LAB TRIBUNE
The World's Dental Lab Newspaper · Italian Edition

IMPLANT TRIBUNE

The World's Newspaper of Implantology · Italian Edition

Settembre 2018 - anno VII n. 3

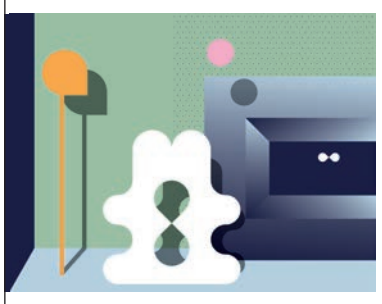
www.dental-tribune.com

21° Congresso Internazionale
di Terapia Implantare

Verona Palazzo della Gran Guardia

4 — 6 ottobre 2018

BIOMAX
Avere cura.



L'integrazione
tra il biotipo
ed il sociotipo
odontoiatrico:
anamnesi, procedure
ed indicatori
di successo del
paziente implantare

Andrea Chierico /Davide Faganello /Attila Bodrogi /Alberto Fonzar /Diego Longhin /Matteo Capelli /Eriberto Bressan /Roberto Cappè /Tiziano Tealdo /Paolo Pera /Marco Bevilacqua /Giuseppe Bianco /Luciano Malchiodi /Carlo Maria Soardi /Giuseppe Marano /Massimo Robiony /Roberto Garrone /Vittorio Di Lucia / Fabio Rigotti /Mandy Pen Shui /Giuseppe Signorini /Leonardo Trombelli /Fabio Mazzocco /Daniel Edelhof /Luca Gobbato /Gianluca Paniz /Saverio Mascellani /Andrea Fabianelli /Roberta Plahuta /Luca Briccoli /Roberto Nassisi /Roberto Ferrari /Michele Stocchero /Gaetano Noè /Filippo Tomarelli /Pasquale Iudica /Giorgio Polara /Marco Ronda /Andrea Grassi /Alessandro Cucchi /Emanuele Randellini /Giuseppe Cicero /Sergio Spinato /Roberto Luongo /Giuseppe Grasso /Thomas Spinell /Luigi Rubino /Paolo Cavellini /Maurizio De Francesco /Alessio Franchina /Claudio Schellino

3i T3 IMPLANT BIOMET 3i

BIOMAX spa via Zamenhof 615 36100 — Vicenza
T 0444 913410 — F 0444 913695 // info@biomax.it — www.biomax.it

Tecnica completamente guidata nella riabilitazione del mascellare atrofico con impianti Zigomatici

L. Rigo, J. Tollardo, G. Caso

Abstract

Gli autori affrontano la tematica dell'implantologia zigomatica proponendo una metodica completamente guidata. Con l'ausilio di placche metalliche ad appoggio osseo di inedita concezione, gli impianti vengono posizionati rapidamente e con precisione riproducendo quanto proposto dal software di programmazione.

Il paziente esce dalla sala operatoria con un provvisorio a carico immediato che userà nei successivi 6 mesi.

› pagina 14

INDUSTRY REPORT
Terapia di mantenimento implantare: fondamentale per prevenire le malattie perimplantari 4

PRATICA & CLINICA
Il management della riabilitazione implanto-protesica nel paziente parzialmente edentulo 6

FORMAZIONE - Lake Como Inst.
Il più grande spreco del mondo 10

"L'informazione per il paziente ha lo stesso valore della cura"

Dental Tribune Italia

Durante la prossima edizione del Simposio Osteology in Italia, che si svolge a Torino a fine settembre, è stata organizzata anche un'importante sessione sugli aggiornamenti normativi in tema di Consenso informato, in vigore dall'inizio del 2018. I cambiamenti sono sostanziali, ma ancora poco conosciuti.

Abbiamo chiesto all'avvocato Stefano Fiorentino, che presenterà la relazione "Il dentista e la comunicazione 4.0 nei confronti del paziente: dall'analisi del rischio al consenso informato", di darci qualche anticipazione.

› pagina 3

Rialzo di seno e rigenerazione ossea guidata per la riabilitazione implantare di un caso di peri-implantite

Cianci M., Tronchet A., Maggi R., Cianci T., Cianci I., Cianci N.

Introduzione

La riabilitazione implantoprotesica in presenza di insufficiente volume osseo richiede la gestione di una condizione compromessa rispettando comunque i principi della riabilitazione protesicamente guidata[1,2]. La causa più frequente dell'atrofia del processo alveolare è il rimodellamento che segue la perdita dell'elemento dentale[3,4]. La perdita ossea può derivare anche da processi patologici, quali la parodontite[5] o la perimplantite[6]. Se la perimplantite causa la perdita degli impianti[7], una nuova riabilitazione è condizionata anche dalla posizione dell'impianto perduto: i settori posteriori presentano la maggiore difficoltà, sia per la presenza del nervo mandibolare inferiore e del seno mascellare, sia per la qualità ossea ridotta, soprattutto del mascellare posteriore[8,9]. Per riabilitare quest'ultimo può essere necessario eseguire un rialzo di seno[10] per via laterale[11-13] o crestale[14-18] eventualmente in associazione a interventi di rigenerazione ossea guidata utilizzando innesti ossei e membrane[19-21].

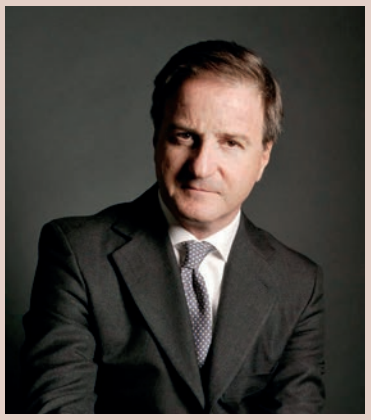
› pagina 12

Le 2 P: Professionalità e Puntualità

Tornando dall'ultimo corso di aggiornamento (volutamente non nomino né il luogo né società organizzatrice) ho fatto alcune considerazioni: perché noi italiani ai corsi e congressi arriviamo sempre in ritardo? Perché ci iscriviamo sempre all'ultimo causando disagi alle società scientifiche che organizzano i programmi culturali?

Devo spiegare però ai colleghi che ci leggono l'antefatto: i primi due relatori americani alle ore 8.00 erano già pronti a provare gli audiovisivi. Alle ore 9.00 (ora di inizio del corso) erano presenti solo pochi colleghi e mancavano perfino i moderatori della sessione.

Dopo un momento di imbarazzo, spiego ai relatori stranieri che purtroppo in Italia è consuetudine partire con un po' di ritardo, alle 9.30 finalmente si inizia e il primo relatore in modo molto



carino dice per ingraziarsi l'audience: «Nessun problema, conosco l'Italia, gli italiani, amo il cibo italiano e amo il vostro Paese, ma sono conscio che non siete mai puntuali».

Per me è stata una pugnalata al cuore perché, conoscendoli, so cosa si cela dietro questa candida considerazione: lascio a voi immaginare!

Restano però sempre gli irrisolti quesiti: perché siamo sempre in ritardo? Perché ci iscriviamo all'ultimo momento ai Congressi e non programmiamo mai i nostri impegni culturali in anticipo?

Non mi so dare una risposta e forse non c'è una risposta perché per noi è normale:

- essere sempre in emergenza;
- non programmare nulla, arrivare all'ultimo momento tanto una soluzione si troverà!;
- stabilire le regole che però valgono solo per gli altri ma non per chi le ha scritte;
- non rispettare i protocolli anzi cercare di violarli e modificarli;
- e un'altra serie infinita di pregi "italici".

Queste caratteristiche ci permettono di sopravvivere in ogni situazione quando altri popoli sono persi.

Mi piacerebbe che accanto alla creatività e al sapersi arrangiare in ogni situazione, convivesse anche il rispetto per chi arriva puntuale, per i relatori e per gli organizzatori.

Confido nella prossima generazione di professionisti nella speranza che capiscano da giovani che puntualità vuol dire anche professionalità.

Però, forse, qualcuno lo deve loro insegnare quando sono piccoli perché se no, anche per le nuove leve, essere in ritardo sarà normale come è normale non rispettare i pedoni quando si guida fermandosi sulle strisce pedonali all'ultimo momento a 20 cm dal poveretto che sta attraversando.

Siamo il più bel Paese del mondo ma... un po' più di rispetto non nuocerebbe alla nostra "italica creatività".

Riflettiamo tutti insieme

Tiziano Testori

XXXVII Congresso Internazionale AIOP: dubbi reali, soluzioni concrete

ACCADEMIA ITALIANA DI ODONTOIATRIA PROTESICA

Non è solo una manifestazione, è un grande evento che ne racchiude molti altri: il Congresso Internazionale dell'Accademia Italiana di Odontoiatria Protesica, giunto alla XXXVII edizione, è ormai un classico, un appuntamento imperdibile che, anno dopo anno, rappresenta il vertice della programmazione dell'Accademia.

Come da tradizione, si svolgerà nel mese di novembre a Bologna, che diventa il crocevia internazionale del mondo dell'odontoiatria protesica. Il titolo di questa edizione è già un programma: "Dubbi reali, soluzioni concrete". La tre giorni di Bologna (dal 15 al 17 di novembre) darà infatti ai partecipanti la risposta a tutte le domande, in ogni ambito della protesi.

A cominciare dal Corso Precongressuale di apertura, che viene inaugurato da due relatori d'eccellenza. Sul palco della Sala Europa saliranno infatti due star che non hanno bisogno di presentazioni: Wael Att, Professore alla Tufts University School of Dental Medicine di Boston, clinico e ricercatore affermato, e Udo Plaster, un tecnico tra i più famosi al mondo. Le due guest star esploreranno a fondo il mondo digitale: dalle potenzialità in studio alle ormai consolidate pratiche in laboratorio per le riabilitazioni complesse; un workshop – rivolto sia ai dentisti che agli odontotecnici – improntato alla clinica, che fornirà una panoramica sul workflow digitale per la riabilitazione orale totale. Ampio spazio sarà dato alla discussione sulle diverse possibilità e i vantaggi offerti dalle tecniche digitali rispetto all'approccio tradizionale, e il tutto sarà supportato da una dimostrazione live su paziente, con particolare attenzione all'applicazione delle metodiche contemporanee per migliorare l'accuratezza nella registrazione e il trasferimento delle informazioni pertinenti sul paziente.

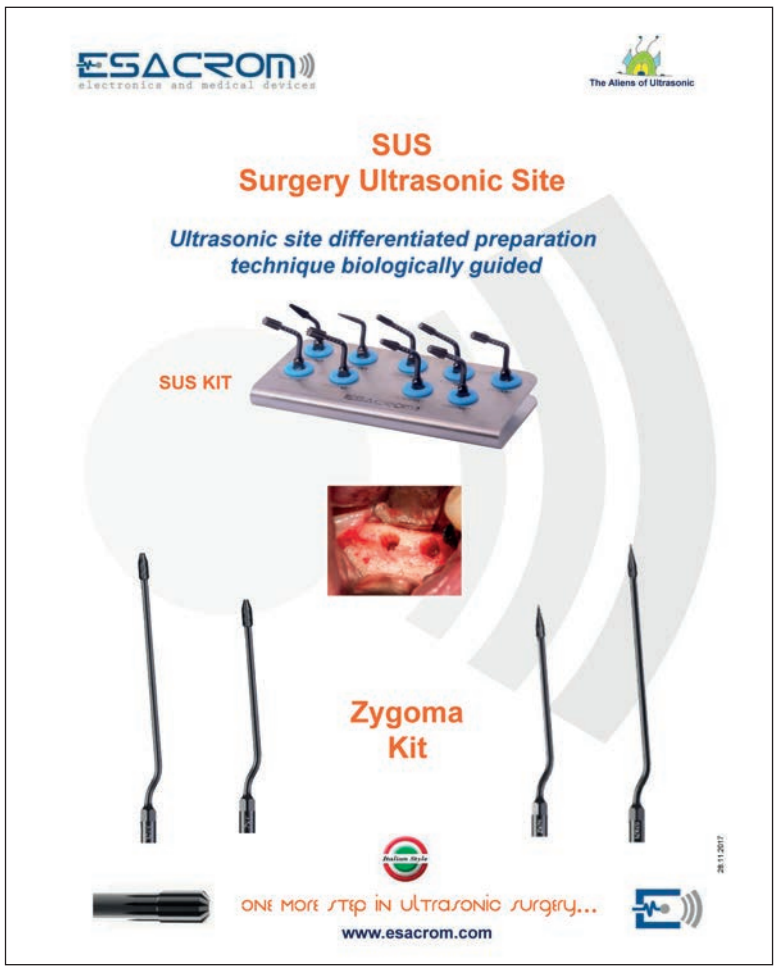
Nelle due giornate successive, spazio al Congresso vero e proprio, dove – come recita il titolo del Congresso – ogni dubbio troverà la sua soluzione (o, in alcuni casi, più soluzioni): focus sull'estetica su denti e su impianti, sul piano di trattamento implantare con l'ausilio delle nuove tecnologie, sull'integrazione tra impianti e tessuti molli, sull'utilizzo dei nuovi materiali nei trattamenti implantari, sul piano di trattamento nei casi complessi e multidisciplinari, sulla gestione e l'aumento dei tessuti molli su denti e impianti, e molto altro ancora. Tutti gli argomenti saranno trattati da relatori italiani e stranieri, tutti di fama internazionale e soprattutto di comprovata esperienza e grandi capacità cliniche, tecniche ed espositive.

E, come da tradizione quando si parla di eventi targati AIOP, sarà un evento a 360°, grazie alle numerose sessioni parallele: AIOP Dentures, dedicata alla protesi totale, la sessione congiunta con AIDI dedicata agli Igienisti, AIOP Management per l'organizzazione del lavoro in studio e nel laboratorio odontotecnico. E poi: l'attesissima AIOP Photography (che quest'anno si arricchisce di una sessione teorica; saranno ben quattro i relatori che si alterneranno nelle relazioni frontali), e la sessione AIOP Digital e AIOP Young, in sinergia con la European Academy of Osseointegration e la sua Junior Committee, dedicata al flusso digitale in protesi su impianti nei suoi vari aspetti. Per i più mattinieri, non mancherà poi l'appuntamento ormai consolidato con AIOP Breakfast, tenuto dai Soci Attivi dell'Accademia.

Ma AIOP ama stupire, e le sorprese sono all'ordine del giorno... quest'anno, l'Accademia ha in programma due sessioni nuove su argomenti "hot": AIOP Adhesive Dentistry, con un approfondimento sulle esperienze cliniche in conservativa al servizio del restauro protesico, e AIOP Occlusion, con un focus sui fondamentali nell'utilizzo di articolatori e arco facciali e le presentazioni delle nuove tecnologie. Come sempre, non mancheranno poi i numerosi Workshops dei Major Sponsor, e molto altro ancora.

Tutte le informazioni e i dettagli per l'iscrizione agevolata si trovano sul sito www.aiop.com, presso la Segreteria organizzativa e sui canali social dell'Accademia. Una cosa è già certa: il Congresso Internazionale di AIOP sarà un appuntamento da non perdere. Su questo non ci sono dubbi... Per tutti gli altri dubbi, invece, l'unica soluzione è passare da Bologna dal 15 al 17 di novembre!

AIOP



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

PUBLISHER/PRESIDENT/CEO - Torsten R. Oemus
CHIEF FINANCIAL OFFICER - Dan Wunderlich
DIRECTOR OF CONTENT - Claudia Duschek
SENIOR EDITOR - Yvonne Bachmann
CLINICAL EDITORS - Nathalie Schüller; Magda Wojtkiewicz
EDITOR & SOCIAL MEDIA MANAGER - Monique Mehler
EDITORS - Brendan Day; Kasper Mussche
JUNIOR EDITORS - Franziska Beier; Luke Gribble
COPY EDITORS - Ann-Katrin Paulick; Sabrina Raaff
JUNIOR BUSINESS DEVELOPMENT & MARKETING MANAGER Alyson Buchenau
DIGITAL PRODUCTION MANAGER - Tom Carvalho
JUNIOR DIGITAL PRODUCTION MANAGER - Hannes Kuschick
PROJECT MANAGER ONLINE - Chao Tong
IT & DEVELOPMENT - Serban Veres
GRAPHIC DESIGNER - Maria Macedo
E-LEARNING MANAGER - Lars Hoffmann
PRODUCT MANAGER CME - Sarah Schubert
PRODUCT MANAGER SURGICAL TRIBUNE & DDS.WORLD Joachim Tabler
SALES & PRODUCTION SUPPORT Nicole Andrä; Puja Daya; Madleen Zoch
ACCOUNTING - Karen Hamatschek; Manuela Hunger
DATABASE MANAGEMENT & CRM - Annachiara Sorbo
MEDIA SALES MANAGERS - Antje Kahnt (International); Melissa Brown (International); Hélène Carpentier (Western Europe); Matthias Diessner (Key Accounts); Weridiana Mageswki (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 Risio 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 3, Settembre 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
G. Caso, I. Cianci, M. Cianci, N. Cianci, T. Cianci, F. R. Grassi, R. Grassi, R. Maggi, G. M. Nardi, A. Nilvéus Olofsson, L. Rigo, R. Scaringi, J. Tollardo, A. Tronchet, T. Testori

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.

“L’informazione per il paziente ha lo stesso valore della cura”

‹ pagina 1

Cos’è cambiato nella legislazione in merito alle modalità di recepimento del consenso informato per l’odontoiatra?

Molte persone sono venute a conoscenza dai media che all’inizio dell’anno è stata approvata la legge DAT (Disposizioni Anticipate di Trattamento), meglio conosciuta come legge sul testamento biologico. Pochissimi, tuttavia, l’hanno letta veramente e solo quei pochi si sono accorti che, in realtà, la legge detta norme precise sul Consenso informato: cos’è, come va fatto, cosa rappresenta nel rapporto tra medico e paziente.

Cosa ci dice precisamente la nuova legge?

La legge (219/2017) riassume tutto ciò che in tanti anni la Giurisprudenza, ovvero le sentenze dei Giudici, aveva elaborato sul consenso informato. I dentisti, come tutti i medici, hanno ora un punto di riferimento preciso per impostare una corretta informazione nei confronti del paziente. Gli aspetti più significativi sono due:

a) La relazione di cura si basa sul consenso informato. Ciò significa che il buon esito del trattamento sanitario non è sempre sufficiente, qualora manchi la corretta comunicazione al paziente;

b) Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura. L’informazione, ed il relativo consenso da parte del paziente, non sono tempo “perso o inutile”, bensì rappresentano un momento curativo, importante per il paziente tanto quanto la cura stessa.

Quali sono le implicazioni nella pratica?

Per chi, anche prima, considerava l’informazione nei termini di cui sopra, le nuove implicazioni sono minime. Per coloro i quali l’informazione era solo una compilazione veloce di fogli di carta, magari copiati da un amico o scaricati dal web, cambia il mondo. Se la legge ci dice che l’informazione per il paziente ha lo stesso valore della cura, quando la corretta informazione manca, il rapporto di cura è privo di basi giuridiche.

Sono pochi concetti, ma affilati come una scure: sottovalutare l’informazione potrebbe portare a contenziosi che prescindono dal buon esito della cura. Oppure, in alcuni casi limite (esempio tipico sono le cure odontoiatriche “sufficienti” ma non perfette...), la scarsa o inadeguata informativa potrà essere il “cavallo di Troia” per risarcimenti fino a poco tempo fa impensabili, con conseguenti ed inevitabili aumenti del costo delle polizze assicurative professionali.

Cosa suggerisce per non farsi cogliere impreparati?

Tutte le nuove normative si basano su un concetto comune: l’analisi del rischio. Il dentista è sempre di più un medico/imprenditore e titolare di un’“azienda sanitaria”, che eroga per definizione “prestazioni a rischio”. Ebbene, questo rischio deve essere valutato anche sotto il profilo dell’informazione. Lo stesso dicasi per la responsabilità professionale (Legge Gelli) e per la Privacy (GDPR). “Che attività svolgo? Quante procedure implantologiche effettuo durante l’anno? Utilizzo biomateriali o riempitivi biologici? Informo sempre i pazienti nel modo coretto? Trovo il tempo giusto e consono per effettuare una corretta informativa al paziente?”: poche domande, le cui risposte costituiscono già un’analisi del rischio “d’impresa”. Questa è, dunque, la base di partenza su cui costruire la nuova professionalità dell’odontoiatra, come profilata dalle recenti normative.

Di questo e molto altro parleremo ad Osteology Torino 2018, non mancate!

Maggiori informazioni:
www.osteology-torino.org

Dental Tribune Italia

Terapia di mantenimento implantare: fondamentale per prevenire le malattie perimplantari

Anna Nilvéus Olofsson, *DDS Specialist Paediatric Dentistry Odont. Lic., Manager Odontology and Scientific Affairs, TePe*

Gli impianti dentali hanno rivoluzionato l'odontoiatria, ma, come ben noto, non senza complicanze. Su base annuale, vengono posizionati circa 12 milioni di impianti a livello globale, questo significa che vi è un'ampia fetta di popolazione di pazienti a rischio di sviluppare malattie perimplantari. Al fine di ottenere le condizioni migliori per risultati duraturi, questi pazienti necessitano terapie di mantenimento personalizzate, basate sull'accertamento del relativo rischio.

Porre le basi per il successo implantare

È importante ricordarsi sempre che il trattamento implantare inizia ancora prima dell'effettivo posizionamento dell'impianto. In primo luogo, è necessario decidere se la riabilitazione con impianti dentali sia la migliore opzione terapeutica per lo specifico paziente. In secondo luogo, è necessario garantire che la terapia di supporto sia facilmente accessibile. Punto critico: informare il paziente sulla necessità di una terapia di mantenimento implantare a vita e di un controllo ottimale della placca a livello domiciliare, nonché circa la possibilità di complicanze. Le basi per un trattamento di successo, quindi, risiedono già in questa fase.

Prevalenza delle malattie perimplantari

Il mero posizionamento di un impianto nell'ambiente orale pone a rischio il paziente di sviluppare malattia perimplantare a causa dell'accumulo di biofilm sulla sua superficie. Le malattie perimplantari sono diffuse.

Per "malattia perimplantare" si intende un termine collettivo, che include la mucosite perimplantare, condizione infiammatoria a carico della mucosa perimplantare, e la perimplantite, condizione infiammatoria che coinvolge anche l'osso che supporta l'impianto. Nei pazienti, la prevalenza di mucosite perimplantare è del 18,5-74,2%, mentre quella riferita alla perimplantite è dell'8-28%. La discordanza tra le percentuali di prevalenza riportate nei diversi studi è riferibile alle differenze nei disegni di studio e nelle definizioni di malattia considerate.

Fig. 1

Fig. 2

Fig. 3

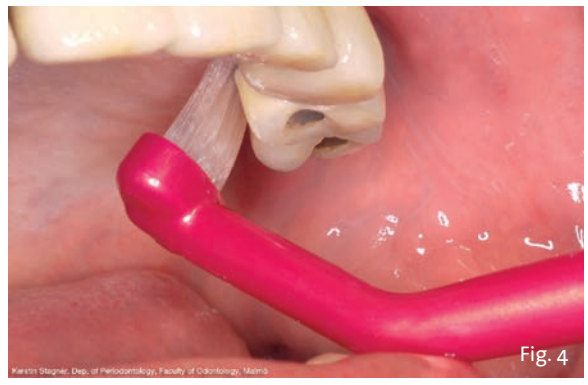


Fig. 4

Il mantenimento personalizzato è cruciale

La prevenzione dello sviluppo o della recidiva di malattia perimplantare deve essere sempre l'obiettivo principale di un programma di mantenimento. Questo deve essere personalizzato sul profilo di rischio del paziente, il quale va rivalutato nel tempo. Scarsa igiene orale e fumo, in particolare, vengono più volte menzionati quali fattori di rischio per lo sviluppo di malattia perimplantare. Ulteriore fattore di rischio è la storia clinica di parodontite presente o pregressa, sebbene i pazienti trattati con successo per parodontite e che aderiscono ad un programma di mantenimento parodontale non debbano essere automaticamente classificati come pazienti a rischio. Altri fattori di rischio sono la presenza di residui sottomucosi di cemento, un diabete scarsamente controllato e la presenza di più di tre impianti dentali.

Non vi è consenso sul periodo di tempo che idealmente dovrebbe trascorrere tra una visita di richiamo e l'altra, durante la fase di mantenimento. L'intervallo ottimale, ovviamente, cambia a seconda del profilo di rischio del paziente, così come la capacità del paziente di eseguire le manovre di igiene orale domiciliare, seguendo le raccomandazioni del clinico. Anche se l'istruzione del paziente inizia già da prima del posizionamento dell'impianto, rimane di massima importanza assicurarsi che questa rappresenti il punto cardine durante il programma di mantenimento, combinata alla pratica.

Accertare il livello di igiene orale

Alla visita di mantenimento, è di grande importanza valutare il livello di igiene orale domiciliare (autoeseguita) del paziente e cercare segni di malattia, quali arrossamento e gonfiore, nonché sanguinamento al sondaggio delicato, che, secondo diverse fonti bibliografiche, è il parametro chiave per porre diagnosi di mucosite perimplantare. L'identificazione dei primi segni di malattia perimplantare è di notevole importanza per evitare la progressione della malattia. La mucosite perimplantare è una malattia reversibile, ma, se non curata, può evolvere in perimplantite, caso molto più difficile da trattare. La terapia della mucosite perimplantare consiste nel debridement meccanico della superficie implantare, nel rinforzo del paziente alla corretta igiene orale (Figg. 1-4) ed, eventualmente, nell'impiego di sciacqui con antisettici, quale terapia aggiuntiva.

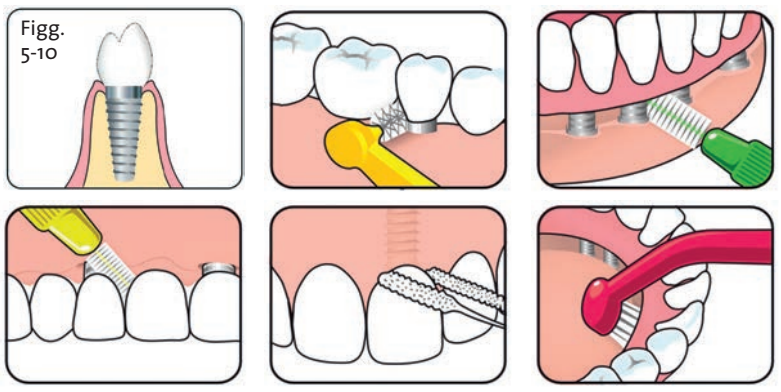
Fattori di rischio e di successo

Il controllo del biofilm che si accumula sulle superfici degli impianti è molto importante per la salute dei tessuti perimplantari. Secondo gli studi, una scarsa igiene orale è considerata uno dei fattori di rischio più critici per lo sviluppo della malattia perimplantare, mentre un buon controllo della placca è uno dei fattori più rilevanti per il successo e la predicibilità del trattamento implantare. La letteratura sostiene anche che, a livello della mucosa perimplantare, si verifica una risposta infiammatoria alla placca accumulata intorno agli impianti maggiore rispetto alla reazione del tessuto in risposta al deposito di placca intorno ai denti naturali. Studi su animali dimostrano, inoltre, che la lesione sarà più grave a livello della mucosa perimplantare rispetto al tessuto intorno ai denti naturali.

Guidare il paziente verso l'appropriata cura di sé

Per soddisfare le diverse esigenze rispetto alle procedure di igiene orale domiciliare, è disponibile sul mercato un'ampia gamma di dispositivi per la detersione. Per la pulizia dell'area attorno all'impianto, sono raccomandati scovo-

› pagina 5



‹ pagina 4

lini di dimensioni adeguate o filo interdentale, mentre per altri siti si consiglia di utilizzare un normale spazzolino da denti, in combinazione con spazzolini specifici in base alle esigenze del paziente. È responsabilità del clinico guidare il paziente verso i dispositivi più adatti, istruire il paziente al loro corretto utilizzo e assicurarsi che il paziente padroneggi la tecnica. Dopodiché, spetta al paziente eseguire le manovre di igiene orale a livello domiciliare secondo le istruzioni fornite dal clinico (Figg. 5-10).

Va sottolineato quanto sia importante per il paziente conoscere il ruolo di una buona igiene orale per la salute perimplantare futura e per il successo del trattamento perimplantare. Aumentare la consapevolezza del paziente circa la sua responsabilità nel raggiungimento di un esito positivo del trattamento deve essere parte naturale della sua stessa istruzione.

Per facilitare il paziente nell'eseguire un buon controllo di placca, la sovrastruttura protesica deve essere progettata in modo da consentire la facile detersione intorno agli impianti. Se questo non avviene, è raccomandabile modificare la sovrastruttura stessa.

Considerato tutto ciò, è evidente che il paziente dipenda fortemente dal clinico e da un programma di mantenimento ben strutturato. In una popolazione con mucosite perimplantare, la ricerca mostra che coloro che non sono seguiti tramite un preciso schema di mantenimento hanno un'alta incidenza di perimplantite. Un programma di mantenimento ben fatto, che includa l'istruzione del paziente, è, quindi, un prerequisito per prevenire lo sviluppo e la progressione della malattia.

Conclusione

La sostituzione dei denti mancanti con impianti dentali è un trattamento consolidato e riconosciuto. Ottenere le migliori condizioni per questo trattamento è fondamentale per prevenire la malattia e il risultato a lungo termine dipende da diversi fattori, ma soprattutto dal controllo del biofilm.

Il paziente fa affidamento alle istruzioni ricevute dal professionista, nonché al mantenimento della qualità e al controllo della placca domiciliare che insieme ed idealmente per tutta la vita, aprono la strada a benefici duraturi di una riabilitazione implantare di successo.

bibliografia

- Albrektsson T., Dahlin C., Jemt T., Sennerby L., Turri A., Wennerberg A.. Is marginal bone loss around oral implants the result of a provoked foreign body reaction? Clin Implant Dent Relat Res. 2014 Apr;16(2):155-65.
- Armitage G.C., Xenoudi P.. Post-treatment supportive care for the natural dentition and dental implants. Periodontol 2000. 2016 Jun;71(1):164-84.
- Costa F.O., Takenaka-Martinez S., Cota L.O., Ferreira S.D., Silva G.L., Costa J.E.. Peri-implant disease in subjects with and without preventive maintenance: a 5-year follow-up. J Clin Periodontol. 2012 Feb;39(2):173-81.
- Derks J., Tomasi C.. Peri-implant health and disease. A systematic review of current epidemiology. See comment in PubMed Commons belowJ Clin Periodontol. 2015 Apr;42 Suppl 16:S158-71.
- Howe M.S.. Implant maintenance treatment and peri-implant health. Evid Based Dent. 2017 Mar;18(1):8-10.
- Jepsen S., Berglundh T., Genco R., Aass A.M., Demirel K., Derks J., Figuero E., Giovannoli J.L., Goldstein M., Lambert F., Ortiz-Vigon A., Polyzois I., Salvi G.E., Schwarz F., Serino G., Tomasi C., Zitzmann N.U.. Primary prevention of peri-implantitis: managing peri-implant mucositis. J Clin Periodontol. 2015 Apr;42 Suppl 16:S152-7.
- Mombelli A., Müller N., Cionca N.. The epidemiology of peri-implantitis. Clin Oral Implants Res. 2012 Oct;23 Suppl 6:67-76.
- Monje A., Aranda L., Diaz K.T., Alarcón M.A., Bagramian R.A., Wang H.L., Catena A.. Impact of Maintenance Therapy for the Prevention of Peri-implant Diseases: A Systematic Review and Meta-analysis. J Dent Res. 2016 Apr;95(4):372-9.
- Renvert S., Lindahl C., Persson G.R.. Occurrence of cases with peri-implant mucositis or peri-implantitis in a 21-26 years follow-up study. J Clin Periodontol. 2018 Feb;45(2):233-240.
- Renvert S., Polyzois I.. Treatment of pathologic peri-implant pockets. See comment in PubMed Commons belowPeriodontol 2000. 2018 Feb;76(1):180-190.
- Salvi G.E., Ramseier C.A.. Efficacy of patient-administered mechanical and/or chemical plaque control protocols in the management of peri-implant mucositis. A systematic review. J Clin Periodontol. 2015 Apr;42 Suppl 16:S187-201.
- Salvi G.E., Cosgarea R2, Sculean A.. Prevalence and Mechanisms of Peri-implant Diseases. J Dent Res. 2017 Jan;96(1):31-37.
- Serino G., Ström C.. Peri-implantitis in partially edentulous patients: association with inadequate plaque control. Clin Oral Implants Res. 2009 Feb;20(2):169-74.

Il management della riabilitazione implanto-protesica nel paziente parzialmente edentulo: case report di un paziente diabetico

Gianna Maria Nardi*, Roberta Grassi, Felice Roberto Grassi*****

** Ricercatore universitario confermato, Università di Roma Sapienza*
*** Laurea magistrale in Odontoiatria e Protesi dentaria, libera professionista presso lo Studio Sorriso Bari*
**** Professore Ordinario presso l'Università di Bari "Aldo Moro"*

La riabilitazione protesica di un paziente parzialmente o completamente edentulo ha come obiettivo fondamentale il miglioramento della qualità di vita dell'individuo. Per ristabilire la forma e la funzione fisiologica della dentatura, la protesi dovrebbe essere quanto più semplice e conservativa possibile, in grado di soddisfare specifici requisiti fisici, meccanici e funzionali.

Gli obiettivi primari sono la reintegrazione della dentatura mancante e la preservazione della dentatura residua.

Il management terapeutico prevede:

- Ristabilire un'occlusione fisiologica;
- Controllare le abitudini viziate;
- Ottenere e mantenere la salute delle strutture parodontali;
- Sostituire gli elementi dentari mancanti;
- Ristabilire un'adeguata dimensione verticale;
- Ottenere le condizioni ottimali di estetica e fonetica.

Un paziente affetto da diabete che si sottopone a un intervento implanto-protesico deve avere un management terapeutico particolarmente attento poiché incorre nel rischio di avere un decorso operatorio aumentato nei tempi, con problemi di coagulazione ed eventuali emorragie. Il professionista deve controllare che il livello di glicemia nel sangue venga tenuto costantemente sotto controllo attraverso un'adeguata terapia farmaceutica e uno stile di vita sano ed equilibrato, condizione essenziale che viene definita diabete compensato.

La ricerca ha ampiamente dimostrato che la riabilitazione tramite protesi rimovibile stabilizzata da impianti assicura un'opportuna stabilità e ritenzione del manufatto protesico, assicurando ai pazienti un miglioramento delle funzioni della masticazione e del linguaggio. La connessione diretta, strutturale e funzionale, tra l'osso vivente e organizzato e la superficie di un impianto sottoposto a carico è stata definita "osteointegrazione" (Branemark e coll. 1969). Diversi gli studi scientifici che hanno evidenziato la bassa percentuale di insuccesso degli impianti osteointegrati, rendendo questa metodica estremamente affidabile. I livelli di attenzione cambiano se il paziente è affetto da diabete poiché sarà necessario concordare l'adherence ai protocolli operativi personalizzati dello stesso e fare attenzione che il diabete sia quindi compensato.

L'approccio di "concordance" con il paziente sul controllo efficace del biofilm batterico domiciliare è una fase clinica del trattamento implantare molto importante, poiché un management domiciliare poco attento ha un alto rischio di provocare reazioni infiammatorie della mucosa perimplantare, creando lesione reversibile denominata mucosite, che possono evolvere in alcuni casi in perimplantite, con la conseguente distruzione del tessuto osseo attorno all'impianto. Il biofilm batterico che si forma sul titanio non differisce da quella che si crea sui denti naturali

› pagina 7

Fig. 1

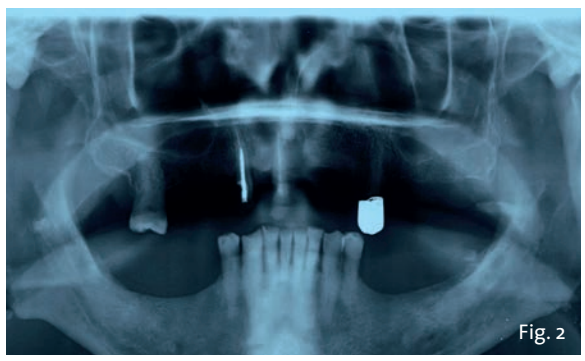


Fig. 2

‹ pagina 6

(Pontoriero e coll. 1994) mentre l'infiltrato infiammatorio risulta essere particolarmente aggressivo rispetto alla parodontite (Lindhe e coll. 1992).

Per prevenire la perimplantite, è necessario un efficace mantenimento di igiene orale domiciliare e professionale prevedendo follow-up con un timing valutato in base alla presenza di altri fattori di rischio presenti, clinici e sistemici come nel caso di diabete.

L'igiene orale attorno ad un impianto deve essere accurata, e per favorire ciò, il posizionamento delle viti, la scelta dei pilastri e la riabilitazione protesica devono seguire alcuni principi che agevolino il controllo del biofilm batterico domiciliare. È opportuna una terapia antibiotica per prevenire le infezioni e la pianificazioni di visite di controllo costanti nel post-intervento con verifica costante del livello di glicemia prima e dopo l'intervento. Il professionista deve argomentare le scelte terapeutiche e "condividere" con il paziente in trattamento implantare la responsabilità per il successo stesso, specificando in maniera efficace gli opportuni protocolli operativi professionali e domiciliari, per ottenere la firma del consenso informato "consapevole".

Il management di un paziente riabilitato tramite overdenture a supporto implantare, in cui sono stati impiegati attacchi a basso profilo per ancorare la barra e il dispositivo protesico, richiede, oltre un piano di trattamento efficace e personalizzato in base alla situazione clinica ed extra clinica del paziente, un follow-up costante, per permettere un mantenimento di igiene orale ideale.

Case report

Materiali e metodi

Si presenta alla nostra osservazione un paziente di anni 75, pensionato, con una richiesta di riabilitazione orale. Il paziente presenta edentulia parziale con distruzione dei tavolati occlusali e diminuzione della dimensione verticale (Fig. 1). In sede mandibolare sono conservati gli elementi dentali dal 35 al 45, mentre a livello mascellare residuano 4 elementi dentali con gravi problemi endodontici, di carie e parodontali. All'anamnesi si evidenzia la presenza di un diabete di tipo 2. Nessun problema è stato rilevato a livello ematico e pressorio.

Condividiamo con il paziente la scelta terapeutica di riabilitazione implantoprotesica che nella 1 fase consisterà in riabilitazione occlusale mediante l'applicazione di protesi provvisoria, e successivamente inserimento di 6 impianti nel mascellare a carico ritardato e seguente applicazione di barra per una overdenture. Il paziente necessita di una riabilitazione oro-implantare protesica, in quanto sia all'esame obiettivo che all'esame radiografico presenta una ridotta dimensione verticale che negli anni ha portato alla distruzione degli elementi inferiori dal 34 al 44, e persistenza di 11, 13, 17, 25 che presentano abrasioni e abfrazioni sulla superficie coronale (Fig. 2). Dopo aver condiviso con il paziente le problematiche terapeutiche dovute anche alla sua condizione di patologia sistemica, si decise, di procedere con avulsione dei denti dell'arcata superiore e contestuale inserzione di 6 impianti, per un una riabilitazione implantoprotesica overdenture su barra, a carico ritardato a 6 mesi.

Dopo la precisa spiegazione della terapia, il controllo del bilancio biologico, e degli esami pre operatori consueti, l'intervento viene fissato in prima mattinata, con indicazione al paziente di fare colazione normalmente e di sottoporsi a trattamento antibiotico al fine di avere una copertura pre operatoria che proseguirà per 5 giorni. Un momento importante è la successiva firma del consenso informato: si condivide con il paziente la scelta del timing e delle opportune sedute di igiene professionale e lo si motiva ai corretti stili di vita di igiene domiciliare, per passare all'appuntamento dell'intervento chirurgico.

Debridment parodontale

Prima dell'intervento chirurgico si sottopone il paziente alla terapia parodontale non chirurgica degli elementi residui mandibolari. La scelta della tecnologia idonea per ogni quadro clinico è il primo obiettivo dell'approccio tailor-made anche in terapia parodontale non chirurgica (Nardi et al. 2014) che porta il professionista all'attenta osservazione delle caratteristiche anatomiche e tissutali, della presenza di eventuali patologie e delle caratteristiche delle superfici da trattare, permettendo delle operatività efficaci e minimamente invasive.

Terapia chirurgica

La tecnica chirurgica scelta permetterà di ridurre la durata dell'intervento e il rischio operatorio: sanguinamento, calo di glicemia, rischio di infezioni. È stato utilizzato un anestetico con una bassa concentrazione di adrenalina al fine di evitare un effetto iperglicemizzante ed è stata eseguita una terapia preventiva della sepsi per evitare qualsiasi rischio al paziente diabetico (Figg. 3a, 3b).

Fototerapia Bioptron

La terapia chirurgica è stata implementata con sedute di foto-terapia

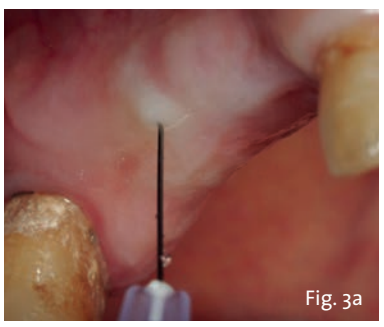


Fig. 3a

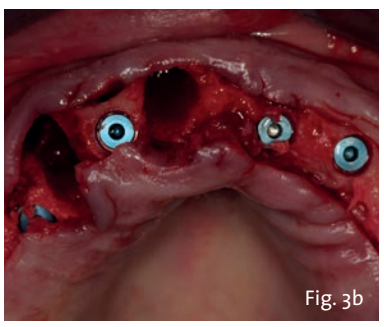


Fig. 3b

Fig. 4a

Fig. 4b

Bioptron (Zepter) una apparecchiatura che emana una luce simile a una parte dello spettro elettromagnetico prodotto naturalmente dal sole, ma senza radiazioni UV. La luce Bioptron è:

- Policromatica: con una lunghezza d'onda compresa tra 480 e 3.400 nm;
- Polarizzata: fino al 95%. Le onde luminose di Bioptron si muovono su piani paralleli, ciò facilita la penetrazione della luce permettendo di raggiungere efficacemente i tessuti infiammati o lesi;
- Incoerente: luce delicata e a bassa intensità a penetrazione dinamica;
- A Bassa energia: il dosaggio è continuo e costante (2,4 J/cm² al minuto).

La fototerapia Bioptron consente una penetrazione ottimale della luce nei diversi strati cutanei, assicurando la massima biostimolazione cellulare e accelerando i processi di guarigione tissutale (Aragona S.E., Grassi F.R., Nardi G., Lotti J., Mereghetti G., Canavesi E., Equizi E., Puccio A.M., Lotti T.. Photobiomodulation with polarized light in the treatment of cutaneous and mucosal ulcerative lesions. J. Biol Regular Agents, 2017 Apr-Ju;31(2 Suppl. 2):213-218). Il paziente è stato sottoposto a 3 sedute di 15 minuti con il raggio a 10 cm di distanza dal cavo orale (Fig. 4a), con un divaricatore Directa.

Protesizzazione

Dopo la terapia chirurgica, si inserisce una protesi totale provvisoria, che il paziente porterà per 6 mesi (Fig. 4b). Dopo i 6 mesi si monta la

› pagina 8

implaclean®

Scopri il potere di ossigeno attivo e lattoferrina

Il dentifricio a ossigeno attivo per impianti dentali

I vantaggi di Implaclean®

- Sicuro per protesi su impianti dentali
- Tecnologia unica e brevettata ad ossigeno attivo privo di radicali dannosi
- Contiene lattoferrina
- Bassa concentrazione di fluoruro
- pH neutro
- Non abrasivo
- Efficace contro l'alitosi
- Scientificamente testato e approvato

www.implaclean.it
info@implaclean.it

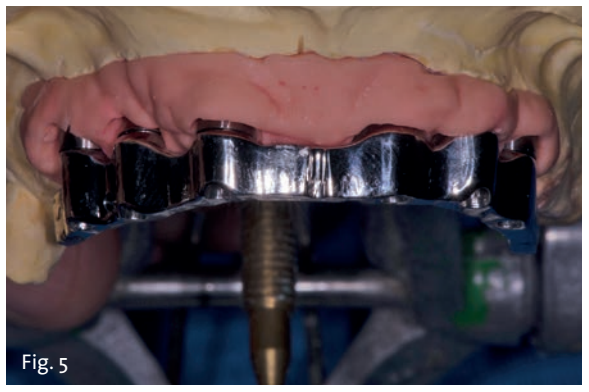


Fig. 5

Fig. 6

Fig. 7

Fig. 8

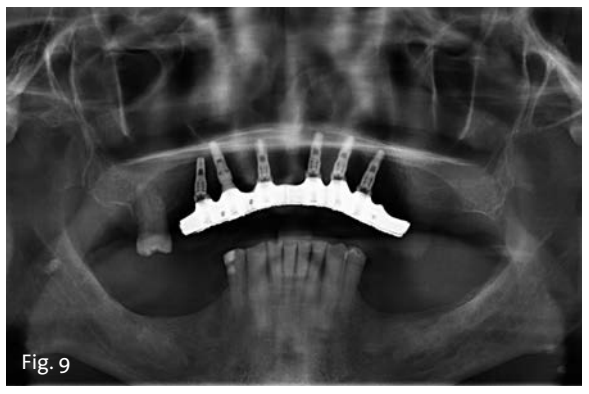


Fig. 9

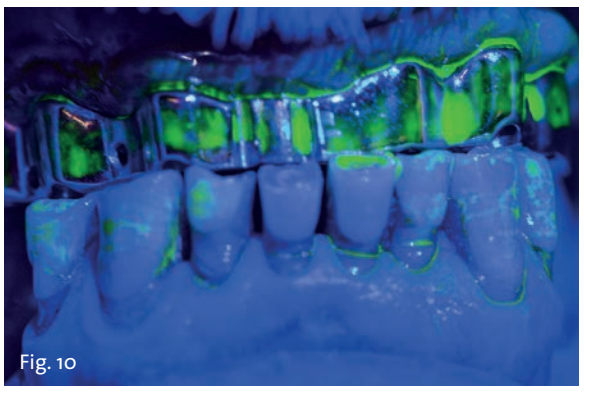


Fig. 10

Fig. 13

Fig. 14

Fig. 15

‹ pagina 7

barra e la protesi totale superiore (Figg. 5, 6), che oltre a migliorare la masticazione e la fonetica del paziente, supporterà anche i tessuti molli, labbro, guancia, ridando al paziente un aspetto del sorriso giovanile e un supporto dei tessuti molli orali delle labbra, delle guance e delle rughe geniene (Figg. 7, 8). Il paziente viene inserito in un piano di mantenimento con un follow-up ogni 3 mesi (Fig. 9).

Per il trattamento di igiene orale domiciliare e professionale è importante prevenire mucosite e perimplantite, Si è rimotivato il paziente a corretti stili di vita di igiene orale secondo l'approccio tailor-made, personalizzato e condiviso con il paziente, sia per l'igiene domiciliare che per la terapia parodontale non chirurgica, implementandola con sedute di fototerapia Bioptron (Zepter).

Follow-up e igiene domiciliare

Documentiamo fotograficamente il cavo orale. Abbiamo mostrato al paziente, in real time, al fine di motivarlo a un più efficace controllo di placca domiciliare, i siti maggiormente interessati dall'accumulo di placca nel cavo orale, compresi, il dorso della lingua e gli spazi interprossimali e la barra implantare con l'aiuto del rilevatore di placca alla fluorescina Plac-o-Tect (Directa) (Fig. 10). Scegliamo per il paziente l'utilizzo corretto degli strumenti di igiene orale domiciliare – spazzolino e scovolino – più idonei alle sue esigenze strutturali, tissutali e anatomiche, alla manualità e alla predisposizione caratteriale alle differenti tecnologie manuali o meccaniche, come da tailored brushing method (Nardi et al., J Biomed, 2016).

Abbiamo condiviso con il paziente la scelta dell'utilizzo dello spazzolino manuale GUM® Technique®PRO Medium per il manico ergonomico e setole multilivello inclinate che garantiscono l'efficacia disorganizzazione del biofilm delle superfici interdentali. Abbiamo indicato di controllare chimicamente il biofilm batterico con l'aiuto di un dentifricio contenente ossigeno attivo a uso specifico per l'igiene domiciliare, non invasivo per i materiali implantari con azione di disinfezione (12 ore attiva) e simultanea azione di guarigione delle ferite (Implaclean®, Dyna Dental Engineering BV, Halsteren, NL).

Per implementare l'igiene nelle zone interdentali abbiamo indicato l'uso scovolino in gomma GUM® Soft-Picks® Advanced (Fig.11a), imbibito di dentifricio Implaclean (Fig. 11b).

Il paziente riferisce di avere difficoltà con l'igiene della lingua, e quindi condividiamo la necessità di implementare l'igiene domiciliare con l'uso di un nettalingua (Fig. 12a) e 5 ml per qualche minuto 2-3 volte die di Riocol collutorio a base di soli estratti naturali (Fig. 12b), per le diverse azioni benefiche a vantaggio della mucosa orale. Abbiamo riferito al paziente che non pigmenta le superfici dentali grazie alla metodica di pura estrazione naturale dei componenti (lapacho, malva, piantaggine, camomilla) e acido ialuronico, efficace per le infiammazioni.

Igiene professionale

Viene eseguito il deplaquing con approccio clinico D-Biotech (Dental Biofilm Detection Topographic Technique). L'operatore, dopo aver passato sulle superfici del cavo orale la spugnetta già intrisa di rivelatore di placca alla fluorescina Plac-o-Tect (Directa) osserva la topografia del biofilm batterico presente condividendola visivamente con il paziente in modo da avere un rinforzo motivazionale anche durante la seduta di igiene orale professionale. Questo approccio clinico permette di eseguire un lavoro efficace e minimamente invasivo, poiché consente all'operatore di strumentare con polishing selettivo, airpolishing o debridment con gli ablatori, esclusivamente seguendo la topografia del biofilm batterico con meno dispersione di glicina ed un timing ridotto dell'operatività (Fig. 13).

Usiamo airpolishing e polvere di glicina con il sistema di air-polishing Combi-touch (Mectron) in prossimità dei tessuti molli, mentre utilizziamo la polvere di carbonato di calcio Smooth (Mectron) a granulometria tra 45/75 µm a forma sferica con il vantaggio di arrivare nei siti ritentivi di biofilm batterico più adeso come a esempio per le zone interprossimali e per i margini gengivali (Fig. 14).

Questa nuova tecnologia di polvere dà l'opportunità di lasciare le superfici trattate con un effetto brillante e non richiede il polishing successivo. Eseguiamo il debridement con il Combi-touch e la punta S1S e la punta in Peek (Fig. 15) ideale per i manufatti implantari.

Il vantaggio ergonomico di eseguire il debridment con un ablatore multifunzionale piezoelettrico e un air-polisher con l'uso di polveri di carbonato di calcio e glicina sopra e sottogengivale permette una operatività clinica più agevole e meno fastidiosa per il paziente.

L'opportunità di poter usare i manipoli orientati a 90° o 120° permette di poter essere efficaci nel rispetto della delicatezza dei tessuti e del manufatto implantare, erogando il getto in maniera personalizzata e mirata, con un'operatività clinica minimamente invasiva.

Usando la polvere "perio" non si corrono rischi di danneggiare né il manufatto protesico né il collo dell'impianto, unendo a queste caratteristiche anche la praticità d'uso e la velocità di esecuzione, potendo tranquillamente dirigere il getto sia sulla protesi sia sull'impianto, senza limitazione di inclinazione del fascio erogato e senza rischio alcuno per entrambe le strutture. Solo successivamente al deplaquing, si procede con il sondaggio, evitando così la trasmigrazione batterica, con una sonda implantare in materiale plastico Wingrove™ (PDT). La polvere di glicina si è dimostrata una vera e propria rivelazione nel trattamento delle mucositi e perimplantiti. Dopo la detartrasi dalla superficie esposta degli impianti, effettuabile con i metodi classici (curettes in teflon o titanio) o utilizzando punte a ultrasuoni specifiche, un'ulteriore detossificazione della superficie degli impianti con il perio-polishing garantisce – in 8 casi su 10 – la completa guarigione della patologia (Sarri

› pagina 9

Fig. 11a

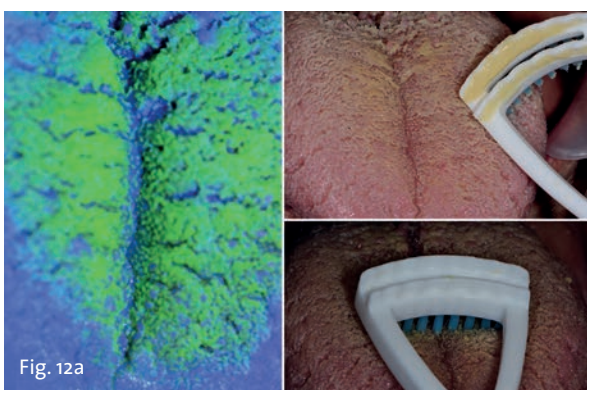


Fig. 12a

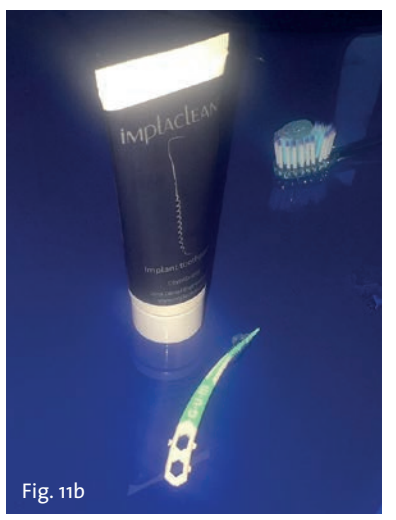


Fig. 11b

Fig. 12b

Fig. 16a

Fig. 16b

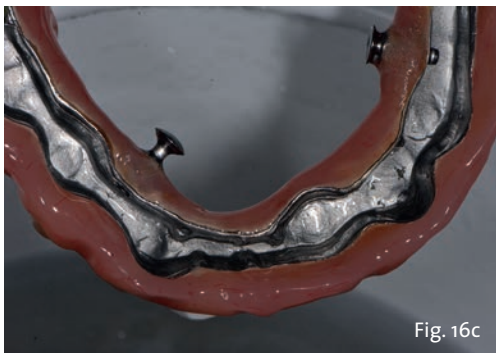


Fig. 16c

Confronto tra il pre e il post intervento.

‹ pagina 8

et al., 2006) per tasche non superiori a 5 mm. Nel caso non ci fosse tartaro sul titanio del collo implantare, ma l'infiammazione fosse indotta da placca batterica, l'utilizzo del perio-polishing è efficace per migliorare la guarigione del sito attivo.

Nei casi clinici di gengivite intorno ai tessuti implantari, causata da scorretta igiene orale domiciliare, l'uso della glicina per la rimozione del biofilm batterico e la detossificazione dei tessuti ipertrofici si rivela eccellente per rapidità e profondità di azione.

Igienizzazione del manufatto protesico

Dopo aver condiviso con il paziente la presenza del biofilm batterico sul manufatto protesico, immergiamo la protesi nel pulitore ad aghi Sympro, dopo aver riempito l'apparecchio con 200 ml di Fluid Sympro Universal, chiudiamo e scegliamo la modalità di 2000 giri/minuti per 15 minuti. Un campo magnetico rotante mette in movimento gli aghi di pulizia che asportano i depositi dalla superficie con una delicata azione meccanica. Al termine con la pinzetta preleviamo il manufatto protesico e sciacquiamo ripetutamente. L'azione sinergica del fluido detergente e dell'apparecchio ad aghi ha rimosso in modo rapido ed efficace il biofilm batterico e i depositi di tartaro. Sui siti con una ritenzione di biofilm batterico maggiore viene eseguita la remineralizzazione dei tessuti a rischio (Figg. 16a-16c).

Conclusioni

Le evidenze scientifiche hanno dimostrato che l'igiene orale è essenziale per il successo e la durata della terapia implantare. Il paziente deve essere consapevole che la sua collaborazione nell'eseguire le procedure di igiene con gli strumenti appropriati è fondamentale per il buon esito del trattamento. Il paziente diabetico presenta una minore capacità di resistere alle infezioni, associata ad una maggiore disponibilità di zuccheri nelle secrezioni salivari, sostenendo un ambiente che favorisce la proliferazione dei microrganismi. È importante intervenire con protocolli operativi attenti, usando tecnologie d'elezione considerate mini-invasive ed efficaci, condividendo i percorsi terapeutici chirurgici con il medico di base e il diabetologo onde evitare le possibilità di complicazioni ed eseguire le terapie in condizioni di sicurezza. La fototerapia Bioptron si è rilevata efficace poiché ha accelerato i tempi di guarigione delle ferite e ha favorito il processo di osteointegrazione dell'impianto. È da considerare necessario un team-work preparato che possa seguire questo paziente con special-needs, poiché nelle forme più gravi di diabete i problemi di coagulazione possono favorire emorragie e/o shock iperglicemico, procurato in alcuni casi dal banale stress emotivo pre intervento chirurgico.

OXY implant
DENTAL SYSTEM

oxyimplant.com

Short implants

Big possibilities

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

DESIGN & PRODUCTION
100% OXY IMPLANT
MADE IN ITALY