della tecnica Low Window a un paziente privo degli elementi 2.5 e 2.6, riabilitato attraverso rialzo di seno e contestuale posizionamento di due impianti osteointegrati.

Introduzione

Il rialzo di seno è uno degli interventi più frequenti nella riabilitazione del mascellare posteriore atrofico.

> pagina 10

L'INTERVISTA

Linee guida appropriate per l'implantologia

4

GESTIONE DELLO STUDIO

Il segreto del successo o del fallimento di una compravendita

6

PRATICA & CLINICA

Epitesi extraorali: sistema di ritenzione mediante impianti osteointegrati e barra

7

SPECIALE RIALZO DEL SENO

Grande rialzo del seno con impianto contestuale

12

SPECIALE REGENERATION

Rialzo di seno per via crestale con una pasta ossea di nuova generazione

18

Concentrate Growth Factors (CGF), un preparato dalle varie applicazioni anche odontoiatriche

20

R. & D. DEPARTMENT

SUS Surgery Ultrasonic Site

CORSI MENSILI DEDICATI

Tecnica di preparazione ad ultrasuoni sito differenziato biologicamente guidata

Info: ESACROM Srl Tel.: 0542 643527 - Sig. Marini cell.: 3938586068 - marketing@esacrom.com

ONE MORE STEP IN ULTRASONIC SURGERY...

www.esacrom.com

Intervista a Noumbissi: «Sempre più attento il paziente alla propria salute e al coinvolgimento nella cura»

Sammy Noumbissi, fondatore e Presidente della International Academy of Ceramic Implantology (IAOCI) è stato l'organizzatore del 7mo meeting annuale dell'Accademia svoltosi a San Diego, in California, dal 14 al 17 Febbraio. Lavorando nella sua clinica dentale a Silver Spring, Maryland, Stati Uniti, Noumbissi, esperto di ricostruzione priva di metallo full-arch, membro di comitati editoriali di riviste, è autore di numerose pubblicazioni. Dental Tribune Online lo ha intervistato in merito al suo ambito d'attività, le sfide ed il programma del recente Congresso Mondiale IAOCI.

< pagina 1

Questo ha spinto un gran numero di persone ad adottare gli impianti; d'altro canto, la risposta biologica a questi impianti convenzionali ha aiutato a rivalutare l'etichetta "biocompatibile" attribuita agli impianti in lega di titanio. Ora è appurato, dalla letteratura scientifica che il titanio, se paragonato alla ceramica zirconia, non si comporta altrettanto bene quanto a estetica, ritenzione della placca, attaccamento epiteliale e stabilità del tessuto molle. È anche risaputo che gli impianti in ceramica con i loro trattamenti a superficie unica si integrano con l'osso altrettanto efficacemente quanto quelli rivestiti in titanio.

Credo che questi ultimi o debbano essere usati tenendo presente fattori biologici quali l'immunologia, oltre (e certamente) gli aspetti odontoiatrici. I pazienti che vogliono risultati estetici superiori e coloro che hanno alle spalle una storia di allergie e di sensibilità ai metalli sono i primi candidati agli impianti in ceramica.

Secondo lei quali sono le proprietà ideali e le funzioni di un moderno sistema di impianto in ceramica?

Un moderno impianto in ceramica, sia a uno che a due pezzi, dovrebbe essere in grado di funzionare ed essere efficace come qualunque altro convenzionale. La realtà è che oggi la maggior parte degli impianti in ceramica sul mercato non eguaglia la forza strutturale delle leghe in metallo, sebbene vi siano compositi ceramici che stanno per fare la loro comparsa pronti a risolvere questi problemi in modo significativo. Altra questione importante è che gli impianti, specie da un aspetto protesico, debbono essere versatili; con ciò si intende che possano essere

facilmente utilizzabili. Vedo costruttori emergere ora con impianti a ritenuta con vite in ceramica a doppio pezzo e perfino viti prive di metallo il che è stimolante.



Il Presidente IAOCI Sammy Noumbissi è stato uno dei relatori al Meeting dell'Accademia svoltosi presso l'Hilton San Diego Resort e Spa a San Diego. (Fotografia: Georg Isbaner, OemuMedia).

Quando usa un impianto a pezzo unico in ceramica? E quali le indicazioni per un sistema a due pezzi?

Quando mi convertii completamente all'implantologia ceramica, l'unica opzione possibile allora nel Nord America (dove lavoro) erano gli impianti a pezzo unico in ceramica. Sono riusciti a trattare circa il 90 per cento dei casi giunti nella nostra clinica. La maggiore sfida è stata l'accurato posizionamento dell'impianto, poiché ci sono pochissimi sistemi che consentano di preparare l'abutment, se è fuori di qualche grado. Sono comunque in grado di trattare un'ampia gamma di casi, dai singoli impianti alle ricostruzioni a tutta bocca. Negli ultimi quattro o cinque anni abbiamo avuto a disposizione impianti a due pezzi in ceramica con abutment cementabili o a ritenuta a vite che hanno fornito più chance e flessibilità. Sarei dell'av-

viso di raccomandare l'uso dei pezzi in ceramica nel caso del singolo dente. Arrivando ai denti anteriori o alle piene arcate, sebbene gli impianti a un pezzo funzionino in alcuni casi,

preferisco la soluzione a due. Per uso e mantenimento, raccomando impianti a due pezzi a doppia ritenuta a vite e, mantenendo la filosofia metal-free, usare un sistema che offra una vite priva di metallo.

Tornado alla sua esperienza, ritiene che i pazienti che non vogliono gli impianti in titanio optino per soluzioni in ceramica?

Sì, assolutamente. Nella mia esperienza, quando discuto il trattamento con i pazienti e presento l'opzione di un impianto privo di metallo, ottengo approssimativamente il 93 per cento che preferirebbe una soluzione priva di metallo e l'80 per cento di quel 93 per cento vuole spendere un po' di più per sostituire i denti con impianti in ceramica anziché in titanio. Solo guardando la proliferazione di supermarket organici/biologici

e la crescita della medicina alternativa, l'odontoiatria biologica e la medicina integrativa, notiamo uno spostamento fra la sanità/cura dentale "vecchia maniera" verso ciò che chiamo "buona cura".

Quali sono le future sfide o gli obiettivi delle tecnologie dell'implantologia ceramica?

Gli impianti in ceramica hanno ancora bisogno di migliorare in termini di forza di flessione, ma le loro proprietà strutturali e biologiche sono di molto superiori a quelle di metallo. Non sono vulnerabili alla corrosione, non rilasciano ioni nella struttura ospitante e dovrebbero essere visti come il materiale disponibile oggi per impianto dentale più biocompatibile.

Come verranno affrontate tali sfide?

La chiave sta nella ricerca continuata e nello sviluppo, ma anche nella stretta collaborazione con i clinici che vedono più lontano ma che sfortunatamente riferiscono meno di quanto facciano i ricercatori.

Lei è il fondatore e il presidente dello IAOCI. Qual è stato il principale tema dell'evento e quali i relatori?

L'edizione del 2018 del congresso IAOCI ha avuto luogo dal 14 al 17 Febbraio all'Hilton San Diego Resort e Spa di San Diego. In collaborazione con la German Society of Oral Implantology, il Meeting ha ospitato il White Implant Day (14 Febbraio) seguito da workshop pre congressuali di implantologia e terapia all'ozono. Il principale relatore quest'anno è stato Ulrich Volz, ma altri sono stati i notabili, come Mutlu Ozcan, Corrado Piconi, Marcel Wainwright e Antonio Scarano.

Dental Tribune International

IMPLANT TRIBUNE
The World's Newspaper of Implantology - Italian Edition

GROUP EDITOR - Daniel Zimmermann
[newsroom@dental-tribune.com] +44 161 223 1830
CLINICAL EDITORS
Magda Wojtkiewicz; Nathalie Schüller
EDITOR - Yvonne Bachmann
EDITOR & SOCIAL MEDIA MANAGER - Monique Mehler
DT COMMUNICATION SERVICES
Kasper Mussche
COPY EDITORS - Ann-Katrin Paulick, Sabrina Raaff

PUBLISHER/PRESIDENT/CEO - Torsten R. Oemus
CHIEF FINANCIAL OFFICER - Dan Wunderlich
CHIEF TECHNOLOGY OFFICER - Serban Veres
BUSINESS DEVELOPMENT MANAGER
Claudia Salwiczek-Majonek
PROJECT MANAGER ONLINE - Tom Carvalho
JUNIOR PROJECT MANAGER ONLINE - Hannes Kuschick, Chao Tong
E-LEARNING MANAGER - Lars Hoffmann
EDUCATION DIRECTOR TRIBUNE CME - Christiane Ferret
EVENT SERVICES/PROJECT MANAGER TRIBUNE CME & CROIXTURE
Sarah Schubert
MARKETING SERVICES - Nadine Dehmel
SALES SERVICES - Nicole André
ACCOUNTING SERVICES
Karen Hamatschek; Manuela Hunger; Anja Maywald
MEDIA SALES MANAGERS - Melissa Brown (International);
Hélène Carpentier (Western Europe); Matthias Diessner (Key Accounts); Antje Kahnt (International);
Weridiana Magowski (Latin America); Barbora Solarova (Eastern Europe); Peter Witteczek (Asia Pacific)
EXECUTIVE PRODUCER - Gernot Meyer
ADVERTISING DISPOSITION - Marius Mezger

©2018, Dental Tribune International GmbH.
All rights reserved.

Dental Tribune makes every effort to report clinical information and manufacturer's product news accurately, but cannot assume responsibility for the validity of product claims, or for typographical errors. The publishers also do not assume responsibility for product names or claims, or statements made by advertisers. Opinions expressed by authors are their own and may not reflect those of Dental Tribune International.

DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL GMBH
Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 48 474 302 | Fax: +49 341 48 474 173
info@dental-tribune.com | www.dental-tribune.com

DENTAL TRIBUNE ASIA PACIFIC LTD.
c/o Yonto Rasio Communications Ltd.
Room 1406, Rightful Centre
12 Tak Hing Street, Jordan, Kowloon, Hong Kong
Tel.: +852 3113 6177 | Fax: +852 3113 6199

TRIBUNE AMERICA, LLC
116 West 23rd Street, Ste. 500, New York, N.Y. 10011, USA
Tel.: +1 212 244 7181 | Fax: +1 212 244 718

IMPLANT TRIBUNE ITALIAN EDITION
Anno VII Numero 1, Marzo 2018

DIRETTORE RESPONSABILE
Patrizia Gatto
[patrizia.gatto@tueorservizi.it]
DIREZIONE SCIENTIFICA
Enrico Gherlone, Tiziano Testori

COMITATO SCIENTIFICO
Alberto Barlattani, Andrea Bianchi, Roberto Cocchetto, Ugo Covani, Mauro Labanca, Carlo Maiorana, Gilberto Sammartino, Massimo Simion, Paolo Trisi, Leonardo Trombelli, Ferdinando Zarone

CONTRIBUTI
N. Bocca, S. Calio, F. Gallo, G. Gassino, M. Labanca, M. Perata, L. Rodella, R. Rossi, G. Tarquini, A. Zaniol, T. Zaniol, F. Zingari

REDAZIONE ITALIANA
Tueor Servizi Srl - redazione@tueorservizi.it
Coordinamento: Adamo Buonerba
Via Domenico Guidobono 13, 10137 Torino
Tel.: 011 3110675

GRAFICA - Tueor Servizi
STAMPA
Del Gallo Editori DGE Green Printing srl
Via Tornitori 7 - 06049 Spoleto (PG) - IT

COORDINAMENTO DIFFUSIONE EDITORIALE
ADDRESSVITT srl

PUBBLICITÀ
Alessia Murari [alessia.murari@tueorservizi.it]
Stefania Dibitonto [s.dibitonto@dental-tribune.com]

UFFICIO ABBONAMENTI
Tueor Servizi Srl
Via Domenico Guidobono, 13 - 10137 Torino
Tel.: 011 3110675 | Fax: 011 3097363
segreteria@tueorservizi.it

Copia singola: euro 3,00



DENTAL TRIBUNE EDIZIONE ITALIANA FA PARTE DEL GRUPPO DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL CHE PUBBLICA IN 25 LINGUE IN OLTRE 90 PAESI

È proibito qualunque tipo di utilizzo senza previa autorizzazione dell'Editore, soprattutto per quanto concerne duplicati, traduzioni, microfilm e archiviazione su sistemi elettronici. Le riproduzioni, compresi eventuali estratti, possono essere eseguite soltanto con il consenso dell'Editore. In mancanza di dichiarazione contraria, qualunque articolo sottoposto all'approvazione della Redazione presuppone la tacita conferma alla pubblicazione totale o parziale. La Redazione si riserva la facoltà di apportare modifiche, se necessario. Non si assume responsabilità in merito a libri o manoscritti non citati. Gli articoli non a firma della Redazione rappresentano esclusivamente l'opinione dell'Autore, che può non corrispondere a quella dell'Editore. La Redazione non risponde inoltre degli annunci a carattere pubblicitario o equiparati e non assume responsabilità per quanto riguarda informazioni commerciali inerenti associazioni, aziende e mercati e per le conseguenze derivanti da informazioni erronee.

Trasformare lo studio odontoiatrico in un'IMPRESA di SUCCESSO

CORSO ONLINE

Management dello studio e della professione odontoiatrica:

COMUNICAZIONE | MARKETING | GESTIONE AMMINISTRATIVA

ORA DISPONIBILE

Per informazioni: Tueor Servizi srl - Tel. 011 311 06 75 - info@tueorservizi.it

DT STUDY CLUB

Il presto è spesso nemico del meglio

Un mio maestro e grande primario di chirurgia generale mi insegnò che “il meglio è nemico del bene”: era relativo a quando ad esempio noi giovani e intraprendenti chirurghi, per cercare di far diventare perfetta una sutura aggiungevamo l'ultimo punto, seppure non indispensabile, che magari prendeva un vaso costringendoci a riaprire il paziente!

Un bell'articolo letto da poco (“Denti entro un'ora” – G. Urde – Implant Tribune Novembre 2017) mi induce a parafrasare l'aforisma del mio maestro come faccio nel titolo, e ad avere riconferma di quanto da molto tempo vado affermando ovunque nel mondo, e cioè che ultimamente si sta assistendo ad una progressiva e spesso immotivata tendenza ad avere tutto e subito, anche la guarigione. Come dice Deepak Chopra, medico e biologo contemporaneo «Noi siamo le sole creature sulla terra che possono cambiare la propria biologia col modo in cui pensiamo e sentiamo».



Ed ecco allora che in un'epoca in cui internet e smartphone annullano i tempi di attesa e in cui dottor Google ha la soluzione a tutti i problemi, i nostri pazienti si aspettano che anche la biologia si adegui a questa tendenza, adattando i tempi di guarigione alle loro mutate aspettative. In questo quadro si inserisce la richiesta di avere allora anche i denti subito: in qualche ora o in pochi minuti. Non importa se questi denti magari mancavano da anni, o se la bocca che li ha persi ha nel tempo perso anche una condizione di accettabile igiene orale.

E in questa folle corsa verso chi è più veloce nel mettere impianti e denti, che ci porterà presto (purtroppo facile vaticinio che non mi vede più come cantore isolato) ad una drammatica ricaduta in termini di insuccessi, fallimenti, problemi assicurativi, e rinnovata sfiducia verso la nostra già bistrattata categoria, molti sono i responsabili.

Le aziende, che facendo il loro lavoro cercano di convincerci ad adottare nuove tecniche e nuovi protocolli, sempre meno validati nel tempo e dai numeri. Una cosa che chi mi segue mi ha spesso sentito dire è che la chirurgia deve essere *mentalmente* guidata: nessun software potrà mai realmente sostituir

uire totalmente la mia esperienza e manualità, ma potrà al massimo essere un importante supporto.

E poi noi stessi, come operatori, troppo spesso proni alle pressioni esterne: le aziende come detto da una parte, ed i pazienti dall'altra. «Ma come, dottore, mi fa aspettare così

tanto? Allora vado dal dentista di mia cugina che è più bravo di lei e che ha messo impianto e dente nella stessa seduta!». Ed ecco allora che invece di rivendicare la nostra autonomia decisionale pur di non perdere il caso da trattare facciamo non quello che la nostra *scienza e coscienza* ci sugge-

rirebbe ma quanto il mondo esterno ci impone, per pagarne poi spesso in prima persona le conseguenze.

Ed allora vorrei concludere citando George Bernard Shaw: «La scienza è sempre imperfetta. Ogni volta che risolve un problema, ne crea almeno dieci nuovi». Torniamo ad agire solo

dopo una seria e attenta valutazione del caso e con protocolli validati e che ben padroneggiamo: guadagnare pochi mesi per perdere poi anni e millimetri di osso non è sempre la scelta eticamente migliore.

Mauro Labanca



INTEgrow

Your Digital Workflow

Costruiamo il vostro Workflow Digitale facendo attenzione ai dettagli

INGRANDIMENTO 150X DELLA SUPERFICIE DI UN IMPIANTO ADVAN GTB AL MICROSCOPIO ELETTRONICO

GTB by **ADVAN** Implantology Reinvented

L'eccellenza GTB nel cuore del vostro flusso digitale



DIAGNOSTICA TRIDIMENSIONALE



PROGETTAZIONE CHIRURGICO-PROTESICA



INTERVENTO CLINICO IMPLANTARE



PROTESI DIGITALE CAD-CAM E 3D PRINTING

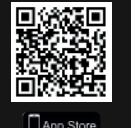
COGLIERE OPPORTUNITÀ nel mondo dell'odontoiatria si può! La tecnologia, il mercato che cambia, nuove metodologie di lavoro permettono di affermare o recuperare la propria competitività. **BQuadro vi affianca** in questo percorso grazie ad una proposta unica di prodotti e servizi. Con **INTEgrow** mettiamo a disposizione dei nostri clienti un pool di professionisti in grado di sviluppare un **workflow digitale** personalizzato e profittevole; un flusso in cui prodotti di eccellenza come gli impianti **GTB** di Advan si completano con la tecnologia più avanzata per **affrontare da protagonisti le sfide dell'era digitale!**



il **SISTEMA** perfetto per competere in un **MERCATO** che **CAMBIA!**

CLAPP Scarica CLAPP

SCARICA CLAPP PER SCOPRIRE DI PIÙ. Inquadra il QRCode in base al tipo di dispositivo. CLAPP è disponibile per **iOS** e **Android**.

Google play App Store

Intervista: Linee guida appropriate per l'implantologia

Per oltre dieci anni i Training Standards in Implant Dentistry (TSID) sono stati resi disponibili dalla Faculty of General Dental Practice (FGDP-UK), che ha annunciato recentemente che pubblicherà sull'implantologia nuove ed efficaci raccomandazioni, con un lavoro condotto da Cemal Ucer, già Presidente della Association of Dental Implantology (ADI), avendo quali coautori Simon Wright e Andrew Shelley di Manchester. In corso di pubblicazione nella seconda metà del 2018, queste raccomandazioni saranno inquadrare usando l'acronimo "ABC" della Facoltà (aspirante, basilare, condizionale). Il Dental Tribune UK & Ireland ha parlato con Ucer del documento e di cosa i medici possono attendersi quando quest'anno verrà pubblicato.

DT a Ucer: qual è il livello dell'implantologia in UK al momento?

Dal mio punto di vista, lo standard dell'odontoiatria in questo paese si mantiene a un livello molto elevato. Ci sono corsi ben strutturati e sette o otto programmi MSc nel Paese e una formazione professionale con elevato livello post-lauream. Poiché siamo ancora indietro rispetto ai nostri vicini europei per diffusione sul mercato d'impianti, ci attendiamo che in questo campo i numeri aumentino e con essi le opportunità di formazione professionale.

L'implantologia è molto complessa e richiede capacità trasversali di odontoiatria, compresa la conservativa, la chirurgia orale, la parodontologia, l'ortodonzia e l'endodonzia. Sta anche diventando sempre più fondata sul lavoro di gruppo, richiedendo servizi di dentisti di alta formazione assieme a odontotecnici, igienisti dentali, assistenti alla poltrona con interesse spiccato per gli impianti. Infine, i recenti progressi in odontoiatria digitale e navigazione chirurgica stanno rivoluzionando il modo di assistere il paziente implan-

tare, mentre migliorano la precisione, l'efficienza e la sicurezza.

In che modo siete stati coinvolti nella preparazione delle nuove linee guida in implantologia?

Nel 2006, il FGDP(UK) ha pubblicato il TSID, usato dal General Dental Council per definire la formazione che dovrebbe tenersi per effettuare implantologia in Gran Bretagna, i livelli che i corsi di aggiornamento dovrebbero seguire. Uno dei requisiti del documento è che i dentisti, visto che si augurano di poter fornire trattamento implantologico in UK, devono sottoporsi a una formazione strutturata e supervisionata. Un altro requisito è che i dentisti abbiano bisogno di effettuare con frequenza annuale la revisioni degli impianti. Molti programmi di formazione in questo paese hanno risposto positivamente al TSID migliorando struttura e contenuto dei loro corsi. Per esempio, avere un tutor che favorisca con la sua supervisione lo sviluppo delle competenze cliniche è ora diventato di uso comune. L'implantologia richiede una varietà di capacità cliniche che posso-



Prof. Cemal Ucer (Photograph: ICE).

no solamente essere sviluppate con la pratica e la clinica. In tal modo il tutoring è stato di grande vantaggio nella formazione dei dentisti, includendo nei loro studi l'implantologia, il contributo del TSID a questo proposito è riconosciuto in tutto il mondo.

Sono stato invitato dall'attuale Decano del FGDP (UK) a coordinare lo sviluppo delle nuove Linee guida. Dato il mio precedente lavoro in UK ed Europa nel coadiuvare lo sviluppo di altri documenti simili, per me questa era già un'area di speciale interesse. Il mandato è di sviluppare linee guida

per uno studio ottimale in linea con una cornice nota come AGREE II. Ci sono sei domini per i quali questo processo deve essere rigoroso, deve essere compresa l'indipendenza editoriale, un ambito definito, obiettivi specifici da raggiungere e il coinvolgimento degli investitori. Simon Wright e Andrew Shelley sono due medici che coadiuvano con me e che hanno sviluppato un documento; comunque ci sarà una vasta consultazione di investitori prima che i livelli siano definiti.

Quando avete cominciato il lavoro e qual è l'attuale stato del documento?

Abbiamo cominciato lo scorso Maggio e, da allora, abbiamo scritto circa 40.000 parole: un carico di lavoro enorme, poiché l'implantologia copre un ampio spettro della scienza odontoiatrica. Il manoscritto è ora alla sua prima stesura e il prossimo passo è ridurlo e consolidarlo. Quindi andrà in revisione interna, prima al FGDP (UK), dopodiché si dovrà fare un processo di revisione esterno. Inviteremo tutti gli azionisti nel Regno Unito a dargli un'occhiata e a lasciare i loro commenti in modo che possiamo rispondere ad ogni obiezione ed eventualmente modificare il documento. Si vedranno certamente un paio di cambiamenti nei prossimi mesi. Il fine non è escludere qualsiasi altro gruppo dal processo. Certamente lo gireremo all'Association of Dental Implantology e ad altre organizzazioni che potrebbero avere un interesse da protagonisti in implantologia.

Quali sono i principi base del documento?

La consegna di un impianto dentale soddisfacente, il suo successo e il mantenimento di lungo periodo richiedono procedure chirurgiche complesse, invasive e restaurative, utilizzando una varietà di prodotti, biomateriali e attrezzatura altamente specializzati. I pazienti si aspettano che i membri della squadra dentistica abbiano le competenze giuste e che i prodotti che utilizzano siano sicuri e comprovati. Inoltre, hanno il diritto di avere informazione adeguata e consulenza su tecniche alternative e prodotti, come sui rischi e gli esiti.

Qualche informazione?

L'obiettivo globale degli standard in Implant Dentistry è definire la cornice di conoscenza e competenze che il team dentale deve possedere per fornire un trattamento sicuro e di successo tale da poter soddisfare le aspettative di lungo periodo dei pazienti che cercano il ripristino della loro funzione masticatoria ed estetica con protesi dentali a supporto implantologico.

Il documento è diviso in due ambiti principali: clinico e non. Questi riguardano i subdomini dell'attività professionale, l'informazione del paziente e la comunicazione, l'applicazione della conoscenza e le competenze, la sicurezza, il consenso, i fattori umani, la revisione, il lavoro di gruppo e la direzione, l'autorità e le leggi, e così via. È un documento dinamico che evolverà con il cambio delle evidenze di base negli anni a venire. Al punto che sono ritenute essere buone linee guida che miglioreranno gli standard clinici e le regole prescrittive che potrebbero ostacolare il miglior trattamento dei pazienti.

Quali difficoltà ha affrontato nel compilare le linee guida?

La critica più accesa ad ogni linea guida è che potrebbero lavorare contro il clinico, il quale potrebbe ritenere non in grado di adempiere laddove gli standard dovessero essere clinicamente irraggiungibili. Gli standard sono scritti usando un sistema di "raccomandato", "essenziale" e "inaccettabile" o "condizionale". Sono una cornice di domini strutturati che descrivono le migliori pratiche, sebbene concedano un'autonomia individuale e anche di variazione. I clinici inoltre hanno bisogno di far riferimento al documento e giustificare i loro protocolli clinici di decisione con speciale riferimento alla miglior evidenza corrente.

Per esempio, nell'ambito della comunicazione al paziente, nulla viene detto in merito al piano di trattamento, che dovrebbe comprendere una descrizione del problema del paziente. Quali sono le opzioni di trattamento e di gestione del rischio e quale dovrebbe essere un esito soddisfacente. Il documento fornisce una vasta prescrizione, ma poi dev'essere abbinato alle esigenze e ai desideri individuali del paziente e l'evidenza corrente che supporti le decisioni cliniche.

Quando saranno disponibili le linee guida?

Il lavoro duro è stato produrre il manoscritto principale. Comunque, c'è ancora un gran compito da svolgere quando il documento uscirà per i processi di revisione interna ed esterna. Spero che possa essere portato a termine per Marzo/Aprile. Dovremmo quindi essere in grado di pubblicare gli standard verso la fine dell'anno.

Nota dell'editore: Ucer è anche uno dei direttori dell'Implant Centres of Excellence Postgraduate Dental Institute e Hospital in Manchester e guida accademica per il Dental Implantology alla Edge Hill University a Ormskirk vicino a Liverpool.

Dental Tribune International

Nuove linee guida per stabilire la gravità dei diversi tipi di cancro della cavità orale

Los Angeles. Poiché gli attuali criteri di classificazione dei livelli di cancro testa e collo includono la dimensione dei linfonodi e collocazione, ma prendono minor spunto dal numero totale di noduli metastasi/positivi, i ricercatori al Cedars-Sinai Medical Center hanno proceduto al riesame delle regole di classificazione esistenti. Nella ricerca si è analizzato l'impatto numerico di linfonodi sui sopravvissuti e i risultati utilizzati per fondare nuove e migliori linee guida.

Per decenni, i medici hanno stabilito il livello e previsto lo sviluppo del cancro testa e collo basandosi principalmente su dimensioni nodali, sulla posizione e quanto sia diffuso il cancro oltre i linfonodi e dando quindi minor importanza al numero di noduli cancerosi.

Come risultato, le raccomandazioni sul trattamento da impartire e sui livelli del tumore sono basati sulle attuali Linee guida, ossia "le stesse sia che il paziente abbia 2 oppure 20 linfonodi positivi" dichiara Zachary Zumsteg, Assistente al Radiation Oncology Department del Cedars-Sinai e coautore senior della ricerca.

Incentrata sulla rivisitazione dei dati di 14.554 pazienti americani identificati nel National Cancer Database e curati tra il 2004 e 2013 per

carcinoma cellulare squamoso della cavità orale (bocca, gengive e lingua), la ricerca ha rilevato che ad ogni linfonodo affetto da cancro corrispondeva un maggior rischio di morte. Di qui la conclusione degli studiosi: il numero dei linfonodi affetti dal cancro è un fattore predominante e indipendente, associato alla loro morte.

Con il nuovo sistema, basato sul numero di linfonodi affetti i pazienti vengono suddivisi in gruppi di analoga grandezza, ma con esiti diversi. «Il nostro studio – osserva Zumsteg – rivela che esiste un modo migliore per stabilire la gravità del cancro, il che ci renderà più capaci nel predirne gli esiti e nel fornire ai pazienti cure più personalizzate».



Il cancro di testa e collo colpisce labbra, lingua, gengive, base della lingua, gola, laringe, cavità nasale e ghiandole salivari. Secondo la American Society of Clinical Oncology circa 63.000 persone sono state affette da cancro testa e collo negli Stati Uniti nel 2017 (Fotografia: Cedars-Sinai Medical Center).

«Sebbene il numero di linfonodi affetti da cancro sia un concetto semplice che molti specialisti di cancro della testa e del collo hanno tenuto come vero per anni, i dati finora sono limitati» ha dichiarato Zumsteg. Gli autori della ricerca dicono di sperare che, in base alle nuove risultanze, la pratica clinica terrà ora in conto anche il numero di noduli benigni.

«Maggiore è il numero dei linfonodi maligni, minori sono le possibilità di sopravvivenza del paziente», dice Allen Ho, direttore del Head and Neck Program al Samuel Oschin Comprehensive Cancer Institute al Cedars-Sinai e autore principale dello studio. «Questo nuovo approccio potrebbe drasticamente semplificare il sistema di classificazione» ha aggiunto.

Il numero di noduli con metastasi è un indice della mortalità da cancro orale, che può mettere in ombra altri fattori come la dimensione dei linfonodi e la lateralità allorché viene prognosticato.

Lo studio intitolato "Metastatic lymph node burden and survival in oral cavity cancer," è stato pubblicato sul Journal of Clinical Oncology novembre 2017.

Dental Tribune International


sweden & martina



BE UNIQUE.
BE PRAMA.



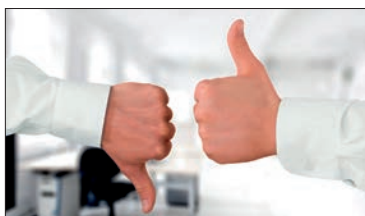
#BEPRAMA
prama.sweden-martina.com

Dove sta il segreto del successo o del fallimento di una compravendita?

Nella compravendita di uno studio non deve intervenire necessariamente qualcosa che faccia fallire l'affare. Qualche volta si tratta di un semplice cambio d'idea dell'acquirente o l'aver lanciato un'offerta e non essere in grado di procurare le risorse. Sfortu-

atamente chi vende (ma anche chi acquista) non riesce a tenere sott'occhio tutte le possibili evenienze.

Quel che un venditore può fare è calcolare prima i passi giusti, avendo cura di individuare potenziali ostacoli e cercare di superarli. In



questo articolo, vengono indicate cinque cause che possono fare la differenza tra fallimento e successo.

Andamento dello studio

Dal punto di vista dell'acquirente, procedere nell'acquisto di uno stu-

dio poco efficiente può essere molto rischioso poiché rende la banca restia al prestito. Per fare in modo che la transazione vada completamente a buon fine, un venditore dovrebbe garantire che lo studio continui a mantenersi allo stesso livello del fatturato dell'ultimo bilancio in base al quale l'affare è stato valutato.

Condizioni del prestito

Quando c'è in mezzo un prestito, un affare fallito quasi sempre dipende dalla sua durata. Il motivo è che l'acquirente ne richiede uno di almeno dieci anni per pagare un interesse minimo. A meno che non si raggiunga un buon accordo, il compratore potrebbe non essere in grado di continuare con la trattativa, perché la banca ne proporrà uno di una durata che le convenga. Il successo si baserà quindi sul tipo di comunicazione, capacità di trattativa e disponibilità del proprietario.

Proprietà trasparente

Se lo studio ha un problema che nessuna delle due parti conosce e che si presenti durante il corso dell'affare, questo si può solo concludere in uno dei due modi: o il venditore lo risolve o la vendita viene meno. A volte possono emergere problemi su punti poi non così importanti. Tale situazione spesso richiede una seconda consulenza professionale o un mediatore da investire del problema.

Valutazioni bancarie

Se un acquirente sta richiedendo in prestito del denaro, la banca nominerà quasi certamente un perito che esprima una valutazione sullo studio, dalla quale deciderà quanto denaro potrà prestare all'acquirente. Se il perito non ha esperienza di marketing, dati significativi da confrontare e/o informazioni dettagliate dalle parti coinvolte nell'affare, non è impossibile che la valutazione differisca di un 20 per cento. Per risultati migliori, è sempre meglio affidarsi ad un broker dentale dotato di esperienza in grado di consigliare quali siano i migliori periti, fornendo ovviamente i dati di cui necessitano per conseguire un successo finale.

Consulenza di uno specialista

A meno che uno "non faccia i compiti a casa" prima d'accingersi all'operazione, corre il rischio di affogare. Per questo motivo sia venditori che acquirenti dovrebbero sempre avvalersi dell'aiuto di un professionista, piuttosto di affrontare il compito da soli. Basta una mossa sbagliata e gli intendimenti per quanto ben elaborati di un venditore o di un acquirente possono arenarsi. Con un giusto approccio, preparazione e organizzazione, si può tuttavia evitare di solito che una transazione fallisca. Occorre semplicemente stare all'erta tenendo ben presenti i problemi che possono insorgere.

OXY
implant
DENTAL SYSTEM

oxyimplant.com



Nuovo impianto PSK Line

Connessione conometrica avvitata:
perfetto sigillo tra impianto e moncone.

Morfologia esterna conica:
facilità di inserzione.

Testa Platform Switching:
ottimale guarigione dei tessuti molli.

Discover your **next implant.**

OXY Implant® Colico (LC) - Italy t. +39 0341 930166 info@oxyimplant.com www.oxyimplant.com

DESIGN & PRODUCTION
100% OXY IMPLANT
MADE IN ITALY

Epitesi extraorali: sistema di ritenzione mediante impianti osteointegrati e barra

Autori_ Gianfranco Gassino*, Santo Calì**, Norma Bocca***

*Professore Associato Università degli studi di Torino (dal 2006). Dirigente medico - Responsabile S.S. Riabilitazione protesica post traumi e neoplasie - Città della Salute e della Scienza - Ospedale Molinette - CIR Dental School, responsabile Prof. Stefano Carossa, Torino.

**Odontotecnico e frequentatore del reparto S.S. Riabilitazione protesica post traumi e neoplasie - Città della Salute e della Scienza - Ospedale Molinette - CIR Dental School, responsabile Prof. Stefano Carossa, Torino.

***Dottoressa in Odontoiatria e Protesi Dentaria e frequentatrice del reparto S.S. Riabilitazione protesica post traumi e neoplasie - Città della Salute e della Scienza - Ospedale Molinette - CIR Dental School, responsabile Prof. Stefano Carossa, Torino.

L'Autore ha preso in esame l'opportunità di trattare difetti facciali mediante l'utilizzo di protesi in silicone. L'obiettivo primario del protesista è confezionare una protesi facciale (epitesi) che abbia un risultato estetico soddisfacente e che sia psicologicamente accettata dal paziente. Le aspettative non realistiche da parte del paziente comportano il mancato utilizzo della protesi, con conseguente difficoltà al reinserimento nell'ambito sociale.

I difetti facciali possono essere



Fig. 1.

causati da traumi, da malformazioni congenite o da esiti chirurgici di neoplasia. Le prime sono di norma trattate con la chirurgia plastica ricostruttiva, mentre gli esiti chirurgici dovuti a tumori epiteliali sono per lo più riabilitati mediante protesi. Sia la ricostruzione chirurgo-plastica che la ricostruzione protesica comportano limitazioni: il chirurgo plastico è limitato dalla quantità di tessuto disponibile, dalla compromissione del letto vascolare locale dovuta alla radioterapia, dal bisogno periodico di controllare visivamente il difetto oncologico e dalle condizioni fisiche del paziente.

Il protesista è limitato nella ricostruzione protesica dal tipo di materiale a disposizione, dalla quantità di tessuto molle non perfettamente aderente ai piani ossei sottostanti, dalla difficoltà di ritenzione protesica e dall'accettazione del manufatto protesico da parte del paziente. Nei pazienti con grandi tumori facciali che richiedono ampie demolizioni chirurgiche il metodo di ricostruzione deve essere definito prima dell'intervento chirurgico demolitivo, coinvolgendo il paziente nella discussione. Un paziente motivato e informato delle realistiche aspetta-

tive è uno degli obiettivi più importanti dell'approccio terapeutico.

Caso clinico: ripristino protesico di un difetto auricolare post trauma

L'atto chirurgico deve essere finalizzato a garantire un'ottimale prognosi protesica: difetti auricolari totali sono abbastanza facili da ripristinare, comparati a difetti parziali in cui residuano parti dell'orecchio (Fig. 1). È pertanto sempre consigliabile avere un'asportazione chirurgica completa dell'orecchio e lasciare tessuto aderente all'osso. Il trago dovrebbe essere quando possibile risparmiato in quanto defini-

sce la linea di giunzione tra la protesi e la cute. Rappresenta inoltre una struttura importante per il posizionamento della protesi. Nei pazienti con difetti maxillo-facciali che richiedono ampia demolizione chirurgica è indispensabile un approccio multidisciplinare, ovvero il consulto collegiale tra chirurgo maxillo-facciale, protesista, psicologo e paziente.

Dopo aver informato il paziente sulla natura del difetto e sulla futura protesi, prima dell'intervento si procede a rilevare un'impronta dell'orecchio e ad eseguire una documentazione fotografica (Figg. 2a-2c). Sviluppata l'impronta viene

duplicato il modello ottenendo l'orecchio in cera, che verrà poi posizionato e adattato dopo l'intervento chirurgico. Il ripristino protesico auricolare definitivo può essere preceduto da una protesi provvisoria a distanza di due o tre settimane dall'intervento.

Impronta

Nei difetti auricolari, essa può essere ottenuta con il paziente in posizione supina. Il meato acustico esterno deve essere chiuso con garza vaselinata, onde evitare che il materiale si impegni all'interno. Durante il rilievo dell'impronta è importante evidenziare l'esatta

proiezione cutanea dei movimenti condilari, onde evitare la dislocazione della protesi. È quindi applicato il materiale da impronta. Siringhe o spatole possono essere usate per depositare il materiale da impronta in aree difficili o sottosquadrate. Materiali da impronta più usati sono l'alginato, il polisolfuro e il silicone. Prima che il materiale da impronta indurisca, viene apposta della garza vaselinata, su cui, ad indurimento avvenuto, si posiziona uno strato di gesso Contura. In questo modo l'impronta può essere rimossa senza venire deformata (Figg. 3a-3c).

> pagina 8



Fig. 2a.



Fig. 3a.



Fig. 2b.



Fig. 3b.



Fig. 2c.

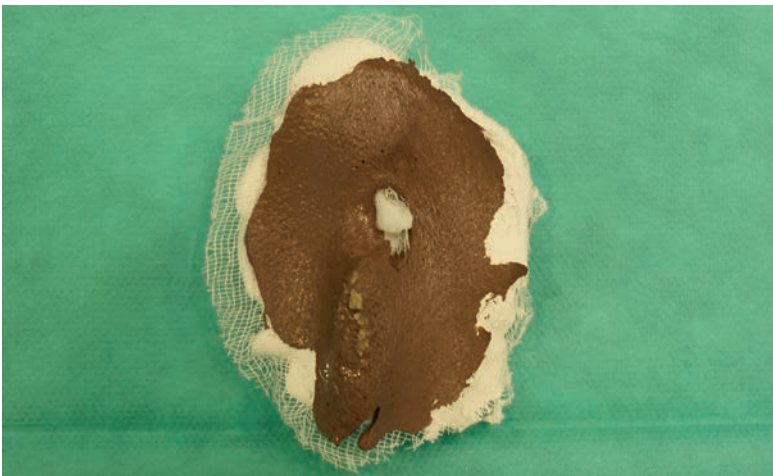


Fig. 3c.

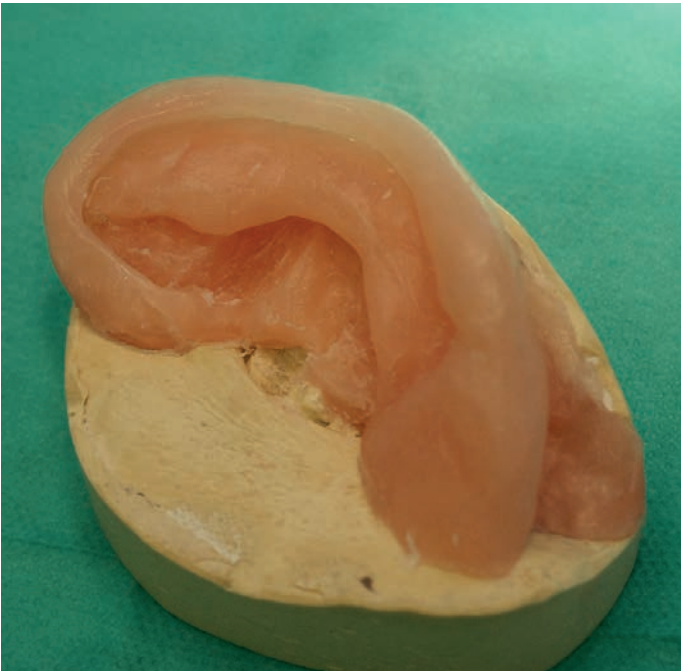


Fig. 4a.



Fig. 4b.



Fig. 6a.

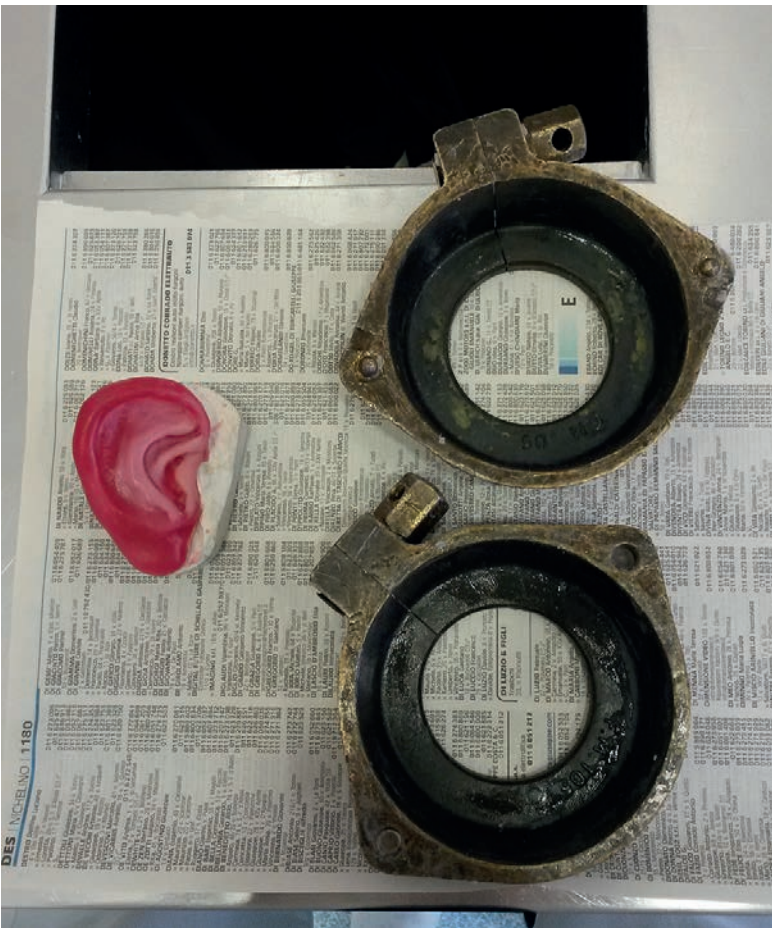


Fig. 5a.



Fig. 5b.

< pagina 7

Modellazione

Se è stata eseguita un'impronta pre-chirurgica dell'orecchio, la modellazione sarà eseguita duplicando il modello e adattando quindi il modellato in cera al paziente. Se non è disponibile il modello preoperatorio dell'orecchio, allora la protesi dovrà essere modellata direttamente sul paziente (Figg. 4a, 4b)

Trasformazione in silicone

La protesi attraverso la tecnica della cera persa è trasformata in silicone; essa viene rifinita e colorata con la metodica della colorazione estrinseca (Figg. 5a-5c).

La ritenzione della protesi può avvenire mediante:

- 1. adesivi;
- 2. ancoraggio ad occhiali;
- 3. impianti osteointegrati.

Nella riabilitazione provvisoria sono gli adesivi a mantenere la protesi in sede. Talvolta però non sono in grado di garantire adeguata ritenzione, con conseguente discomfort del paziente, che non sente la protesi "salda". Per risolvere questo problema, laddove possibile, il posizionamento di impianti extraorali è una valida soluzione.

La percentuale di successo dell'uso degli impianti extraorali usati per ritenzione delle epitesi dipende dalla loro localizzazione nell'ambito dello scheletro facciale. La composizione e l'architettura

> pagina 9



Fig. 6b.



Fig. 7a.



Fig. 5c.



Fig. 7b.

< pagina 8

ra ossea sono i fattori chiave che influenzano l'osteintegrazione e il mantenimento degli impianti. La porzione squamosa dell'osso temporale fornisce sito implantare idoneo per la riabilitazione auricolare con percentuali di successo riportate per i siti ossei non radiotrattati del 95% e per i siti ossei radiotrattati dell'86%.

Nel caso clinico descritto sono stati inseriti due impianti extraorali nella porzione squamosa dell'osso temporale. È stata costruita una barra, il che ha permesso al paziente di aumentare la ritenzione e la stabilità del corpo protesico rispetto all'utilizzo del solo adesivo (Figg. 6a, 6b). La protesi in silicone necessita di essere sostituita periodicamente a causa delle modificazioni che possono avvenire sulla sue superficie: principalmente usura dovuta alla pulizia e perdita della colorazione estrinseca. Quando è stata necessaria la modellazione della nuova epitesi, si è optato per la costruzione di una nuova barra con sistema a cappette Rhein 83 OT Equator Attachment System. Quelle utilizzate, di colore giallo, comportano una capacità ritentiva extra soft (Figg. 7a-7d). In attesa della consegna della nuova barra, sono state applicate sulla vecchia 3 clips ritentive del sistema Rhein OT Bar Multiuse, che, a seconda del colore, forniscono gradi di ritenzione crescente, soluzione che ha permesso al paziente di continuare ad utilizzare la vecchia epitesi in attesa del confezionamento della nuova (Figg. 8a, 8b).



Fig. 7c.



Fig. 7d.

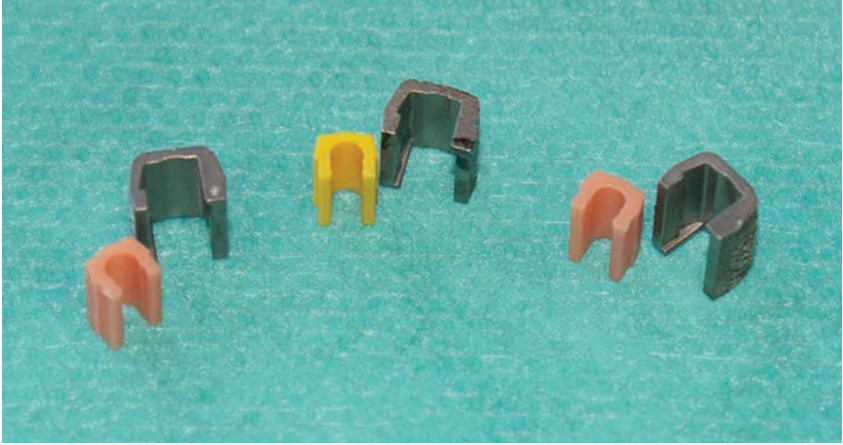


Fig. 8a.

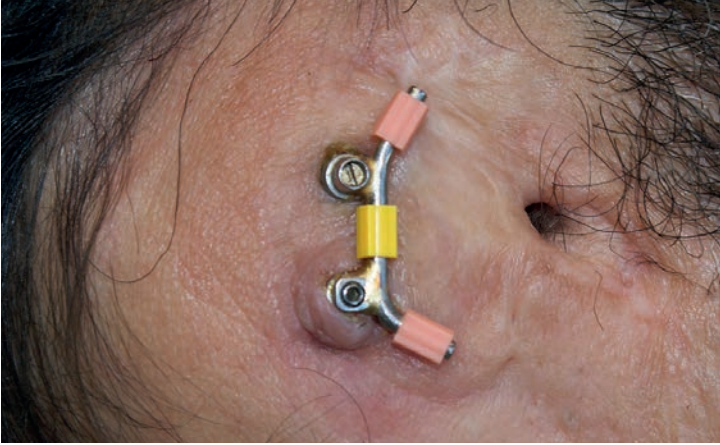


Fig. 8b.

~~EXACONE~~ 2.9



Grande performance
Piccolo diametro

Leone S.p.a.
Via P. a Quaracchi 50
50019 Sesto Fiorentino | Firenze | Italia
Ufficio Vendite Italia:
tel. 055.3044600 | fax 055.374808
italia@leone.it | www.leone.it



Ortodonzia e Implantologia

PP17/07-IT