Perio Tribune

The World's Periodontic Newspaper • Italian Edition

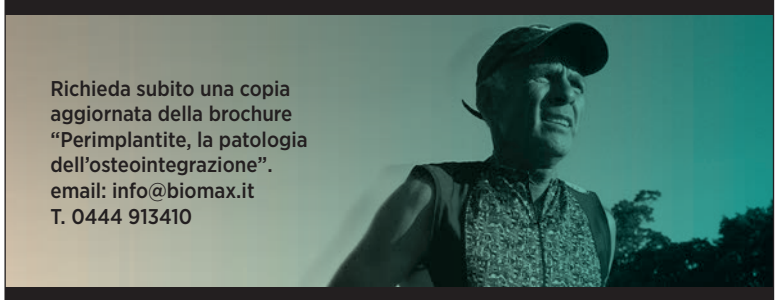
Gennaio 2014 - anno II n. 1

Allegato n. 1
di Dental Tribune Italian Edition - Gennaio 2014 - anno X n. 1

www.dental-tribune.com

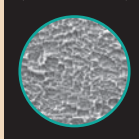
3i T3 IMPLANT™ BIOMET 3i

PERIMPLANTITE
La patologia dell'osteointegrazione



Richieda subito una copia aggiornata della brochure "Perimplantite, la patologia dell'osteointegrazione".
email: info@biomax.it
T. 0444 913410

OSSEOTITE=T3 (zona coronale)



Rugosità di superficie:

Valore Medio Complessivo

Sa 0,3 µm

"**L'unica superficie** contro il rischio perimplantite con validazione scientifica supportata da uno studio multicentrico e randomizzato con pubblicazione a 5 anni ed osservazione a 7 anni."

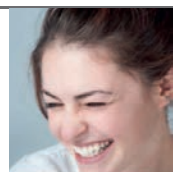
RICHARD LAZZARA
Journal of Periodontology, Aprile 2010, pagg. 493-501.

www.biomax.it

Cardaropoli e gli impianti post estrattivi
Una vita tra clinica quotidiana e ricerca

Titolare oggi di un avviato studio a Torino, Cardaropoli dice di essere stato sin da subito incuriosito dalla tecnica degli "impianti post-estrattivi immediati" sulla quale tiene numerose relazioni.

pagina 14



FDI e il World Oral Health Day 2014:
focus sulla protezione di denti e bocca per tutta la vita

FDI si sta preparando a celebrare il World Oral Health Day 2014 (WOHD 2014) che si terrà il prossimo 20 marzo. Obiettivo è di ricordare l'importanza di proteggere i denti e la bocca durante tutta la nostra vita.

pagina 20

Potenzialità biologica individuale

Nuovi sviluppi per un concetto di odontoiatria integrata

L. Zucchinelli

Consultando le varie pubblicazioni internazionali di parodontologia e, in modo particolare, la rivista *Journal of Periodontology*, emanazione diretta della American Academy of Periodontology, una delle più autorevoli voci

› pagina 18

Single Flap Approach

Un approccio chirurgico semplificato ai difetti ossei parodontali

A. Simonelli, R. Farina, L. Trombelli

Introduzione

La stabilizzazione del coagulo adeso alla superficie radicolare, in un ambiente protetto da interferenze di natura meccanica e microbiologica, è conditio sine qua non per la rigenerazione parodontale[1-4]. Nell'ambito delle procedure chirurgiche utilizzate per il trattamento ricostruttivo dei difetti parodontali infraossei, la gestione dei tessuti molli interdentali è un aspetto determinante per la stabilità e la conseguente maturazione del coagulo[5]. In particolar modo, il disegno di lembo e la sede in cui viene posizionata l'incisione sono elementi chiave per garantire una completa chiusura del lembo e il suo adeguato adattamento alla superficie radicolare, sia al momento della sutura sia nelle fasi di guarigione successive. Differenti opzioni chirurgiche in termini di disegno di lembo e tecniche di sutura sono state proposte con lo scopo di ottenere una chiusura per prima intenzione e quindi una buona stabilità della ferita[6,7].

› pagina 15

Cardaropoli: una vita tra clinica quotidiana e ricerca

"Indicazioni, controindicazioni, tecnica chirurgica, prevenzione, trattamento delle complicanze, esperienze a confronto" è stato il tema su cui si sono cimentati la mattina di sabato 14 dicembre ricercatori e studiosi nell'ambito del I International meeting sull'"Immediate post extraction implant: State of art" svoltosi a Viareggio, a cura dell'Istituto Stomatologico Toscano. Nel dibattito aperto da Antonio Barone, il primo iscritto a parlare era Daniele Cardaropoli di Torino, docente affermato di questa tecnica. Laureato nel 1996 con lode e dignità di stampa a Torino, con una tesi sperimentale sulla "Valutazione a distanza di impianti osteointegrati sottoposti a rigenerazione ossea", perfezionatosi in Parodontologia presso la stessa Università e successivamente a Harvard e a Boston, Cardaropoli è anche (co)autore di diversi articoli su riviste prestigiose. Oggetto degli studi e delle sue pubblicazioni, susseguitesi a partire dall'anno 2000, sono stati i vari aspetti del rapporto tra Parodontologia e Ortodonzia.

Titolare oggi di un avviato studio a Torino, affiancato da un Centro di ricerca in cui lavora un'équipe di colleghi ricercatori, Cardaropoli dice di essere stato sin da subito incuriosito dalla tecnica degli "impianti post estrattivi immediati". Caratterizzata com'era all'inizio da scarso supporto scientifico, non si riusciva infatti a capire perché in alcuni casi riuscisse e in altri invece no. «Se oggi la medicina è occidentalizzata e orizzontalizzata, cosa bella in sé, – osserva Cardaropoli – in Odontoiatria l'evidenza, basata essenzialmente sulla statistica, è più difficile da conseguire per via della varietà dei pazienti, della diversità dei chirurghi e loro tecniche». In effetti, mentre nelle altre chirurgie il paziente appare in realtà come un organismo docile, interamente nelle mani dell'anestesista e del chirurgo, perinde ac cadaver, un paziente odontoiatrico con il suo comportamento può incidere pesantemente sul trattamento e sulla stessa condotta del curante. Il suo conformarsi o meno alla cura proposta (la cosiddetta compliance), che non è necessariamente collegato all'istruzione o estrazione sociale, appare in Odontoiatria meritevole di grande attenzione, specie in Parodontologia, dove i problemi originati dalla malattia possono durare per tutta una vita. «Ma è proprio quell'anamnesi approfondita che ti fa sentire più medico che dentista», dice Cardaropoli, il quale ne tiene conto nella sua pratica quotidiana, a un punto tale da spendere quasi un'ora nella prima visita di un paziente al dichiarato scopo di sondare fino a che punto si spinga la sua compliance dinanzi alle esigenze terapeutiche.

Alle ricerche e alle pubblicazioni sono seguiti nel tempo i corsi che Cardaropoli tiene nel suo Centro di Torino (l'ultimo, tutto esaurito, è del dicembre 2013, con 16 colleghi/allievi provenienti da ogni parte d'Italia). Nel frattempo sono cominciati a piovere gli inviti, soprattutto dagli USA, ma anche, più di recente, dalla Cina, da Singapore e dall'Australia, dove approderà nel luglio prossimo, per la seconda volta, in missione didattica, tutti desiderosi di apprendere, specie in Cina, tutti attratti dal livello delle eccellenze italiane.

«Per il futuro – dice – stiamo lavorando con l'appoggio della Geistlich ai protocolli sul tema di come migliorare le tecniche della "ridge crest preservation" mediante l'uso di nuovi materiali».

m.boc

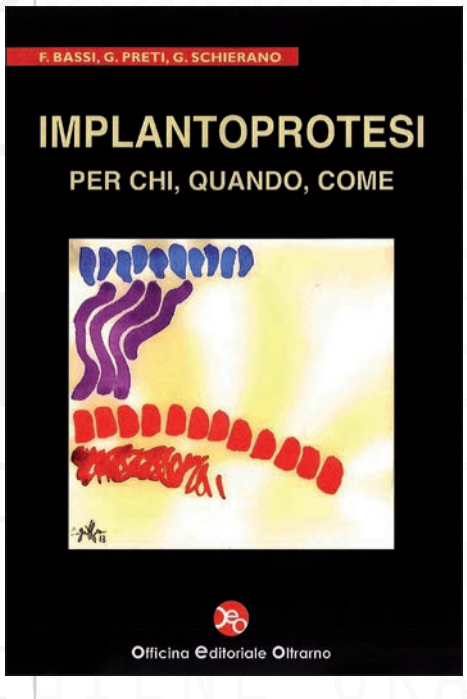
COME ORDINARE

tueor SERVIZI

TUEOR SERVIZI Srl • Corso Sebastopoli, 225 • 10137 Torino
Tel. 011 0463350 • Fax 011 0463304 • loredana.gatto@tueor.it
www.tueorservizi.it

NOVITÀ

IMPLANTOPROTESI
PER CHI, QUANDO, COME



Dalle cause della perdita dei denti, alla riabilitazione del paziente parzialmente o totalmente edentulo, con protesi fisse o rimovibili su impianti. Il libro spazia dalle riabilitazioni standard ai più recenti protocolli di carico immediato con chirurgia computer guidata. Un percorso che guida il clinico attraverso l'analisi delle controindicazioni sistemiche e locali per la selezione del paziente. Vengono descritti i principi costruttivi in protesi, indispensabili per il successo a lungo termine, rivisitati attraverso la funzione e l'estetica. La revisione critica ed esaustiva della bibliografia fornisce spunti di ricerca per ulteriori approfondimenti, e la ricca e accurata iconografia rende la consultazione del libro semplice ed efficace. Gli autori hanno sviluppato le proprie competenze in un ambito clinico universitario nel quale l'avanguardia scientifica ha dovuto sempre coniugare l'eccellenza del trattamento con l'adozione di strategie di riabilitazione "sociali".

F. Bassi, G. Preti, G. Schierano

Pagine: 252
Formato: 30x20 cm
600 foto a colori

185,00 EURO
SPESE DI SPEDIZIONE
OMAGGIO!

La malattia parodontale

può aumentare il rischio di asma

SALVADOR, Brasile – Diversi studi hanno suggerito che le infezioni parodontali contribuiscono allo sviluppo di condizioni e malattie sistemiche.

Ora, un team di ricercatori brasiliani ha trovato nuove prove che la parodontite può aumentare il rischio di asma (livello grave). In uno studio che ha coinvolto oltre 200 partecipanti, si è scoperto che gli adulti affetti da malattia parodontale sono significativamente più soggetti a sviluppare questa condizione. Lo studio ha incluso 113 pazienti con diagnosi di asma e 107 casi controllo. Dopo aver valutato l'età, il livello di scolarizzazione, problematiche di osteoporosi, l'indice di massa corporea ed eventuale abitudine al fumo, i ricercatori hanno rilevato che gli adulti affetti da malattia parodontale erano circa cinque volte più a rischio di sviluppo di un'infiammazione bronchiale rispetto a quelli senza infezione dei tessuti parodontali.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'asma è una delle principali malattie non trasmissibili, è caratterizzata da attacchi ricorrenti di respiro affannoso e colpisce attualmente circa 235 milioni persone in tutto il mondo. Inoltre, la grave malattia parodontale, che può causare la perdita di denti, viene riscontrata nel 15/20% di adulti di età compresa tra i 35 e i 44 anni, sempre secondo dati dell'OMS.

Lo studio, intitolato "Does Periodontal Infection Have an Effect on Severe Asthma in Adults?" è stato pubblicato online il 14 novembre, nel *Journal of Periodontology*. Lo studio è stato condotto da ricercatori presso la State University di Feira de Santana in collaborazione con l'Università federale del Recôncavo di Bahia e l'Università di São Paulo.

Dental Tribune International

Single Flap Approach: un approccio chirurgico semplificato ai difetti ossei parodontali

Anna Simonelli, Roberto Farina, Leonardo Trombelli

Centro interdipartimentale di Ricerca per lo Studio delle Malattie parodontali e peri-implantari, Università di Ferrara.

‹ pagina 13

L'introduzione e l'utilizzo di disegni di lembo ad hoc per l'accesso a difetti infraossei anche profondi ha determinato un significativo miglioramento degli esiti ricostruttivi dopo l'utilizzo di rigenerazione tissutale guidata (GTR, *Guided Tissue Regeneration*) o derivati della matrice dello smalto (EMD)[8]. Nonostante siano ormai noti gli effetti benefici aggiuntivi della GTR ed EMD, in associazione al solo curettaggio a cielo aperto[9,10], i miglioramenti delle tecniche chirurgiche, in particolare l'introduzione di nuove procedure di preservazione della papilla, si sono tradotti in un progressivo incremento del guadagno di attacco clinico ottenibile con il solo curettaggio a cielo aperto[8].

Il *Single Flap Approach* (SFA) è una procedura chirurgica semplificata specificamente disegnata per il trattamento di difetti ossei parodontali[11-16]. Il principio chiave di tale procedura consiste nell'elevazione di un unico lembo di accesso mucoperiosteo (vestibolare o orale), preservando l'integrità dei tessuti molli sopracrestali interprossimali. Da un punto di vista clinico, il SFA si associa a molteplici vantaggi. In primo luogo, può facilitare il riposizionamento del lembo e la successiva fase di sutura: il lembo, infatti, può essere agevolmente stabilizzato sulla papilla intatta, favorendo così una guarigione della ferita per prima intenzione. In secondo luogo, limitando il trauma chirurgico al supporto vascolare dei tessuti molli sopracrestali interprossimali mediante una minima elevazione del lembo[17-21], viene promosso un processo di guarigione più veloce, soprattutto in corrispondenza della linea di incisione. La stabilizzazione della ferita e la preservazione della papilla interprossimale sono, inoltre, in grado di minimizzare la contrazione post-chirurgica dei tessuti gengivali e, conseguentemente, di ridurre l'impatto dell'intervento sull'estetica preesistente[13-16].

Precedenti studi[11-14] hanno mostrato come il SFA sia un approccio chirurgico efficace quando utilizzato in associazione a tecnologie rigenerative quali biomateriali sostitutivi dell'osso associati o meno a una membrana. In accordo ai risultati di un recente studio condotto su difetti infraossei profondi prevalentemente costituiti da 2-3 pareti residue, inoltre, il SFA ha dimostrato di consentire guadagni di attacco clinico (CAL) e riduzioni di profondità di sondaggio (PPD) sostanziali anche quando applicato da solo, senza l'ausilio di biomateriali o agenti biologici[15].

Il presente lavoro illustra il trattamento conservativo, eseguito mediante SFA, di un difetto parodontale infraosseo profondo caratterizzato prevalentemente da una sola parete residua e di un difetto prevalentemente sopraosseo.

Caso clinico

La paziente, donna di 54 anni, è giunta all'osservazione presso il Centro di Ricerca per lo Studio delle Malattie Parodontali e Peri-Implantari, Università di Ferrara, lamentando dolenzia e aumentata mobilità dell'elemento 1.4.

La raccolta dell'anamnesi medica della paziente non ha evidenziato alcuna patologia pregressa o in atto. La valutazione dentale della paziente ha evidenziato la presenza di tutti gli elementi dentari, ad eccezione degli ottavi, e l'assenza di segni clinici di parafunzione. La vista parodontale, eseguita sulla base dei parametri biometrici e radiografici (ortopantomografia), ha identificato una parodontite cronica di grado moderato generalizzato. Siti con profondità di sondaggio (PPD) ≥ 5mm erano presenti a carico delle aree molari e premolari superiori e in corrispondenza delle aree molari inferiori. L'indice di sanguinamento al sondaggio (BoP%) della paziente era al 45%.

L'elemento 1.4, nello specifico, presentava valori di CAL (livello di attacco clinico) pari a 10 mm, 6 mm e 6 mm in corrispondenza, rispettivamente, degli aspetti mesio-vestibolare, vestibolare e disto-vestibolare, e 8 mm, 3 mm e 4 mm in corrispondenza, rispettivamente, degli aspetti mesio-palatino, palatino e disto-palatino. I corrispettivi valori di PPD erano 9 mm, 6 mm e 5 mm a carico degli aspetti mesio-vestibolare, vestibolare e disto-vestibolare, rispettivamente. In corrispondenza degli aspetti mesio-palatino, palatino e disto-palatino, invece, i valori di PPD erano pari a 8 mm, 3 mm e 4 mm, rispettivamente (Fig. 1). Tutti i siti erano positivi al sanguinamento al sondaggio mentre i versanti mesio-vestibolare e mesio-palatino si associavano anche a suppurazione. L'elemento presentava una mobilità di grado 2 ed è risultato positivo al test di vitalità, eseguito applicando uno stimolo freddo.

L'esecuzione del sondaggio transcrevicolare e la radiografia periapicale hanno confermato la presenza di un difetto infraosseo profondo localizzato mesialmente all'elemento 1.4, mentre a carico della superficie distale dell'elemento stesso era evidente la presenza di un difetto prevalentemente sopraosseo con una minima componente infraossea (Fig. 2).

Tutte le procedure sono state eseguite in accordo con la dichiarazione di Helsinki (Edinburgo 2002) e con le norme per la buona pratica clinica (GCPs).

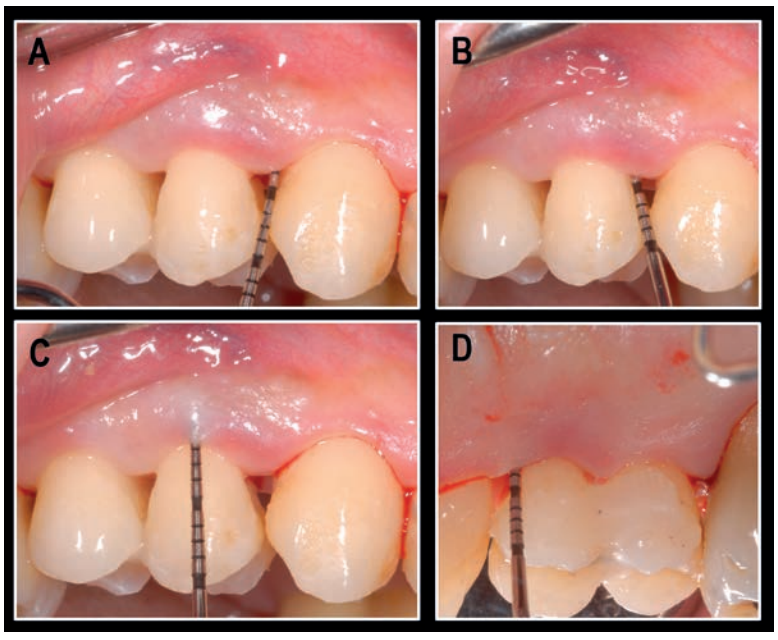


Fig. 1 - Rilevamento del livello di attacco clinico (CAL) e della profondità di sondaggio (PPD) a carico di 1.4 e dei denti adiacenti. (a) Aspetto disto-vestibolare di 1.3: CAL = 9 mm, PPD = 8 mm; (b) aspetto mesio-vestibolare di 1.4: CAL = 10 mm, PPD = 9 mm; (c) aspetto vestibolare di 1.4: CAL = 6 mm, PPD = 6 mm; (d) aspetto mesio-palatino di 1.4: CAL = 8 mm, PPD = 8 mm.

Fig. 2 - Aspetto radiografico pre-operatorio. Sono presenti un difetto angolare profondo (superficie mesiale) e un difetto soprasseo con una minima componente infraossea (superficie distale) a carico dell'elemento 1.4. È inoltre osservabile lo splintaggio intracoronale 1.4-1.5 eseguito con filo metallico e resina composita.

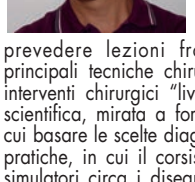
La paziente ha fornito il consenso informato scritto prima di sottoporsi alla terapia.

› pagina 16

corso avanzato di
parodontologia
APRILE DICEMBRE 2014
PROF. LEONARDO TROMBELLI
TEORICO PRATICO CON FREQUENZA IN REPARTO

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FERRARA
Centro Interdipartimentale di Ricerca per lo Studio delle Malattie Parodontali e Peri-Implantari

Presentazione del Corso



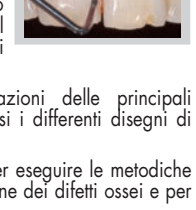
Cari Colleghi,
è con orgoglio che Vi presento il 7° Corso Avanzato di Parodontologia organizzato dal Centro Interdipartimentale di Ricerca per lo Studio delle Malattie Parodontali e Peri-Implantari dell'Università di Ferrara.

Il Corso è strutturato in modo da prevedere lezioni frontali, particolarmente incentrate sulle principali tecniche chirurgiche parodontali, partecipazione ad interventi chirurgici "live", revisioni della principale letteratura scientifica, mirata a fornire al corsista l'evidenza scientifica su cui basare le scelte diagnostiche e terapeutiche, ed esercitazioni pratiche, in cui il corsista verrà opportunamente addestrato su simulatori circa i disegni di lembo, le tecniche di osteotomia/osteoplastica, le tecniche di sutura, l'impiego di biomateriali, membrane, agenti biologici per la ricostruzione parodontale.

Il tutto nella cornice clinica del nostro Ateneo, attrezzato per la didattica post laurea, e con la possibilità di essere seguito da vicino da docenti e tutor universitari che vi accompagneranno costantemente sia nel percorso formativo sia nell'attività pratica.

Cercaci su Youtube! Vi aspetto a Ferrara!

Obbiettivi del Corso



Al termine del corso i partecipanti saranno in grado di:

- formulare corretta diagnosi del caso parodontale: inquadramento diagnostico del paziente e delle condizioni patologiche sito-specifiche; inquadramento prognostico del caso (metodo UNIFE per il periodontal risk assessment), impostazione del piano di trattamento parodontale.
- conoscere indicazioni e controindicazioni delle principali metodiche di chirurgia parodontale, inclusi i differenti disegni di lembo e relative tecniche di sutura
- avere le conoscenze tecnico-operative per eseguire le metodiche di chirurgia ossea resettiva per la correzione dei difetti ossei e per l'allungamento di corona clinica
- riconoscere potenziali e limiti delle differenti metodiche ricostruttive e rigenerative, basate su impiego di biomateriali, innesti ossei, membrane, amelogenine, con particolare riguardo al Single Flap Approach
- avere le conoscenze tecnico-operative per eseguire la correzione chirurgica dei difetti muco-gengivali e di recessione attorno a denti e impianti

INCONTRO I (3 - 5 APRILE 2014)
LE MALATTIE PARODONTALI: BASI DIAGNOSTICHE E TERAPIA NON CHIRURGICA

INCONTRO II (15 - 17 MAGGIO 2014)
ELEMENTI DI CHIRURGIA PARODONTALE

INCONTRO III (12 - 14 GIUGNO 2014)
CHIRURGIA OSSEA RESETTIVA

INCONTRO IV (10 - 12 LUGLIO 2014)
CHIRURGIA OSSEA RICOSTRUTTIVA I

INCONTRO V (18-20 SETTEMBRE 2014)
CHIRURGIA OSSEA RICOSTRUTTIVA II

INCONTRO VI (16-18 OTTOBRE 2014)
CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA I

INCONTRO VII (13-15 NOVEMBRE 2014)
CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA II

INCONTRO VIII (11-13 DICEMBRE 2014)
RICOSTRUZIONE TESSUTI DURI E MOLLI ATTORNO A IMPIANTI VERIFICA CASI CLINICI DEI PARTECIPANTI E TEST FINALE DI APPRENDIMENTO

Informazioni dettagliate sul Corso si possono ricevere rivolgendosi a: www.unife.it/parodontologia (corsi di aggiornamento)

MV CONGRESSI
Meeting & Association Management
Via Marchesi 26D - 43126 Parma
Tel 0521-290191 Fax 0521-291314
chiara@mvcongressi.it - www.mvcongressi.com

corso con assegnazione di 50 crediti formativi

‹ pagina 15

Procedura pre-chirurgica

La paziente è stata sottoposta a una seduta *full-mouth* di scaling-root planing, eseguita con strumenti meccanici e manuali.

In corrispondenza dell'elemento 1.4 è stata eseguita anestesia infiltrativa, utilizzando mepivacaina con adrenalina 1:100.000, al fine di consentire una strumentazione sottogengivale più accurata. Al termine della seduta, la paziente ha ricevuto istruzioni di igiene orale domiciliare relativamente alla tecnica di spazzolamento e all'utilizzo dello scovolino nelle aree interprossimali. Per ridurre la mobilità dell'elemento 1.4, è stato infine eseguito uno splintaggio intra-coronale 1.4-1.5 utilizzando resina composita e filo metallico.

La rivalutazione, eseguita a distanza di 3 settimane dalla seduta di strumentazione professionale, ha evidenziato una sensibile riduzione del BoP% (ridotto al 13%) nonché una completa scomparsa dei siti associati ad essudato purulento. I valori di PPD associati all'elemento 1.4 non dimostravano, invece, variazioni significative.

Al fine di ripristinare una condizione di salute parodontale, è stato proposto alla paziente il trattamento chirurgico dei difetti ossei parodontali a carico di 1.4, utilizzando un approccio di tipo conservativo (ad esempio, curettaggio a cielo aperto).

Procedura chirurgica

La procedura chirurgica è stata eseguita da un chirurgo parodontale esperto (LT) avvalendosi dell'utilizzo di sistemi ingrandenti (2.5 x). In corrispondenza dell'elemento 1.4 è stata eseguita anestesia infiltrativa utilizzando mepivacaina con adrenalina 1:100.000. Le papille interprossimali non sono state infiltrate, evitando così un'ischemia eccessiva dei tessuti interdentali. Mesialmente a 1.4, il sondaggio transcrevicolare (*bone sounding*) ha evidenziato un'estensione del difetto infraosseo prevalentemente in area interprossimale e vestibolare. L'accesso al difetto è stato, pertanto, eseguito in accordo ai principi del SFA vestibolare.

Nella zona 1.3-1.5 è stata eseguita un'incisione vestibolare, intrasulculare in prossimità del difetto infraosseo e paramarginale in prossimità di quello sopraosseo. In corrispondenza della papilla sovrastante il difetto infraosseo è stata eseguita un'incisione obliqua *butt-joint* (Fig. 3). Un lembo a busta privo di incisioni di rilascio è stato sollevato sul solo versante vestibolare utilizzando uno scollaperiostio microchirurgico (P-Trom scolla periostio, Hu-Friedy, Milano, Italia). I tessuti molli orali sono stati, invece, mantenuti intatti (Fig. 4).

Il tessuto sopracrestale interdentale sovrastante il difetto infraosseo è stato interamente preservato, mentre in corrispondenza del difetto sopraosseo il lembo secondario definito dall'incisione paramarginale è stato rimosso mediante l'utilizzo di curette (Fig. 4).

I difetti sono stati degranulati con l'utilizzo combinato di strumenti ultrasonici (Piezosteril 5, Castellini S.p.A., Castel Maggiore, Bologna, Italia) e manuali (Lima di Hirschfeld #9/10 Man #6 Hu-Friedy, Milano, Italia).

Fig. 3 - Incisione vestibolare. In corrispondenza del difetto infraosseo l'incisione è stata eseguita intrasulculare, mentre la lama è stata mantenuta paramarginale in corrispondenza del difetto sopraosseo. In corrispondenza della papilla sovrastante il difetto infraosseo, è stata eseguita una incisione obliqua butt-joint.

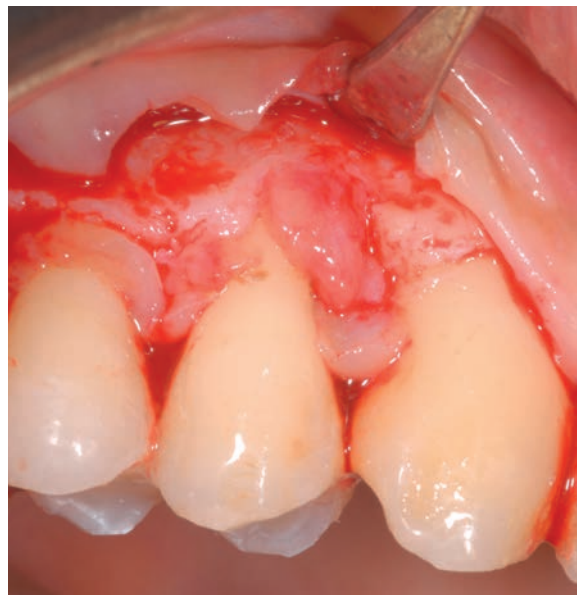


Fig. 4 - Sollevamento di un lembo mucoperiosteo sul solo versante vestibolare. Nessuna incisione di rilascio è stata eseguita.

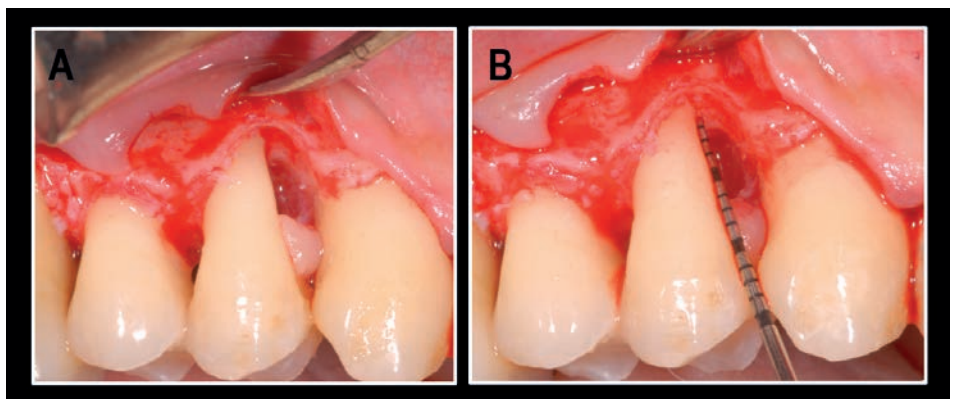


Fig. 5 - Aspetto clinico al termine del debridement intra-operatorio. (a) Difetto sopraosseo e difetto infraosseo profondo a carico delle superfici distale e mesiale, rispettivamente, di 1.4; (b) il difetto infraosseo è caratterizzato prevalentemente da 1 parete residua. La componente infraossea del difetto è pari a 5 mm, mentre quella sopraossea è pari a 3 mm.

Fig. 6 - Sutura a materassaio orizzontale interno posizionata alla base della papilla per riposizionare il lembo.

Fig. 7 - Sutura a materassaio orizzontale interno posizionata nella porzione più coronale della papilla per ottenere una chiusura per prima intenzione dei lembi nella zona sovrastante il difetto infraosseo. Sutura a materassaio esterno nella zona caratterizzata dalla presenza del difetto sopraosseo.

Fig. 8 - Aspetto clinico alla rimozione sutura (2 settimane post-chirurgia).

Fig. 9 - Rilevamento del livello di attacco clinico (CAL) e profondità di sondaggio (PPD) a distanza di sei mesi dalla chirurgia. Il sito mesio-vestibolare presenta valori di CAL = 7 mm e PPD = 5 mm.

Al completamento del *debridement* è stato possibile apprezzare la morfologia del difetto infraosseo, caratterizzata da una sola parete residua e una componente infraossea pari a 5 mm e sopraossea pari a 3 mm. A conferma di quanto osservato in fase di valutazione pre-operatoria, il difetto presentava un'estensione prevalentemente interprossimale e vestibolare (Fig. 5). Il difetto è stato lasciato riempire con il solo coagulo ematico, senza alcun utilizzo aggiuntivo di dispositivi ricostruttivi quali biomateriali, membrane o agenti biologici.

Per la sutura del lembo in corrispondenza del difetto infraosseo, in accordo alla descrizione della tecnica di sutura originale[11-13] è stata posizionata una sutura (Vicryl 6.0, Ethicon, Sommerville, New York) a materassaio interno orizzontale tra il lembo vestibolare e la base della papilla orale intatta, favorendo il riposizionamento del lembo (Fig. 6). La chiusura per prima intenzione della ferita, poi, è stata ottenuta mediante una seconda sutura a materassaio interno orizzontale, posizionata tra la porzione più coronale del lembo e la porzione più coronale della papilla (Fig. 7).

Per la sutura del lembo in corrispondenza del difetto sopraosseo, è stata utilizzata una sutura a materassaio esterno, al fine di ottenere il massimo adattamento del lembo alla cresta ossea sottostante. La guarigione della zona interdentale di quest'area è avvenuta per seconda intenzione (Fig. 7).

Procedura post-chirurgica

La paziente è stata invitata ad astenersi dalle procedure meccaniche di igiene orale in corrispondenza dell'area trattata per le 4 settimane successive l'intervento.

È stato prescritto l'utilizzo di un collutorio a base di clorexidina 0,12% (Curasept 0,12%, Curaden Healthcare, Saronno, Italia, 10 ml, due volte al giorno per 5 settimane). Le suture sono state rimosse a distanza di 2 settimane dalla chirurgia.

Al momento della rimozione delle suture, era apprezzabile il mantenimento dell'integrità del tessuto interdentale nell'area corrispondente al difetto infraosseo (Fig. 8). La paziente è stata, poi, inserita in un regime antimicrobico che prevedeva l'utilizzo di colluttorio e dentifricio (Meridol, Gaba International, Therwil, Svizzera) a base di Am/SnF_2. Richiami mensili sono stati eseguiti per i 6 mesi successivi la chirurgia.

Durante ciascuna sessione, in corrispondenza dell'area operata è stata eseguita una strumentazione ultrasonica esclusivamente sopragengivale e sono state rinforzate le istruzioni di igiene orale domiciliare. Successivamente ai 6 mesi post-chirurgia, la terapia parodontale di supporto ha previsto sessioni di strumentazione radicolare sopra e sotto-gengivale con frequenza trimestrale.

Risultati clinici

A distanza di 6 mesi dalla chirurgia, la valutazione parodontale dell'elemento 1.4 ha evidenziato valori di CAL pari a 7 mm e 5 mm a carico degli aspetti mesio-vestibolare e mesio-palatino rispettivamente.

› pagina 17

‹ pagina 16

Fig. 10 - Aspetto radiografico a distanza di sei mesi dalla chirurgia. È evidente un parziale riempimento della componente infraossea del difetto.

I valori residui di PPD erano pari a 5 mm in corrispondenza degli aspetti mesio-vestibolare (Fig. 9) e mesio-palatino, mentre in corrispondenza degli altri aspetti dell'elemento dentario i valori di PPD erano entro 3 mm.
La consensuale valutazione radiografica ha messo in evidenza un parziale riempimento radiografico del difetto infraosseo (Fig. 10). La visita di rivalutazione eseguita a distanza di 3 anni dalla chirurgia ha evidenziato una ulteriore riduzione dei valori di PPD, che si presentavano entro 3 mm in corrispondenza di tutti gli aspetti dell'elemento 1.4 (Fig. 11). La riduzione dei valori di PPD si è accompagnata ad una recessione (REC) dei tessuti molli, rispetto ai valori pre-chirurgici, pari a 1 mm in corrispondenza degli aspetti vestibolare e mesio-vestibolare.
L'indagine radiografica ha evidenziato un parziale riempimento radiografico del difetto, con ricomparsa della lamina dura crestale (Fig. 12).

Fig. 11 - Rilevamento del livello di attacco clinico (CAL) e della profondità di sondaggio (PPD) a distanza di tre anni dalla chirurgia in corrispondenza degli aspetti (a) mesio-vestibolare (CAL = 5 mm, PPD = 3 mm) e (b) disto-vestibolare (CAL = 4 mm, PPD = 3 mm) di 1.4.

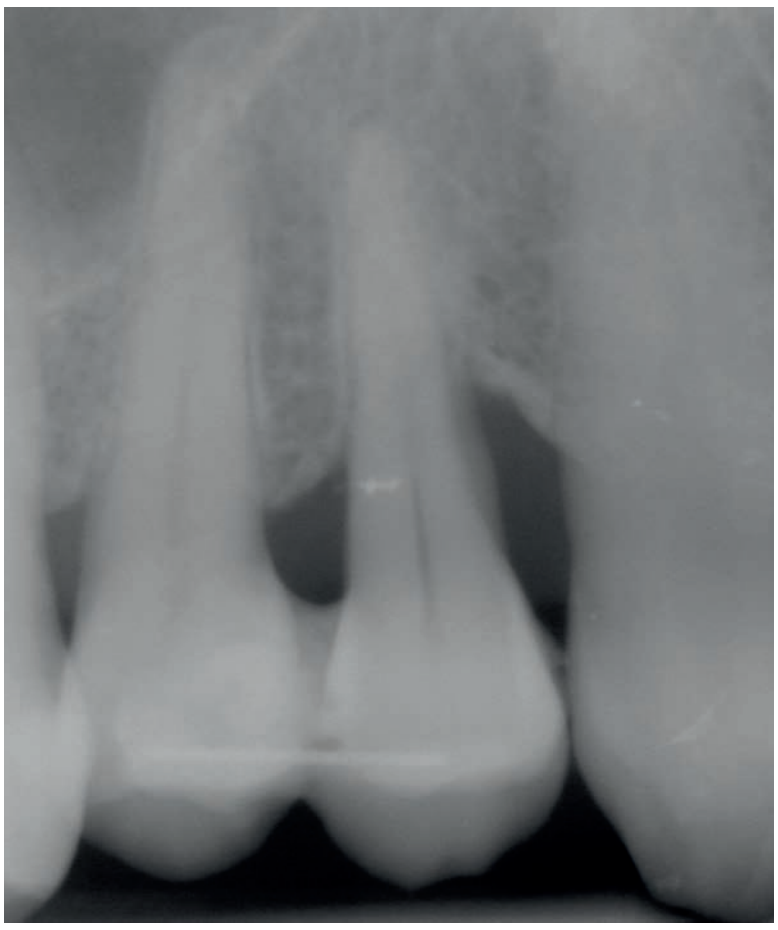


Fig. 12 - Aspetto radiografico a distanza di tre anni dalla chirurgia. Si osserva il parziale riempimento della componente infraossea del difetto con ricomparsa della lamina dura crestale.

Conclusioni

In conclusione, il presente caso clinico indica che:

- il SFA è una procedura chirurgica semplificata che può essere efficacemente utilizzata per il trattamento di difetti ossei parodontali;
- quando applicata senza l'aggiunta di dispositivi ricostruttivi per il trattamento conservativo di difetti sopraossei o infraossei a 1 parete residua, il SFA può consentire un sostanziale miglioramento delle condizioni cliniche parodontali in termine di riduzione di PPD e BoP;
- il SFA consente di minimizzare il traumatismo dei tessuti molli interprossimali e, pertanto, si associa ad una ridotta recessione post-operatoria nel rispetto dell'estetica pre-esistente del paziente.

Conflitto di interesse: in riferimento al caso clinico riportato in questo manoscritto, gli Autori dichiarano che non sussiste alcun conflitto di interesse.

bibliografia

1. Linghorne WJ, O'Connell DC. Studies in the regeneration and reattachment of supporting structures of the teeth; soft tissue reattachment. J Dent Res 1950;29:419-428.
2. Hiatt WH, Stallard RE, Butler ED, Badgett B. Repair following mucoperiosteal flap surgery with full gingival retention. J Periodontol 1968;39:11-16.
3. Polson AM, Proye MP. Fibrin linkage: A precursor for new attachment. J Periodontol 1983;54:141-147.
4. Wikesjö UM, Claffey N, Egelberg J. Periodontal repair in dogs. Effect of heparin treatment of the root surface. J Clin Periodontol 1991;18:60-64.
5. Takei HH. Surgical techniques for reconstructive periodontics. Dent Clin North Am 1991;35:531-539.
6. Trombelli L. Flap designs and suturing techniques to optimize reconstructive outcomes. In: Sculean A, ed. Periodontal Regenerative Therapy. Quintessenz; 2010: 241-258.
7. Trombelli L, Farina R. Flap design for periodontal healing. In: Oral wound healing: cell biology and clinical management (Editor: Hannu Larjava; Publisher: Blackwell-Wiley). First edition (2012). pp 229-241.
8. Tu YK, Tugnait A, Clerehugh V. Is there a temporal trend in the reported treatment efficacy of periodontal regeneration? A meta-analysis of randomized-controlled trials. J Clin Periodontol 2008;35:139-146.
9. Needleman IG, Worthington HV, Giedrys-Leeper E, Tucker RJ. Guided tissue regeneration for periodontal infra-bony defects. Cochrane Database Syst Rev 2006; 19:CD001724.
10. Esposito M, Grusovin MG, Papanikolaou N, Coulthard P, Worthington HV. Enamel matrix derivative (Emdogain(R)) for periodontal tissue regeneration in intrabony defects. Cochrane Database Syst Rev 2009;7:CD003875.
11. Trombelli L, Farina R, Franceschetti G, Minenna L. Single flap approach in periodontal reconstructive surgery (in Italian). Dent Cadmos 2007;8:15-25.
12. Trombelli L, Farina R, Franceschetti G, Minenna L. Management of the soft tissues according to the principles of the single flap approach in the treatment of periodontal intraosseous defects (in Italian). Dental Clinics 2008;3:1-8.
13. Trombelli L, Farina R, Franceschetti G, Calura G. Single-flap approach with buccal access in periodontal reconstructive procedures. J Periodontol 2009;80: 353-360.
14. Trombelli L, Simonelli A, Pramstraller M, Wikesjö UM, Farina R. Single flap approach with and without guided tissue regeneration and a hydroxyapatite biomaterial in the management of intraosseous periodontal defects. J Periodontol 2010;81:1256-1263.
15. Trombelli L, Simonelli A, Schincaglia GP, Cucchi A, Farina R. Single-flap approach for surgical debridement of deep intraosseous defects: a randomized controlled trial. J Periodontol 2012; 83: 27-35.
16. Farina R, Simonelli A, Rizzi A, Pramstraller M, Cucchi A, Trombelli L. Early postoperative healing following buccal single flap approach to access intraosseous periodontal defects. Clin Oral Investig 2013; 17: 1573-83.
17. Mörmann W, Ciancio SG. Blood supply of human gingiva following periodontal surgery. A fluorescein angiographic study. J Periodontol 1977;48:681-692.
18. Mörmann W, Meier C, Firestone A. Gingival blood circulation after experimental wounds in man. J Clin Periodontol 1979;6:417-424.
19. Nobuto T, Imai H, Suwa F, et al. Microvascular response in the periodontal ligament following mucoperiosteal flap surgery. J Periodontol 2003;74:521- 528.
20. Nobuto T, Suwa F, Kono T, et al. Microvascular response in the periosteum following mucoperiosteal flap surgery in dogs: Angiogenesis and bone resorption and formation. J Periodontol 2005;76:1346- 1353.
21. Retzepi M, Tonetti M, Donos N. Comparison of gingival blood flow during healing of simplified papilla preservation and modified Widman flap surgery: A clinical trial using laser Doppler flowmetry. J Clin Periodontol 2007;34:903-911.

Abbonamento 2014

Vorrei abbonarmi per un anno a...

- ☐ € 20,00 Lab Tribune (4 uscite)
- ☐ € 30,00 Implants (2 uscite)
- ☐ € 45,00 CAD/CAM (3 uscite)
- ☐ **€ 50,00 Dental Tribune** (11 uscite) **+ inserti speciali**
- ☐ € 50,00 Implant Tribune (4 uscite) + Implants (2 uscite)
- ☐ € 60,00 Cosmetic Dentistry (4 uscite)

SCONTI

- ▶ € 10,00 sul totale per 2 abbonamenti
- ▶ € 20,00 sul totale per 3 o più abbonamenti

OFFERTA ECM! (50 crediti)

- ☐ € 160,00 1 abbonamento + Corso ECM online
- ☐ € 121,00 Corso ECM online

Ragione Sociale .....
Cognome ..... Nome .....
Codice fiscale ..... Partita IVA .....
Indirizzo ..... Città .....
CAP ..... Provincia ..... Stato .....
Telefono ..... Mobile .....
Fax ..... E-mail .....

Indirizzo di spedizione se diverso da quello di fatturazione:

Ragione Sociale .....
Indirizzo ..... Città .....
CAP ..... Provincia ..... Stato .....

Modalità di pagamento:

☐ CARTA DI CREDITO sul sito www.tueor.it ☐ BOLLETTINO che mi invierete
☐ BONIFICO ANTICIPATO - sul c/c n. 65700361 intestato a TU.E.OR. srl - IBAN IT95F0760101000000065700361

Data ..... Firma .....

Modulo da inviare via Fax 011 0463304
Tueor srl: Corso Sebastopoli, 225 - 10137 - Tel. 011 0463350

DT WEB ARTICLE
WWW.DENTAL-TRIBUNE.COM

Potenzialità biologica individuale: nuovi sviluppi per un concetto di odontoiatria integrata

Luciano Zucchinelli

Medico chirurgo, odontoiatra. prof. a c. Università degli Studi Milano-Bicocca, Reparto di Patologia orale, U.O. di Odontostomatologia, Ospedale San Gerardo, Monza

‹ pagina 13

a livello mondiale per quanto riguarda lo studio e l'approfondimento delle problematiche dei tessuti molli del cavo orali, siano essi attorno ai denti naturali e anche agli impianti, ci possiamo rendere conto che molte delle pubblicazioni hanno come oggetto di indagine le più recenti acquisizioni nel campo della genetica.

Bene, ci chiederemo, cosa c'è di strano? Lo strano, o per meglio dire l'insolito, risiede nell'obiettivo editoriale della rivista e non nella tematica degli articoli. Il tipo di lettore a cui la rivista è dedicata, infatti, non è uno specialista biologo e nemmeno un medico genetista ma si tratta di un odontoiatra, in genere l'odontoiatra generico, vale a dire il professionista che ha a che fare con la pratica clinica dei tessuti molli del cavo orale tutti i giorni.

E, allora, a quali riflessioni ci porta questa considerazione? La risposta risiede nel fatto che le problematiche relative alla genetica e alle sue nuove acquisizioni, ormai, pervadono la clinica odontoiatrica e sono destinate a divenire argomenti di riflessione e approfondimento di tutti i giorni. Tutti noi dovremo fare i conti con le situazioni in cui nuove conoscenze circa la sintesi proteica e l'espressione genica ed epigenetica producono e fanno sentire i loro effetti nel nostro organismo sia in modo diretto che indiretto.

Negli ultimi decenni si è verificata una rapida progressione delle acquisizioni per quanto concerne la ricerca di laboratorio in genere. Ciò ha determinato una serie di nuove conoscenze, specialmente a livello di biologia molecolare, permettendo una nuova apertura alla nostra comprensione circa i nuovi meccanismi eziopatogenetici, riguardanti molte patologie e indicando, dunque, la strada verso un differente approccio e pensare scientifico per programmare filosofie terapeutiche più moderne e appropriate.

Ora è tempo, anche nella pratica odontoiatrica, che si raccolgano i frutti di queste conoscenze e che si apra la ricerca al fine che le nuove tecnologie e terapie possano trovare applicazioni future alla pratica clinica odontoiatrica.

Scopo e oggetto della ricerca

Le malattie genetiche sono rappresentate da condizioni e disordini in cui il DNA del singolo individuo si trova a giocare un ruolo cruciale nel determinismo e nello sviluppo della malattia. Fino a oggi abbiamo creduto ciecamente in un rigido determinismo genetico e ciò ci autorizza a riflettere e rivedere alcune considerazioni: siamo vittime dei geni e della genetica, schiavi del DNA che tutto regola e decide? Siamo degli sfortunati, poiché facciamo parte di quella percentuale di pazienti che svilupperà certamente una patologia, per esempio, la malattia parodontale? Le scienze mediche moderne, hanno permesso l'allargamento degli orizzonti relativi alla comprensione dell'espressione genetica in relazione all'ambiente tramite le nuove acquisizioni nel campo della neurofisiologia e delle neuroscienze.

Il nostro destino non è programmato solo geneticamente. Basti pensare alla scoperta del NGF "il fattore di crescita nervoso", dovuta alle ricerche della professoressa R.L. Montalcini che ha abbattuto un dogma non di poco conto e, vale a dire, che il sistema nervoso fosse statico e programmato solo geneticamente.

Questo non è vero. È l'ambiente che può influenzare e modificare il nostro complesso status neuronale e la relativa "performance".

Dunque, dobbiamo riferirci non solo ai geni ma anche alla loro modulazione nel corso dell'"espressione genica", vale a dire, il processo attraverso cui l'informazione contenuta in un gene viene convertita in una macromolecola funzionale proteica. Questo processo è il "dogma centrale" della biologia molecolare. Quindi, se il genotipo è il profilo genetico di un individuo, ovvero, la totalità dei geni presenti nel suo genoma, il fenotipo è l'effettiva e totale manifestazione, il risultato visibile e vivibile della somma dei geni, intesa come combinazione allelica.

Ma la considerazione più rilevante si determina nel fatto che, mentre nel passato si pensava che il fenotipo fosse solo un'espressione genica rigida, statica e programmata, oggi sappiamo che l'aspetto finale del fenotipo risulta essere la "performance" finale dell'interazione tra il genoma e l'ambiente.

Ambiente extracellulare, intramembranario, intracitoplasmatico. La prof.ssa R.L. Montalcini ha dimostrato ciò nel campo delle neuroscienze meritandosi il Premio Nobel nel 1986: l'ambiente può influenzare il nostro sistema nervoso. Dal 1953 a oggi molta strada è stata percorsa dall'individuazione della struttura a doppia elica, al primo sequenziamento di un gene, all'individuazione degli enzimi di restrizione fino al sequenziamento dell'intero genoma umano, concludendo, così, nell'aprile del 2000 il Progetto Genoma[1].

Ora possiamo paragonare il genoma a un archivio, a una libreria nella quale sono contenuti e ordinati tutti i libri necessari allo svolgimento della vita: i geni. Adesso dobbiamo leggerli, tradurli comprenderli per poterli finalmente studiare a fondo.

Grazie al Progetto Genoma[7] ora sappiamo che il DNA di due individui

coincide circa per il 99,5% e che si differenzia in ragione proprio di quello 0,5% specifico del singolo organismo pari a circa 15 milioni di paia di basi[3]. Questa estremamente piccola ma molto importante diversità è dovuta a leggerissime ma significative differenziazioni che vengono definite "polimorfismi a singolo nucleotide" (SNPs).

Ciò si determina quando un dato gene che dovrebbe essere identico nella maggior parte delle persone si differenzia in un individuo per il cambiamento di una sola base in un nucleotide senza alterare la struttura del genoma. Si determina con la variazione di una singola, unica base azotata. Il genoma umano è letteralmente disseminato di polimorfismi a singolo nucleotide (SNPs), vale a dire, punti nella sequenza dei nucleotidi in corrispondenza dei quali si creano differenze tra individuo e individuo. Differenze costituite dalla variazione di una singola base. Viene stimato che una base ogni 100-300 presenti nel genoma sia sede di uno SNPs.

Questi possono essere definiti "veri" quando sono presenti tra 1 e il 5% della popolazione, oppure "de novo" quando sono presenti unicamente in un singolo individuo.

Un polimorfismo può seguire diverse strade e destini. Può scomparire dopo diverse generazioni; può stabilizzarsi nelle generazioni future, per il caso, per una selezione naturale o perché risulta utile per l'evoluzione migliorando l'espressione di una data proteina; può essere ereditato.

Moltissimi polimorfismi li creiamo noi; si ritiene che circa il 70% degli SNPs possano essere ritenuti "de novo", non li ereditiamo dai nostri genitori ma siano dovuti alla relazione dell'individuo con l'ambiente.

Quali sono le varianti veramente dannose e quali quelle che consentono all'individuo di essere sano dal momento che non si esprimono?

A riguardo assumono rilevante importanza le nuove acquisizioni nell'ambito delle metodiche molecolari di diagnosi. Abbiamo tra le mani tanta potenza ma è necessario saperla usare in maniera tecnologicamente avanzata.

Ora siamo, dunque, consapevoli che l'espressione dei geni è influenzata dai fattori ambientali e dal nostro stile di vita e tutto ciò significa che la duplicazione dei geni e la sintesi delle proteine di cui abbiamo bisogno per vivere, nonché tutte le modificazioni che queste sostanze subiscono, possono, anzi, vengono modulate dall'ambiente extracellulare, intramembranario e intracitoplasmatico[6]. Ciò dipende in misura considerevole dalle modalità di lettura di un dato tratto di DNA e, conseguentemente, di un determinato gene o gruppo di geni.

Stiamo parlando di "epigenetica"[4], nuova branca della scienza che studia come i fattori ambientali possano essere in grado di influenzare l'espressione, il funzionamento e l'attività dei nostri geni.

Quindi la domanda ora è: come sto leggendo epigeneticamente il mio genoma?

Potrei essere depositario di un gene oppure di un gruppo di geni che presentano dei polimorfismi oppure che vengono letti e trascritti in modo non corretto. Queste considerazioni aprono il panorama dell'attività quotidiana del clinico nell'ambito delle varie specialità mediche, odontoiatria compresa.

Anche il concetto di prevenzione, così come tradizionalmente e storicamente inteso, può essere rivisto alla luce delle nuove acquisizioni scientifiche. Oltre che prevenire una patologia, nel futuro ormai prossimo, saremo in grado di "prevedere" una suscettibilità personale per una malattia.

È giunto il tempo in cui dovremo operare un cambio, un'apertura di mentalità per mettere la nostra intelligenza al servizio di una maggior comprensione dei meccanismi intimi dell'eziopatogenesi delle patologie che colpiscono l'organismo umano. Nella professione odontoiatrica ciò diverrà indispensabile per acquisire una migliore visione delle patologie dei tessuti molli del cavo orale siano esse a eziologia batterica oppure riferibili a suscettibilità individuali.

Oggi abbiamo una grande opportunità. Iniziare il superamento dei limiti della medicina attuale: non è proattiva, aspetta il sintomo e la malattia; è iperspecialistica, vede un organo per volta, è poco integrata; stenta a potenziare il soggetto sano. Lavora per branca, per organo e per malattia, così che il paziente viene con difficoltà considerato un complesso organismo integrato ma viene spesso identificato con il nome di una patologia.

Conclusioni

Quale futuro prossimo?

Conservare il patrimonio biologico, operatività tecnicistica più raffinata, aumentare la qualità biologica tissutale. Diverrà per noi abituale riferirci alla medicina fisiologica, alla medicina predittiva, pronosticare la storia clinica del singolo individuo, prevenirla, o rallentarne lo sviluppo suggerendo stili di vita e terapie personalizzate. Diagnostica genetica personalizzata sulla base del genotipo e dei polimorfismi. Approfondire le relazioni tra i fattori di rischio individuali che, interagendo con il genoma, possono provocare in modo diretto una malattia o una sua manifestazione fenotipica. Ciò potrà avere un grande impatto sui nostri figli, nel nucleo familiare, nella nostra comunità e, infine, nella società.

Diagnostica genetica, genomica, bioinformatica[2,5], medicina predittiva[8], cronobiologia, farmacogenomica, farmacogenetica, nutrigenetica, nutrigenomica, cronoterapia, bioaging, life medical quality program, così come normalizzazione, ottimizzazione e potenziamento della omeostasi tissutale saranno tessere di una terminologia comune odontoiatrica nel futuro molto, molto prossimo. Dovremo presto abbandonare il concetto del vecchio anatomista che da secoli incide e separa l'organismo umano in compartimenti, creando discipline scientifiche separate e poco comunicanti tra loro. Siamo convinti che tutto ciò avverrà tanto in là nel tempo? Non ci sembri un'esagerazione.

Nel 1990 le tecniche di sequenziamento permettevano di sequenziare 25.000 basi alla settimana. Nel 2000 siamo passati al sequenziamento di 5 milioni di basi alla settimana. Nel 2011 le nuove tecnologie permettevano il sequenziamento di 250 miliardi di basi alla settimana. Il sequenziamento del primo genoma umano ha richiesto 13 anni di lavoro (dal 1987 al 2000) da parte di diversi gruppi per un costo di 3 miliardi di dollari. Le macchine attualmente in uso hanno permesso nel 2011 di sequenziare il genoma in circa 30 minuti a un costo compreso tra i 1000 e 2000 dollari[9]. Oggi, 2013, il tempo necessario è circa di 15 minuti e il costo è tra gli 800 e 1000 dollari.

Le aziende che producono sequenziatori automatici si sono poste un traguardo credibile: fornire apparecchi che permettano di sequenziare l'intero genoma umano in 30 minuti al costo di 100 dollari. Farsi il genoma diventerà un esame di routine in campo medico. Come farsi una radiografia, come un'ecografia, meno di una risonanza. Queste sono le vere nuove sfide terapeutiche e tecnologiche. Anche in odontoiatria.

La Bibliografia è disponibile presso l'Editore.

Philips

Philips Sonicare DiamondClean

Sonicare DiamondClean incorpora la tecnologia brevettata Philips per produrre un'azione igienizzante efficace e dinamica.
È più delicata su denti e gengive rispetto ad uno spazzolino manuale e contribuisce a preservare la salute orale. Grazie a 31 mila movimenti al minuto, Philips Sonicare trasforma il dentifricio in un fluido ricco di ossigeno e lo spinge tra dente e dente e lungo il bordo gengivale dove la placca batterica prolifera.
DiamondClean rimuove fino al 100% della placca anche nelle zone difficili da raggiungere, migliora la salute delle gengive già in due settimane[1] e rende i denti più bianchi in una settimana[2]; la sua tecnologia delicata aiuta davvero a proteggere da irritazioni e recessioni gengivali riducendo la sensibilità.
La sensazione di pulizia e freschezza derivante dall'uso di Sonicare DiamondClean è favorita da 5 impostazioni di spazzolamento che permettono di scegliere il programma più adatto alle proprie esigenze e alla raccomandazione del professionista del dentale di fiducia.

- Clean – impostazione standard per una pulizia completa della bocca;
- White – rimuove le macchie e rende i denti più bianchi;
- Polish – lucida i denti e ne esalta la naturale brillantezza;
- Gum Care – stimola e massaggia delicatamente le gengive;
- Sensitive – impostazione ultra delicata per denti sensibili.

DiamondClean ha in dotazione un bicchiere porta spazzolino con funzione di base di ricarica ad induzione che permette di ricaricarlo quando non è in uso. Inoltre è un compagno ideale per chi viaggia. La rivoluzionaria custodia a carica usb può essere collegata al computer evitando di portare con sé spine e adattatori. Una carica completa consente un utilizzo di tre settimane.
Le setole della testina di Sonicare DiamondClean hanno un nuovo taglio a diamante con il 44% di setole in più rispetto ad una testina standard ProResults Philips per una maggiore rimozione della placca e denti più bianchi[1]. La testina è disponibile in due formati: standard e mini, indicata per i pazienti ortodontici e le persone con la bocca piccola.

note

1. Plaque removal efficacy of two novel Philips Sonicare DiamondClean brush heads, Putt M, Milleman J, DeLaurenti M, Schmitt P. Data on file, 2010.
2. Evaluation of stain removal by Philips Sonicare DiamondClean power toothbrush and manual toothbrushes, Colgan P, DeLaurenti M, Johnson M, Jenkins W, Strate J. Data on file, 2010.

www.philips.it/sonicare

FDI e il World Oral Health Day 2014

Focus sulla protezione di denti e bocca per tutta la vita

Ginevra, 11 dicembre 2013 – FDI si sta preparando a celebrare il World Oral Health Day 2014 (WOHD 2014) che si terrà il prossimo 20 marzo. Celebrata in tutto il mondo, la giornata dedicata alla salute orale ha l'obiettivo di ricordare a grandi e piccini l'importanza di proteggere i denti e la bocca durante tutta la nostra vita.

Il dr. Tin Chun Wong, presidente di FDI, ha commentato: «Oltre il 90% della popolazione mondiale potrà soffrire di una qualche forma di malattia dentale nella vita, ma un gran numero di questi disturbi si può trattare facilmente, o prevenire, con una buona cura nella routine dell'igiene orale. In tutto il mondo – ha aggiunto – ci sono più di 2 milioni di professionisti del dentale, ci auguriamo che si uniscano a noi e ai nostri partner nel 2014 per rendere il World Oral Health Day un successo mondiale».

Per il calcio d'inizio della campagna WOHD 2014, FDI ha deciso di presentare un logo rinnovato. L'immagine raffigura un sorriso felice e in buona salute e trasmette l'essenza del World Oral Health Day, una giornata in cui ognuno in tutto il mondo possa prendere parte alla festa per un sorriso sano. Il nuovo logo, presentato l'11 dicembre, sarà accompagnato da una campagna creativa per ricordare le cose positive di cui possiamo godere quando si ha una bocca sana con cui ridere, mangiare o baciare. «Vogliamo festeggiare sorrisi sani», ha dichiarato Jean-Luc Eiselé direttore esecutivo di FDI, rimarcando lo slogan della campagna per il 2014. «La vitalità del sorriso che abbiamo voluto rappresentare nel nostro nuovo logo è la stessa vitalità che vogliamo vedere sul viso di tutti per il World Oral Health Day, in Nepal, in Croazia o in Cile. Vogliamo diffondere in tutto il mondo il messaggio della buona salute orale e l'importanza di una buona igiene quotidiana della bocca per le comunità locali; il nostro intento è ridurre il numero di persone che soffrono di malattie orali e il carico di questi disturbi».

FDI ha inoltre confermato che il World Oral Health Day 2014 sarà supportato da quattro principali partner: Johnson & Johnson Family of Consumer Companies, Unilever, Henry Schein, e Wrigley Oral Healthcare Program. I primi due sono stati già partner per l'edizione 2013 e sono tornati per quella del 2014. «Il World Oral Health Day è fondamentale per sensibilizzare tutto il mondo riguardo ai problemi di salute orale. E tuttavia, sarebbe impossibile raggiungere un impatto così vasto senza l'aiuto dei nostri partner», ha sottolineato il presidente FDI.

Il World Oral Health Day

Un giornata dedicata alla salute orale, si celebra ogni anno il 20 marzo. Il tema del World Oral Health Day 2014 è "Celebrating Healthy Smiles" (Celebrare sorrisi sani), a sottolineare soprattutto l'importanza della salute orale nella nostra vita.

In tutto il mondo, le associazioni del dentale che fanno parte di FDI, scuole, aziende e altri gruppi celebreranno la giornata con eventi organizzati sotto questo singolo e semplice messaggio unificante.

FDI

FDI World Dental Federation è il principale rappresentante per più di un milione di dentisti in tutto il mondo, per lo sviluppo di politiche sanitarie e di programmi di formazione continua, costituisce una voce unitaria per l'odontoiatria con un sostegno dal respiro internazionale, supporta in tutto il mondo associazioni in attività di promozione della salute orale. Nel corso degli anni ha sviluppato programmi, iniziative, campagne, politiche e congressi, sempre con l'obiettivo di occupare un posto che nessun altro gruppo non profit può vantare.

FDI opera a livello nazionale e internazionale attraverso attività proprie e delle associazioni odontoiatriche che ne fanno parte. Tiene relazioni ufficiali con l'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) ed è membro della World Health Professionals Alliance (WHPA).

Per info: www.fdiworldental.org

SICOI e formazione, come crescere con noi

Proponiamo di seguito un'intervista fatta a Francesco Vedove (in foto), responsabile e coordinatore dei corsi di formazione di implantologia della SICOI.

Dott. Vedove, anche nel 2014 la SICOI proporrà il proprio corso di formazione in Implantologia. Può darci alcune novità in merito?

La positiva esperienza del corso, appena terminata, ci ha spinto a riproporlo anche per il 2014 e approfittando dei suggerimenti dei partecipanti abbiamo introdotto alcune modifiche al programma, alla parte pratica e ai workshop del sabato. In particolare, lo svolgimento del programma è stato reso più logico e consequenziale, dando maggior struttura e spazio agli argomenti che i giovani ritengono più moderni, come il carico immediato, l'estetica, l'implantologia post estrattiva. Il numero degli incontri è stato portato a 9 e un maggior numero di centri di riferimento ha dato la propria disponibilità per lo svolgimento della parte pratica.

Questo è il modo di intendere la formazione da parte della nostra società scientifica: ascoltare le richieste e metterle in pratica realizzando programmi flessibili, sempre aggiornati e in continua evoluzione.

Perché una società scientifica si occupa di formazione?

La nostra società si occupa di formazione, prima fra tutte le società scientifiche, con l'intento di fornire un'informazione oggettiva priva di condizionamenti commerciali.

A tale proposito desidero ricordare che la mia presenza, in qualità di supervisore, inizia ben prima delle giornate di corso; fin dal primo contatto con i relatori, che tra l'altro conosco tutti di persona. Viene fornita ai relatori una traccia specifica che sia da filo conduttore per il tema trattato, con specifica esclusione di quegli argomenti che possono rivestire carattere commerciale. Tutti i relatori, inoltre, sono invitati a citare i relativi riferimenti bibliografici e a omettere le citazioni personali o gli aneddoti che, nella pratica dell'insegnamento, lasciano il tempo che trovano e creano soltanto confusione.

Questo significa che i discenti eseguiranno un percorso neutrale e alla fine, se si tratta di neofiti, potranno decidere quale sistema implantare meglio si addice alle loro caratteristiche. Nei casi in cui il partecipante abbia già esperienza, potrà invece integrare il proprio strumentario, sapendo cosa aspettarsi dalla nuova scelta, avendo conosciuto pregi, difetti e limiti di ognuno, affinando di conseguenza anche la sensibilità critica.

Quali sono i punti salienti del programma scelto?

Più che i punti salienti, vorrei sottolineare quanto questo programma sia stato costruito con il massimo impegno da parte di SICOI, seguendo i moderni orientamenti dell'implantologia. Di conseguenza, ogni incontro ha le sue peculiarità esclusive ed esaustive del tema trattato, ma il filo conduttore principale è l'approccio moderno alla materia.

Oggigiorno non è pensabile proporre ai pazienti implantologia senza avere ben chiaro quando e come si può eseguire un carico immediato, un impianto post estrattivo, una protesi sociale a costi contenuti che possa soddisfare il paziente ma che dia al medico una garanzia di affidabilità nel tempo.

› pagina 22

SICOI
Società Italiana di Chirurgia Orale ed Implantologia
affiliata al C.I.C.
EFOSS

SEGRETERIA SCIENTIFICA SICOI
Via Aurelia, 335
55043 Lido di Camaiore (LU)
Cell. +39 338 8949774
segreteria.sicoi@gmail.com
WWW.SICOI.IT

CORSO DI AGGIORNAMENTO SICOI-SIE
ENDODONZIA ED IMPLANTOLOGIA:
SOLUZIONI SINERGICHE PER LA SALUTE DEL PAZIENTE

BOLOGNA
22 MARZO 2014

Giuseppe Cantatore, Roberto Fornara
Attuali possibilità dei ritrattamenti ortogradi

Matteo Capelli, Silvio Taschieri
Fratture dentali: piani di trattamento basati sulla eziopatogenesi del trauma

Vittorio Franco, Mario Lendini
Indicazioni e tecniche dell'endodonzia chirurgica

Ugo Covani, Tiziano Testori
Impianti post-estrattivi: esperienze a confronto

Pio Bertani, Paolo Generali
L'influenza della qualità del restauro sulla salute dell'elemento dentario

Luigi Canullo, Annamaria Genovesi
La dis-integrazione implantare: conoscenze e prevenzione delle perimplantiti

CORSO TEORICO-PRATICO DI
FORMAZIONE IN IMPLANTOLOGIA SICOI

BOLOGNA
MARZO-DICEMBRE
2014

9 Incontri-lezioni teoriche e video
(9:30-18:30 Venerdì e 9:00-13:00 Sabato)

5 Giornate di frequenza pratica

Per accedere al corso teorico-pratico di formazione in implantologia è necessario essere iscritti alla SICOI.
Al termine del Corso ad ogni partecipante sarà rilasciato un Diploma della Società Italiana di Chirurgia Orale ed Implantologia che attesta la frequenza al corso e la sua validità legale.

L'ISCRIZIONE ALLA SICOI E LA PARTECIPAZIONE AL CORSO TEORICO-PRATICO DI FORMAZIONE IN IMPLANTOLOGIA GARANTISCE L'ACQUISIZIONE DEI CREDITI FORMATIVI NECESSARI PER L'ANNO IN CORSO

www.b-4-l.it