

RO

RASSEGNA ODONTOIATRICA

5
LUGLIO 2010

IMPLANTOLOGIA

LE ALTERAZIONI OSSEE DI IMPIANTI POSIZIONATI NELLE ZONE POSTERIORI DELLA DENTIZIONE: RISULTATI DELLA GUARIGIONE CON TECNICA SOMMERSA VS NON SOMMERSA.

Studio clinico randomizzato controllato multicentrico della durata di 5 anni, sinossi dell'articolo dei D.ri Cecchinato, F.Bengazi, G. Balsi, D. Botticelli, I. Cardarelli, F.Gualini a cura della Dr.ssa Nicoletta Iori.

Sul numero di aprile del Clinical Oral Implants Research è stata presentata una Short Communication, di cui di seguito un estratto, che mostra i dati a 5 anni di un importante lavoro pubblicato da D. Cecchinato e altri sul Journal of Clinical Periodontology nel 2004.

Le alterazioni ossee di impianti posizionati nelle zone posteriori della dentizione: risultati della guarigione con tecnica sommersa vs non sommersa. Studio clinico randomizzato controllato multicentrico della durata di 5 anni

Traduzione a cura della Dr.ssa N. Iori

Obiettivo:

Determinare se il cambiamento di osso marginale conseguente all'inserimento di impianti Astra Tech nella parte posteriore della dentizione è stato influenzato dalle condizioni di guarigione verificatisi a seguito del posizionamento dell'impianto, sia nel caso della guarigione sommersa sia in quella non-sommersa.

Materiale e metodi:

Nello studio sono stati esaminati 84 pazienti e 115 protesi parziali fisse (FPD). I casi sono stati randomizzati in 2 gruppi: impianti inizialmente non-sommersi (gruppo A) o impianti inizialmente sommersi (gruppo B). Sono stati inseriti 324 impianti (gruppo A = 153; gruppo B = 171): 145 nella mascella e 179 nella mandibola. Le radiografie dei siti implantari sono state effettuate all'inserimento delle protesi parziali fisse (baseline) e successivamente ogni 12 mesi. Nelle radiografie è stata determina-

ta la posizione dell'osso marginale rispetto alla parte mesiale e distale degli impianti ed è stato calcolato nel tempo il cambiamento, di tipo radiografico, del livello di osso.

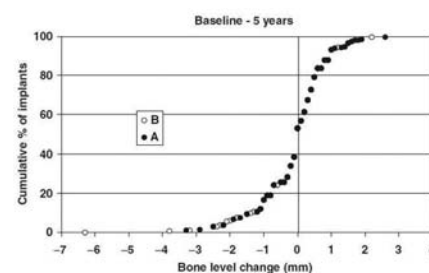
Risultati:

Sette impianti non si sono integrati durante il periodo di guarigione (quattro nel gruppo A e tre nel gruppo B). Durante i 5 anni di monitoraggio, 3 impianti sono stati rimossi e 35 impianti sono andati persi durante il follow-up (drop out). L'alterazione di tipo radiografico del livello di osso che si è verificata durante il primo anno è stata $0,02 \pm 0,38$ mm nel gruppo A e $0,17 \pm 0,51$ mm nel gruppo B. Durante i successivi 4 anni si è verificata un'ulteriore perdita di osso nel gruppo B ($0,02 \pm 0,62$ mm), mentre nel gruppo A c'è stato un guadagno di osso ($0,07 \pm 0,5$ mm).

Conclusione:

Il cambiamento del livello di osso perimplantare e il numero di complicanze biologiche che hanno avuto luogo durante i 5 anni di follow up sono state minime e non correlate al protocollo chirurgico usato per il posizionamento dell'impianto.

È riconosciuto che l'osseointegrazione (Abrahamsson ed altri 1996, 1999) può verificarsi negli impianti con superficie liscia o modificata, ed è possibile ottenere risultati di lungo termine dalla terapia implantare sia con impianti ad un pezzo unico che con impianti formati da due pezzi, quindi con impianti posizionati sia secondo protocolli di installazione non-sommersi sia sommersi (per un approfondimento vedi Cochran 1996; Esposito ed altri 1998a,



1998b). Cecchinato ed altri (2004) hanno riportato che un'osteointegrazione di successo può essere ottenuta con gli impianti Astra Tech sia non-sommersi che sommersi. Così, indipendentemente dal protocollo chirurgico usato, gli impianti posizionati nella mascella e nella mandibola posteriore hanno mostrato, a livello radiografico, soltanto una piccola perdita di osso durante il primo anno di funzione. Inoltre, anche durante il secondo anno, le ulteriori perdite di osso riscontrate nei due gruppi di trattamento sono state marginali e clinicamente insignificanti. La presente comunicazione descrive i risultati a 5 anni tenendo presenti le complicazioni biologiche e tecniche dell'impianto inserito nel soggetto campione descritto da Cecchinato ed altri (2004).

Materiale e metodi:

84 pazienti e 115 protesi parziali fisse (FPD) sono entrate in questo studio prospettico, randomizzato, controllato e multicentrico. Per la selezione randomizzata dei soggetti, è stato scelto e gestito attraverso un monitor centrale all'Università di Göteborg, un programma apposito, basato su blocchi bilanciati selezionati a caso. La tecnica chirurgica usata per l'installazione dell'impianto ha seguito il protocollo del sistema implantare Astra Tech (Astra Tech

Table 1. Reasons for loss of implants^{ns}

| | Number of implants (groups A/B) | Number of implants (groups A/B) | | |
|----------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------|-----------|
| | | Failure | Lost to follow-up | Deceased* |
| At implant placement | 324 (153/171) | | | |
| At FPD placement | 321 (152/169) | 7† ((4/3) | | |
| At follow-up | | | | |
| 1 year | 319 (152/167) | | 2 (0/2) | |
| 2 years | 319 (152/167) | | | |
| 5 years | 283 (139/144) | 3 (2/1)§ | 22 (9/13) | 11 (2/9) |

*Three patients.
 †Four of the seven failures were replaced before FPD placement/baseline.
 §The implant was (i) removed because of progressive peri-implantitis, (ii) in position 47, and (iii) the distal abutment to a three-unit bridge.
 FPD, fixed partial dentures.

Table 2. Reasons for loss of FPDs

| | Number of FPDs (groups A/B) | Number of FPDs (groups A/B) | | |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------|-----------|
| | | Failure | Lost to follow-up | Deceased* |
| At FPD placement | 115 (55/60) | | | |
| At follow-up | | | | |
| 1 year | 114 (55/59) | | 1 (0/1) | |
| 2 years | 114 (55/59) | | | |
| 5 years | 102 (50/52) | 2† (1/1) | 6 (3/3) | 4 (1/3) |

*Three patients.
 †One FPD remained in function supported by two remaining implants (group B).
 FPD, fixed partial dentures.

AB, Molndal, Svezia). Nel gruppo A è stato usato un protocollo di installazione one-stage (impianto+abutment; guarigione non-sommersa), mentre nel gruppo B, prima sono stati sommersi gli impianti e, in una seconda fase chirurgica, sono stati inseriti gli abutment, dopo 3 mesi (mandibola) o 6 mesi (mascella) di guarigione. Sono stati installati 324 impianti (153 nel gruppo A e 171 nel gruppo B): 145 nella mascella e 179 nella mandibola. La terapia protesica è iniziata 3 mesi (mandibola) e 6 mesi (mascella) dopo l'installazione dell'impianto. Subito dopo il posizionamento del ponte fisso parziale (baseline) ed una volta all'anno per 5 anni, sono stati eseguiti gli esami clinici e fatte le radiografie – nel modo standard – per ogni sito implantare. Nelle radiografie, il livello di osso marginale (in relazione a un punto di riferimento fisso presente sull'impianto) e l'alterazione dello stesso nella parte mesiale e distale sono stati analizzati da un esaminatore indipendente. Sono stati calcolati i valori medi che descrivono il cambiamento di livello di osso usando il paziente come unità statistica. Se ad un paziente è stata effettuata una ricostruzione con più di un FPD, il paziente ha potuto contribuire con un solo valore medio del livello osseo per ciascuno dei due gruppi (A/B). I dettagli sulla gestione dei dati sono stati presentati da Cecchinato ed altri (2004).

| | Group A | Group B |
|-----------|--------------------|-------------|
| BL-year 1 | 0.02 ± 0.38 | 0.18 ± 0.51 |
| years 1-5 | +0.07 ± 0.5 | 0.02 ± 0.62 |

The patient was used as the statistical unit.
 Numbers in bold indicate gain of the peri-implant bone level.

Table 3. Peri-implant[†] bone level change (mm) that occurred in groups A and B between baseline (BL) and 1 year, and between 1 and 5 years

Risultati e conclusione:

Le tabelle 1 e 2 presentano le cause di perdita di impianti e di ponti fissi parziali. Sette impianti (quattro nel gruppo A e tre nel gruppo B) non si sono integrati (fallimenti immediati). Durante i 5 anni di follow-up sono andati persi altri tre impianti. Due impianti si sono persi a seguito di frattura (un paziente nel gruppo A), e conseguentemente anche la protesi è andata persa. Un impianto è stato rimosso a causa di perimplantite e perdita avanzata di osso avvenuta nel gruppo B (abutment distale in un ponte di tre unità in un paziente che ha presentato perdita di denti naturali a causa di carie). Il ponte non è stato rimosso ma è rimasto in funzione sostenuto dai due impianti rimanenti. Durante i 5 anni di controllo, 35 impianti (11 ponti parziali fissi) sono stati persi per drop out; 11 di questi impianti (quattro ponti fissi parziali) erano stati inseriti in tre pazienti che sono morti durante il quinto anno di follow up. La tabella 3 descrive il cambiamento medio del livello di osso verificatosi nei casi di impianti rimasti in loco tra la baseline e 1 anno e tra 1 e 5 anni. Sia i casi nel gruppo A che nel gruppo B hanno dimostrato perdita di osso peri-implantare durante il periodo di osservazione. Durante il primo anno la perdita di osso è risultata essere 0,02±0.38mm nel gruppo A e 0,18±0.51mm nel gruppo B. Dopo altri 4 anni di funzione si è verificato un guadagno di osso nel gruppo A (0,07 ±0.5mm), mentre gli impianti nel gruppo B hanno mostrato una riduzione del livello di osso peri-implantare (0,02±0.62mm). La differenza tra i gruppi in relazione al cambiamento di livello di osso non è stata statisticamente significativa. La Figura 1 presenta la distribuzione cumulativa di impianti che hanno presentato cambiamenti dei livelli ossei dalla baseline a 5 anni. Nel gruppo A il cambiamento del livello di osso è variato da una perdita di 3.3mm a un

guadagno di 2.6mm, e nel gruppo B da una perdita di 6.3mm a un guadagno di 2.2mm. Solo in 16 impianti (quattro nel gruppo A e 12 nel gruppo B) si è verificata una perdita di osso >2 mm durante i 5 anni. Oltre alle due fratture dell'impianto (riportati come fallimenti nella Tavola 1), si sono verificate 10 fratture di viti del ponte (in cinque pazienti). In più, otto corone (di 5 pazienti) sono state rifatte. Il presente studio clinico randomizzato controllato ha dimostrato che il numero di impianti persi, la quantità di perdita di osso peri-implantare così come il numero di complicazioni tecniche verificatisi durante i 5 anni di osservazione sono stati minimi e non sono mutati nelle 2 modalità di trattamento.

Informazioni:

L'articolo dei D.ri D. Cecchinato, F. Bengazi, G. Blasi, D. Botticelli, J. Cardarelli, F. Gualini, è tratto dal Clinical Oral Implants Research 10.III/j.1600-0501.2007.01493.X.

FONTE : Astra Tech 03 - 2008

Corso di implantologia chirurgica e protesica

Dott. Marco Csonka

8 e 9 ottobre 2010
5 e 6 novembre 2010
3 e 4 dicembre 2010
28 e 29 gennaio 2011

PALERMO
C.I.S.M.O. - Centro Italiano di Studi
di Medicina e Odontoiatria

Via Principe di Paternò, 172
90145 Palermo
Tel. 091300651

Profilo del relatore



*Dott. Marco Csonka
Laureato in Odontoiatria nel 1994.
Specializzato in
Chirurgia orale
ed Implantologia
presso la New York
University nel 1997.
Perfezionato in
tecniche chirurgiche
implantari avanzate*

*presso la U-Conn University.
Membro attivo della North American
Association of Oral and Maxillo-Facial
Implants. Tutor della New York University
per l'International Postgraduate Program.
Autore di numerose pubblicazioni scien-
tifiche e coordinatore per l'Europa del
comitato di studi clinici sui fattori di cresci-
ta ossea in implantologia. Ideatore della
metodica implantoprotesica "Simple".*

Programma scientifico:

1° INCONTRO

- **VENERDÌ 8 OTTOBRE 2010**

- Presentazione del corso
- L'Implantologia protesicamente guidata
- Lo studio prechirurgico del caso implantologico: la vera chiave di successo in implantologia
- Breve storia dell'implantologia; cosa dob-

biamo imparare dall'esperienza dei primi pionieri?

- Dubbi e certezze in implantologia osteointegrata oggi
- La bio-fisiologia del tessuto osseo e l'osteointegrazione
- Come ridurre al minimo i fallimenti in implantologia

2° INCONTRO

- **SABATO 9 OTTOBRE 2010**

- La radiologia in chirurgia orale e implantologica
- La lettura della T.C. Dentascan
- La Ceratura Diagnostica in Implantologia
- Le dime chirurgiche e radiologiche; principi biomeccanici di costruzione e loro utilizzo clinico
- La pianificazione implantologica TAC guidata
- Esercitazione pratica con TAC, lucidi, modelli e dime chirurgiche

3° INCONTRO

- **VENERDÌ 5 NOVEMBRE 2010**

- Anatomia Chirurgica del distretto maxillo-facciale
- Il disegno dei lembi in chirurgia orale ed in implantologia
- Lembi a spessore totale e parziale
- Tecniche di rilasciamento e passivazione dei lembi
- Lembi a scorrimento coronale
- Innesti liberi di connettivo: tecnica di prelievo semplificata
- Le suture; caratteristiche merceologiche e tecniche di sutura
- Preparazione e mantenimento dei piani sterili; i kit chirurgici
- Esercitazione pratica di chirurgia mucogengivale su teste di maiale (ogni partecipante effettuerà, su teste fresche di maiale, incisioni e scollamenti a spessore totale e a spessore parziale, il rilasciamento periostale di un lembo trapezoidale, il prelievo di tessuto connettivo dal palato, un innesto libero di connettivo su letto gengivale preparato a spessore parziale, suture a punti staccati, materassaio

incavigliato, criss-cross su innesti liberi, suture continue)

4° INCONTRO

- **SABATO 6 NOVEMBRE 2010**

- La guarigione degli alveoli postestrattivi; quando intervenire?
- Postestrattivi immediati e dilazionati
- Considerazioni estetiche per gli impianti della regione anteriore
- Langer Technique, innesti connettivali
- Preservazione e rigenerazione delle papille in implantologia
- Protocolli operativi per l'ottimizzazione estetica
- I piccoli e medi difetti ossei in implantologia; classificazione e protocolli operativi
- La rigenerazione ossea guidata sotto membrane (GBR); principi biologici ed applicazioni cliniche
- Proiezione di video ad alta risoluzione e discussione

5° INCONTRO

- **VENERDÌ 3 DICEMBRE 2010**

- La Chirurgia Ossea; principi biologici e tecniche chirurgiche
- La preparazione atraumatica e progressiva del sito implantare
- Tecniche chirurgiche per gli impianti nel mascellare superiore
- Tecniche chirurgiche per gli impianti nella mandibola
- Le "quattro zone" in Implantologia
- Esercitazione pratica di chirurgia ossea su simulatori chirurgici (ogni partecipante inserirà almeno 8 impianti in titanio usando dei veri kit implantologici con dime chirurgiche appositamente preparate, manipoli e motori implantologici)

6° INCONTRO

- **SABATO 4 DICEMBRE 2010**

- Complicanze frequenti e remote in chirurgia implantologia; loro prevenzione e trattamento; Impianti e seno mascellare, Impianti e nervo mandibolare
- Lo studio prechirurgico dei casi complessi
- Moderata espansione di cresta con gli

osteotomi

- Cenni di implantologia avanzata (Split Crest; Grandi rialzi di seno; innesti a blocco)
- Intercettazione delle difficoltà chirurgiche, protesiche ed estetiche del caso
- Ceratura diagnostica tridimensionale e costruzione della dima chirurgica nei casi complessi

7° INCONTRO

- **VENERDÌ 28 GENNAIO 2011**

(si consiglia di portare il proprio odontotecnico)

- L' implantologia protesicamente guidata; principi bio-meccanici e pianificazione del piano di trattamento
- Il concetto di piano di trattamento individualizzato
- Le fasi protesiche tra studio e laboratorio (ceratura diagnostica, dima chirurgica, provvisori, fresatura dei monconi in titanio, fusione e passivazione delle strutture, prova dei monconi, prove estetiche e funzionali)
- Le protesi fisse implantosupportate
- Overdentures su impianti
- Le nuove "Toronto Bridge"
- La Tecnica "SIMPLE": meglio in meno tempo

8° INCONTRO

- **SABATO 29 GENNAIO 2011**

- Quando caricare gli impianti? Carico standard, carico precoce, carico immediato e carico individuale
- Protocollo Protesico Semplificato
- La fase di scopertura degli impianti; lembi vs mucotomi
- La presa dell'impronta di precisione
- Domande e considerazioni finali
- Esercitazione pratica con simulatori protesici (ogni partecipante prenderà delle impronte su simulatori appositamente realizzati con cucchiai individuali forati utilizzando almeno 8 veri transfert da impronta, monterà gli analoghi, colerà un modello, proverà i monconi e le strutture completando tutte le fasi protesiche relative a un elemento singolo, un ponte su tre impianti e una overdenture su barra con attacchi)

Struttura del corso

Il corso è suddiviso in otto giornate, e ha lo scopo di guidare il partecipante all'apprendimento della scienza implantologica

chirurgica e protesica, mettendolo in grado di utilizzare da subito le numerose nozioni teoriche imparate e le abilità manuali ottenute durante le esercitazioni pratiche.

A tal fine, il corso si avvarrà dei seguenti strumenti didattici:

- Lezioni teoriche, durante le quali saranno ampiamente discussi i principali temi dell'implantologia, partendo dalle prime esperienze dei pionieri fino ad arrivare alle applicazioni più futuristiche dell'implantologia, come l'utilizzo clinico dei fattori di crescita. Il corsista, a conclusione dell'iter didattico, avrà una completa for-



mazione chirurgica e protesica, adatta a pianificare e risolvere con successo i casi clinici che gli si presenteranno.

- Esercitazioni pratiche su tessuti animali e simulatori, durante le quali saranno messe in pratica le tecniche chirurgiche e protesiche precedentemente discusse. Per affinare le tecniche di chirurgia muco-gengivale, si utilizzeranno teste di maiale fresche appositamente preparate. Ogni corsista, guidato dal relatore, inserirà personalmente almeno 8 impianti su simulatori chirurgici, utilizzando veri kit chirurgici, dime e manipoli per implantologia. Le esercitazioni protesiche saranno svolte con l'ausilio di simulatori appositamente studiati, sui quali ogni corsista prenderà delle vere impronte con transfert e cucchiai individuali, inserirà i monconi del caso e proverà le sovrastrutture protesiche, guidato step by step dai relatori.
- Proiezione di VIDEO ad alta risoluzione, al fine di osservare sotto ingrandimento numerosi interventi di chirurgia orale e di implantologia eseguiti dai relatori.
- Tutoraggio post-corso, durante il quale ogni corsista risolverà sotto l'attento tutoraggio del relatore almeno due casi semplici di implantopotesi, dalla pianifi-

cazione prechirurgica alla finalizzazione protesica.

Calendario degli incontri

8 e 9 ottobre 2010
5 e 6 novembre 2010
3 e 4 dicembre 2010
28 e 29 gennaio 2011

Orario del corso

Venerdì e Sabato dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 19.00

Modalità d'iscrizione

Le iscrizioni dovranno pervenire alla Segreteria Organizzativa entro il 2 Ottobre 2010 e saranno accettate sulla base dell'ordine cronologico di arrivo. La quota di iscrizione è fissata in 3.240,00 + IVA. Ogni corso è a numero chiuso (massimo 8 partecipanti).

Modalità di pagamento

30% al momento dell'iscrizione; R.B. 30 gg. per il saldo. In caso di mancata partecipazione l'anticipo sarà rimborsato solo se la disdetta scritta sarà pervenuta alla Segreteria Organizzativa almeno 10 giorni prima della data di inizio del corso.

Segreteria Organizzativa

Chiara Salvalai - csalvalai@sweden-martina.com
Sweden & Martina S.p.A.
Via Veneto, 10 - 35020 Due Carrare (PD)
Tel. 049.91.24.300 - Fax 049.91.24.290

FONTE : www.sweden-martina.com