HYGIENE TRIBUNE

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Italian Edition

Aprile 2017 - anno XIII n. 4

www.dental-tribune.com

ESACROM
electronics and medical devices
The Aliens of Utrasonic

R. & D. DEPARTMENT

PRESENTS

THE BRAND NEW ESACROM

THE ULTIMATE

"USER FRIENDLY" SURGERY TECHNIQUES

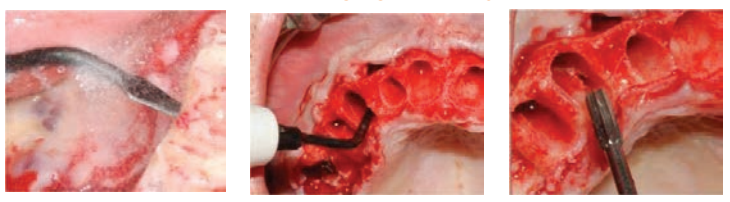
"ZERO" LEARNING CURVE

'GONDOLINO'&'ELITTICAL' PROTOCOL

DR. MOZZATI'S KIT

ULTRASONIC

PREPARATION OF IMPLANT SITE



www.esacrom.com

NEWS & COMMENTI

IDS di Colonia 2017, l'universo del dentale in 5 giorni

Dalla Germania gli echi di un'edizione 2017 andata oltre le più rosee previsioni, confermando la leadership di una manifestazione dove l'essere e il divenire del dentale sono facilmente percepibili.

pagina 3

Publishers' Meeting DTI

› pagina 4

SPECIALE ODONTOIATRIA PEDIATRICA

Entrare in sintonia con il piccolo paziente 6
Il paziente bambino e i genitori 6
Il rischio di carie 7
Mantenere lo stato di salute 7
Omeopatia e dentizione 10

RUBRICA MEDICINA ORALE ODONTOIATRIA PEDIATRICA

Uso degli antibiotici 8
Diagnosi precoce della celiachia nei bambini 9

INFOPOINT

I prossimi appuntamenti 31

L'AIFA autorizza l'utilizzo della tossina botulinica

riconoscendo il ruolo medico dell'odontoiatra

L'AIFA ha autorizzato l'utilizzo della tossina botulinica a scopo terapeutico per gli odontoiatri. Lo ha fatto su richiesta di Poiesis e di Simeo, i cui presidenti Ezio Costa e Antonio Guida (in foto) hanno lavorato assiduamente per anni per arrivare a questo storico risultato. Sulla vexata quaestio riferisce Ezio Costa.

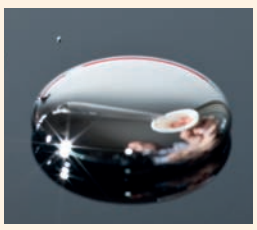
Finalmente è arrivato l'auspicato utilizzo. Diciamo "finalmente" perché da quanto tempo si parla del problema?

Dalla nascita di Poiesis, nel 2009 ci siamo occupati della grande confusione riguardo a ruolo e possibilità di intervento dell'odontoiatra nella regione periorale.

› pagina 2

Ioni argento

tra ricerca e mercato



S. Plantone, A. Chiesa, C. Preda, M. Segù

Introduzione

L'uso di argento e suoi derivati in medicina e odontoiatria ha suscitato molto interesse nel corso degli ultimi decenni.

› pagina 21

HYGIENE TRIBUNE

Probiotici e salute orale
Analisi sistematica della letteratura **pagina 13**

EMS
ELECTRO MEDICAL SYSTEMS

RIVOLUZIONARIA – UNA PER TUTTO!

GUIDED BIOFILM THERAPY

➔ SOTTO- E SOPRAGENGIVALE
➔ TRATTAMENTI PARODONTALI E PERI-IMPLANTARI
➔ DELICATA E CONFORTEVOLE

UNA COMBINAZIONE IMBATTIBILE!

Sareste interessati a ricevere alcuni **lavori scientifici** e maggiori informazioni sull'AIR-FLOW®?
Se sì, inviate una mail: **dental@ems-italia.it**

WWW.EMS-DENTAL.COM

Editoriale

Odontoiatria, non più ancella

Che l'odontoiatria italiana sia tra le migliori al mondo è ormai opinione diffusa, al tempo stesso è altrettanto diffuso il luogo comune per il quale l'odontoiatria è vista come "l'ancella" della medicina e chirurgia. Ma mentre la prima l'idea si rafforza e corrobora ogni giorno (non ultimo, con l'assunzione di prestigiose cariche da parte di stimati odontoiatri italiani), la seconda idea, per fortuna, si fa sempre più inconsistente, un relitto del passato. La dimostrazione è nello stesso articolarsi dell'odontoiatria in sotto-specialità che prendono individualità (e quindi vigore e prestigio) dal continuo ampliamento dei propri orizzonti scientifico-clinici; basti pensare all'implantologia, alla parodontologia o all'ortodonzia. Ancora, in un recente congresso dedicato al tema degli emocomponenti a uso non trasfusionale, è stato marcatamente sottolineato il tributo che la medicina rigenerativa deve all'odontoiatria. Se mai ce ne fosse ancora bisogno arriva, ultima, ma non meno importante, l'autorizzazione all'odontoiatra (già definito "medico" dalla Cassazione) all'utilizzo della tossina botulinica a scopo terapeutico tra gli altri presidi medico e farmaceutici di cui fa normalmente uso nell'area di propria competenza.

L'AIFA autorizza l'utilizzo della tossina botulinica riconoscendo il ruolo medico dell'odontoiatra

‹ pagina 1

In particolare, per quanto riguarda la tossina botulinica, si diceva (società di medicina estetica, pareri interpretativi) che l'odontoiatra non era medico e non poteva usare farmaci non autorizzati per le sue competenze. Noi (in particolare Poiesis e Simeo) abbiamo sempre sostenuto invece che l'odontoiatra fosse medico (Cass. Civile 22 novembre 2000 n. 15078) e che poteva usare, secondo scienza e coscienza, qualsiasi presidio medico e farmaco (naturalmente nelle sue aree di competenza: i «relativi tessuti» dell'art. 2 della legge 409/1985). Il provvedimento dell'AIFA interviene proprio su questo aspetto.

In che cosa consiste il provvedimento AIFA?

Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale, allarga l'utilizzo per scopi terapeutici della tossina botulinica agli odontoiatri, riconoscendone il ruolo medico specialistico. Nello specifico si tratta di indicazioni già approvate per altri specialisti e riguardano gli spasmi emi-facciali (per esempio post-paralitici o dopo conflitto neuro-vascolare) e le distonie focali associate. L'odontoiatra, in quanto medico, potrà così utilizzare un farmaco come la tossina botulinica nelle sue «aree di competenza facciali».

A monte di tale provvedimento c'è l'azione stimolatrice di Poiesis e Simeo. Vogliamo ricostruirne le fasi salienti?

Il nostro lavoro comune aveva preso forma e forza con il documento di Consensus del 2015, approvato dalle nostre società scientifiche e dalle sigle sindacali di categoria in risposta al parere del CSS (che tanta confusione aveva creato), in cui si riaffermava che non vi era alcun dubbio sulle competenze mediche generali esercitabili dal medico odontoiatra sul terzo medio e inferiore del viso, comprensive altresì dei trattamenti aventi finalità estetiche.

Quali prospettive apre all'attività odontoiatrica tale provvedimento? Quali conseguenze pratiche avrà?

Ribadisco che la cosa più importante è che finalmente è riconosciuto il ruolo medico specialistico del laureato in Odontoiatria. Questo lo autorizza a usare la tossina botulinica per finalità terapeutiche, anche in modalità off label. Le indicazioni sono molteplici e riguardano i muscoli mimici e scheletrici facciali, coinvolti nel sorriso, nella masticazione (ATM) e nella postura. In anteprima posso anche dire che sto conducendo, assieme a una collega neurologa dell'Università di Verona, studi clinici che analizzano altri disturbi muscolari facciali che potrebbero rientrare nelle indicazioni approvate, per esempio per il bruxismo!

Si può affermare che con questa disposizione AIFA, l'odontoiatria, come pacificamente ammesso ormai da molti, sempre meno ancella della Medicina, assurge a nuova dignità?

Certo, assolutamente sì. Naturalmente, come sempre, la nostra etica professionale ci deve guidare ad avere la giusta formazione prima di qualsiasi trattamento. Credo sia giunto il momento che i trattamenti dei tessuti molli facciali siano finalmente argomento di studio a partire dal percorso di laurea in odontoiatria. Colgo quest'occasione segnalare a tutti l'evento che si è tenuto venerdì 31 marzo a Roma, il corso accreditato "Odontoiatria e medicina del benessere: l'evoluzione dello studio odontoiatrico" (Info e iscrizioni sul sito: http://www.poiesisweb.eu/evento/odontoiatria-e-medicina-del-benessere-levoluzione-dello-studio-dentistico/) organizzato in collaborazione con l'Università di Camerino, il patrocinio di ANDI, AIO, SIMEO e POIESIS dove ci siamo confrontati anche su questa nuova e importante notizia.

* * *

E ora il commento del presidente SIMEO, Antonio Guida.

Qual è la posizione di SIMEO rispetto all'autorizzazione ricevuta da AIFA?

Da tempo SIMEO cerca di uniformare l'offerta terapeutica dei dentisti italiani alle possibilità terapeutiche dei colleghi europei nell'interesse dei pazienti che, affetti da gravi patologie odontotomatologiche, non hanno fino a oggi avuto possibilità di risoluzione.

Mi riferisco a ipertoni importanti della muscolatura masticatoria con ripercussioni non solo sulla vita di relazione ma anche sul buon esito di riabilitazioni odontoprotesiche, implantologiche e ortodontiche complesse che solo con l'utilizzo della tossina botulinica di tipo A è possibile dominare.

Abbiamo presentato più di 256 lavori internazionali pubblicati sulle più prestigiose riviste scientifiche sull'utilizzo della tossina botulinica in campo odontoiatrico e finalmente anche tutta l'odontoiatria italiana con quest'ultimo dispositivo dell'AIFA si è allineata all'offerta terapeutica dei colleghi europei e non solo. Questo risultato che ha richiesto un grosso impegno al quale ha contribuito il dr. Nicola Illuzzi indirizzandoci tra i meandri burocratici necessari, segna un passo importante per i pazienti e gli odontoiatri italiani, perché sancisce, se mai ce ne fosse stato bisogno, il ruolo medico dell'odontoiatra nei territori anatomici di pertinenza.

Dental Tribune Italia

DENTAL TRIBUNE
The World's Dental Newspaper · Italian Edition

GROUP EDITOR - Daniel Zimmermann
[newsroom@dental-tribune.com] +44 161 223 1830
CLINICAL EDITORS
Magda Wojtkiewicz; Nathalie Schüller
ONLINE EDITOR/SOCIAL MEDIA MANAGER - Claudia Duschek
EDITORS - Kristin Hübner; Yvonne Bachmann
MANAGING EDITOR & HEAD OF DTI COMMUNICATION SERVICES
Marc Chalupsky
JUNIOR PR EDITOR - Brendan Day; Julia Maciejek
COPY EDITORS - Hans Motschmann; Sabrina Raaff

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

©2017, 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
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 7185

Anno XIII Numero 4, Aprile 2017

DIRETTORE RESPONSABILE
Massimo Boccaletti
[m.boccaletti@dental-tribune.com]
COORDINAMENTO TECNICO-SCIENTIFICO - Aldo Ruspa
COMITATO SCIENTIFICO
G. Barbon, G. Bruzzone, V. Bucci Sabattini, A. Castellucci, G.M. Gaeta, M. Labanca, C. Lanteri, A. Majorana, M. Morra, G.C. Pescarmona, G.E. Romanos, P. Zampetti
COMITATO DI LETTURA E CONSULENZA TECNICO-SCIENTIFICA
L. Aiazzi, P. Biancucci, E. Campagna, M. Del Corso, L. Grivet Brancot, R. Kornblit. C. Mazza, G.M. Nardi, G. Olivi, F. Romeo, M. Roncati, R. Rowland, F. Tosco, A. Trisoglio
CONTRIBUTI
A. Bascialla, M. Caserta, P. Cascarano, A. Chiesa, G. Doniselli, P. De Fabianis, L. Finizio, A. Genovesi, K. Hübner, J. Maciejek, C. Micheli, L. Naldini, G.M. Nardi, S. Plantone, C. Preda, D. Rimini, M. Segù, L. Viganò
REDAZIONE ITALIANA
Tueor Servizi Srl - redazione@tueorservizi.it
Via Domenico Guidobono, 13 - 10137 Torino
Tel.: 011 3110675 - 011 3097363
Ha collaborato: Rottermaier - Servizi Letterari (TO)
DESIGN MANAGER - Angiolina Puglia
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.

IDS di Colonia 2017, l'universo del dentale in 5 giorni

È stato il Ministro della Salute tedesco, Hermann Gröhe, ad aprire ufficialmente martedì 21 marzo alla presenza dei rappresentanti dell'Associazione delle industrie dentali tedesche (VDDI), e di altri enti collegiali, la diciassettesima edizione di IDS (Internationatl Dental Show) di Colonia, la più grande manifestazione al mondo dedicata al dentale.

All'apertura dell'edizione, che per la cronaca ha battuto tutti i record del passato, i comunicati stampa riguardanti l'inaugurazione azzardavano una previsione di arrivo nei 5 giorni seguenti di oltre 140mila visitatori dai quattro angoli della terra. Cifra largamente battuta in quanto, pur non ancora confermati dai dati ufficiali, i visitatori sono stati almeno 30mila unità in più della scorsa edizione, quella del 2015. Lo stesso è accaduto per la aziende espositrici, si ipotizzava si sarebbero attestate in circa 2300 unità, ma hanno toccato (anche qui in attesa di una conferma ufficiale) le 2400 presenze.

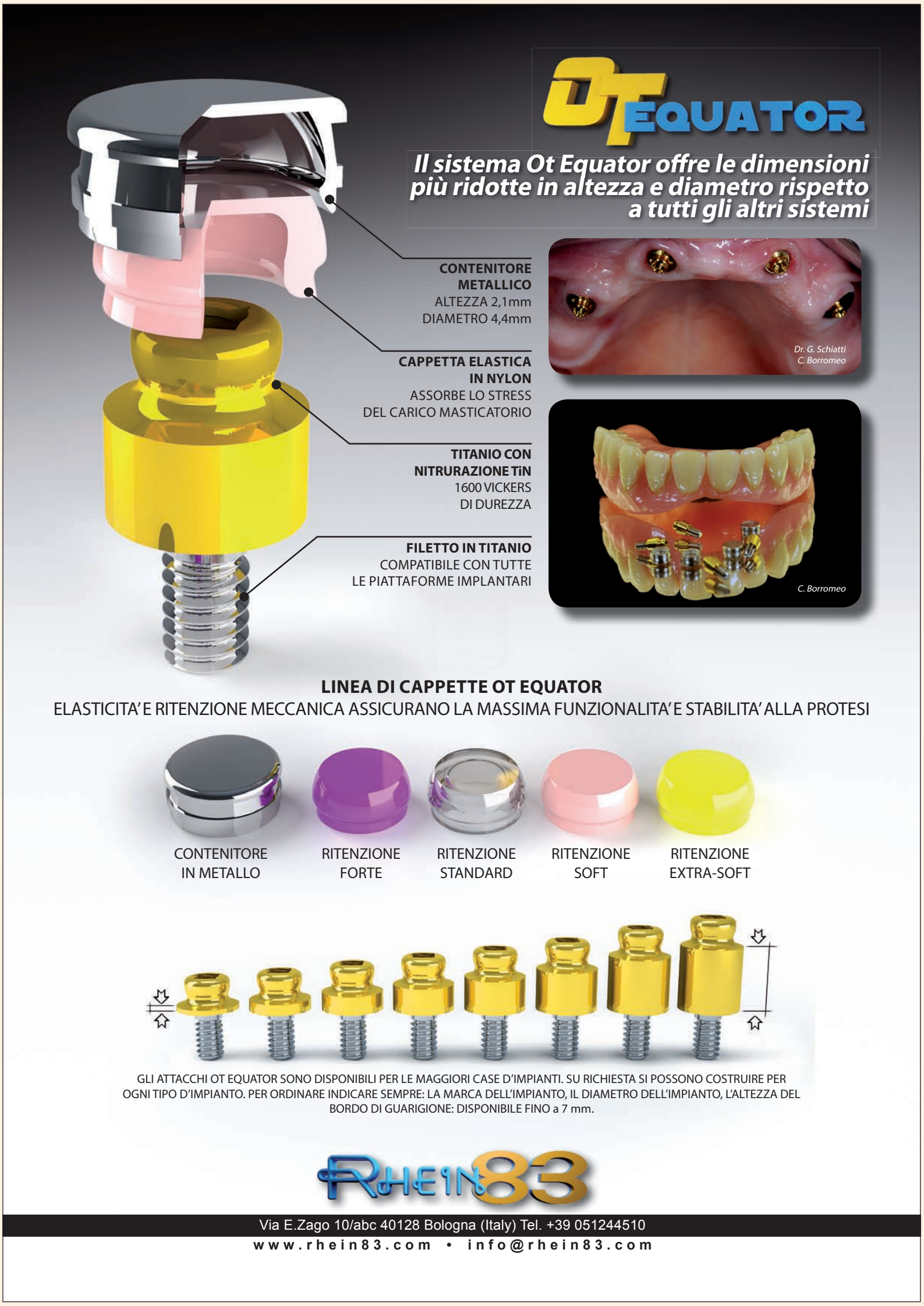
Situata dal 1992 nell'area fieristica di Colonia «La rassegna si è posta in questi anni come principale punto di incontro per affari e scambi per tutta la comunità dentale», ha detto Katharina C. Hamma, chief operating officer della Fiera di Colonia, e come risulta peraltro da un oltre 70% di aziende espositrici provenienti da fuori Germania.

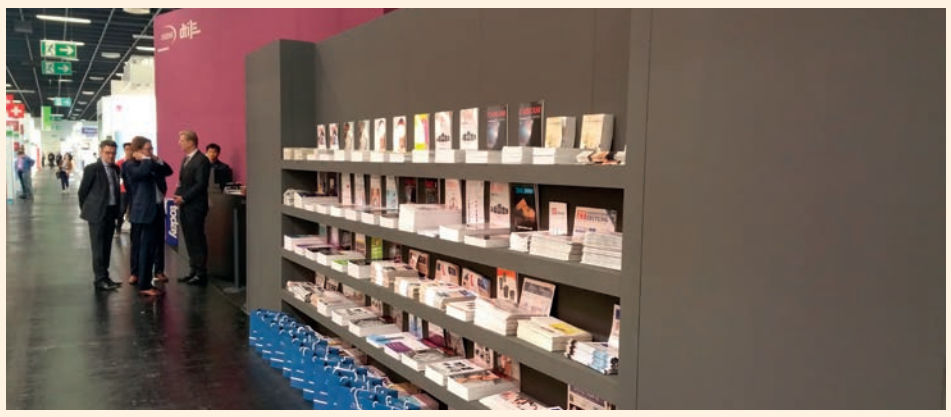
Naturalmente, alla crescita degli espositori ne è derivata una conseguente crescita degli spazi in questa edizione 2017. L'evento era articolato in 6 aree diverse (Hall) e per più di 160mila metri quadri. Buona parte degli espositori proveniva da paesi come USA, Italia, Francia, Corea del Sud e Cina, per presentare la dotazione più avanzata per studi e laboratori. L'alto numero degli espositori ha evidenziato ancora una volta, se mai ce ne fosse bisogno, la preminenza di IDS come principale evento odontoiatrico. «Non esiste altro posto al mondo – ha sottolineato infatti il presidente VDDI, Martin Rickert – dove l'industria possa mostrare la sua capacità organizzativa, la sua diversità e carica innovativa come a IDS Colonia». Peter Engel, presidente di GDA (German Dental Association) dal canto suo ha ribadito come la digitalizzazione continui a essere una punta di diamante di IDS, come è stato dimostrato in questa edizione. «Noi appoggiamo i progressi tecnologici che aiutano quotidianamente il dentista nel suo lavoro, ottimizzando la diagnostica e l'assistenza medica».

Dental Tribune ha chiesto ad alcuni osservatori qualificati di esprimere un giudizio, al di là dei numeri, sull'edizione conclusasi sabato 25 marzo, sulla quale torneremo tuttavia prossimamente con un'edizione speciale appositamente dedicata ai vari aspetti della rassegna.

«Se debbo sintetizzare l'esperienza di quei giorni a IDS di Colonia – dice Maurizio Quaranta, vice presidente ADDE (Association of Dental Dealers in Europe) – potrei racchiuderla in due parole: innovazione ed estetica, dando ampiamente per scontata l'affidabilità dei prodotti di qualità. È inimmaginabile pensare quanti di quelli esposti – continua Quaranta – meritassero singolarmente "dieci passi" per una valutazione preliminare delle opportunità.

› pagina 4





‹ pagina 3

Questi benedetti "dieci passi", che però devono esser fatti per non sbagliare, oggi assumono un valore importante, perché viviamo una situazione economica instabile e magmatica, dove il primo errore da evitare è non informarsi, scegliendo uno strumento o un'apparecchiatura d'istinto e in tutta fretta. Magari affidandosi a frettolose ricerche sul web, esattamente come fanno alcuni pazienti. Passando per gli innumerevoli stand – ricorda ancora il vice presidente ADDE – è stato facile comprendere come sull'estetica si sia arrivati a ottenere oggetti così pregiati e piacevoli al tatto e alla vista, dove nulla lascia presagire che gli stessi oggetti siano poi dei meri strumenti chirurgici». Secondo Quaranta il futuro dello studio odontoiatrico sarà sempre più improntato al "wellness and no pain", fermo restando, è ovvio, l'indispensabile atto chirurgico, che è e rimane il cuore dello studio. Nell'opinione di Maurizio Quaranta, IDS Colonia è «una vera e propria manifestazione di forza dell'industria manifatturiera per l'odontoiatria e l'odontotecnica», dove si toccano con mano i risultati dell'hi-tech dei vari marchi, dove nulla è virtuale o lasciato all'immaginazione dell'odontoiatra e dell'odontotecnico, che si tratti di scanner intraorali, di CAD o di CAM, di stampanti laser 3D, ma anche di equipment tradizionali, «l'attività di comparazione ha raggiunto un livello di così ampio raggio – conclude Quaranta – da far emergere le più inaspettate esigenze ergonomiche e di comfort per il professionista».

Di qui il suggerimento di Quaranta di «non aver mai timore di investire tempo o denaro per trasferte e incontri in una fiera di settore», compresa ovviamente la prossima Expodental Meeting di Rimini, dove verranno riproposte in chiave nazionale le novità di Colonia. «Quelle ovviamente che sopravvivranno all'arcigna ma necessaria cernita dei nostri operatori».

Anche per Gaetano Regalia, manager di una grande azienda di distribuzione, «è innegabile che la tecnologia sia stata l'elemento caratterizzante di questo "salone del dentale tedesco" e internazionale. La tecnologia si esprime, ad esempio, attraverso sistemi di rilevamento d'impronta digitale sempre più accurati, sistemi CAD/CAM ad altissime prestazioni, con crescenti indicazioni d'uso supportate da uno spettro di materiali mai così numerosi e versatili.

Nell'ambito della produzione di manufatti – osserva Regalia – colpisce il fatto che siano presenti oltre 50 aziende con proposte di sistemi di stampa 3D, non più relegati nella categoria di prototipazione rapida grazie all'introduzione di nuovi materiali. Girando per i padiglioni della Fiera l'affermazione che il "futuro sia digitale" viene superata dalla consapevolezza di quanto il digitale sia il nostro presente e spinga i professionisti del settore a pensare solo a come dare forma alla propria evoluzione in quella direzione».

Constatata l'abbondanza e varietà dell'offerta, «non sarà facile – secondo Regalia – il ruolo degli operatori della distribuzione nell'indirizzare i propri clienti nella scelta delle soluzioni digitali più appropriate, favorendone la migliore integrazione nelle modalità operative. Se non ora quando? Iniziare o proseguire il proprio passaggio al digitale è dunque la domanda che molti visitatori italiani di questo salone tedesco si sono posti».

m.boc

Colonia: al Publishers' Meeting DTI una piattaforma digitale omnicomprensiva per l'odontoiatria

Colonia – Nell'ambito del 37mo IDS (International Dental Show) il gruppo Dental Tribune International (DTI) ha riunito in un incontro di due giorni – il 13mo Annual Publishers' Meeting – oltre 75 partner licenziatari provenienti da tutto il mondo, tra cui India, Iran, Israele, Italia e Olanda, per confrontarsi su nuovi progetti per l'anno in arrivo e sulle strategie per una futura evoluzione.

Il CEO di DTI, Torsten Oemus ha sottolineato le nuove tendenze dell'industria odontoiatrica globale, insieme alla formazione online, l'e-commerce e l'event marketing in odontoiatria, in risposta alle quali DTI opera in un costante aggiornamento e sviluppo, configurandosi – ha affermato Oemus – come «una piattaforma di servizio odontoiatrico digitale».

Nella seconda giornata dell'incontro presso l'Hilton Hotel di Colonia, DTI ha tenuto un incontro riservato alla stampa, un momento di dialogo e lancio di nuovi prodotti. Alla società Six Month Smile è stata data l'opportunità di presentare i suoi prodotti con il riscontro diretto di un pubblico internazionale. Vasta è stata la partecipazione all'incontro con la possibilità di un dialogo articolato. Nel continuo ampiamento delle sue attività editoriali, lo sviluppo di DTI non conosce battute di arresto. Le ultime iniziative illustrate durante l'incontro stampa riguardano la prevenzione; quest'anno a Madrid, durante l'Annual World Dental Congress organizzato da FDI (la World Dental Federation), DTI distribuirà una nuova rivista internazionale che tratterà i temi relativi alla salute orale. In risposta alla crescente domanda tecnologica in odontoiatria, e quindi alla nuova importanza assunta dai media digitali, è in via di rilancio il sito DTI rinnovato nella sua veste grafica, reso quindi più fruibile e accessibile. Per agevolarne la navigabilità, il menu verrà proposto nelle lingue locali di ogni Paese, avrà un layout interattivo e comprenderà una parte dedicata ai profili aziendali, avvalendosi di nuovi contenuti anche pubblicitari. A supporto degli utenti presenterà un'agenda aggiornata di webinar ed eventi, oltre a una mappa, mentre verrà resa disponibile per iPad una versione aggiornata ed elettronica dei documenti pubblicati.

In DTI continua inoltre lo sviluppo del DDS WORLD, piattaforma di market online che comprende prodotti, notizie, e-learning e pratiche gestionali, perché «un'impresa si valorizza grazie all'interazione con i suoi clienti – ha sottolineato Oemus – e noi dobbiamo trovare sempre nuovi modi per coinvolgerli. Abbiamo bisogno di adattare il nostro modello di business al contesto che cambia».

I membri del gruppo editoriale DTI provenienti da tutto il mondo si sono riuniti prima di IDS presso l'hotel Hilton di Colonia per il loro incontro annuale (Foto: Robert Strehler).

Il DDS WORLD, raggiungibile all'indirizzo www.dds.world, è un mercato digitale di ampio respiro con fornitura di servizi digitali odontoiatrici, quali prodotti, notizie, formazione e gestione dello studio con software dedicati indirizzato a tutti i protagonisti dell'area dentale. Offre listini di prodotto, più agevoli possibilità di ricerca, un software per la gestione dello studio, strumenti di comunicazione diretta con il cliente e molto altro. Il sito si presenta come nuovo strumento in grado di cambiare le regole del gioco nella fornitura dei servizi digitali all'industria, «un ambito che sta assumendo un importanza sempre più rilevante» ha ribadito Oemus.

Tra le attività di potenziamento organizzate da DTI, sempre più attenta agli eventi, è in corso l'organizzazione di Roots Summit, incontro di discussione e confronto su temi endodontici. Facendo seguito al fortunato evento svoltosi lo scorso anno a Dubai con oltre 300 partecipanti, la prossima edizione si terrà a Berlino dal 28 giugno al 1 luglio. Nato nel 2013 come gruppo su Facebook con, all'inizio, un migliaio di aderenti, Roots Summit conta oggi 22.000 professionisti del dentale di oltre 100 nazioni.

A celebrazione della Giornata Mondiale della Salute Orale, DTI ha organizzato il 20 marzo una "mannequin challenge" come parte del Publishers' Meeting. Il prossimo Meeting degli editori si terrà sul Mar Nero nel 2018, a cura di Dental Tribune Bulgaria.

Julia Maciejek, *DTI*

IL **74%** **DEI DENTISTI** NON È SODDISFATTO DELLA LAVORABILITÀ DEI MATERIALI COMPOSITI.[1]

La soluzione

ceram.x® universal

Composito universale con innovativa tecnologia SphereTEC™ che assicura maneggevolezza, scolpibilità e adattamento senza paragoni.

CLASS II SOLUTION™

migliore, più sicura e più veloce per affrontare con successo ogni fase critica dei restauri di II classe.

1 Palodent® V3
Sistema di matrici sezionali

2 Prime&Bond active™
Adesivo universale

3 SDR®
Composito bulk fill per posteriori

4 ceram.x®
Composito universale con tecnologia SphereTEC™

5 ceram.x® Gloss enhance®
Rifinitura e lucidatura

Per saperne di più visita il sito www.class2restoration.it o contatta il numero verde 800 310333

1. Dentsply Sirona Restorative, user survey 2015 (297 dentists in Europe)

THE DENTAL SOLUTIONS COMPANY™

Dentsply Sirona

Entrare in sintonia con il piccolo paziente

Il dentista pediatrico, o pedodontista, deve avere una preparazione professionale specifica sia dal punto di vista clinico che psicologico per riuscire a trattare i bambini all'interno di un rapporto basato su fiducia e collaborazione. Per comunicare con i bambini in modo efficace bisogna prima di tutto essere "empatici". Empatia significa "sentire dentro" ed è una capacità che consente all'odontoiatra di comprendere appieno lo stato d'animo del bambino. Mettersi nei panni dell'altro e sapere ascoltare: è sicuramente questa la chiave del successo di una buona comunicazione tra il dentista e il piccolo paziente.

Ascoltare, quindi, non significa semplicemente percepire e ricevere un messaggio, ma esercitare un "ascolto attivo", basato su un'accettazione incondizionata del proprio interlocutore, per capire ciò che il piccolo paziente sta dicendo e provando nel momento in cui entra nello studio dentistico, per cercare di restituirgli con le giuste parole quel senso di sicurezza e tranquillità che serve. L'ascolto attivo richiede al dentista di concentrarsi sul bambino, sul suo stato emotivo, concedendogli e riconoscendogli il tempo per esprimersi e sentirsi quindi sempre accolto e accettato.

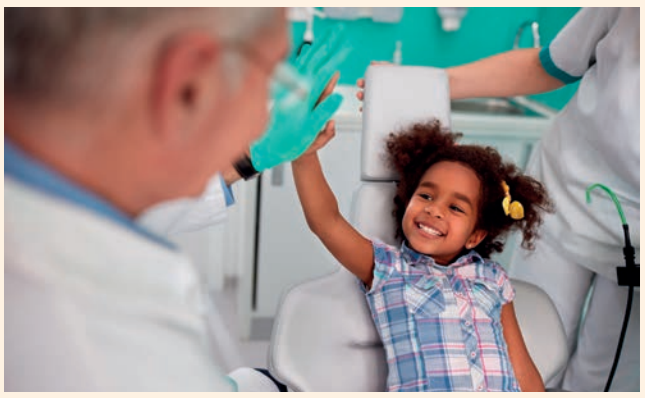
Prima di affrontare qualsiasi intervento operativo, l'odontoiatra che si occupa dell'assistenza dei pazienti in età pediatrica deve necessariamente mettersi in sintonia con il piccolo paziente, i suoi problemi e le sue paure, giungendo così a ottenere la sua attenzione, la sua fiducia e la sua collaborazione. Dal momento che la presenza di uno stato ansioso può in molti casi ostacolare la collaborazione del piccolo paziente durante la seduta, la conoscenza della soggettiva paura dentale del paziente deve essere rispettata, affrontata e adeguatamente controllata. È consigliabile infatti, di fronte a piccoli pazienti scarsamente collaborativi, differire i trattamenti non urgenti, in quanto una spiacevole esperienza può rendere il bambino meno disposto a partecipare alla seduta successiva. La natura delle paure cambia nel tempo, man mano che il bambino matura e aumentano le sue capacità cognitive.

L'ambiente dedicato alla cura dei più piccoli, laddove non possa essere specificamente "a misura di bambino" come spesso succede nella maggior parte delle strutture professionali, può essere reso più accogliente con la presenza di disegni e immagini, proiezioni di video che aiutino il bambino a distrarsi e rilassarsi prima della seduta terapeutica. Per i bambini il linguaggio del disegno è un'attività naturale, non imposta dall'adulto, nella quale possono trasportare le loro sensazioni, emozioni, paure: trovano nel disegno una forma di linguaggio semplice e immediata, espressione del loro mondo interiore. Nella quotidiana pratica clinica, per stemperare la tensione e conquistare la simpatia del piccolo paziente, può rivelarsi utile invitarlo a portare dei disegni a ogni seduta, commentarli insieme e riservare specifici spazi sulle pareti per appenderli. In conclusione, la comunicazione e la costruzione di un rapporto di fiducia tra l'odontoiatra e il piccolo paziente giocano un ruolo cruciale nella relazione di cura. Una relazione efficace dal punto di vista terapeutico è quella in cui il piccolo paziente si sente compreso e seguito con attenzione, è quella in cui sperimenta fiducia, rispetto e impegno. Attenzione particolare deve essere quindi rivolta alla strategia comunicativa di approccio al piccolo, nella consapevolezza che stabilire un rapporto fiducioso tra odontoiatra-bambino, oltre a consentire lo svolgersi della seduta operativa in un'atmosfera più accogliente e di collaborazione, consentirà al piccolo paziente di vivere un'esperienza serena che lo accompagnerà anche da adulto. Solo all'interno di un rapporto basato sull'ascolto e sull'empatia, può soddisfare il proprio bisogno di accettazione e sicurezza, sentendosi preso in cura e non semplicemente curato.

Ultimo aspetto da non sottovalutare è anche la comunicazione con i genitori del bambino. Occorre fare capire che il loro figlio non nasce con la paura del dentista. Bisognerebbe "istruire" correttamente i genitori per evitare di causare ansie inutili e soprattutto non usare mai parole come "male", "dolore", "paura" che invece rientrano nella descrizione tipica di quello che avverrà nella seduta. Queste sono frasi molto tipiche: «Non avere paura Daniele! Il dottore non ti farà male! Vedrai che non sentirai assolutamente niente!».

Forse anche su questo aspetto il dentista pediatrico dovrebbe essere preparato e, forse, sarà la comunicazione più difficile.

Daniele Rimini, *PDFOR Consulenza direzionale*



10-2016

WE LOVE WHAT WE DO.

MAXI SMART: LA NOSTRA PIÙ ALTA ASPIRAZIONE.

COSTI D'ESERCIZIO RIDOTTI, RISPARMIO DI ENERGIA E DI MATERIALE, SVILUPPO SOSTENIBILE.

Maxi Smart è una centrale di aspirazione chirurgica consigliata **fino a 15 riuniti in funzione contemporanea** ed è il primo grande impianto che oltre alla prevalenza controlla anche la portata. Maxi Smart è di facile installazione infatti è completamente premontato, è senza vaso separatore e possono essere collegate fino a 4 unità in parallelo senza accessori.

Siamo soddisfatti di Maxi Smart, abbiamo migliorato il lavoro dei professionisti e contribuito ad una crescita sostenibile.

Scopri i dettagli su **www.cattani.it**

COSTIAMO MENO DEGLI ULTIMI E SIAMO TRA I PRIMI DEL MONDO! ECCO PERCHÉ:
Facciamo ricerca: questo ci permette di avere a nostra disposizione tecnologie di ultima generazione.
Aumentiamo le prestazioni: le tecnologie informatiche ed elettroniche aumentano le prestazioni e la sicurezza delle nostre macchine.
Riduciamo i costi: meno costi di manutenzione meno spese di energia: nel rapporto costi benefici siamo sempre i più convenienti.
Riduciamo l'impatto ambientale: risparmiamo il 50% di materie prime, facciamo risparmiare a voi dal 30% al 50% di energia elettrica.

HOW IS IT WE LEAD IN OUR FIELD, WHEN WE COST LESS THAN THE ALTERNATIVES? THIS IS HOW:
Constant research: this enables us to apply the latest technology to all of our products and solutions.
We enhance performance: electronic and information technology enable us to enhance the performance and reliability of our products.
We reduce costs: less maintenance and lower energy costs mean that we are always the most economical on a cost-benefit analysis.
We reduce environmental impact: we save 50% on raw materials, so that you can save between 30% and 50% on electrical consumption.

CATTANI
AIR TECHNOLOGY

Azienda con Sistema di Gestione Qualità certificato da **DNV GL = ISO 9001 =** Company with Quality System certified by **DNV GL = ISO 9001 =**

Via Natta 6/A 43122 Parma – Italy T +39 0521 607604 F +39 0521 607628 info@cattani.it

WWW.CATTANI.IT

Il paziente bambino e i genitori

Qualche consiglio per la gestione

Chi si occupa da anni di patologie dentali legate ai bambini ha scoperto sin dalle prime sedute che chi accompagna i piccoli può essere un grande alleato, e quindi d'aiuto, oppure un grosso ostacolo. Tutto si gioca fin dalle prime battute con una comunicazione basata soprattutto sulla comunicazione non verbale: da come ci si guadagnerà la fiducia delle figure di riferimento del paziente dipenderà tutta la terapia. Mai come in questi casi la professionalità del dentista e del suo team non si limita esclusivamente alle competenze tecniche ma si estende alle capacità simpatetico-empatiche, competenze più strettamente emotive e psicologiche. Il bambino porta con sé non solo le sue paure ma anche il disagio famigliare. A volte, sapere cosa sta succedendo a casa aiuta a capire alcuni atteggiamenti dei piccoli pazienti, che magari in una seduta si dimostrano attenti, collaborativi e rilassati, la successiva riescono a mordere persino le dita del dentista.

Ecco allora alcuni consigli che possono facilitare l'interazione. Il clima maggiormente adatto che il paziente bambino dovrebbe poter respirare è quello del gioco: in questi casi aiuta già avere una sala d'attesa consona all'età dei pazienti, con mobili colorati e della misura appropriata, con fogli e matite per disegnare e ingannare l'attesa. Si potrebbero poi lasciare i disegni in studio e appenderli alle pareti per creare un ambiente più famigliare. I camici dovrebbero essere colorati.

Bisogna poi considerare e accogliere le ansie di chi accompagna il piccolo: all'inizio del colloquio è a questa figura che bisogna dare attenzione. Tenete conto che i bambini assorbono l'ansia di chi sta loro accanto e, se già mamma o papà hanno paura degli aghi o del dentista, gliela trasmettono anche senza volerlo. Il messaggio da passare dovrebbe essere di rassicurazione e di rinforzo alle capacità genitoriali.

I genitori devono assistere al lavoro del dentista? Non esiste una regola, dipende da caso a caso. Se però il bambino viene mandato sul riunito da solo, con i genitori che aspettano nella sala d'attesa, è un segnale di sintonia, collaborazione e stima. Se sono persone ansiose, l'ideale sarebbe allontanarle con qualche diversivo.

Mettere al centro della seduta il piccolo paziente rispettando i suoi tempi e creando un clima di gioco con lui riduce i tempi della seduta. Bisogna sempre comunque dosare il proprio atteggiamento e non dimenticare di dare limiti e dimostrare autorevolezza davanti ai capricci.

Patrizia Cascarano

Il rischio di carie potrebbe non attenuarsi nemmeno a seguito di cure preventive

I bambini sottoposti a visite preventive dal dentista potrebbero avere più probabilità di dover affrontare successive cure odontoiatriche. (Foto: ©shutterstock.com)

Birmingham, USA – Viene solitamente raccomandato di sottoporre i bambini a una visita odontoiatrica dai 6 mesi in poi, ma non esiste prova sufficiente che ne conseguano risultati migliori o che i pediatri possano provarne l'utilità. Una ricerca condotta dall'Università dell'Alabama presso la Birmingham School of Public Health ha analizzato infatti in che modo una cura preventiva incida veramente sulle cure correlate alla carie e se sia importante la figura di chi vi provvede. Si è scoperto infatti che i bambini sottoposti a visita preventiva dal dentista erano in realtà maggiormente soggetti a successive cure dei denti, incluse quelle per la carie, e a spendere di più rispetto a quelli non sottoposti a trattamenti preventivi.

Lo studio ha esaminato 19.658 bambini tra gli 0 e i 3 anni, in famiglie a basso reddito, di cui quasi il 26% ha ricevuto un trattamento preventivo prima del compimento dei due anni da un dentista infantile o da un pediatra, mentre il resto non l'ha fatto. I dati sono stati registrati dall'Agenzia Alabama Medicaid e resi disponibili per utilizzo demografico e sanitario.

Dai risultati emerge che non c'è correlazione tra un trattamento preventivo precoce e la riduzione del rischio di carie. A confronto con i bambini non sottoposti alla prevenzione, quelli che avevano affrontato un trattamento preventivo da un dentista, sarebbero stati sottoposti più spesso alla cura contro la carie (20,6% vs. 11,3%), a visite più frequenti e quindi a una maggior spesa.

L'essersi sottoposti a un trattamento preventivo da un odontoiatra è stato collegato infatti a un maggior numero di cure correlate alla carie e a spese. Tale correlazione non è stata dimostrata per le cure preventive effettuate da un pediatra. «La ricerca dimostra che occorre un'attenta valutazione della scientificità su cui si basano le raccomandazioni cliniche» dice Justin Blackburn, assistant professor presso la School of Public Health.

«Al di là dei dati, per chiarire i veri effetti dei trattamenti preventivi possono essere necessarie ulteriori ricerche presso altre popolazioni» concludono gli autori della ricerca, la quale tuttavia non fornisce informazioni su comportamenti tipo lo spazzolamento o altre pratiche relative alla prevenzione dentale.

Intitolato "Outcomes associated with early preventive dental care among Medicaid-enrolled children in Alabama" lo studio è stato pubblicato online il 27 febbraio in *JAMA Pediatrics journal*.

Dental Tribune International

Mantenere lo stato di salute orale richiede attenzione e costanza particolari

La notizia commentata dalla dott.ssa De Fabianis

L'articolo in realtà pone in evidenza una realtà ben conosciuta dagli esperti del settore. In sintesi, direi che il problema è il mantenimento dello stato di salute orale che richiede un'attenzione e una costanza particolari. Il campione esaminato include famiglie di basso livello socio-economico, per cui la sensibilità dell'ambiente familiare all'importanza di una costante, quotidiana igiene orale e al controllo delle abitudini alimentari dannose può risultare molto scarsa, sia per poca motivazione, sia per informazioni carenti relative a questo tipo di problematica.

Però, in realtà, la salute del cavo orale dipende dall'attuazione di manovre d'igiene "costanti e quotidiane": in altre parole, posso curare tutti i denti del mondo, ma se non li lavo, questi si carieranno nuovamente vanificando ogni terapia.

Nell'articolo peraltro non vengono dettagliati i presidi terapeutici attuati, ma presumo che si faccia riferimento a normali terapie odontoiatriche (quali otturazioni, applicazioni di sigillanti, ecc.). Queste però, da sole, non sono in grado di ridurre il rischio di carie, ma, al contrario, inseriscono il paziente in un iter terapeutico che difficilmente può essere interrotto, a meno che non vengano controllate le cause che producono la patologia.

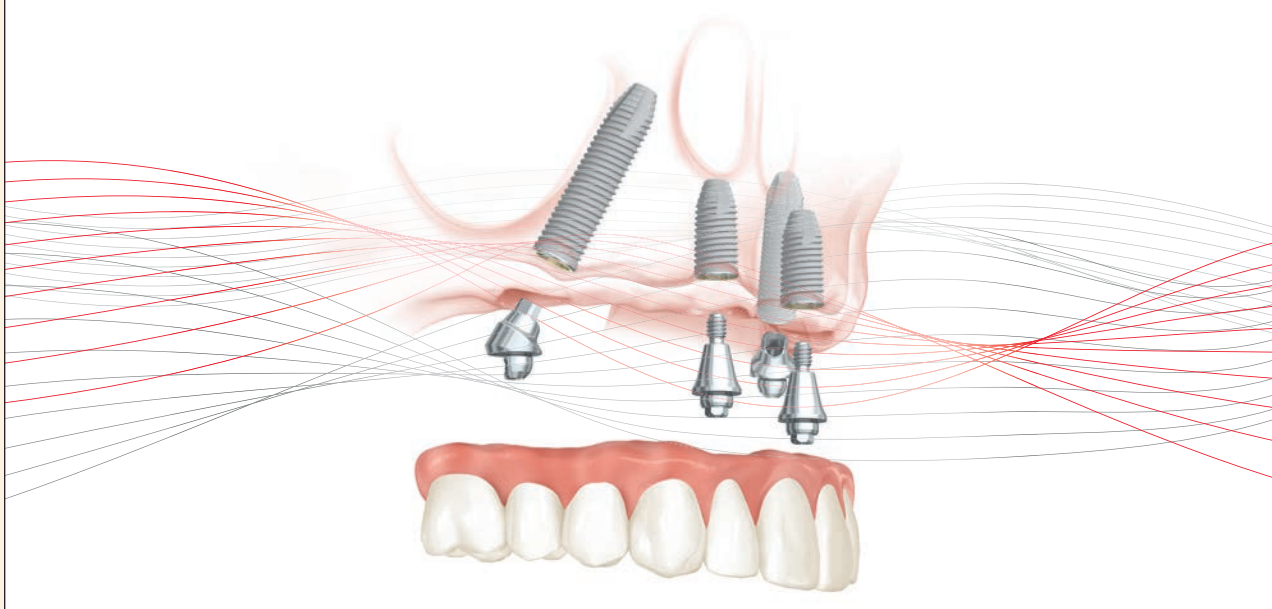
Nei denti curati, una scarsa igiene orale e abitudini alimentari scorrette aumentano il rischio di recidiva e di trattamenti odontoiatrici ripetuti dato che, una volta applicato il restauro, è molto probabile che il dente debba essere sottoposto a una serie di restauri successivi. È ovvio che in questi casi l'attuazione di manovre d'igiene orale corrette e soprattutto costanti, diventa strategico ed è altrettanto ovvio che a farsene carico debba essere la famiglia.

I bambini di età compresa tra due e cinque anni vivono inoltre un momento delicatissimo per il loro sviluppo: è il momento dell'affermazione delle abitudini alimentari e motorie, ma la maggior parte di loro passa fuori casa (all'asilo o a scuola) la gran parte del tempo e spesso, in questo ambito, l'igiene orale non è contemplata, nemmeno dopo il pasto di mezzogiorno. Esiste tutta una letteratura in merito all'argomento che evidenzia come la conseguenza di tutto ciò si traduca purtroppo in una maggiore espansione della patologia e in un sensibile incremento dei livelli di esperienza della malattia nei bambini in questa fascia di età (cito per conoscenza gli studi del National Health and Nutrition Examination Survey NHANES – USA).

Ecco perché oggi l'informazione e la motivazione sono importantissime, ma spesso mancano e il messaggio non viene recepito, sia per ignoranza che per scarsa sensibilità o trascuratezza a favore, magari, di altre priorità; ma senza questo passaggio importantissimo, una reale, efficace prevenzione diventa molto difficile.

Patrizia De Fabianis

Originale.
Documentato.
Risolutivo.



Il concetto di trattamento All-on-4®

Quattro impianti. Una protesi fissa provvisoria. Tutto nello stesso giorno.*

Da quando è stato introdotto per la prima volta nel 1998, il concetto di trattamento All-on-4® ha cambiato la vita di centinaia di migliaia di pazienti. Oggi il concetto si è affermato come il migliore per questa indicazione ma solo in combinazione con i prodotti originali Nobel Biocare.

Molti hanno cercato di copiare questo concetto rivoluzionario ma solo Nobel Biocare ha documentato scientificamente il successo che ne è il fondamento con 34 studi clinici su 2400 pazienti.

Offri ai tuoi pazienti un trattamento su cui entrambi potete contare e che può cambiare loro la vita.

Nuovo corso online gratuito sul concetto di trattamento All-on-4®

Registrati ora su nobelbiocare.com/all-on-4course

*Se sono soddisfatti i criteri di stabilità per il carico immediato.

Nobel Biocare®

GMT 50421 © Nobel Biocare Services AG, 2017. Tutti i diritti riservati. Nobel Biocare, il logo Nobel Biocare e tutti gli altri marchi di fabbrica sono, salvo diversa dichiarazione o evidenza dal contesto in un caso specifico, marchi di fabbrica di Nobel Biocare. Fare riferimento al sito nobelbiocare.com/trademarks per maggiori informazioni. Le immagini dei prodotti non sono necessariamente in scala. Esclusione di responsabilità: alcuni prodotti potrebbero non avere l'approvazione o l'autorizzazione alla vendita da parte degli enti normativi in tutti i mercati. Rivolgersi all'ufficio vendite locale Nobel Biocare per informazioni sulla gamma dei prodotti esistenti e la loro disponibilità.

A.I.R.O.
Accademia Italiana Ricerca Orale

Uso degli antibiotici in odontoiatria pediatrica: l'importanza di linee guida

Revisione letteratura dr.ssa Michela Caserta

Dalla revisione della letteratura si può osservare come vi sia poca consapevolezza circa le linee guida relative alla prescrizione degli antibiotici in età pediatrica.
Molte infezioni oro-facciali hanno origine da infezioni odontogene e la prescrizione di antibiotici è diventata un fenomeno onnipresente. La WHO (World Health Organization) ha riconosciuto che l'inappropriato, indiscriminato e irrazionale utilizzo di antibiotici ha condotto all'antibiotico-resistenza come problema mondiale.
Al fine di far percepire quanto sia grave il problema della sovraprescrizione, ritengo utile fornire alcuni dati generali.
Nel 2010, negli Stati Uniti gli operatori sanitari hanno prescritto 258 milioni di cicli di antibiotici, ovvero 833 prescrizioni ogni 1000 abitanti. Circa un quarto degli antibiotici è stato prescritto dai medici di famiglia, seguiti da pediatri e internisti.
Gli odontoiatri hanno prescritto il 10% circa, che corrisponde a 25 milioni di cicli l'anno.
Il tasso più alto di prescizione è stato per i bambini sotto i 2 anni di età: 1365 cicli ogni mille bambini; questo significa che un bambino americano ha ricevuto in media quasi tre cicli di antibiotici nei suoi due primi anni di vita.
Uno studio interessante ha comparato il modello di prescrizione di antibiotici e la consapevolezza della problematica dell'antibiotico-resistenza tra i praticanti laureati in chirurgia orale e i dentisti pediatrici. A cento dottori facenti parte di ognuna delle due categorie è stato fornito un questionario con domande aperte e chiuse.
Da questa indagine trasversale si evince come vi sia una sovraprescrizione di antibiotici tra i praticanti laureati in chirurgia orale statisticamente significativa. L'amoxicillina è l'antibiotico più di frequente prescritto da entrambi i gruppi; tuttavia, in caso di infezioni sostenute da batteri anaerobi, il farmaco prescelto è una combinazione tra amoxicillina e acido clavulanico associato a metronidazolo.
Una differenza tra i due gruppi si riscontra circa il tempo di durata della terapia, poiché i praticanti laureati in chirurgia orale prescrivono terapie di 3 giorni, al contrario dei dentisti pediatrici optano per terapie della durata di 5 giorni.

© shutterstock.com

Si può concludere che, nonostante la consapevolezza inerente l'importanza della profilassi antibiotica e il problema sempre crescente della farmaco-resistenza a livello mondiale, manchino linee guida adeguate circa la prescrizione di antibiotici, che dovrebbero aiutare i medici ad arginare questo problema mondiale di larga crescita. Inoltre, il problema del rischio di un contenzioso medico-legale fa sempre prediligere la somministrazione del farmaco.
Un ulteriore sondaggio nazionale trasversale sull'utilizzo degli antibiotici, costituito da 19 domande sulle resistenze e sulla conoscenza dei protocolli di somministrazione degli antibiotici, è stato inviato a 4636 membri dell'American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD).
987 sondaggi (21%) sono stati compilati e 984 sono stati analizzati. Anche dall'analisi di questo sondaggio si evince la mancanza di adesione alle linee guida dell'AAPD circa la prescrizione degli antibiotici.
Anche da questo sondaggio emerge come l'amoxicillina sia l'antibiotico più frequentemente prescritto (78%), seguito dall'ampicillina (20%); la più comune via di somministrazione è quella orale, indicata da 982 odontoiatri, seguita dalla via endovenosa. Per quanto concerne il numero minimo di giorni di somministrazione, il 67% degli odontoiatri ha indicato 7 giorni, mentre il 30% ha riportato 10 giorni.
Sebbene il 98% di coloro che hanno risposto mostri preoccupazione per la crescita delle antibiotico-resistenze, solo il 15% di essi è consapevole dei protocolli di somministrazione. Pertanto, sono strettamente necessari programmi di educazione per aumentare la conoscenza sulle antibiotico-resistenze e sulla diagnosi dei patogeni presenti per la scelta dell'antibiotico corretto.
In conclusione, la prescrizione secondo le linee guida è adeguata in caso di infezioni diffuse indotte da ascessi, avulsioni ed endocardite batterica.
Bisogna sottolineare che la terapia primaria dell'ascesso cutaneo da stafilococco è il drenaggio; inoltre, per drenare ascessi delle dimensioni inferiori a 5 cm, la terapia antibiotica è controindicata; al contrario, nel caso ci si trovi di fronte ad ascessi più estesi, a celluliti o a pazienti con patologie sistemiche, la terapia antibiotica è fondamentale.
Il problema legato alle infezioni staffilococciche ricorrenti è dovuto alla capacità di persistenza del patogeno sulla cute e sulla mucosa, dall'alta trasmissibilità e alla persistenza nell'ambiente.
Per quanto concerne le osteomeliti, queste possono invece essere gestite in maniera ottimale con una terapia orale della durata di 3-4 settimane, o con una terapia parenterale, laddove l'eziologia batterica sia provata, il decorso semplice, l'adesione alla terapia orale altamente tranquilla e il patogeno suscettibile in vitro a un agente biocompatibile e tollerabile. Non possono rientrare nelle ostiomeliti trattate con terapia orale quelle che frequentemente risultano complicate da trombosi e necrosi.
Nel caso di infezioni da rickettsia, l'unico trattamento efficace è la terapia con doxiciclina, la quale è fondamentale anche per le infezioni da *Borrelia burgdorferi*. Tuttavia, in pazienti al di sotto dei 3 anni bisogna prestare attenzione nell'utilizzo delle tetracicline per via delle discolorazioni dentali durante il periodo di calcificazione della corona, poiché queste legano il calcio. Sebbene non vi siano casi di discolorazioni conseguenti a terapie della durata di 7-10 giorni, è buona norma prestare la massima precauzione nella somministrazione.
I macrolidi sono necessari per il trattamento di molti neonati con infezione da *Chlamydia trachomatis* e per il trattamento o la profilassi di *Bordetella pertussis*. L'eritromicina somministrata a 200 neonati di circa due settimane di vita, esposti a lavoratori nel campo sanitario con pertosse, è associata a casi di stenosi pilorica ipertrofica idiopatica, poiché la struttura del macrolide è un agonista dei recettori motori. L'azitromicina quando indicata deve essere tuttavia prescritta facendo estrema attenzione al di sotto delle 6 settimane di vita.
Non mancano gli aspetti relativi alle reazioni avverse spesso associate agli antibiotici e in particolare i betalattamici, i quali sono spesso correlati a reazioni di ipersensibilità.
Una risposta avversa è definita come risposta nociva, non voluta e che incorre a dosi utilizzate per profilassi, diagnosi o terapia; viceversa, si definisce "allergica" una reazione che coinvolge il sistema immunitario.
Tra i bambini inseriti in studi prospettici, l'incidenza di risposte avverse si attesta tra lo 0,75% e il 4,5%. Le basi fisiopatologiche delle reazioni allergiche sono sconosciute.
Eventi allergici possono anche essere correlati ad agenti infettivi piuttosto che ai farmaci stessi. Il rush che appare quando si somministra amoxicillina ai pazienti con EBV è comune nei bambini. È possibile che sia la stessa infezione a indurre lo stato infiammatorio, che aumenta l'attivazione delle cellule T e inizia la reazione immunologica.
Riguardo alla diagnosi di reazioni di ipersensibilità, l'ENDA (European Network for Drug Allergy) e l'EAACI (European Academy of Allergy and Clinical Immunology) hanno messo a punto un questionario molto utile per raccogliere dati anamnestici.
Nel caso in cui un paziente risulti allergico a un farmaco, ma abbia bisogno di questo, la desensibilizzazione è il solo modo per reintrodurre il farmaco colpevole.
La desensibilizzazione è definita come l'induzione di uno stato di tolleranza temporaneo nei confronti di una sostanza responsabile di una reazione di ipersensibilità, e questo stato può essere mantenuto continuandone la somministrazione. Ciò talvolta risulta fondamentale, laddove il farmaco sia indispensabile per la terapia ottimale.
La desensibilizzazione è ottenuta somministrando dosi crescenti del farmaco colpevole per un breve periodo (da alcune ore a pochi giorni), per via orale quando possibile, finchè la dose terapeutica cumulativa è raggiunta e tollerata.
È assolutamente controindicata nel caso di pazienti con gravi esperienze, con reazioni immunocitotossiche pericolose per la vita o in pazienti con malattie cutanee bollose.
Gli antibiotici, inoltre, possono essere considerati fattori di rischio per carie ed erosioni se usati frequentemente per via del contenuto di zuccheri, dell'alta acidità titolabile, del pH al di sotto del valore critico e per via dell'alta viscosità. In uno studio sono state prese in esame 29 repliche di antibiotici, analizzati per la concentrazione di zuccheri e sorbitolo tramite cromatografia liquida ad alta prestazione. Per mezzo di un pHmetro digitale è stato misurato il pH; l'acidità titolabile è stata determinata in triplice copia, utilizzando lo stesso pHmetro tramite graduale aggiunta di 0,1 N di idrossido di sodio, fino al pH 7. La viscosità è stata misurata tramite un viscosimetro, e infine le performance degli antibiotici sono state valutate utilizzando il metodo DEA.
Il saccarosio è risultato essere presente in 24 antibiotici, mentre solo uno conteneva sorbitolo. Ventisette antibiotici presentavano valori di pH compresi tra 4,1 e 6,9, e 15 mostravano un pH al di sotto del valore critico per la dissoluzione dell'idrossiapatite. Due medicinali – nella fattispecie Klaricid 50 mg e Zimat 250 mg – mostravano un alto potere di dissoluzione dello smalto dentale.
Full text e dati statistici disponibili su richiesta.

Numero Verde
800.328.323

L'importanza della visita orale per la diagnosi precoce della celiachia nei bambini

Revisione letteratura prof. Luca Viganò

La celiachia (CD) è una malattia sistemica immuno-mediata causata dall'ingestione di glutine presenti nel frumento, segale e orzo. Colpisce circa l'1% dei bambini, ma il 90% dei casi si stima rimanere non diagnosticato. La CD si presenta classicamente con manifestazioni gastrointestinali come diarrea, gonfiore addominale, perdita di peso e dolori addominali, ma ha caratteristiche extra-intestinali (tra cui manifestazioni orali e dentali).
Di recente l'European Paediatric Gastroenterology Epatologia e Nutrizione (ESPGHAN) ha descritto i nuovi orientamenti semplificando il percorso diagnostico per la diagnosi rapida di CD (elenco disponibile a richiesta per i soci AIRO).
La gestione del paziente comporta il rispetto rigoroso di una dieta priva di glutine, che dovrebbe portare alla risoluzione dei sintomi, il recupero della mucosa intestinale e la prevenzione delle complicanze a lungo termine ad essa associate.
Questo articolo si propone di descrivere la CD, informare circa le recenti modifiche al percorso diagnostico ed evidenziare le manifestazioni orali e dentali della condizione patologica, al fine di dotare i dentisti e gli igienisti degli strumenti per favorire la diagnosi precoce e l'inizio del trattamento per i bambini affetti da CD.
Le caratteristiche cliniche della CD sono state accuratamente descritte già nel 1887 da Samuel Gee. Il ruolo della farina di frumento e della segale nel causare CD è stato formulato da William Dicke, un pediatra olandese, nel 1940. Il concetto di una dieta priva di glutine (GFD) come trattamento per CD è stato messo a punto dopo aver osservato che un miglioramento dei sintomi si è verificato nel pazienti celiaci durante la Seconda guerra mondiale, quando è stato ridotto il consumo di grano. La proteina del glutine in frumento, orzo e segale è stata successivamente identificata come l'agente causale per CD. Negli ultimi due decenni, la comprensione della CD è cambiata, passando da una enteropatia rara a una enteropatia sempre più frequente (prevalenza di 1 su 2500 a 3000 bambini).
Gli specialisti del cavo orale, odontoiatri e igienisti, hanno contatti regolari con i bambini, questo permette loro di essere in prima linea nella diagnosi della celiachia.
Quando si sospetta la presenza di CD, i professionisti del dentale devono mettersi in contatto con il medico di medicina generale per organizzare lo screening per la celiachia. La sierologia positiva (elenco esami disponibili a richiesta) richiederà l'invio del paziente a un gastroenterologo pediatrico per confermare la diagnosi.
I bambini devono continuare a essere seguiti dal pediatra o dal gastroenterologo pediatrico, inizialmente a intervalli mensili 3-6 mesi, poi annualmente. I piccoli pazienti saranno ripetutamente valutati durante la crescita e lo sviluppo, l'utilizzo di una dieta priva di glutine è fondamentale, come la diagnosi precoce e altre associazioni autoimmuni quali il diabete e l'ipotiroidismo spesso associate. La diagnosi precoce e il lavoro del nutrizionista hanno un valore inestimabile soprattutto per spiegare il ruolo della dieta priva di glutine nella gestione del CD.

Valutazioni orali

Nei pazienti affetti da celiachia le manifestazioni orali e dentali possono anticipare la diagnosi definitiva. Difetti dello smalto dentale, eruzione ritardata dei denti, ulcere aftose ricorrenti (RAU) sono manifestazioni ben note nei pazienti affetti da CD. I bambini con CD hanno una maggiore prevalenza di aftosi cronica che può causare notevole disagio e ostacolare l'efficacia delle misure quotidiane di igiene orale. I dentisti e gli igienisti hanno contatti regolari con i bambini e quindi la visita dal specialistica è fondamentale per porre il sospetto di CD.
La prevalenza complessiva di difetti dello smalto dentale in pazienti CD con dentizione mista o permanente varia dal 9,5% al 95,9% (media 51,1 %); la prevalenza nella dentizione decidua è del 5,8% al 13,3% (media 9,6%). Uno studio italiano, che ha valutato 166 pazienti tra i 2 ei 17 anni di età, ha riferito la prevalenza di afte ricorrenti nel 69% nei pazienti con CD.
Le manifestazioni dentali e orali specifiche di CD sono ormai sempre più riconosciute e comprendono:

- difetti dello smalto dentale;
- eruzione ritardata dei denti;
- carie dentale;
- aftosi cronica;
- manifestazioni orali di dermatite erpetiforme;
- cheilite angolare;
- glossite atrofica.

Nello specifico altre manifestazioni i orali/periorali, come la glossite atrofica e la cheilite angolare, possono sorgere come fattore secondario allo sviluppo di carenze nutrizionali o anemia in associazione con la CD.
La glossite atrofica si pone come secondaria alla atrofia selettiva delle papille filiformi, conseguente alla comparsa clinica di una lingua liscia lucida, ed è stata segnalata come la prima manifestazione orale.
Concludendo, la CD è una condizione permanente causata da una reazione immunitaria mediata all'ingestione del glutine. Il miglioramento della sensibilità e la specificità degli screening sierologici oltre la maggiore consapevolezza della condizione hanno indotto una migliore identificazione della malattia. Le linee guida ESPGHAN riviste dovrebbero semplificare il percorso diagnostico e consentire una diagnosi più rapida dei CD nei bambini. I dentisti e gli igienisti dovrebbero essere consapevoli delle manifestazioni orali di CD al fine di porre una diagnosi precoce.
Full text disponibile su richiesta.