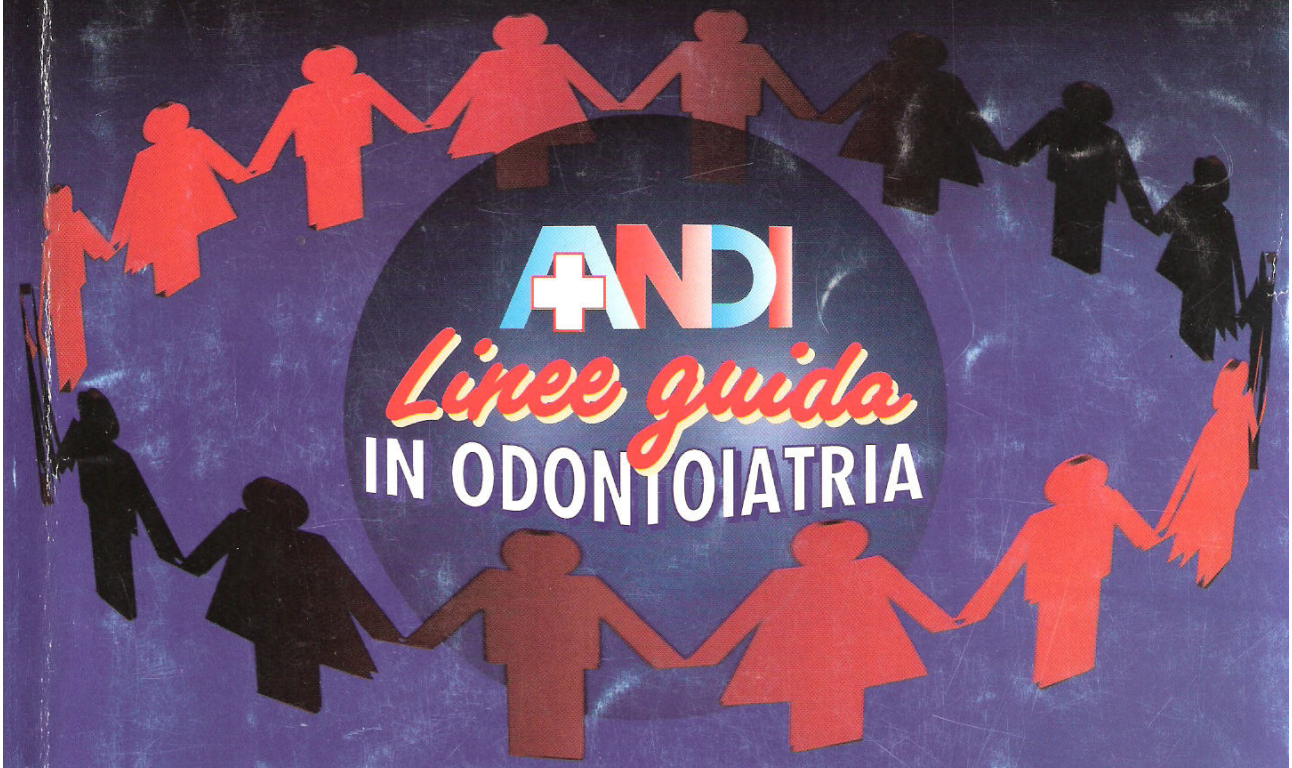
12 DENTAL OPEN CADMOS

Anno 65°
15 Luglio 1997
Sped. in abb. post.
comma 26 art. 2
legge 549/95 - Milano
ISSN 0011-8524

Rivista quindicinale di odontoiatria e tecnica dentaria



MASSON
Masson S.p.A. - Divisione Periodici
Via F.lli Bressan 2 - 20126 Milano

Carlo Guastamacchia

COMPLIMENTI E DUBBI

Scrivo questo editoriale introduttivo alla "GUIDA" nella triplice veste di direttore scientifico di Dental Cadmos, di (quasi) quarantennale socio Andi, di vecchio libero professionista. Ognuna di queste tre posizioni mi obbliga ad un commento particolare: tradirei il Lettore se omogenizzassi il tutto in un unico pastone indifferenziato.

Come direttore scientifico di Dental Cadmos sono lusingato ed entusiasta per l'onore che l'Andi ci ha fatto, nello scegliere la nostra rivista come veicolo per la più ampia conoscenza possibile delle "*Linee Guida*". E' indubbio che l'occasione che ci viene offerta può essere il presupposto di una sinergia che giova all'Andi ed alla Masson. In questa sede è mio specifico intendimento sottolineare il privilegio che ci viene assegnato: di questo mi piace dare atto all'Andi ed al suo Presidente, pubblicamente e sinceramente ringraziandoli.

Come antico socio Andi mi sono compiaciuto e rientusiasmato nel vedere consoci e leaders odontoiatrici impegnarsi in un'opera dagli indubbi contorni pionieristici ma dai temi non più eludibili o delegabili, che era ormai indispensabile trattare come Associazione. In questo senso gli Autori che si sono impegnati in questa faticosa analisi dei singoli problemi hanno compiuto un'opera altamente meritoria, che deve essere seguita dal plauso e dalla riconoscenza di tutti i colleghi.

Come stagionato libero professionista non posso sottrarmi a qualche perplessità, che devo sintetizzare in un unico dubbio: quali conseguenze possono derivare alla nostra professione qualora, in sede di contenzioso legale, queste "*Linee Guida*" venissero prese come incontrovertibile fonte di verità? Un conto, infatti, è la valutazione dialettica e flessibile che si può fare, di certe situazioni o soluzioni, in chiave didattica, oppure tra colleghi a consulto, e tutto un altro conto è vedere utilizzate certe proposte professionali come protocolli esemplari ed inderogabili.

Questi sono i tre punti di vista che mi sembrava doveroso esporre al Lettore. Resta comunque il fatto, di fondamentale rilevanza, che è merito straordinario degli Autori, dell'Andi e della Masson aver portato sul tavolo una problematica che ormai fa parte dei doveri e dei destini obbligati di tutta la nostra disciplina.

Linee guida
presentazione

In tempi in cui assistiamo ad una caduta della richiesta di prestazioni ed al contemporaneo aumento degli operatori il parlare di qualità può sembrare argomento di secondo piano.
Le urgenze sembrano infatti altre: far quadrare i conti dello studio, far fronte alla crescente aggressione fiscale, arginare la massa di operatori che, senza interventi adeguati, rischiano di scaricarsi sulla professione.
È in momenti di crisi come questi che è necessario moltiplicare gli sforzi per battere strade nuove, migliorare e diversificare l'offerta.
Una professione rispettabile è poi quella che è capace di autoregolamentarsi.
Il rispetto che si deve al paziente e a noi stessi richiede che ciascuno di noi, agendo secondo scienza e coscienza, operi nel migliore dei modi per trovare soluzioni adeguate ai problemi della salute orale del nostro prossimo.
Gli stessi pazienti stanno acquistando crescente consapevolezza al diritto ad una prestazione congrua.
Anche il legislatore ha previsto che vi siano degli strumenti per il controllo della qualità delle prestazioni sanitarie rilasciate sia nell'ambito pubblico che nell'ambito delle strutture accreditate (art. 10 Dls 30/12/92 n. 502).
In campo sanitario bisogna prefiggersi come obiettivo la ricerca della qualità personale, creare l'operatore cosciente che "fa e controlla".
È infatti meno dispendioso per la collettività fornire strumenti individuali per la verifica di qualità per almeno tre motivi:
- a nessuno piace essere controllato;
- il controllo sugli altri aumenta i costi;
- il continuo controllo non promuove soddisfazione o efficacia.
L'aumento del tasso di qualità delle prestazioni ha anche un risvolto immediato giacché l'alta qualità non rappresenta un costo ulteriore bensì un volano di attività.
Indagini fatte confermano che la maggior parte dei consumatori difficilmente reclama per la qualità insoddisfacente ma preferisce cambiare fornitore!

La qualità, poi, permette di acquisire una maggior fetta di clientela rispetto a quella ottenibile con una politica di bassi prezzi.
È con soddisfazione che oggi possiamo diffondere le "Linee guida per l'odontoiatria" che rappresentano un primo strumento che l'ANDI mette a disposizione della professione perché ciascuno possa verificare in modo autonomo il proprio operato e da qui trovare nuovi stimoli a crescere.
Il testo, approvato dal 2° Congresso Nazionale ANDI, rappresenta a nostro giudizio il punto di partenza per ulteriori evoluzioni sia perché si imporranno aggiornamenti periodici in funzione del progresso di materiali e tecniche sia per la necessità di correlare gli standard minimi qualitativi a tempi di esecuzione e di conseguenza a costi minimi di prestazione che risultino adeguati.
Un sincero ringraziamento deve essere rivolto a Masson ed in particolare alla dottoressa Meconcelli che hanno recepito l'importanza di questo manoscritto ed hanno operato con estrema competenza e disponibilità nei confronti dell'ANDI.
Ci sia consentito rivolgere un grazie particolare a tutti coloro che hanno collaborato per la realizzazione di questo primo elaborato sugli standard minimi qualitativi: a partire da Giorgio Stella che di tutta l'iniziativa è stato promotore vorremmo ricordare Silvio Abati, Matteo Chiapasco, Claudio Continolo, Luigi Daleffe, Massimo De Sanctis, Sergio Fucci, Giovanna Garattini, Carlo Gardini, Felice Roberto Grassi, Carlo Guastamacchia, Marco Landi, Renato Levi, Michele Olea, Michele Posadinu, Laura Strohmenger, Lorenzo Vanini, Giorgio Vogel, Stefano Zandonella Necca.
Siamo certi che questo lavoro, che in Italia non ha precedenti, susciterà forte interesse e dibattito.
È questo lo scopo che l'Associazione si deve proporre: porsi al centro del dibattito, al centro della professione, al posto che per storia, per rappresentatività, per importanza all'ANDI compete.

Luigi Daleffe
Claudio Procopio

14 Impianti endossei osteointegrati

steointegrazione: diretto contatto fra tessuto osseo vitale ed impianto endosseo sottoposto a carico senza interposizione di tessuto fibroso.
Fattori che influenzano l'osteointegrazione:

1) il materiale (biocompatibile e biotollerato): titanio commercialmente puro e/o idrossiapatite;
2) la morfologia dell'impianto e la precisione dell'adattamento nell'osso;
3) la temperatura: la temperatura dell'osso durante l'uso delle frese non deve superare i 43 °C;
4) il carico: gli impianti non devono essere caricati prima dell'avvenuta integrazione ossea, tre-sei mesi dopo l'intervento.

La maggior parte degli impianti osteointegrati è sommersa cioè ricoperta dal lembo fibromucoso e perciò prevede due fasi chirurgiche.
Nella prima fase si installa l'impianto nell'osso.
Nella seconda fase, che avviene tre-sei mesi dopo la prima, si connette il pilastro all'impianto.

Principi generali

Nel caso di edentulia parziale, scopo dell'implantologia è quello di permettere una riabilitazione protesica fissa. Nell'edentulia totale, l'implantologia osteointegrata ha lo scopo di permettere una riabilitazione protesica fissa o di garantire stabilità ad una riabilitazione protesica rimovibile.
Devono essere eseguiti tutti gli accertamenti necessari, inoltre deve essere raccolta un'accurata anamnesi medica ed odontoiatrica.

Principi fondamentali

Deve essere eseguito un esame orale accurato, considerando anche i livelli di igiene orale e di salute parodontale. Le malattie parodontali devono essere trattate prima dell'inserimento degli impianti. L'esame obiettivo e l'esame radiografico devono permettere una precisa valutazione delle dimensioni delle strutture ossee e della posizione delle strutture anatomiche rilevanti ai fini chirurgici.
Si ritiene esigenza primaria che tutte le manovre chirurgiche avvengano in asepsi assoluta e che tutti gli strumenti e le frese utilizzati siano sterili.
Gli impianti devono essere posizionati in modo da permettere il successivo restauro protesico.

Presidi del trattamento implantologico

- L'inserimento degli impianti deve essere giustificato dalle necessità funzionali del paziente.
- Il paziente deve essere informato e conscio dei vantaggi e anche dei rischi di insuccesso di questo metodo.
- L'intervento deve avvenire in un ambiente idoneo.

La strumentazione chirurgica deve essere eseguita assolutamente senza surriscaldare l'osso.
Gli impianti devono essere inseriti nel rispetto delle esigenze e limitazioni anatomiche, protesiche, estetiche e funzionali del paziente.

14.

Indicazioni e controindicazioni all'uso degli impianti

Indicazioni

1) pazienti edentuli
2) pazienti parzialmente edentuli con difficoltà all'uso di protesi rimovibile
3) pazienti con edentulismo intercalare in alternativa a costruzioni protesiche fisse a rischio
4) pazienti che rifiutano di impiegare protesi di tipo rimovibile

Controindicazioni

Assolute:

1) pazienti irradiati
2) pazienti con problemi psichiatrici gravi
3) disordini ematologici

Relative:

1) patologie dei tessuti molli e duri
2) pazienti che fanno abuso di droghe, alcol e tabacco
3) pazienti con patologie cliniche (diabete, ipertensione, eccetera)
4) pazienti affetti da parodontiti
5) pazienti con scarsa igiene orale

Le malattie parodontali devono essere trattate prima dell'inserimento degli impianti.

Analisi delle singole procedure

La diagnosi

Indispensabile

- anamnesi,
- esame clinico,
- esame radiografico,
- valutazione della posizione di inserimento in relazione alle necessità protesiche ed ai limiti anatomici.

Utile

- modelli di studio,
- mascherine di posizionamento,
- esame TAC.

Inserimento degli impianti

Indispensabile

- disinfezione dell'ambiente di lavoro,
- impiego di teli, camici, guanti e tutto il ma-

Criteri di successo e di insuccesso in implantologia

Successo:

1) ogni impianto individualmente e senza collegamento deve essere immobile quando valutato clinicamente,
2) l'esame radiografico non deve dimostrare alcuna evidenza di radiotrasparenza perimplantare,
3) la perdita di osso verticalmente deve essere minore di 0,2 mm l'anno dopo il primo anno di carico,
4) la funzione dell'impianto deve essere caratterizzata dall'assenza di segni o sintomi persistenti e/o irreversibili, quali dolore, presenza di infezioni, neuropatie, parestesie o una evidente invasione del canale mandibolare,
5) la percentuale di successi valutati con i sovraesposti criteri non deve essere inferiore all'85 per cento a cinque anni e all'80 per cento a dieci anni.

Insuccesso:

1) instabilità dell'impianto,
2) presenza di radiotrasparenza implantare,
3) evidenza radiografica di perdita verticale di osso nell'area perimplantare che eccede 0,2 mm l'anno,
4) presenza di segni e sintomi persistenti e/o irreversibili quali dolore, infezioni, neuropatie, parestesie, invasioni del canale mandibolare.

teriale chirurgico sterile,
- impiego del kit chirurgico idoneo per l'impianto da inserire,
- manipolo a bassa velocità con elevato torque,
- irrigazione e raffreddamento con soluzione fisiologica,
- incisione chirurgica e scollamento dei tessuti molli nelle zone di inserimento degli impianti,
- motore per contrangolo (con pompa peristaltica per soluzione fisiologica).

La gestione del paziente

Indispensabile

- informazione,
- consenso.

Il controllo nel tempo

Indispensabile

- esame clinico,
- radiografie periodiche: confronto con le precedenti.

Conclusioni

L'impiego degli impianti osteointegrati deve accompagnarsi al rispetto assoluto delle procedure proprie dei diversi sistemi operativi. Tuttavia anche con questo metodo esiste una percentuale di insuccessi non collegabile ad errori tecnici. In questo ambito con i metodi corretti e con sistemi implantari scientificamente testati, la percentuale di insuccessi non deve eccedere il 20 per cento dei casi a dieci anni. L'insuccesso implantare può comportare la rimozione di un impianto. La rimozione di un impianto deve essere possibile senza gravi mutilazioni della sede ossea.

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE SULL'IMPLANTOLOGIA

	SI	NO
1) La temperatura dell'osso durante l'uso delle frese è un fattore determinante per l'osteointegrazione	❒	❒
2) Gli impianti possono essere sottoposti a carico funzionale dopo un mese dall'inserimento	❒	❒
3) L'igiene orale e la malattia parodontale influenzano la prognosi degli impianti	❒	❒
4) La malattia parodontale deve essere trattata prima dell'inserimento degli impianti	❒	❒
5) L'esame radiografico del sito è un presidio diagnostico indispensabile	❒	❒
6) La TAC è uno strumento diagnostico indispensabile	❒	❒
7) È indispensabile l'impiego di materiale chirurgico sterile	❒	❒
8) Una lieve radiotrasparenza perimplantare è un segno patologico	❒	❒
9) Una perdita verticale di osso di 2 millimetri dopo i primi due anni è un indice di fallimento	❒	❒
10) Dopo l'inserimento degli impianti è normale che residui una certa dolenzia nella masticazione	❒	❒

Risposte: SI = 1; 3-5; 7-9 NO = 2; 6; 10