

RO

RASSEGNA ODONTOIATRICA

2

FEBBRAIO 2010

IMPLANTOLOGIA

RISULTATI A UN ANNO DELLA RIABILITAZIONE DELLA MASCELLA CON RIASSORBIMENTO A LAMA DI COLTELLO MEDIANTE IMPIANTI A DIAMETRO RIDOTTO

Sinossi dell'articolo del Prof. P. Balleri, Dr. M. Ferrari e Dr. M. Veltri
A cura del direttore scientifico Dr.ssa Nicoletta Iori

La riabilitazione della mascella edentula con protesi impianto-supportata è una procedura efficace con 15 anni di follow-up documentato (Jemt & Johansson 2006). Per una valida prognosi del trattamento implantare, è necessario che sia presente almeno 1mm di osso intorno ad ogni impianto (Lekholm et al 1986). Comunque un edentulismo mascellare di vecchia data potrebbe generare un grave riassorbimento osseo, non permettendo in questo modo la realizzazione di questa condizione intorno agli impianti di diametro e lunghezza standard. In questi casi, è stata proposta la tecnica degli innesti ossei. È ovvio che le procedure di innesto sono più complesse sia per il paziente che per il medico. In questi casi, si verifica infatti un aumento di morbilità ed è necessario un tempo di trattamento maggiore. Va considerato anche l'aumento del tasso di fallimento per gli impianti posizionati nell'osso innestato rispetto ai trattamenti convenzionali (Esposito et al 1998). Gli impianti più stretti e più corti possono essere posizionati anche nelle creste ossee a lama di coltello se l'esposizione di alcune spire dell'impianto viene accettata come compromesso. È stato osservato da Lekholm et al. (1996) che l'esposizione di alcune spire al momento dell'inserimento non porta all'aumento di perdita di osso dopo 5 anni di carico; quindi, si è arrivati alla conclusione che in questi casi, le procedure d'innesto d'osso potrebbero essere non necessarie. Inoltre, l'uso di impianti con superficie mediamente ruvida potrebbe migliorare la prognosi di questo trattamento. Infatti, queste superfici stimolano la risposta di osso nelle situazioni marginali dove gli impianti sono posizionati in volumi di osso ridotti. I risultati degli esperimenti su animali suggeriscono che il de-

sign dell'impianto e la superficie hanno un effetto sulla rigenerazione di osso negli impianti con deiscenza (Rasmusson et al. 2001). Lo studio attuale è stato mirato a valutare il risultato clinico degli impianti con diametro da 3.5mm nel trattamento di pazienti con mascella edentula con altezza di osso adeguata ma larghezza insufficiente (classe IV) (Cawood & Howell 1988).

Materiale e metodi Pazienti

Sono stati inclusi nello studio dodici pazienti con mascella edentula che richiedevano una ricostruzione protesica fissa; l'età media era 58 anni (range 42-74). Il criterio di inclusione è stato considerato il riassorbimento mascellare a lama di coltello con larghezza di osso non >4 mm. Questa condizione è stata definita da Cawood e Howell come atrofia mascellare di classe IV con osso insufficiente al posizionamento di impianti con diametro convenzionale (Cawood & Howell 1988). L'altezza dell'osso è stata valutata sufficiente al posizionamento dell'impianto (Fig.1). I criteri di esclusione sono stati i seguenti: stato di salute compromesso a cui era stato sconsigliato qualunque intervento chirurgico e abitudine di fumo di più di 10 sigarette al giorno.

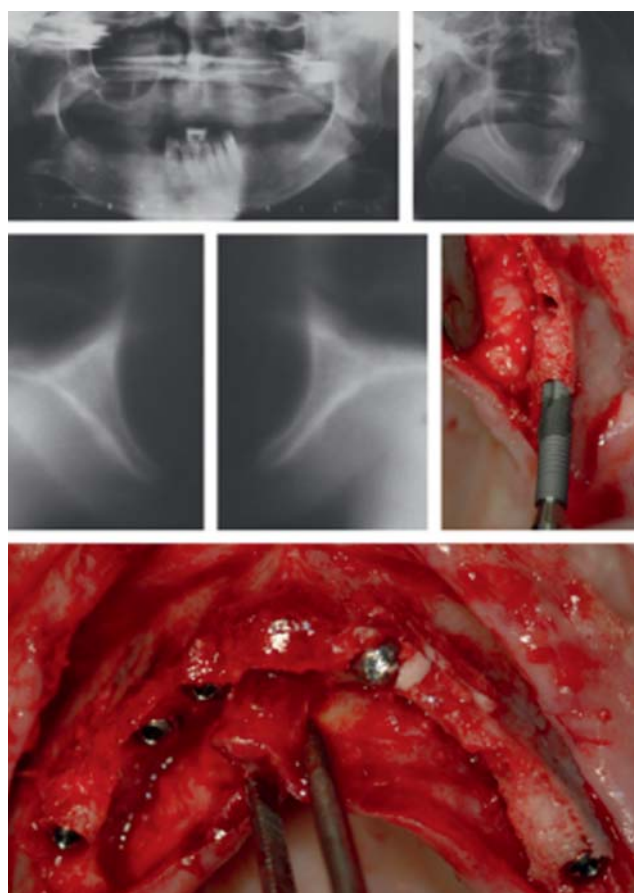


Fig.1 - Radiografie pre-operatorie di un paziente. Le immagini cliniche mostrano la cresta atrofica, le spire dell'impianto esposte sono state coperte con osso autologo.

Procedure protesiche e follow-up

Dopo 6 mesi dalla guarigione, tutti i pazienti sono stati sottoposti ad una seconda fase chirurgica con la connessione degli abutment (UniAbutment 20°, Astra Tech). Tutti i pazienti sono stati riabilitati con una protesi fissa metallo-acrilica usando delle procedure protesiche convenzionali. A 1 anno dal follow-up, sono state riscontrate le seguenti variabili cliniche: assenza di

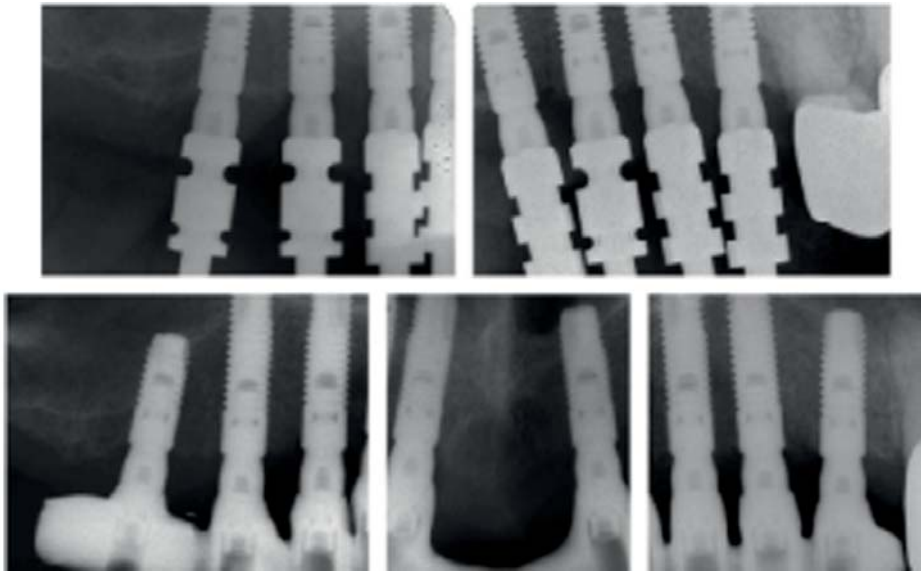


FIG.2 - Esame radiografico al momento della connessione dell'abutment e a 1 anno di carico.

dolore, disagio o infezione associati agli impianti.

Esame radiografico e analisi statistica

Le radiografie intraorali sono state effettuate al momento della connessione dell'abutment e 1 anno dopo (Fig.2).

I livelli di osso crestale sono stati misurati come distanza verticale del punto più coronale della parte verticale dell'impianto dal livello dell'osso (Astrand et al. 2004). La misurazione è stata fatta sul lato distale e mesiale di ogni impianto, ed è stato poi calcolato un valore medio per impianto. Quando il livello di osso è stato visibile solo da un lato dell'impianto, questo valore è stato adottato come valore medio. La perdita di osso durante il periodo dello studio è stata ottenuta sottraendo, per ogni impianto, il livello di osso registrato al momento della connessione con l'abutment con quello dell'anno dopo. La significatività statistica è stata regolata a $\alpha=0.05$.

Risultati

Tutti gli impianti sono stati controllati dopo 1 anno di carico e non si sono verificati fallimenti. Al controllo individuale, tutti gli impianti si sono presentati clinicamente immobili e senza sintomi. Il tasso di sopravvivenza dell'impianto è stato del 100%. La perdita ossea per tutti gli impianti dopo 1 anno di carico è stata (media \pm SD) 0,30 \pm 0.13mm. La distribuzione dei cambia-

menti di osso, calcolati con i pazienti ed impianti come unità, è mostrato nella Tab. 1.

Discussione

Nel presente studio, a 12 pazienti con atrofia mascellare di classe IV sono state ricostruite con successo le protesi fisse sup-

portate da impianti con diametro di 3.5mm. L'uso di un impianto con diametro stretto nella classe di Cawood e Howell IV delle atrofie mascellari, potrebbe essere considerato un'alternativa molto attendibile alle procedure d'innesto osseo. Il riassorbimento di osso, misurato dopo il primo anno di carico, è stato simile a quello precedentemente riportato per gli impianti trattati con diametro stretto inseriti nella mascella con volumi ossei maggiori (Astrand et al. 2004). In conclusione, secondo il clinico, in base alla frequenza della risonanza e a quella radiografica, gli impianti stretti potrebbero essere usati con successo per ricostruire mascelle edentule con atrofia di classe IV di Cawood e Howell. Questa possibilità deve essere considerata nel trattamento pianificato della mascella con questi modelli di riassorbimento, come un'alternativa alle più complesse tecniche d'innesto

Fonte: Astra Tech Dental News 1/2009

Bone loss (mm)	Number of patients	Number of implants
+0,5 to - 0,5	9	53
-0,6 to 1	3	14
1-2	0	5
2-3	0	1

Changes were evaluated both as mean per patient and at each single implant

Tab. 1 Cambiamenti del livello osseo al momento della connessione dell'abutment e a 1 anno di follow-up.

Informazioni

L'articolo è tratto dal Clin. Oral Impl. Res. 19,2008;1069-1073.
 Se desiderate ricevere gratuitamente un reprint dell'articolo, scrivete a:
 Nicoletta.lori@astratech.com

Corso teorico-pratico sul carico immediato

Dr. Marco Cernicchi
Odt. Andrea Pedetta

Colleferro 26 - 03 - 2010

Profilo dei relatori

Dr. Marco Cernicchi, laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria all'Università La Sapienza di Roma nel 1989.

Ha frequentato per quattro anni la Prima Div. Chirurgica e la Seconda Div. di Ortodonzia nell'Ospedale G. Eastman di Roma. Nel 1995 frequenta il Department of Prosthodontics dell'Università di Pittsburgh direttore Carl

E. Misch D.D.S., M.D.S.

Nel 1996 frequenta la University of Pretoria, Faculty of Dentistry, presso il Prof. A.J. Ligthelm,

per aggiornamenti sull'Ortodonzia pre-chirurgica.

È stato relatore di vari Convegni. Ha frequentato nel 1999 il "The Institute for Advanced Dental

Studies for Continuing Education in Clinical Periodontal Surgery and Implantology" di Boston.

Si occupa esclusivamente di parodontologia, implantologia e ortodonzia.

Svolge la libera professione nel suo Centro dove è relatore e promotore di corsi di aggiornamento professionale.

Odt. Andrea Pedetta. Consegue il Diploma di Odontotecnico presso il centro Studi E. Fermi - A. Fleming di Perugia nel 1994.

Dal 1995 ha frequentato numerosi corsi: dal "Trattamento dei metalli" fino ad arrivare al

corso "Estetica in implantologia con materiali estetici".

Si occupa esclusivamente di estetica in protesi fissa e protesi fissa su impianti.

Svolge la libera professione nel suo laboratorio.

Da 1999 in collaborazione con il Dr. Marco Cernicchi segue la progettazione ed esecuzione di protesi implantari a carico immediato.



Sempre più spesso i pazienti chiedono una riabilitazione implantare.

Spesso i lunghi tempi per la riabilitazione sono il maggiore ostacolo all'accettazione del nostro piano di terapia.

Le attuali conoscenze e l'evoluzione delle forme e delle superfici implantari ci possono permettere oggi di eseguire il carico immediato in un sempre maggior numero di casi.

La nuova metodica protesica P.A.D. sviluppata da Sweden & Martina semplifica il carico immediato anche su impianti inclinati.

Verrà eseguito un caso in diretta partendo dalla frase chirurgica dell'inserimento degli impianti fino alla consegna della protesi tipo Toronto.

Si consiglia la presenza dell'odontotecnico.

Programma del corso

8.30 Registrazione Partecipanti

9.00 Dr. Marco Cernicchi

- Scelta del paziente per il carico immediato

Esami diagnostici

Protocollo chirurgico

- Scelta degli impianti e della tecnica di inserimento.

Incisioni o non incisioni?

11.00 Coffee break

11.15 Intervento con inserimento degli impianti e presa dell'impronta (diretta Tv a circuito chiuso)

13.00 Pausa pranzo

14.00 Fasi di laboratorio per la consegna della protesi provvisoria a carico implantare

(Laboratorio)

15.30 Consegna della protesi al paziente (diretta TV a circuito chiuso)

17.00 Coffee break

17.15 Odt. Andrea Pedetta

- Preparazione della dima chirurgica
- Placca di registrazione occlusale
- Porta impronte individuale
- Costruzione della protesi provvisoria a carico implantare

18.30 Fine lavori

Potranno essere presi in esame pazienti da inserire all'interno del corso previa visita, esami RX, modelli e foto.

Modalità di iscrizione

Le iscrizioni dovranno pervenire alla Segreteria Organizzativa e saranno accettate sulla base dell'ordine cronologico di arrivo. Numero max: 20 partecipanti. La quota di iscrizione al corso è:

- Odontoiatri: € 300,00 + IVA
- Odontotecnici: € 200,00 + IVA

Segreteria Organizzativa

Referente: Sig.ra Emanuela
Via Colledoro 37/43
00030 Colleferro (Roma)
Tel. 06.97.70.581
Fax 06.97.70.582
segreteria@smilecenter.it

Fonte: www.sweden-martina.it

INTERVISTA AL DR. SANDRO FABBRO



Dr. Sandro Fabbro

INTRODUZIONE

E' ormai un dato di fatto che in campo implantare la chirurgia guidata al computer sia una pratica clinica consolidata. In che cosa consiste, come si esegue, quali sono i suoi benefici rispetto alle tecniche tradizionali?

Ovvero quali sono le sue caratteristiche specifiche e i passaggi base che questa procedura prevede?

Abbiamo approfondito questo argomento con un esperto in materia, il dottor Sandro Fabbro, libero professionista in Udi-

ne, presidente di CAI Academy (Computer Aided Implantology Academy) e responsabile scientifico del 1° Corso di Perfezionamento in Chirurgia Implantologica Computer Assistita dell'Università di Padova.

Dottor Fabbro, la chirurgia guidata al computer negli ultimi anni si è affermata negli studi dentistici all'avanguardia. In che cosa consiste e quali sono, in base alla sua esperienza, i vantaggi per clinico e paziente?

La chirurgia guidata, che si avvale dell'uso di software 3D, rappresenta un en-

tusiante sviluppo delle tecniche implantologiche. Dall'esame TAC un software elabora i dati in formato DICOM immagazzinati in un CD. Il clinico in questo modo può disporre della ricostruzione tridimensionale in dimensione reale dell'osso del paziente. Dallo stesso software il chirurgo pianifica l'intervento posizionando virtualmente gli impianti direttamente sul proprio computer. I dati vengono così inviati on-line all'unità produttiva che costruisce, con tecnica stereolitografica, una guida chirurgica di alta precisione. Con tale guida il chirurgo trasferisce in bocca al paziente gli impianti così come erano



FOTO 1 - Supporto osseo

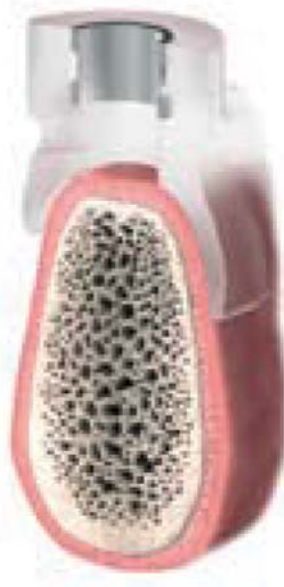


FOTO 2 - Supporto della mucosa



FOTO 3 - Supporto del dente

stati virtualmente pianificati. I vantaggi per il paziente sono significativi. La migliore pianificazione chirurgica, anche e soprattutto in funzione protesica, permette di usare tutto l'osso disponibile, perché valutato in ambiente 3D. Si possono perciò trattare anche pazienti con importanti riassorbimenti ossei senza tecniche di rigenerazione o innesto. Inoltre, con le guide ad appoggio mucoso si esegue la chirurgia senza scollare i lembi, riducendo così la morbilità post-chirurgica.

Allo stato attuale delle conoscenze, qual è il ruolo della chirurgia guidata al computer nella fase di pianificazione e quali dovrebbero essere i passaggi imprescindibili di questa tecnica avanzata?

Il ruolo della chirurgia guidata trova il massimo riscontro nella fase diagnostica e della pianificazione. È significativo il contributo che dà l'analisi del sito osseo in ambiente 3D rispetto a quello tradizionale, soprattutto per una pianificazione protesicamente guidata. I passaggi obbligatori per l'uso corretto della tecnica si muovono su più fronti: la corretta raccolta dei dati TAC, la quale richiede uno stretto contatto con il radiologo, che deve conoscere le procedure di acquisizione delle immagini con la tecnica a singola o a doppia scansione, e le competenze odontotecniche, necessarie per le procedure di costruzione delle guide radiologiche che, acquisite insieme all'osso nell'esame TAC, diverranno guide chirurgiche. Tutto questo deve essere coordinato e gestito dal clinico, al quale è richiesta una solida competenza chirurgica e protesica, riducendo così anche i rischi biomeccanici.

In che modo questo trattamento può essere conveniente dal punto di vista biomeccanico?

La biomeccanica è una scienza fondamentale in protesi dentale e ancor più in implanto-protesi. Sappiamo che la maggior parte dei fallimenti protesici in implantologia sono secondari a errori nel piano di trattamento in sede chirurgica. Impianti posizionati scorrettamente per numero o posizione presuppongono carichi masticatori scorretti con fallimenti protesici di natura meccanica. La chirurgia computer guidata dà la sua massima espressione proprio nella pianificazione

protesicamente guidata che il software permette.

Esiste la possibilità di applicare la chirurgia assistita al computer anche in situazioni con tempi di carico ridotti, come nel caso del carico immediato?

La tecnica del carico immediato è ormai una realtà clinica e la chirurgia computerizzata, ottimizzando la posizione degli impianti, a maggior ragione può migliorare l'efficacia. Restano saldi fondamenti la stabilità primaria dell'impianto e la caratteristica del carico, come peraltro già avviene in implantologia.

Lei è responsabile scientifico del 1° Corso di Perfezionamento in Chirurgia Implantologica Computer Assistita presso l'Università di Padova. Che tipo di formazione è necessaria per svolgere la chirurgia guidata al computer e per che cosa si distingue il corso di perfezionamento creato dall'Università di Padova, unico nel suo genere nel panorama italiano?

Questo corso si distingue per il semplice fatto di esistere perché è l'unico in Italia e probabilmente in Europa. La grande qualità è strettamente legata all'attività clinica che viene svolta. I corsisti, ai quali è richiesta un'esperienza implantologica, eseguono su pazienti la chirurgia guidata dopo aver pianificato essi stessi la chirurgia, seguiti dai tutor responsabili.

Fonte: Astra Tech Dental News 2/2009



Sio - Società Italiana di Implantologia Osteointegrata

La Sio è una Associazione scientifica senza finalità di lucro. La società ha lo scopo di favorire il progresso scientifico e lo sviluppo applicativo dei trattamenti riabilitativi in ambito oromaxillo-facciale che utilizzano impianti osteointegrati.

Ciò viene perseguito attraverso il sostegno alla ricerca scientifica, l'organizzazione di attività di formazione, di linee guida per l'attività professionale, la sensibilizzazione della popolazione mediante la divulgazione d'informazioni scientificamente corrette. La Società, per il raggiungimento di queste finalità, favorisce tutte le possibili cooperazioni con istituzioni pubbliche o private, nazionali ed internazionali. La Sio non ha finalità commerciali o di lucro.

I Soci Attivi hanno diritto a:

- partecipare all'Assemblea dei Soci Attivi con diritto di voto per le elezioni
- partecipare al Congresso Internazionale SIO
- partecipare al Corso di Aggiornamento per i Soci Attivi
- partecipare alle altre manifestazioni culturali organizzate durante tutto l'anno
- a ricevere la rivista trimestrale "Implantologia, la rivista per il Clinico" Quintessenza Edizioni (in Italiano) ed avere sconti sulle altre riviste Quintessenza
- Sconti sui libri e riviste editi da Elsevier Srl

I Soci Ordinari hanno diritto a:

- partecipare gratuitamente al Congresso Annuale
- alle manifestazioni culturali organizzate dalla Società durante tutto l'anno in corso
- a ricevere la rivista trimestrale "Implantologia, la rivista per il Clinico" Quintessenza Edizioni (in Italiano).

Consiglio Direttivo SIO annualità 2009-2010

Presidente Giuseppe Luongo

Presidente Eletto Eugenio Romeo
Vice Presidente Luigi Guida
Tesoriere Rosario Di Raimondo
Consiglieri Carlo Mangano, Andrea Parpaiola
Segretario Luigi Galasso

Commissione Scientifica - annualità 2009-2010

Presidente: Leonardo Trombelli
Segretario: Cristiano Tomasi
Consigliere: Matteo Chiapasco

Commissione Accettazione Soci Attivi - annualità 2009-2010

Presidente: Giorgio Vogel
Segretario: Enzo Vaia
Consigliere: Denis Cecchinato

Collegio Revisori dei Conti - annualità 2009-2010

Presidente: Paolo Dellacasa
Segretario: Paolo Filippini
Consigliere: Roberto Marra

Commissione Probi Viri - annualità 2009-2010

Presidente: Giorgio Vogel
Segretario: Adriano Piattelli
Consigliere: Cesare Brusotti

Segreteria

Via Marchesi 26 D - 43100 PARMA
 Tel. 0521 290191 - Fax 0521 291314
 Dr. Franco Aiello - sio@mvcongressi.it -
mvcongressi.it - email: info@osteointegrazione.it

Fonte: www.osteointegrazione.it