Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma1, DCB Torino - Contiene inserti pubblicitari

All'interno Learning Journal ClassImplant

IMPLANT TRIBUNE

The World's Newspaper of Implantology · Italian Edition

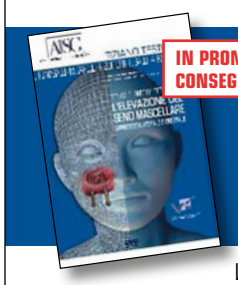
Anno IV n. 1

Supplemento n.1 di Dental Tribune Italian Edition
Anno VI, n. 3 - Marzo 2010

Marzo 2010

il nuovo DVD di

TIZIANO TESTORI



IN PRONTA CONSEGNA

TECNICA CHIRURGICA STEP BY STEP
L'ELEVAZIONE DEL SENO MASCELLARE
APPROCCIO LATERALE CRESTALE

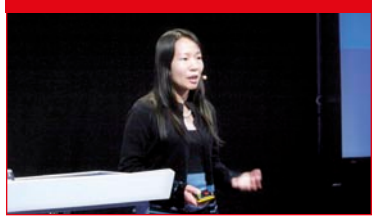
Tiziano Testori
Luca Fumagalli
Matteo Capelli
Francesco Zuffetti
Fabio Galli
Andrea Parenti

La scarsa qualità ossea e la presenza del seno mascellare avevano in passato limitato le possibilità di posizionare impianti in questa zona. In questi casi clinici il ricorso alla chirurgia sinusale rappresenta l'unica soluzione terapeutica percorribile.

125,00 Euro + IVA

Per ordini e info 011 0463350 / 011 19715665 / sito www.tueor.com

Speciale donne e professione



DONNE: ANELLO MANCANTE IN ODONTOIATRIA

Uno speciale dedicato alle donne e al loro ruolo professionale in ambito odontoiatrico, con una doppia intervista a due implantologhe italiane e il contributo della ricercatrice cinese Bo Chen.

> pagina 4

L'Intervista

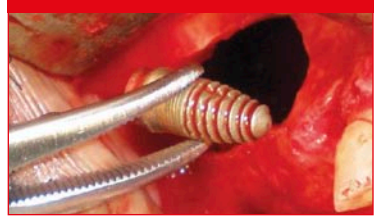
SIO SOCIETÀ ITALIANA DI IMPLANTOLOGIA OSTEOINTEGRATA

LA QUALITÀ CERTIFICATA IN IMPLANTOLOGIA

A Luigi Guida, vicepresidente Sio, Implant Tribune *ha posto alcune domande riguardo l'iniziativa della Sio per la garanzia di una qualità certificata in Implantologia.*

> pagina 6

Case Report



IMPIANTI DISLOCATI NEL SENO MASCELLARE

Esposizione di un caso clinico con la procedura Caldwell-Luc per la rimozione di entrambi gli impianti dislocati nel seno mascellare del paziente, che non ha riportato complicazioni.

> pagina 11

"Meeting Mediterraneo"

Intervista a Calesini e Barone

In occasione del prossimo "Meeting Mediterraneo: Sinergie fra protesi, chirurgia ed implantologia nell'era delle nuove tecnologie", riservato a odontoiatri e odontotecnici, che si svolgerà i prossimi 16-17 aprile al Palazzo dei Congressi di Riccione, Dental Tribune ha colto l'occasione per rivolgere alcune domande a Gaetano Calesini e Antonio Barone, presidenti delle associazioni Aiop e Sicoi che, con Antlo-Formazione, hanno ideato e organizzato l'evento.

Antonio Barone e Gaetano Calesini.

(Calesini) Perché questo appuntamento interdisciplinare è caratterizzato come "mediterraneo"?

Il Meeting Mediterraneo nasce dalla fusione dei due appuntamenti nazionali che l'Aiop organizzava da decenni: il Simposio Adriatico, a Firenze, e quello Tirreno a Pesaro. La decisione di sostituire due eventi dal largo numero di presenze con un solo grande Meeting ha segnato una svolta nelle tradizioni Aiop, originata da considerazioni scientifico-logistiche: offrire un evento formativo di spessore, culturalmente qualificante, correlato ad altre specialità, per limitare il dispendio di risorse per partecipanti, sponsor e tutta la comunità odontoiatrica, impegnata a fronteggiare la moltiplicazione di eventi scientifici e la contrazione di risorse temporali ed economiche. Il meeting è stato battezzato "mediterraneo" dal nome del bacino culla della nostra civiltà. Il MM intende, infatti, porsi come punto di riferimento presente e futuro per l'odontoiatria e l'odontotecnica italiane, ma anche per quella dei paesi ricchi di cultura e in grande fermento scientifico che si affacciano sul bacino del Mediterraneo. Una scelta rivelatasi vincente grazie alla posizione di Riccione, alla ricettività alberghiera, alla modernità e organizzazione della struttura congressuale, piacevolmente raggiungibile a piedi dagli alberghi limitrofi e dal centro. Gli sponsor hanno finalmente un ambiente confacente alle potenzialità, con gradimento dei congressisti e degli stessi sponsor, che hanno confermato e rafforzato numero e partecipazione.

(Calesini) Come è nata quest'idea-collaborazione tra Aiop, Sicoi e Antlo?

L'approccio terapeutico multidisciplinare è una delle acquisizioni fondamentali della odontoiatria moderna, soprattutto nei casi implanto-protesici in cui i problemi biologici e biomeccanici si interfacciano con la bionica, quindi direttamente con la tecnologia ingegneristica dei materiali e delle nuove tecniche di acquisizione e manipolazione dell'immagine. Se però non si favorisce il dialogo tra i diversi specialisti impegnati nella terapia, la "multidisciplinarietà" rischia di rimanere un concetto astratto o addirittura di tradursi, nella clinica di tutti i giorni, in complicazioni operative e incomprensioni tra chirurghi, protesisti, odontotecnici e infine pazienti. Se si pensa a quanto sono distanti nella formazione chirurghi orali e odontotecnici, chiamati invece a collaborare strettamente nella pianificazione ed esecuzione dei trattamenti implanto-protesici, ci si rende conto che il programma del Meeting è "rivoluzionario" nella sua semplicità: per arrivare a una felice soluzione clinica è necessario avere percorsi formativi comuni e condividere obiettivi e strategie operative.

→ IT pagina 2

L'utilizzo di impianti transgengivali

Claudia Carolina Lenzi

Il successo delle riabilitazioni con impianti osteointegrati nel paziente edentulo è stato da tempo dimostrato anche grazie a studi a lungo termine.

Le classiche linee guida del protocollo tradizionale impongono due fasi chirurgiche per il posizionamento e la copertura dell'impianto, al fine di limitarne la contaminazione batterica con la successiva clinicizzazione dopo 3-6 mesi, periodo necessario per la guarigione e l'ottenimento della corretta osteointegrazione[1-3].

→ IT pagina 8

Editoriale

Riabilitazione implantologica a servizio del sociale?

Il 5 febbraio si è svolto a Roma il Congresso della Sio. La partecipazione del Ministro Fazio in un consesso in cui si parlava in particolare d'impianti, impone una riflessione.
Anche in un momento sicuramente non positivo, il loro utilizzo per le riabilitazioni sta avendo gran successo e si prevede un'ulteriore implementazione in 5 anni. Dalla disamina tecnico-politica di Fazio, risulta innegabile la miglior qualità di vita dei pazienti sottoposti a tale riabilitazione. Non fosse per gli alti costi di esercizio, potremmo definirla, sotto un certo profilo, a servizio del sociale. Di qui l'esortazione al settore: contenere la spesa sfruttando sia i notevoli passi avanti compiuti dalla tecnologia come attrezzature e merceologia sia certe operatività cliniche per la riduzione dei tempi di finalizzazione.
Come? Utilizzando sempre più la ricerca e avvalendosi dell'associazionismo tra le competenze odontoiatriche riabilitative (chirurgo, protesista ecc.) sempre per ridurre i costi. Dalle parole del Ministro si evince che la speranza della politica per far accedere più cittadini a questa prestazione è nell'introduzione dei fondi integrativi. In Italia, la spesa dei privati in Sanità è sul 30% del totale. Con quelli si cercherà in parte di contribuire a un minor esborso del paziente, essendo per il 20% dedicati obbligatoriamente a persone non autosufficienti e a prestazioni odontoiatriche. Lecita quindi la domanda: la tendenza al low cost anche con riabilitazioni così importanti non pone a rischio la salute?
Il pericolo esiste e non solo per gli impianti, come esiste la necessità di rispondere alle attese di un mercato sempre più virulento. È il "goal" che ci attende nei prossimi mesi, non anni. Fa ben sperare che la Sio si sia impegnata nelle "Raccomandazioni cliniche" con le Società di Parodontologia e di Chirurgia, non tanto per la competenza e serietà degli attori, ma per essersi resa disponibile la filiera odontoiatrica, pur con notevoli difficoltà politiche e pratiche, a un progetto ministeriale il cui obiettivo manifesto è la difesa di una professione che ne ha tanto bisogno. Parlando di impianti, ringrazio i colleghi della Commissione che ha redatto le "Raccomandazioni in Implantologia" per competenza, dedizione e senso di responsabilità non comuni, a fronte di anticorpi sempre ottusamente presenti anche in situazioni come l'attuale.
Un caro saluto a tutti.

Enrico Gherlone

Dal Simposio Adriatico (FI) a quello Tirreno (PS), ecco il "Meeting Mediterraneo"

← pagina 1

Infine (considerazione non meno importante), l'idea di un evento comune nasce da incontri con Roberto Cornelini, che condivideva questa visione e ha aderito prontamente alla proposta, e da un'idea del dirigente Aiop Paolo Smaniotto, che ha fortemente promosso la partecipazione dell'Antlo Formazione. Il presidente Antlo Massimo Carmando ha accolto l'invito Aiop-Sicoi ed eccoci qui…

(Barone) Parlando mesi fa con lo scomparso Cornelini, ricordo l'entusiasmo per questo evento ritenuto molto innovativo. Lei che prosegue il percorso intrapreso dal suo collega, quali elementi/valori ritiene che la Sicoi, di cui ora è il presidente ad interim, intravedeva in quest'appuntamento e quali le aspettative?

Cornelini ha profuso molte energie per realizzare questo progetto in collaborazione con Gaetano Calesini. In questa formula di condivisione scientifica – in questo caso Sicoi, Aiop e Antlo – aveva individuato il futuro verso cui la Chirurgia orale e tutta l'Odontoiatria si muovono. Il valore aggiunto della manifestazione è individuabile nell'interazione tra figure professionali che insieme pianificano la soluzione terapeutica più adeguata per il singolo paziente. Il progetto consentirà, durante il meeting, di aggregare più specialisti che collaboreranno a discutere in modo critico i parametri per ottenere il successo riabilitativo, con un'ampia visione dal punto di vista del paziente. Per questo meeting mi aspetto e auguro di dare un messaggio clinicamente chiaro e utile all'uditorio.

(Calesini) A partire dalla formula adottata per le presentazioni, si leggono novità nel programma. Per esempio, nella prima parte l'argomento è trattato sempre a quattro mani dal chirurgo e dal protesista e in certi casi c'è addirittura il coinvolgimento dell'odontotecnico. Può commentare questa formula?

Già da come è stata formulata la domanda si può individuare una sorta d'antico e diffuso pregiudizio che l'Aiop cercò di sciogliere fin dalla nascita, 31 anni fa, ospitando nella stessa Società scientifica clinici e odontotecnici, convinti allora, ma ancor più oggi, che l'evoluzione della disciplina protesica potesse realizzarsi solo se clinici e odontotecnici l'avessero perseguita in comunione d'intenti e nel rispetto delle aree di competenza. Già dal congresso internazionale, l'Aiop ha unificato i programmi per odontoiatri e odontotecnici, inserendo in quelli scientifici presentazioni tenute da team operativi piuttosto che da singoli operatori. Solo così, considerando che l'operatività in protesi è sempre, come minimo, a "quattro mani", che diventano sei in implanto-protesi, si arriva a una trattazione completa degli argomenti, fornendo ai partecipanti un ampliamento di orizzonti e un vero arricchimento culturale. Tornando alla propria attività, ognuno deve poter utilizzare operativamente le informazioni avute, interagendo con specialisti parimenti motivati o stimolando al cambiamento i colleghi con cui collabora. Nella costruzione del programma, insieme a Sicoi e Antlo Formazione, si è semplicemente adottato un format congressuale ormai usuale.

(Barone) Le nuove tecnologie, specie legate alla chirurgia guidata, manifestano un'inversione di tendenza: si parte dal progetto protesico per pianificare la chirurgia implantare, dando nuovo lustro alla figura del protesista, in questi anni un po' offuscata dal chirurgo. Quali le dinamiche e le "sensazioni" dei chirurghi?

Non è possibile pensare a una soluzione chirurgica senza una pianificazione protesica del risultato finale. In onestà non penso che il protesista sia mai stato offuscato dal chirurgo. Il Meeting è l'occasione per sottolineare come si possa raggiungere il successo solo con una interazione tra i diversi componenti del team odontoiatrico. La chirurgia orale include l'implantologia, che per essere correttamente eseguita richiede approfondite conoscenze proteiche, esigenza fortemente sentita in tutte le Società Scientifiche, come ad esempio l'American Academy of Osseointegration, i cui programmi culturali sono arricchiti da una nutrita componente protesica. Non ruoli prioritari, ma penso invece che chi voglia raggiungere risultati clinicamente positivi debba avvalersi di approfondite competenze chirurgiche e protesiche.

(Calesini) In qualità di Presidente dell'Aiop, qual è la sua opinione in merito?

Premesso che non mi sono mai sentito "offuscato" da nessuno, mi occupo di implanto-protesi dal 1982 e fin dall'inizio ho considerato l'implantologia una disciplina protesica che si avvale di fasi operative chirurgiche, visione largamente condivisa nell'Aiop; del resto in nessuna parte del pianeta alcun paziente si è mai rivolto al dentista per avere impianti: i pazienti protesici chiedono di sostituire i denti. Tuttavia, posso capire cosa si vuole intendere: la moderna implantologia nasce dall'intuizione di un ortopedico, passa attraverso una sorta di monopolio dei chirurghi orali per arrivare ai paradontologi.

→ pagina 3

International Imprint

Licensing by Dental Tribune International

Publisher **Torsten Oemus**

Group Editor Daniel Zimmermann
Managing Editor newsroom@dental-tribune.com
DT Asia Pacific +49 341 48 474 107

Editorial Assistants Claudia Salwiczek, c.salwiczek@dental-tribune.com
Copy editor Sabrina Raaff, Hans Motschmann

© 2010, 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.

International Editorial Board

Dr. Nasser Barghi, Ceramics, USA
Dr. Karl Behr, Endodontics, Germany
Dr. George Freedman, Esthetics, Canada
Dr. Howard Glazer, Cariology, USA
Prof. Dr. I. Krejci, Conservative Dentistry, Switzerland
Dr. Edward Lynch, Restorative, Ireland
Dr. Ziv Mazor, Implantology, Israel
Prof. Dr Georg Meyer, Restorative, Germany
Prof. Dr Rudolph Slavicek, Function, Austria
Dr. Marius Steigmann, Implantology, Germany

Publisher/President/CEO Torsten Oemus
VP Sales & Marketing Peter Witteczek
Director of Finance & Controlling Dan Wunderlich
Marketing & Sales Services Nadine Parczyk
License Inquiries Jörg Warschat
Accounting Manuela Hunger
Business Development Manager Bernhard Moldenhauer
Executive Producer Gernot Meyer
Production & Ad Disposition Jens Lindenhain
Project Manager Online Alexander Witteczek
Designer Franziska Dachsel

Dental Tribune International
Holbeinstr. 29, 04229, Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 4 84 74 302 - Fax: +49 341 4 84 74 173
Internet:www.dental-tribune.com-E-mail:info@dental-tribune.com

Regional Offices
Asia Pacific Dental Tribune Asia Pacific Limited
Room A, 26/F, 389 King's Road, North Point, Hong Kong
Tel.: +852 3118 7508 - Fax: +852 3118 7509
The Americas Dental Tribune America, LLC
213 West 35th Street, Suite 801, New York, NY 10001, USA
Tel.: +1 212 244 7181 - Fax: +1 212 224 7185

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

Supplemento n. 1 di Dental Tribune Italian Edition - Anno VI, n. 3 - marzo 2010
Registrazione Tribunale di Torino n. 5892 del 12/07/2005

Direttore responsabile
Massimo Boccaletti

Direzione scientifica
Enrico Gherlone, Tiziano Testori

Amministratore
Patrizia Gatto

Editore
TU.E.OR. Srl - Corso Sebastopoli, 225
10137 Torino
Tel.+39.011.197.15.665
fax +39.011.197.15.882
www.tueor.com
redazione@tueor.com

Coordinazione editoriale
Crisitana Ferrari

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

Traduzioni scientifiche
Cristina M. Rodighiero

Progetto e controllo grafico
Angiolina Puglia

Realizzazione
TU.E.OR. Srl - www.tueor.it

Stampa
Rotoservice Srl - Busca (Cuneo)

Pubblicità
TU.E.OR. Srl

← IT pagina 2

Del resto l'obiettivo, all'inizio dell'era dell'osteointegrazione, era quello di produrre la ritenzione protesica. Così facendo, però, gli impianti inseriti creavano spesso grossi complicazioni a chi doveva costruire una restaurazione protesica per risolvere anche i problemi estetici e fonetici del paziente. Non di rado, i protesisti e i loro odontotecnici dovevano spiegare ai pazienti perché il risultato finale non era conforme alle aspettative. Ecco perché, tornando a questo programma, abbiamo ritenuto fondamentale che a discutere siano tutti i soggetti implicati nella terapia, compreso l'odontotecnico che dovrà costruire il dispositivo protesico e, naturalmente, il paziente, di cui spesso si dimentica il ruolo e che "paga" più di tutti per gli eventuali deficit progettuali e/o esecutivi.

Decisamente innovativo il pomeriggio del venerdì dedicato al contradditorio, industria e professione, appunto, sulle tecniche di pianificazione chirurgiche e protesiche. Da dove nasce l'idea e quale la mission?

Ci allacciamo alla domanda precedente: in quale modo le nuove tecnologie diagnostiche e operative migliorano la coerenza tra il progetto protesico "ideale" e i risultati finali? In un'epoca nella quale la specializzazione clinica e tecnica è ai massimi livelli, con industria e tecnologie avanzate ormai interlocutrici quotidiane, è fondamentale che gli opinion leader delle diverse scuole dialoghino apertamente, confrontandosi sulle problematiche quotidiane cercando, nel mare magnum di novità reali o "ipotetiche", di stabilire punti comuni in base ai quali impostare i trattamenti.
La "mission" è fornire ai partecipanti la disamina accurata e una sintesi aggiornata e super partes dello stato dell'arte in implantoprotesi. Fornirà (o raffinerà) le conoscenze per affrontare con serenità le scelte da effettuare giornalmente nell'interesse del paziente.

(Barone) Nelle tavole rotonde si vede sempre la presenza del paziente, come protagonista e "relatore". Nelle terapie chirurgiche finora è sempre stato "in balia" del chirurgo, dovendosi affidare tradizionalmente alla competenza presunta del medico. Oggi che cosa sta cambiando?

A essere onesti, il paziente è stato per molto tempo in balia del dentista in genere. Oggigiorno, penso seriamente che i ruoli in parte si siano invertiti.
In ogni caso dobbiamo focalizzare l'interesse sul paziente e su quello che percepisce come successo. L'idea di Calesini di inserirlo come voce indipendente nel contraddittorio tra le figure del team odontoiatrico è stata accolta come un'effervescente novità in campo congressuale. L'iniziativa riserverà grandi sorprese ai clinici impegnati ogni giorno alla poltrona.

(Calesini) Il sabato è più dedicato al manufatto protesico e all'applicazione di nuove tecnologie, sempre osservando vantaggi e svantaggi. Dunque il nuovo non cancella l'utilizzo di procedure e materiali già consolidati seppur un po' datati?

Benché sofisticata e indubbiamente utile, nessuna nuova tecnologia potrà sostituire la cultura, il sapere e il saper fare dell'uomo, almeno non per i prossimi anni… La protesi è ancora realizzata senza tecnologia digitale, sebbene costituisca un mezzo per conciliare la necessità di contrarre costi e tempi di laboratorio, e dall'altro consenta di raggiungere uno standard qualitativo medio-alto e un controllo qualitativo industriale non ottenibile nei laboratori artigiani. Il futuro vedrà l'affermarsi delle tecnologie CAD-CAM nella pratica odontoiatrica e sarà compito di chi, come l'Aiop, ha responsabilità formative, acquisire e diffondere conoscenze e informazioni sulle nuove tecnologie in modo che clinici e tecnici le possano "gestire" più opportunamente e non "esserne gestiti". L'interfacciarsi costruttivo con le industrie potrà evitare che clinici e odontotecnici divengano il braccio esecutivo di una struttura progettuale esterna. Ricordiamoci sempre che il "datato", in termini di tecniche e materiali, costituisce il gold standard cui tutto il "nuovo" deve paragonarsi per potere, a sua volta, esser considerato affidabile.

Cosa si aspetta da questo evento e quale contributo desiderate apportare in questa difficile fase dell'odontoiatria e della professione medica?

Credo fermamente che le novità inserite in programma e il format realmente interattivo serviranno a dare ai partecipanti un'effettiva sintesi di quello che oggi è lo stato dell'arte in implanto-protesi.
Le domande poste dai partecipanti al Congresso alle quali, per motivi di tempo, i relatori non potranno rispondere durante le tavole rotonde, verranno evase pubblicandole con le relative risposte sul nostro sito: www.aiop.com.I contributi che perseguiamo sono: favorire l'evoluzione nelle discipline odontoiatriche attraverso la reiterazione di programmi in cui l'approccio multidisciplinare consenta il confronto fra esperti riconosciuti; un'attiva trasmissione di informazioni utili a innalzare gli standard cognitivi e professionali delle varie figure del comparto e, nel contempo, dare ai professionisti di base la sintesi dello stato dell'arte.

Anno IV n. 1 - Marzo 2010 Italian Edition

Donne, l'anello mancante in odontoiatria un club esclusivamente coniugato al maschile

Sono appena tornata dal Greater New York Dental Meeting, dove ho potuto condurre una serie di interviste ai ben noti opinion leader in odontoiatria. Quel che più mi ha colpito del Convegno è stato che solo 1 su 30 professionisti che ha parlato era una donna. È triste che l'odontoiatria, rispetto ad altri settori della medicina, sia una professione ancora prevalentemente maschile. Ci sono eccezioni, naturalmente, come Catrise Austin, dentista di New York, che ho incontrato di recente sulla sua decisione di offrire gratuitamente il test Hiv ai suoi pazienti. O Chen Bo da Pechino [vedi intervista a pag. 5, NdR], incontrata in occasione del Convegno del P-I Brånemark in Svezia, in cui ha presentato una ricerca sul grado di soddisfazione dei pazienti nella ricostruzione del viso e in quella oro-facciale. Purtroppo, anche se di grandi dimensioni in termini di impatto, queste iniziative e idee di solito non hanno il riconoscimento che meritano. Tuttavia, questi esempi dimostrano che spesso le donne tendono a sviluppare soluzioni socialmente applicabili, vantaggiose per la società, come conferma un recente rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Nella ricerca dedicata alle "Donne e la salute", la questione è stata sollevata anche perché le donne hanno in genere il merito di lavorare molto per l'assistenza sanitaria senza chiedere quasi nulla in cambio. Potrebbe essere giunto il momento che le donne, specie quelle che lavorano nelle professioni mediche e dentistiche, intensifichino e facciano sentire il loro messaggio. Il che non può avvenire dall'oggi al domani, ma con un maggior numero di donne impegnate e un numero di attribuzioni ad alte cariche politiche ed economiche. Sarà allora difficile che l'odontoiatria mantenga per molto tempo ancora il proprio status di "club maschile". Mi auguro vivamente che al prossimo incontro a New York, a prendere la parola ci sia una rappresentanza maggiore di dentisti al femminile.

Claudia Salwiczek, DTI

"Stupefacente poter riabilitare i pazienti utilizzando pilastri artificiali autonomi"

Donne alle prese con l'implantologia, specialità tradizionalmente maschile

In accordo con le due società scientifiche Sio e Sicoi, nelle persone dei loro presidenti Luongo e Cornelini, purtroppo oggi non più con noi, e successivamente Barone, *Implant Tribune* ha posto alcune domande a due implantologhe, per conoscere la loro opinione riguardo il ruolo della donna all'interno di una disciplina da sempre considerata "tipicamente maschile".

Claudia Carolina Lenzi *esercita la libera professione a Bologna, Imola e S. Maria Maddalena (Ro), dove si occupa prevalentemente della gestione chirurgica e implantologica dei casi.*

Maria Pia Mottola *esercita la libera professione in Novara e in Piacenza, dedicandosi prevalentemente a riabilitazioni implanto-protesiche e alla parodontologia. Relatrice in corsi di aggiornamento in materia implantare organizzati dall'Andi e da aziende leader.*

Da molto tempo si dedica all'implantologia?

L.: Mi sono laureata in odontoiatria all'Università di Ferrara nel 1998 discutendo la tesi su un protocollo sperimentale di impianto per la distalizzazione dei diatorici in ortodonzia. I primi impianti li ho osservati sui maialini del centro sperimentale e da dieci anni ho iniziato a eseguirli e a seguire corsi di formazione sulle tecniche più moderne.

M.: All'implantologia e alla chirurgia orale nel 2004, cioè un anno dopo la laurea. Mi interesso invece di parodontologia dal 2006.

Che cosa di questa specialità tradizionalmente maschile l'ha appassionata?

L.: Ho sempre ritenuto stupefacente poter riabilitare i pazienti utilizzando pilastri artificiali autonomi, invece di sovraccaricare i denti naturali, offrendogli così la possibilità di avere una dentatura fissa e migliorandone la qualità di vita. La sensibilità femminile mi è stata utile per valutare con maggiore attenzione il non trascurabile aspetto psicologico derivante dalla perdita dei denti.

M.: Ho sempre avuto interesse per le discipline chirurgiche, ma la passione è nata dopo un corso di implantologia e dopo aver seguito i primi casi.

Ha incontrato delle difficoltà in quanto donna e, se sì, quali?

L.: No, o almeno non credo maggiori dei colleghi uomini. L'approccio tradizionalmente femminile più empatico e attento all'estetica è, credo, un punto di forza.
M.: Ritengo che oggi a una donna sia richiesto un maggior sacrificio per ottenere i medesimi riconoscimenti professionali di un uomo. Questo è ancor più vero in implantologia dove le donne sono ancora poche…

Alcuni colleghi, anche di associazioni scientifiche, ritengono ancora che la chirurgia e l'implantologia siano tecniche più conformi alla cultura maschile e che gli stessi pazienti possano avere delle difficoltà nel rapportarsi con una professionista. Ritiene siano opinioni ancora attendibili e qual è l'approccio, secondo la sua esperienza, del paziente? Quali gli svantaggi e quali i punti di forza?

L.: Salvo rari e sporadici casi di diffidenza iniziale dovuti a un antiquato retaggio culturale, ho sempre riscontrato nei pazienti, uomini e donne, fiducia e affidamento nei confronti della figura operativa femminile. Molti, anzi, apprezzano la chirurgia un po' più addolcita delle mani di una donna.

M.: Il rapporto con i pazienti viene creato e coltivato da ognuno, maschio o femmina che sia. Una volta fidelizzato il paziente, questi è guidato fino alla realizzazione del piano di trattamento. Non ritengo importante se le mani che lavorano siano di un uomo o di una donna, purché in grado di svolgere il proprio lavoro: sarà l'operatore a guadagnarsi la fiducia del paziente. Il mondo dell'odontoiatria (e soprattutto dell'implantologia) è sempre stato affidato ai maschi perché, secondo una cultura antiquata, le donne non erano adatte a questa attività troppo "impegnativa". Solitamente, la figura della donna all'interno della professione medica è stata associato a ruoli meno cruenti. Fortunatamente la mentalità sta cambiando, malgrado sia ancora diffusa l'immagine dell'odontoiatra (soprattutto implantologo) maschio. Alcuni pazienti cui è stato trasmesso questo modo di pensare e concepire la professione sono i soggetti più difficili da trattare, all'inizio. La mia esperienza è ricca di aneddoti: "Ma questo intervento lo farà lei? Non viene il dottore?". In queste situazioni semplicemente non rispondo, ma lascio che la sicurezza e la competenza professionale prevalgano su tali pregiudizi. Una volta conquistata la fiducia e dimostrato che non conta il sesso ma quel che sai fare, i pazienti apprezzano di essere curati da un medico donna. Si gioca tutto nelle prime sedute con piccole astuzie tipicamente femminili. Quanto ai "punti di forza" delle donne, sono legati a una sensibilità emotiva, a una empatia più sviluppata e a una presenza che incute meno timori e paure.

Voi siete socie attive rispettivamente della Sio e della Sicoi. Quale contributo pensate di poter dare a queste prestigiose associazioni? Ritenete che l'integrazione delle professioniste anche nei direttivi delle associazioni scientifiche di implantologia e chirurgia sia importante e quale potrebbe essere il loro apporto?

L.: Nell'ambito lavorativo aziendale, come in politica, le figure femminili ricoprono ruoli sempre più di spicco. L'approccio più pratico e meno "politico" delle donne offre, anche nel mondo associativo, un'ottica diversa, in grado di portare alla luce nuove prospettive di ragionamento.

M.: Sono socia dall'ottobre 2009, quindi da pochissimo tempo. Spero di poter offrire al più presto un mio contributo seppur piccolo. Sicuramente sin da ora vorrei essere uno stimolo per altre mie colleghe che coltivano le stesse passioni professionali. La presenza in Associazione e nei direttivi è importante o quanto meno giusta. Potrebbe essere un modo per superare più velocemente i pregiudizi che ancora ci accompagnano.

Le dentiste italiane sono oltre 12.000 e i neolaureati sono in tutto il mondo, così come in Italia, sempre più donne. Pensa che molte colleghe sceglieranno la sua stessa specialità?

L.: Perché no? Lo spero, anche se sino ad ora la maggior parte delle colleghe ha scelto altre specializzazioni dell'odontoiatria come l'ortodonzia, la conservativa e l'endodonzia. Ma, come c'è stata una tendenza all'aumento di donne chirurgo, presto anche l'implantologia attirerà sempre più professioniste. Le donne debbono affrontare ruoli finora ritenuti "maschili". Essere preparate e capaci e donne sono assi nella manica.

M.: Mi auguro che sempre più donne scelgano questa disciplina così affascinante ed emozionante. Riusciremo a sfatare il mito della chirurgia "only for men" dimostrando anche in questo campo le nostre capacità.

Può una professionista dedicarsi felicemente e con successo all'attività clinica e agli impegni familiari? Oppure, come sostengono molti, questo è ancora un limite per le donne?

L.: La capacità di dividersi tra casa e lavoro è ormai parte del Dna di una donna, in qualsiasi ambito lavorativo, anche quando ricopre ruoli di responsabilità.

→ IT pagina 5

Italian Edition Anno IV n. 1 - Marzo 2010

← IT pagina 4

Non credo che ciò possa arrecare deficit nel lavoro e carenze nell'ambito famigliare: il segreto sta nel sapersi organizzare.
Ma, come per gli uomini, essere realizzate nel lavoro è fondamentale per una felice vita privata.

M.: Sono certa che oggi, nel 2010, le donne hanno i mezzi per conciliare il lavoro con la famiglia. Bisogna solo trovare il giusto equilibrio. Sono facilitata in questo dall'avere al mio fianco una persona con cui condivido professione e passione per lo studio della materia. Per questo motivo, nonostante il lavoro ci impegni per tante ore, il tempo dedicato all'approfondimento dei temi non è per me sacrificio eccessivo. Il limite per le donne sono loro stesse, che si prefiggono troppi traguardi. La cosa più importante per realizzarsi professionalmente in un lavoro così impegnativo è avere una persona a fianco che capisca realmente gli sforzi, assapori con noi le conquiste e ci permetta di esprimere le nostre ambizioni.

Quali sono i suoi hobby dopo un'attività così stressante?

L.: Adoro gli sport con la "tavola" e, quando gli impegni lavorativi me lo consentono, mi ritaglio week-end in montagna per lo snowboard e qualche breve vacanza di surf al caldo. Per il resto del tempo libero, mi fanno compagnia un buon libro (non sempre su temi tecnici) e la passione per l'arte moderna.

M.: Il nostro lavoro è molto impegnativo, ma ha una caratteristica unica: poter decidere il periodo di vacanza... Uno dei miei hobby è viaggiare: Libia, Etiopia, India, Oceano Indiano, Messico, Brasile. Si scoprono luoghi, culture e si conoscono persone nuove.

Patrizia Gatto

Elevata soddisfazione dei pazienti verso la riabilitazione implantologica

La dottoressa Bo Chen.

Crescendo la consapevolezza dei benefici legati agli impianti, cresce anche il numero di pazienti che prende in considerazione l'ipotesi di installarli. Mentre le attuali ricerche spesso si concentrano solo sugli aspetti clinici – come l'osteointegrazione –, raramente vengono invece prese in esame le risposte dei pazienti ai mutamenti psicologici e sociali che l'implantologia comporta. Daniel Zimmermann, DT International, ha intervistato Bo Chen, dottoressa del Dipartimento di Implantologia, Scuola di Stomatologia dell'Università di Pechino, in merito all'ultima sua ricerca riguardante il comportamento dei pazienti in seguito all'inserimento dell'impianto e il successivo restauro.

Sono piuttosto rari gli studi sui dati relativi alla soddisfazione di pazienti sottopostisi a chirurgia maxillo-facciale con impianti, anche in mercati dentali molto sviluppati come l'Europa o gli Stati Uniti. Che cosa ha motivato la sua ricerca in Cina?

Gravi difetti dell'osso mandibolare dovuti alla resezione di un tumore rappresentano un problema importante per il restauro funzionale (masticazione, deglutizione e parola), che influenza fortemente la qualità della vita dei pazienti. La ricostruzione del tessuto perso per facilitare l'inserimento dell'impianto significa eseguire interventi relativamente complessi di chirurgia maxillo-facciale, caratterizzati da una certa morbidità.
A differenza dell'Europa o degli Stati Uniti, dove i pazienti affetti da tumori della testa e del collo sono per lo più trattati da chirurghi ORL e plastici, in Cina sono i chirurghi orali e maxillo-facciali che li trattano, oltre a compiere la successiva ricostruzione dell'osso. La casistica di tali pazienti alla Scuola di Stomatologia dell'Università di Pechino è abbastanza vasta rispetto ai casi disponibili in letteratura. Di qui, la decisione di indagare sulla soddisfazione dei pazienti scaturente da tale tipo di trattamento.

Difetti orale ed edentulia possono avere un impatto significativo sulla vita delle persone. Come incidono in genere sullo status sociale delle persone in Cina?

Difetti orali ed edentulia possono attenuare in modo significativo l'immagine che si ha del proprio corpo: le persone tendono a limitare le attività sociali e i contatti con l'ambiente circostante. Sono più depresse e frustrate, irritabili e meno tolleranti nei confronti della famiglia.

Gli impianti dentali costituiscono già un trattamento standard di chirurgia maxillo-facciale in Cina? E se no, perché?

Alla Scuola di Pechino, la chirurgia maxillo-facciale è praticata secondo alti standard ed è abbastanza abbordabile per i pazienti. Tuttavia, gli impianti dentali non costituiscono ancora un'opzione standard. Anche se la mancanza di coscienza collettiva del problema e la disponibilità di medici competenti possono contribuire, il fattore più significativo può essere l'elevato costo di tale trattamento, che di solito non è coperto dall'assicurazione.

Quali mezzi ha utilizzato per lo studio e come li ha realizzati?

In questo studio retrospettivo sono stati utilizzati questionari tipo la scala analogica visiva (VAS) sul grado di soddisfazione dei pazienti, in aggiunta all'OHIP-14 (Oral Health Impact Profile-14). I pazienti sono stati invitati alla clinica per analisi statistiche, che richiedevano in media 30 minuti. Per coloro che non sono potuti venire alla clinica, l'analisi è stata condotta per telefono.

In poche parole, quale il risultato e quali cambiamenti psicologici e sociali dopo l'intervento riferiti dai pazienti?

Secondo una serie di studi su pazienti affetti da tumori della testa o del collo, sono stati segnalati problemi frequenti riguardanti i pazienti dell'OHIP, in particolare entro un anno dalla resezione del tumore. Lo studio retrospettivo ha indicato che erano soddisfatti del risultato di ricostruzione funzionale con impianti osteointegrati, nonostante il numero consistente di coloro che sono stati trattati chirurgicamente. Il loro punteggio OHIP non era significativamente diverso da quello di persone in buona salute, il che significa che non hanno più problemi psicologici o sociali ricorrenti. Per la maggioranza di coloro che non si sono sottoposti a ricostruzione funzionale, la preoccupazione più significativa è stato l'elevato costo del trattamento.

Quali conclusioni avete ricavato da questi risultati?

La soddisfazione dei pazienti per la ricostruzione funzionale è molto elevata. La loro qualità di vita è notevolmente migliorata, come dimostrato dal punteggio OHIP. Per ragioni finanziarie, finora solo il 10% circa è stato sottoposto a ricostruzione funzionale con impianti.

Non è facile trovare dati sulle procedure implantologiche in Cina. Qual è il numero stimato di dentisti che le praticano e dove si trovano?

È abbastanza difficile infatti trovare dati affidabili. A praticare regolarmente l'Implantologia in Cina sono circa 300 dentisti, concentrati per lo più negli ospedali dentali affiliati alle Università delle grandi città. Alcuni, ma non molti, esercitano in studi privati.

La formazione nel campo dell'Implantologia dovrebbe far parte del programma di studi universitari?

Solo alcune scuole, negli ultimi due anni, hanno iniziato a offrire l'Implantologia nel curriculum. A lungo termine, dovrebbe (e farà) parte della formazione standard. Tuttavia, abbiamo bisogno di professionisti qualificati e preparati nel dentale per trasmettere in modo responsabile le proprie conoscenze agli studenti.

Gli esperti del settore hanno previsto in Cina un 30% di crescita annuale del mercato implantare. Quali prospettive prevede da un punto di vista clinico?

Il prossimo decennio sarà testimone di un boom dell'Implantologia in Cina. Ci sarà un incremento delle richieste di formazione e di educazione in questo campo per garantire un corretto sviluppo. Causa la carenza di medici competenti, abbiamo dinanzi a noi un periodo critico. Abbiamo bisogno di rafforzare la cooperazione con tutte le risorse positive possibili, compresa l'industria, per avviare programmi formativi ed educativi.

La "Chinese Stomatological Association" ha recentemente annunciato una nuova alleanza con il Congresso Internazionale di Implantologia orale per promuovere la tecnologia impiantare e migliorare la qualità della vita. Occorre forse una maggiore sensibilizzazione dell'opinione pubblica in materia?

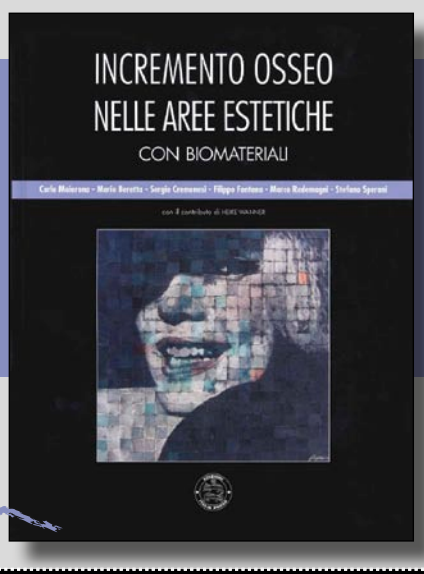
È sicuramente necessaria. Siamo ancora molto indietro, in questo senso, rispetto all'Europa o agli Stati Uniti.

Daniel Zimmermann, DTI

- Carlo Maiorana
- Mario Beretta
- Sergio Cremonesi
- Filippo Fontana
- Marco Redemagni
- Stefano Speroni

INCREMENTO OSSEO NELLE AREE ESTETICHE con biomateriali

Il libro illustra, in maniera chiara e sintetica, le tendenze attuali nel campo dell'implantologia in ambulatorio, avvalendosi del nuovo concetto di rigenerazione ossea con materiali naturali: Bio-Oss e Bio-Gide. Un utile manuale per i medici che desiderano approfondire personalmente questa affascinante materia della chirurgia orale. Il volume, ricco di fotografie esplicative, è stato redatto dal Prof. Maiorana e dai suoi collaboratori del Dipartimento di Implantologia dell'Università di Milano, con il contributo di Heike Wanner, specialista di comunicazione medica della Geistlich Biomaterials.



CAPITOLO 1: Principi di base di implantologia nelle aree estetiche
CAPITOLO 2: Classificazione dei difetti ossei
CAPITOLO 3: Matrice ossea inorganica e membrane in collagene
CAPITOLO 4: Disegno dei lembi
CAPITOLO 5: Incrementi ossei: procedure chirurgiche
CAPITOLO 6: Ottimizzazione dei tessuti molli: tempistica e tecniche
CAPITOLO 7: Condizionamento dei tessuti molli con i provvisori
CAPITOLO 8: Protesi estetiche definitive: materiali e metodi
CAPITOLO 9: Gestione delle complicanze: possibilità e limiti

150,00 €

Pagine	152	Editore	Italia Press Edizioni
Illustrazioni	Foto e illustrazioni a colori	Edizione	2009
Formato	28,7x22 cm	ISBN	978-88-89761-48-9
Lingua	Italiano	Note	Edizione italiana 2010

Per ordini e info: 011 0463350 / 011 19715665 / www.tueor.com

Anno IV n. 1 - Marzo 2010 Italian Edition

Guida (Sio): "Una Società in crescita che ha sempre puntato sulla qualità dei contenuti scientifici"

SIO SOCIETÀ ITALIANA DI IMPLANTOLOGIA OSTEOINTEGRATA

Il 5-6 febbraio si è svolto a Roma il Congresso internazionale della Società Italiana di Implantologia Osteointegrata (Sio). L'evento, che si sta rivelando come il più importante in Italia in ambito implantologico, ha avuto successo da tutti i punti di vista: partecipazione consistente (oltre 1500 presenze), speaker italiani e stranieri di fama mondiale, rilevante presenza di aziende nell'area espositiva, partecipazione di istituzioni locali, presenza del Ministro della Salute Ferruccio Fazio. Tema: "La qualità in Implantologia" a coronamento di un lungo processo, iniziato 2 anni prima, con la presidenza di Leonardo Trombelli, e che ha prodotto un documento di cui Trombelli stesso ha detto: "Con questo lavoro si sono poste le basi per definire i requisiti di qualità che la ricerca, la buona pratica clinica, i prodotti e i servizi implantologici offerti dovrebbero possedere".

Alle domande dei media, anche generalisti, hanno risposto in conferenza stampa l'attuale presidente Giuseppe Luongo, ancora Trombelli, e Michael Norton, in rappresentanza dell'avanzata Implantologia stanitunitense, oltre al presidente dell'EAO (European Association for Osseointegration) Hammerle.

Per garantire la qualità in Implantologia, tutti concordi su alcuni aspetti fondamentali:

1) la formazione del dentista implantologo;
2) l'eccellenza dei prodotti usati per l'impianto;
3) la responsabilità del professionista, normalmente privato, sulla formazione e sulla scelta dei materiali.

In Italia e all'estero non esistono purtroppo normative precise sulla documentazione scientifica che un'Azienda deve produrre prima di immettere prodotti sul mercato. Il documento del "Forum Qualità In Implantologia" è stato consegnato anche ai media generalisti, perché uno dei nodi sottolineati è l'informazione al paziente. Secondo la Sio, una prestazione implantologica dovrebbe concludersi con il rilascio di un "passaporto" che descriva il tipo di trattamento effettuato, i componenti usati e, soprattutto, le anagrafiche e la tracciabilità dei prodotti. Dice Luongo: "È necessario che il pubblico sia maggiormente informato sull'intervento cui si sta sottoponendo.

Il professionista deve avere un colloquio preliminare con il paziente per spiegare bene le possibili soluzioni, valutare le aspettative, illustrare vantaggi e svantaggi, possibili complicanze o alternative terapeutiche.

Il Ministero della Salute ha promosso l'elaborazione di "Raccomandazioni cliniche in ambito odontoiatrico" che forniscano atti di indirizzo di natura clinica, relativi a un adeguato protocollo diagnostico-terapeutico e a un appropriato uso di attrezzature e materiali in ambito odontoiatrico. A Luigi Guida, vicepresidente Sio, direttore del Dipartimento di Discipline Odontostomatologiche e del Master in Implantologia della II Università di Napoli, oltreché coordinatore nella Commissione per l'Implantologia per la stesura delle "Raccomandazioni" di cui sopra, chiediamo come giudichi l'iniziativa e il contributo della Sio.

"Un'esperienza indubbiamente affascinante avente come obiettivo la tutela della salute del cittadino che tiene in considerazione la qualità come un importante fattore a tutela della salute mediante l'utilizzo di appropriati protocolli, materiali e attrezzature. Come Associazione scientifica Sio – dice – abbiamo preparato già l'anno scorso una proposta con il 'Forum qualità'.

→ pagina 7

I tuoi pazienti ti ringrazieranno per sempre.

Scegli anche tu Hexcel, il sistema completo per l'implantologia con oltre 15 anni di applicazioni cliniche.

Hexcel, la linea implantare a qualità certificata prodotta da **Plan 1 Health**, fiore all'occhiello dell'industria dentale italiana, da sempre impegnata nella ricerca a sostegno del proprio **know how** progettuale e produttivo.

I prodotti Hexcel sono oggi distribuiti direttamente, al fine di assicurare allo studio odontoiatrico più valore alle prestazioni e la certezza del servizio.

Plan1Health
Amaro (UD)
Tel. +39 0433 46 83 76 • Fax. +39 0433 46 83 83
e-mail: info@p1h.it

Richiedici gratuitamente
Il catalogo o visita il sito internet

HEXCEL
Excellence in dental implantology

Italian Edition *Anno IV n. 1 - Marzo 2010*

Luigi Guida, vicepresidente Sio.

← IT pagina 6

Quest'ultimo ha rappresentato una base importante di discussione con i colleghi delle altre Società scientifiche (Sidp, Sicoi ecc.) e del Collegio dei Docenti di Odontoiatria per elaborare un documento condiviso".

Lei è stato impegnato in Commissione al Ministero con Trombelli e ne siete ritornati esultanti.

Si è proceduto con lo stendere bozze per ogni singola specialità.
Il 20 marzo prossimo si riuniranno solo i coordinatori delegati per le singole specialità. Ci sarà in seguito il confronto anche con le associazioni di categoria, professionali e la Cao. Si è lavorato anche di concerto con il Collegio dei Docenti e le principali Società Scientifiche. Un successo anche rapido, fortemente voluto da Gherlone a cui non nego, con un pizzico di orgoglio, che la Sio ha dato un importante contributo.

Cosa resta dunque da fare?

Si è lavorato molto finora, ma c'è ancora tanto da fare…

Quale, per Lei, la chiave di successo della crescita della Società e del Congresso nazionale degli ultimi anni?

La nostra è una Società che si occupa esclusivamente di Implantologia, che ha da sempre puntato sulla qualità dei contenuti scientifici da sostenere e da portare avanti. Quest'anno il Congresso ha registrato la partecipazione di autorevoli relatori italiani e stranieri, impegnati su temi importanti e attuali, e ha previsto per la prima volta una sessione poster che ha suscitato notevole interesse. Personalmente, ho promosso e sosterrò questa iniziativa anche per il futuro.
Il successo della Società è sicuramente da correlare non solo al lavoro dei Direttivi e delle Commissioni, che negli anni si sono susseguiti, ma anche al prezioso contributo dei soci attivi.

A fine marzo scade il bando per iscriversi al Master in Implantologia di 2° livello della durata di un anno per 10 posti. Quali sono gli obiettivi?

Contribuire con un percorso teorico-pratico alla formazione post laurea dell'odontoiatra con competenze specifiche in Implantologia, disciplina la cui importanza è sottolineata dall'introduzione di un corso integrato di Implantologia, nell'ambito del nuovo Corso di Laurea in Odontoiatria di 6 anni.

Quale il percorso previsto e le novità del Master?

Si parte certamente dall'anatomia chirurgica dei mascellari, indispensabile conoscenza per prevenire le complicanze.
Purtroppo in Italia lo studio anatomico sul volto di cadaveri non è possibile neanche in ambito accademico. Speriamo che a breve si possa procedere diversamente, così come previsto in tante altre università europee.
Da lì ci si avvia a parlare di tutte le tecniche: in forma interdisciplinare con la parodontologia e la chirurgia orale. Le novità sono molteplici: si parte dalla programmazione del trattamento e della chirurgia protesicamente guidata e si darà importanza ai casi con deficit osseo e quindi alla rigenerazione.
Una grande attenzione verrà prestata alla comunicazione con il paziente, con corsi tenuti dal medico legale e dallo psicologo, oltre che da odontoiatri.

Perché questo rilievo alla comunicazione?

Perché i limiti, le complicanze e le percentuali di successo devono essere spiegate al paziente. Inoltre, è sempre più importante condividere la scelta con lui.

Dove si svolgerà la parte pratica?

All'interno dell'Unità complessa di Implantologia dell'Università, che eroga prestazioni a chi si rivolge alla struttura pubblica.

Patrizia Gatto

Per ulteriori informazioni:
luigi.guida@unina2.it

Anno IV n. 1 - Marzo 2010
Italian Edition

L'utilizzo di impianti transgengivali come esemplificazione del piano di trattamento dell'edentulia mandibolare

Claudia Carolina Lenzi *Libera professionista in Bologna*

← pagina 1

Questo periodo di transizione necessita di una fase protesica provvisoria solitamente mal tollerata dal paziente edentulo, in quanto si tratta di riabilitazioni protesiche mobili che non gli consentono un'adeguata vita di relazione[4]. Numerose pubblicazioni hanno valutato la possibilità di utilizzare impianti trasmucosi evitando così al paziente un secondo fastidioso intervento chirurgico di clinicizzazione con risultati di successo paragonabili al protocollo tradizionale[5-10]; questo però non risolve il disagio nel periodo di guarigione dei 3-6 mesi, durante i quali deve indossare una protesi totale provvisoria che rimane poco confortevole.

Le necessità cliniche di ridurre i tempi di riabilitazione protesica sono, nella pratica quotidiana, sempre più richieste dai pazienti. Oggi, superfici implantari sempre più performanti, ci consentono possibilità terapeutiche riabilitative che si discostano dal tradizionale protocollo chirurgico per il posizionamento degli impianti, garantendo comunque, in casi selezionati, risultati predicibili di successo e consentendo così una finalizzazione in tempi più brevi.

Questo ha portato alcuni autori alla valutazione di poter apporre la protesi prima rispetto alle tempistiche imposte dai protocolli tradizionali (e in alcuni casi contestualmente all'inserimento degli impianti sottoponendoli al carico occlusale), riducendo così al minimo il periodo che intercorre tra la fase chirurgica e quella protesica[11-13]. Per "carico differito" si intende il posizionamento della protesi in tempi più brevi rispetto a quelli suggeriti dal protocollo tradizionale. L'intervallo di tempo significativamente più breve di 6 settimane, consentito dalle superfici implantari più evolute, non interferisce comunque con la neo-formazione ossea che mostra il suo picco di vulnerabilità dalle 72 ore dopo il posizionamento degli impianti sino alla quarta settimana[14-16].

Per Carico Immediato si intende il posizionamento di una protesi provvisoria o definitiva entro le prime 48 ore dall'esecuzione dell'intervento chirurgico.

Alcuni gruppi di studio hanno infatti dimostrato come nella mandibola edentula il carico immediato porti risultati sovrapponibili alla tecnica tradizionale suddivisa nelle due fasi chirurgiche[17-19]. Il grande vantaggio di potersi avvalere del carico differito e del carico immediato come di tecniche predicibili è quello di poter ampliare le scelte terapeutiche e di ottenere un risparmio in tempi e costi, velocizzando così la finalizzazione protesica e migliorandone i disagi e la vita di relazione del nostro paziente[20,21].

La scelta del numero di quattro impianti inseriti nella mandibola in area intraforaminale e connessi rigidamente da una barra o da una struttura rigida è dettata dalla necessità di solidarizzare tra loro le fixture riducendo così al minimo i micromovimenti che potrebbero danneggiare e inficiarne la corretta osteointegrazione[22]; questo consente anche di offrire al paziente un grado di soddisfazione simile a quella su protesi completa fissa mostrando una similitudine nell'efficacia masticatoria e consentendo una maggior facilità nelle manovre di pulizia e detersione[23].

Scopo di questa ricerca è quello di valutare due differenti protocolli clinici (carico differito e immediato) che è possibile attuare grazie al posizionamento di 4 impianti trans-gengivali eseguiti nella mandibola in area intraforaminale. A seconda della singola condizione clinica e dalle preferenze riabilitative richieste dal paziente è così possibile ottenere, partendo dal medesimo protocollo chirurgico, soluzioni protesiche differenti nei tempi e nella tipologia di riabilitazione clinica, dall'overdenture a supporto implantare alla protesi fissa avvitata.

Materiali e Metodi

I pazienti che richiedono e si sottopongono al trattamento implantare devono essere in buona salute con una congrua anamnesi sistemica generale e devono essere anticipatamente e correttamente informati sulla terapia implanto-protesica propostagli che verrà sottoscritta attraverso regolare consenso informato.

Generalmente sono pazienti del tutto edentuli o resi tali dalla concomitante estrazione di elementi dentali inservibili ad alcun tipo di riabilitazione protesica.

→ pagina 9

Fig. 1 *- Situazione iniziale.*

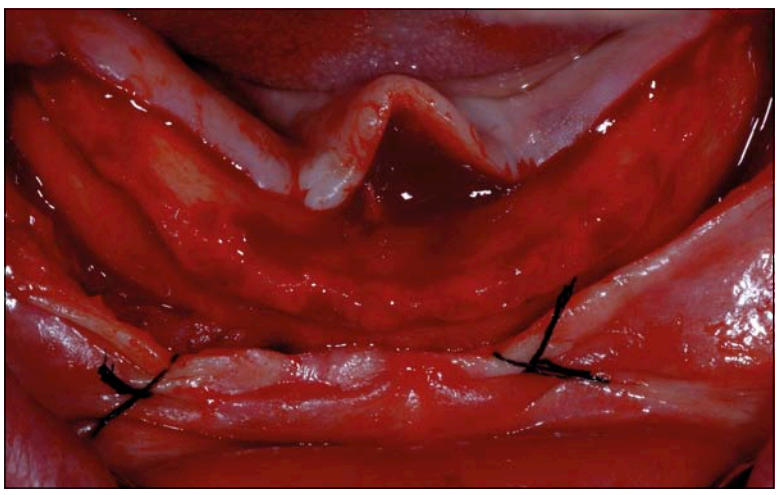


Fig. 2 *- Lembo a tutto spessore ed evidenza delle strutture anatomiche.*

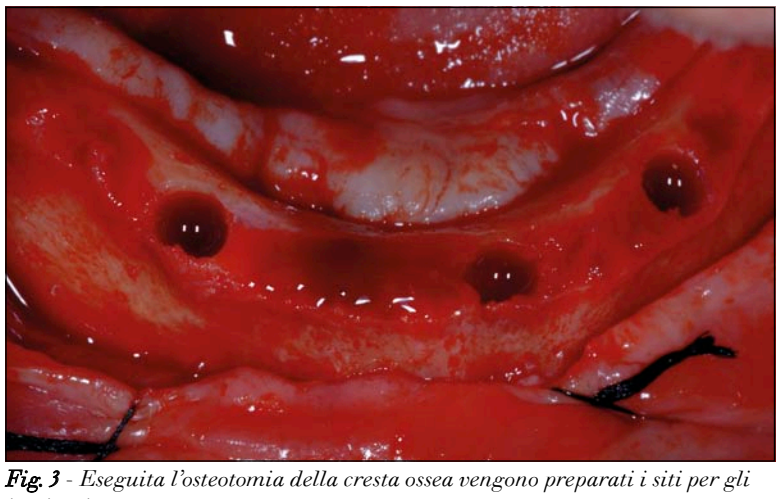


Fig. 3 *- Eseguita l'osteotomia della cresta ossea vengono preparati i siti per gli impianti.*

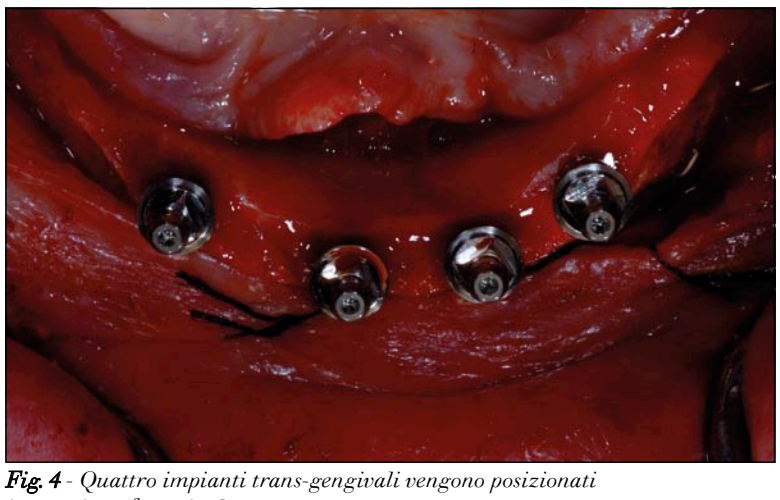


Fig. 4 *- Quattro impianti trans-gengivali vengono posizionati in area intraforaminale.*

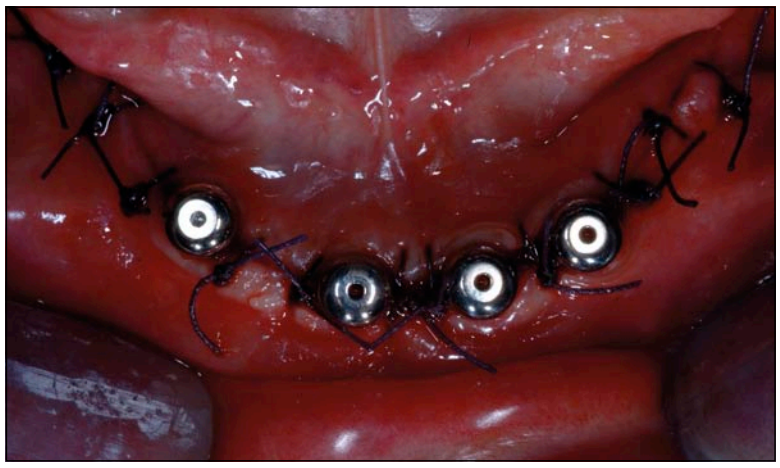


Fig. 5 *- Eseguita la sutura, rimane in evidenza l'emergenza della testa dell'impianto trans-gengivale sul quale vengono posizionate le cappette sferiche di guarigione.*

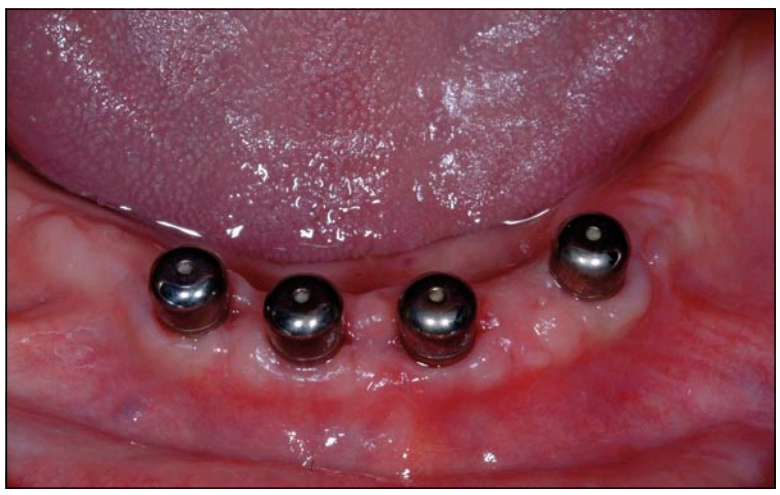


Fig. 6 *- La guarigione dei tessuti a 3 settimane.*

Fig. 7 *- La barra per overdenture customizzata e posizionata dopo 6 settimane.*

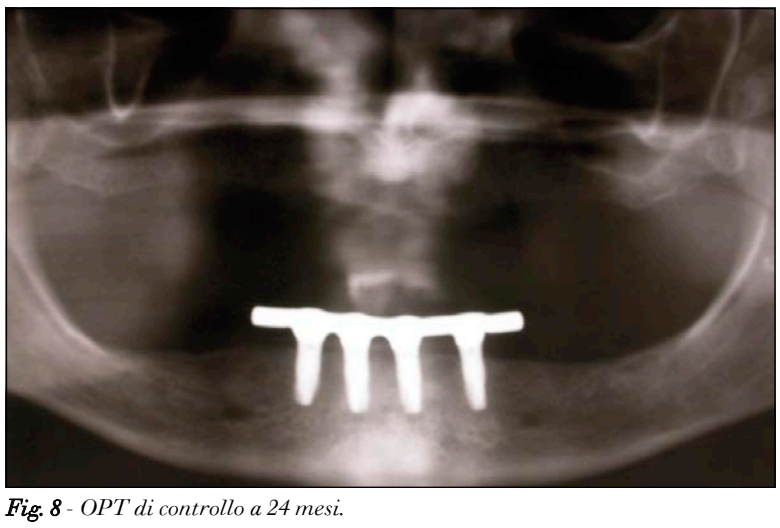


Fig. 8 *- OPT di controllo a 24 mesi.*

← IT pagina 8

Dopo una prima analisi radiografica e valutazione con ortopantomografia (OPT), se necessario viene richiesta la TC dentalscan dell'arcata interessata ed esaminati i volumi ossei residui.

I pazienti vengono sottoposti a profilassi antibiotica (amoxicillina 1 g ogni 12 ore per 5 giorni da due gg. prima dell'intervento) e viene eseguita l'anestesia locale per infiltrazione (mepivacaina 2%, adrenalina 1: 100.000). Viene eseguita un'incisione crestale da molare a molare e sollevato il lembo a tutto spessore, vengono evidenziate e isolate le emergenze del nervo alveolare inferiore e del forame mentoniero (Figg. 1, 2).

Se necessaria viene eseguita l'osteotomia della cresta ossea per ottenere un livello e uno spessore osseo ottimale alla corretta inserzione dei quattro impianti trans-gengivali che vengono posizionati in area intraforaminale (solitamente in zona 44-42-32-34) (Figg. 3, 4).

Condizione essenziale per il successo implantare, oltre che per eseguire il carico immediato e differito, è che l'impianto abbia una buona stabilità primaria con un torque di inserimento di almeno 32 Ncm[24], la tipologia ossea migliore a questo fine è quello di tipo D2 e D3[25].

Una volta posizionati gli impianti viene eseguita la sutura che verrà a sua volta rimossa dopo 14 giorni.

Nel carico differito, vengono posizionate le cappette sferiche di guarigione sugli impianti (Fig. 5), si esegue un ribassamento soffice della precedente protesi e il paziente viene congedato; la presa dell'impronta e la successiva protesizzazione tramite overdenture con barra o protesi fissa avvitata verrà eseguita passate 6 settimane (Figg. 6-9).

Nel caso in cui si voglia invece procedere con un carico immediato l'impronta di precisione definitiva può essere subito rilevata con un polietere; un vantaggio dell'impianto trans-gengivale è quello di poter effettuare la rilevazione dell'impronta anche dopo aver suturato i lembi avendo sempre l'emergenza della testa dell'impianto che consente una esemplificazione della manovra (Figg. 10, 11).

In poche ore il laboratorio sarà quindi in grado di fornirci il manufatto protesico che, nello stesso giorno dell'intervento chirurgico, viene applicato al paziente. (Figg. 12-14).

In entrambi i casi, una barra customizzata in lega aurea viene avvitata in situ e sopra di essa è posizionata una protesi totale di dimensioni ridotte che presenta al suo interno un binario di ancoraggio alla barra sottostante (Figg. 15, 16). I pazienti verranno altresì istruiti a una dieta morbida nei primi mesi, fondamentali alla proliferazione cellulare che evolverà nella corretta osteointegrazione.

Le radiografie di controllo a 24 mesi e l'ottima salute dei tessuti perimplantari ne confermano il buon esito di entrambe le riabilitazioni a carico differito (Fig. 8) e immediato (Fig. 14) con risultati sovrapponibili.

→ IT pagina 10

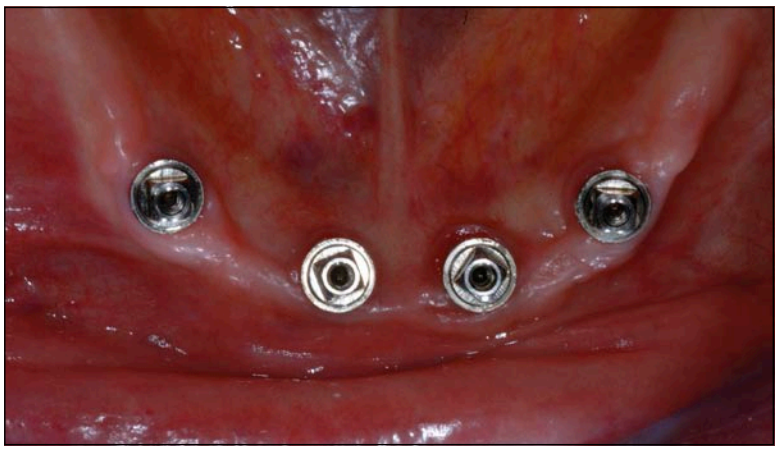


Fig. 9 *- Controllo dei tessuti e del mantenimento igienico a guarigione avvenuta.*

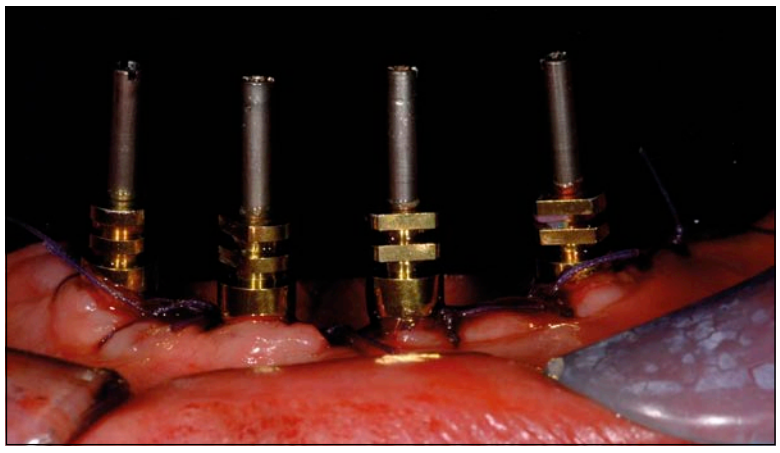


Fig. 10 *- I monconi da impronta con vite passante in posizione.*