

rivista europea
di

implantologia

ORGANO UFFICIALE DELLA
ACCADEMIA EUROPEA DENTISTI IMPLANTOLOGI
E DELLA
ACCADEMIA ITALIANA DEGLI IMPIANTI

1

GENNAIO
MARZO

1980 - ANNO XV

DIREZIONE: PIAZZA BERTARELLI 4 - 20122 MILANO - TEL. 879298
SPEDIZIONE ABB. POSTALE GR. IV - DA VERONA FERROVIA

L'implanteur

par RAPHAËL CHERCHEVE

Depuis 20 ans que je côtoie mondialement les Implantologistes, je déplore d'une part, chez beaucoup, cette limitation dans le choix des interventions, et d'autre part, cet aveuglement spécifique qui leur font recommencer le cycle inutile d'essais d'implants, qui n'ont de nouveau que leur nom, et qui à la lumière des expériences cliniques de leurs aînés, se sont montrés à la longue non valables et à rejeter.

Il faut certes de l'enthousiasme pour lever les censures de formation, de prudence et de commodité.

Mais il faut aussi être très exigeant avec soi-même: avoir une connaissance parfaite du protocole opératoire, du métabolisme du tissu osseux, enfin de l'équilibration de la prothèse définitive.

Ceci est loin d'être réalisé.

L'enthousiasme ne doit pas déborder les limites que nous assigne la sécurité.

Par réaction contre les premières interventions « juxta » qui, comme nous l'avons dit, semblaient difficiles, mais en réalité étaient désordonnées, mutilantes et inadaptées, on a voulu tourner la difficulté en se vouant aux « endo ».

Quoique l'endo-osseux ne recouvre qu'un secteur réduit de l'Implantologie de Sécurité, on a voulu l'étendre à tous les cas.

Après l'avoir cru moi-même, je veux aujourd'hui dénoncer cette erreur.

Certains patrons, ou sous-patrons, ont voulu recommencer à leur compte des

expériences échues qui ne pouvaient que les décevoir. C'est ce qui arriva.

Tout d'abord, qui est implantologiste?

- 1) Pourquoi le devient-on?
- 2) Comment le devient-on?
- 3) Quelles sont les relations de l'acte aux motifs qui le justifient?

1) L'implantologiste qualifié doit avant tout parfaitement connaître toutes les techniques essentielles

Nous entendons par-là, non pas *tous* les systèmes d'endo-osseux ou de juxta — (beaucoup se répètent, beaucoup sont inutiles) — mais au moins les principaux: ceux que nous avons décrits dans cet ouvrage.

Les endo-osseux ne réussissent qu'en ce qui concerne un éventail précis d'indications que nous avons présenté dans la *Planche I*.

L'Implanteur qui n'a pas la connaissance pratique de *toutes les techniques* aura forcément tendance à employer uniquement celle qu'il connaît, même si elle ne convient pas.

Alors, au bout c'est l'échec.

Le jugement de l'Implanteur dépend de ses possibilités de choix. Il ne peut être fait qu'avec la connaissance *globale* et non *fragmentaire*.

Si ce choix ne peut s'exercer en raison d'une insuffisance de connaissance, l'implantologiste ne peut courir qu'à l'échec, au même titre que le conducteur

dont le volant serait bloqué, ce qui va l'entraîner dans une direction unique.

Mieux vaut qu'il s'arrête, qu'il ne conduise plus ou qu'il change de véhicule.

Certes, le piège, c'est que, au départ, n'importe quel implant tient toujours.

Les statistiques mirifiques de la première année, les films où on ne manque pas de montrer l'image classique de celui qui vient d'être implanté et qui croque sa pomme à pleines dents, l'exploitation des Saints Implants X, Y et Z avec leur cortège de brevets, la constitution de petites chapelles conditionnées qui ne jurent que par Lui, l'utilisation de ce fameux Implant Gri-Gri qui oublie qu'il est soumis aux mêmes lois limitatives que tous les autres endo-osseux: voici le côté fallacieux que nous voudrions voir une fois pour toutes balayé par l'Implantologiste averti et conscient.

On nous demandera alors comment se fait-il que leur emploi se poursuive?

Tout simplement parce ces endo-osseux qui ne peuvent sans risque supporter de grandes constructions se réfugient dans un « auxillariat » qui nest, du reste, pas sans utilité quand il connaît ses limites.

Ils peuvent renforcer en relais une grande portée de bridge; il peuvent assurer une extension fixe à des bridges irréalisables sans piliers postérieurs, ils ont leur utilité mais encore une fois limitée (*Planche II*).

Le praticien, en général, a un souci d'information qui l'honore mais il est soumis à des courants contradictoires.

Dans beaucoup de milieu officiel, ce sont la circonspection, la méfiance, et souvent le dénigrement systématique qui sont de mise.

La critique de certains officiels immobilistes impénitents, figés dans leur pusillanimité, a été déjà faite et refaite et

ce n'est pas là non plus le propre de notre seule spécialité .

Mais est-il possible encore de se réfugier dans ce refus fanatique de toute documentation sérieuse, et de se livrer aux pires procédés de facilité, consistant entre autre à « tout mettre dans le même sac »?

Certains mandarins se transmettent des mots d'ordre qu'ils voudraient définitifs.

Cependant, ils n'ont à leur actif aucune analyse réelle des faits.

— les succès?

— Ce sont des exceptions.

— Les échecs?

— Quel était l'indication? la technique? la qualification de l'opérateur, peu importe, on a toujours recours au même jugement sommaire et hautain.

« La suffisance dans le savoir n'est que sottise plus ou moins supportable », que dire de la suffisance dans l'ignorance »?

Et sans offenser personne, on peut être un excellent endodontiste, orthodontiste ou gnathologiste et ne rien connaître à l'Implantologie en dehors de ces vagues « on dit ».

Chez tout dentiste, il existe un ou plusieurs tiroirs où viennent échouer les travaux de confrères, ou les leurs, travaux qui ont dû être déposés. Dans ce cimetière gisent des bridges excellemment exécutés selon toutes les règles, des dents à tenon et parfois même de magnifiques constructions à ancrage de grande astuce et ayant demandés une grande habileté d'exécution. Je ne pense pas honnêtement, que la proportion chez l'Implantologiste, d'Implants déposés, soit plus forte que celle des travaux habituels ou exceptionnels, mais conventionnels.

Nous avons eu à exécuter des Implants totaux chez des patients qui avaient été parfaitement soignés par d'excellents confrères et qui n'en étaient

pas moins arrivés à l'édentation comme ce fut mon propre cas, que je vous relaterai plus loin dans une auto-observation.

Avons-nous plus d'échecs qu'en endodontie, en paradontose ou en chirurgie conservatrice?

Il n'est que de prendre connaissance des récents travaux sur la gènte bactérienne des régions apicales de dents parfaitement traitées, et d'évaluer la flore de leurs commensaux acceptés; il n'est que de déterminer chez les paradontosiques les soins dispensés selon toutes les subtilités thérapeutiques actuelles, et de voir en regard le volume de prothèses totales allouées annuellement par la Sécurité sociale!

Tout traitement médical est un pari avec l'organisme.

Nous avons décidé de réduire au minimum ce pari afin de jouer gagnant.

Et cela, en mettant toutes les chances de notre côté:

grâce à

- une bonne indication,
- une bonne technique,
- une bonne hygiène post-implantaire.

Peut-on vraiment accorder le titre d'Implantologiste à celui qui pour son prestige, voudrait bien se lancer dans ces techniques d'avant-garde, mais timidement, sans payer de sa personne, en restant fidèle à sa routine et à ses instruments familiers, le Tour et la Turbine?

C'est là se limiter à une Implantologie d'Opérette dont les résultats restent à la hauteur des capacités de ces Timorés.

2) Comment devient-on Implantologiste?

Comme on devient, en général, un bon praticien:

- par le refus de l'improvisation;
- par l'étude;

— par la pratique;

— par l'analyse scrupuleuse aussi bien des succès que des échecs.

Est-il besoin d'avoir assisté à un Cours?

Nous pensons qu'il est plus dangereux de se lancer dans l'Implantologie après avoir assisté à un Cours dans lequel on n'enseigne, ou on ne donne la prédominance, qu'à une méthode unique, plutôt que de commencer seul, mais sans idée préconçue.

Nous pensons que celui qui assiste à des Cours différents, peut exercer un meilleur jugement, à condition de ne pas se laisser porter par la facilité trompeuse, par ce qui lui paraît le plus simple et le plus expéditif.

De toute façon, seule une sérieuse pratique personnelle peut former l'Implantologiste.

La tentation est grande pour les jeunes loups de brûler les étapes dans cette discipline, dans ces étendues en friche, où les barrages et les filtrages ne sont pas encore établis, où certains vont par exemple modifier une forme lamellaire ou conique, uniquement pour y substituer leur griffe; où le créateur (!) d'un fil plus ou moins barbelé, y accolera victorieusement son nom, pensant ainsi passer à la postérité!

Depuis 18 ans que j'organise des Cours d'Implantologie à l'Hôpital Lariboisière, dans le service de Monsieur le Professeur *Maurice Aubry*, auquel le Professeur *Paul Pialoux* a succédé, je peux affirmer que tous les Grands de l'Implantologie aussi bien américains, australiens, anglais, sud-américains, européens ou japonais sont passés sur nos bancs.

Il y avait là, sur le plan psychologique, matière à analyses qui parfois étaient étonnantes.

Or, pour étayer notre propos, n'avons-nous pas vu certains praticiens, sympa-

thiques toutefois, qui après avoir traversé les Océans pour assister à nos interventions, aussitôt rentrés chez eux, créaient une Société d'Implantologie dont ils assuraient la présidence, ce qui était louable en soi, mais poursuivaient leur fulgurante activité quelques mois après, en créant des Cours, devenaient consultants et formaient des élèves!

C'étaient, certes, des « Professeurs de Rudiments » mais ils donnaient à leurs concitoyens une bien fausse image de l'Implantologiste et de l'Implantologie.

Non, on devient Implantologiste comme le devinrent les Formiggini et les Gerskoff, les Benjamin Bello et les Bodine, non seulement en travaillant mais en persévérant.

Certes, déjà en 1955, il y eut les précurseurs:

— Palazzi, Professeur à Pavie, rassembla une documentation exceptionnelle sur les cultures de tissu au contact des Implants qui prouvait une parfaite acceptation et tolérance;

— certes, il y eut Parant, Hamner et Borghesio;

— certes, il y eut entre 1955 et 1960, le Professeur Marziani qui s'élevait, lui aussi, contre l'inexacte notion de corps étranger et prouvait une coexistence entre l'organisme et le matériel implanté, et tant d'autres!

J'ai analysé longuement dans un travail paru dans la « Promotion Dentaire », pourquoi ces têtes d'affiches n'avaient pas persévéré.

Il faut prendre en considération l'inexactitude des techniques approximatives d'alors.

Il eut également fallu pour les patrons débordés qui s'essayaient à ces tentatives qu'elles réussissent à tous coups, et que cela ne les détourne pas trop de l'énorme besogne quotidienne que réclame un Service d'Hôpital.

Or, l'Implantologie vous accapare à

un point tel, qu'il faut s'y adonner totalement.

J'en sais quelque chose.

Sans persévérance, pas de salut pour l'Implantologiste.

D'autre part le contexte dans lequel évolue la relation « patient-praticien » revêt une importance égale sinon plus grande que pour tout autre acte thérapeutique.

Le personnage imaginaire du dentiste tel qu'il a été symboliquement vécu, est « de toute antiquité, lié à l'acte d'arracher les dents » (*Durand de Bousinguen*).

C'est ce mythe populaire qui domine la première approche concrète du praticien; il a une signification émotionnelle particulièrement importante du fait de la sensibilité que nous avons tous à une atteinte possible de notre intégrité corporelle.

C'est cette angoisse provoquée par la suppression d'une partie de nous-même que les psychanalystes appellent symboliquement « le complexe de castration ».

Cette angoisse est d'autant plus parfaitement ressentie, que le système dentaire est lié chez l'homme à sa virilité, et symbolise chez la femme un pôle privilégié.

C'est parce que toute perte va signifier une diminution de notre puissance et de notre virilité qu'autrefois la dimension castratrice du personnage du dentiste dominait. Aujourd'hui la nouvelle dimension de l'art dentaire permet au patient de retrouver, après la perte entraînée par l'attaque dévalorisante de la maladie, une nouvelle intégration corporelle.

Le rôle réparateur du praticien l'emporte.

Dès lors, on comprend mieux la persistance, dans l'art dentaire, de ce vieux rêve de réalisation des implants fixes, rêve que la technique moderne et les

progrès de la science ont permis de concrétiser dans l'apparition de l'Implantologie moderne, à condition, bien sûr, qu'elle ne soit pas fragmentaire, ni soumise à l'incertitude d'une méthode, mais totale et éclectique.

L'Implantologie moderne n'est pas inféodée à une technique unique. Elle est multiple

Ce désir de réparation aussi intime que possible, qui va sous-tendre également la motivation profonde des patients à ces interventions, répond à une grande espérance.

Cette dimension profondément réparatrice de l'acte implantologique laisse prévoir un développement progressif de ces techniques, malgré les difficultés et les réticences.

L'Implantologie bouleverse la situation du chirurgien-dentiste

En effet, l'Implantologie modifie considérablement la position profonde du chirurgien-dentiste vis-à-vis de son art; elle implique un approfondissement vécu de cette dimension réparatrice qui sera aperçu également par les antennes inconscients du patient.

L'objet de l'Implantologie étant d'introduire dans les tissus vivants du sujet, et à titre définitif, une matière inerte ou biologique, se posera au sens très général du terme, le problème de l'accueil, par l'organisme, des substances étrangères et de leur acclimatation.

En 1960, nous écrivions déjà dans la Revue de Genève, « Médecine et Hygiène » :

« Tout corps étranger est-il expulsé par l'organisme »? C'est là un de ces clichés, un credo moyenâgeux, qui frappe encore beaucoup de praticiens avertis.

« L'organisme rejette les corps étran-

gers qui l'irritent, mais il est beaucoup plus intolérant pour une substance indigène agressive que pour une substance allogène indifférent.

« Corps étranger est synonyme de corps irritant, or certains corps irritants ne sont pas étrangers, et certains corps étrangers ne sont pas irritants.

« Le concept corps étranger est inexact.

« En dernière analyse, l'union de la matière vivante et de la matière inerte n'est pas un problème de tolérance, mais de répartition optima des pressions exercées ».

Nous savons bien que plus encore que l'inclusion qui est aujourd'hui admise en chirurgie orthopédique et réparatrice, la critique fondamentale à l'égard de l'Implant, c'est sa voie d'abord, sa solution de continuité, sa communication avec le milieu buccal.

Pour le praticien de discipline chirurgicale, la voie d'abord par la muqueuse est une hérésie.

C'est la raison pour laquelle, lorsque nous étions assistant du Docteur *Virenque*, chirurgien des « gueules cassées », il ne pouvait admettre l'idée de mettre une inclusion en communication avec le milieu extérieur.

Mais la succession des postulats abandonnés ont marqué l'évolution de la médecine.

Ce fut le successeur du Docteur *Virenque*, le Professeur *Maurice Aubry*, membre de l'Académie de Médecine et de Chirurgie, qui renversa la vapeur.

Il réalisa des greffes non plus fermées, mais à ciel ouvert. Il n'y avait pas d'élimination.

Voici ce qu'il écrit dans le N° 1 du 2^e trimestre 1967 de la « Promotion Dentaire » :

« Nous avons placé une greffe *par voie buccale* plusieurs fois lors de l'ablation

de gros kystes du maxillaire inférieur, avant résorbé presque tout le tissu osseux mandibulaire à leur niveau, et n'ayant laissé qu'un bord basilaire très aminci; dans ce cas, on peut placer des greffes osseuses d'os conservé, qui ainsi consolident l'os au niveau de sa perte de substance et s'oppose à la fracture post-opératoire ».

En ce qui concerne l'Implant dentaire, le Professeur *Maurice Aubry* a pensé également au début, que cette tige intra-buccale de l'Implant, qui traverse la muqueuse pour aller jusqu'à l'os semblait être le fil conducteur, pouvant mener une infection jusqu'au tissu osseux, ou, tout au moins, entraîner à ce niveau un processus de raréfaction osseuse.

Cet argument qui l'avait laissé sceptique au départ, devait disparaître à la lumière de ses travaux ultérieurs et de ceux de nombreux autres implantologistes.

La preuve faite par *Bodine* d'un manchon cicatriciel autour de l'insertion muqueuse « l'Epithelium cuff » a été déterminante.

« En réalité, écrit le Professeur *Maurice Aubry*, l'expérience montre qu'il n'y a pas de « non possumus » et que des implants ainsi posés sont parfaitement tolérés; que le tissu osseux à leur voisinage, loin de se raréfier, au contraire, se consolide et nous avons vu des radiographies d'implants spiralés où un tissu osseux de nouvelle formation se créait autour des spirales de l'Implant.

Il existe une psychopathologie de l'Implant qui a déjà donné lieu à de nombreuses études.

L'implant peut comporter une réaction négative lorsqu'il n'est pas désiré, profondément souhaité, ou au contraire une réaction positive: autrement dit une assimilation heureuse et rapide lorsque cet implant est fortement désiré.

Les deux causes pathogènes sont les suivantes:

A) La première consiste en la méconnaissance du patient en ce qui concerne l'intervention.

L'Implanteur, même s'il pense que dans le cas qui lui est soumis, l'Implantation est la meilleure solution:

— doit tout d'abord, en exposer les avantages clairement;

— doit faire comprendre qu'au pis, le patient revient à l'état précédent sans autre préjudice, mais certainement avec des années de tranquillité et de satisfaction, car le temps n'est plus où les monstrueuses constructions de « juxta » obligeaient à des délabrements en cas de dépose;

— que les traitements actuels ne peuvent compromettre, même au cas où il y aurait échec, une éventuelle prothèse conventionnelle;

— que même si tel type d'implant ne convient plus, plusieurs années après, d'autres techniques peuvent à nouveau permettre une nouvelle implantation: ce que nous avons constaté dans la pratique.

L'Implanteur exposera les raisons pour lesquelles d'après lui, sa solution s'impose, sans hésitation, avec netteté, mais sans autoritarisme excessif, et sans vouloir insister en exerçant une pression personnelle sur la décision de son patient.

B) La seconde cause relève des positions des milieux médicaux, médico-dentaires et même familiaux.

Tous les arguments sont bons, du plus simpliste au plus compliqué.

Ce sont fréquemment des « vues de l'esprit » et d'une fantaisie telle, qu'ils témoignent d'une profonde méconnaissance de la question.

Si les milieux médico-dentaires n'échappent pas à cette ignorance, ils

sont psychologiquement encore plus dangereux.

Plus dangereux de la part des confrères qui ont tenté des Implants, et ont échoué soit par manque de préparation, soit par faute de technique, soit parce que pas plus que dans les autres spécialités médicales, nous ne pouvons prétendre à cent pour cent de succès.

Nous avons d'une part assisté, comme pour toutes les grandes causes, au dévouement, à la compréhension, à l'attachement de noms qui font la gloire et l'honneur du corps collégial médico-dentaire et tant des universitaires que des praticiens; nous avons d'autre part, à côté de ces prises de position sans équivoque, assisté également à des dénigrement aveugles et systématiques, à une incompréhension, à une totale confusion, tout cela entaché au départ de sectarisme et d'immobilisme.

Enfin, ne voyons-nous pas constamment, certains patients nous manifester ainsi leur indignation: « J'ai fait examiner ma bouche pour une toute autre raison et à l'occasion, ai montré mes implants au Docteur X ou Y. Il ne pouvait pas ne pas constater que tout était parfait en ce qui les concernait. Mais, il ajoutait perfidement: Qui, vous les avez depuis 6 ans, ou depuis 10 ans, mais vous allez voir ce qui va vous arriver dans quelques années »!

La responsabilité de ces praticiens qui jettent le doute, qui sapent le moral, qui jouent les croquemitaines, est lourde, et ne s'accommode guère avec l'élévation de prestige et l'éthique rigoureuse que l'ensemble de notre profession exige.

Le plus triste, c'est qu'en atteignant les autres, ils ne manquent pas de se diminuer eux-mêmes.

Beaucoup de patients m'ont dit leur écoeurement devant de telles position.

Nul doute que l'éducation psychologique actuelle du praticien, ne réduise le nombre de ces détracteurs systématiques, et souhaitons que pour leur image de marque, les derniers disparaissent.

Par contre, l'attitude profondément réparatrice dans laquelle se place le praticien dûment signifiée au patient, permettra à celui-ci de supporter l'intervention qui n'est ni douloureuse ni mutilante.

C'est là un adjuvant précieux qui accélère les phénomènes réparateurs, qui déclenche par la sublimation de l'acte opératoire, les conditions psycho-somatiques les plus favorables.

De plus, cela l'incitera à se sentir non plus simplement appareillé, mais profondément rénové et réparé, sentiment qui aura fréquemment une action stimulante sur sa personnalité toute entière.

L'action du chirurgien-dentiste devient ainsi profondément humaine, permettant au sujet de revivre en réagissant positivement vis-à-vis de la perte qu'il vient de subir.

La position psychologique du praticien vis-à-vis de lui-même et de son patient ne saurait en être que grandement améliorée.

L'acte implantaire est ainsi le signifiant d'une double action:

— reconstruction du sujet ayant un effet eutrophique sur l'ensemble de sa personnalité,

— satisfaction intense du praticien dans sa créativité réparatrice.

La réparation est à la mesure des dégâts.

En employant là où il faut les moyens nécessaires, et en prenant conscience de ses possibilités et de son rôle éminemment humain, l'Implantologiste rejoint les plus nobles préoccupations de l'art de guérir dans la chair et dans l'esprit.

L'implantologo

di RAPHAËL CHERCHÈVE

Dopo vent'anni che sprono gli Implantologi di tutto il mondo, da una parte deploro in molti una certa limitazione nella scelta degli interventi e dall'altra una inconsistenza specifica che li fanno brancolare continuamente in tentativi inutili con impianti che di nuovo hanno solo il nome e che alla luce delle esperienze cliniche di quelli più quotati si sono dimostrati a conti fatti non validi e da scartare.

Ci vuole certo dell'entusiasmo per farsi una formazione, per sottostare alla prudenza, per non cedere alla comodità.

Ma occorre anche essere esigenti con se stessi: avere una conoscenza perfetta del protocollo operatorio, del metabolismo del tessuto osseo, dell'equilibrio della protesi definitiva.

Questo è ancor lungi dall'essere una comune realtà.

L'entusiasmo non deve varcare i limiti imposti dalla sicurezza.

Come reazione ai primi interventi di iuxta-ossei, che sembravano difficili ma in realtà erano disordinati, mutilanti e inadeguati, si è voluto aggirare la difficoltà passando agli endossei.

Per quanto l'impianto endosseo non rappresenti che una parte ridotta dell'Implantologia di Sicurezza, si è voluto estenderlo a tutti i casi.

Dopo averci creduto io stesso, voglio oggi denunciare questo errore.

Alcuni hanno voluto ripetere per conto proprio delle esperienze scontate le

quali non potevano che deluderli. Ciò che si è avverato puntualmente.

Innanzitutto, che significa implantologo?

1) Perché lo si diventa?

2) Come lo si diventa?

3) Quali sono le relazioni tra l'atto e i motivi che lo giustificano?

1 - L'implantologo qualificato deve innanzitutto conoscere alla perfezione tutte le tecniche fondamentali

Intendiamo con ciò non tutti i sistemi di endo — o di iuxta-ossei — molti si ripetono, molti sono inutili) — ma almeno i principali, che io ho descritto nel mio libro.

Gli endossei vanno limitati ai casi che presentano indicazioni ben precise, da me elencate nella Tavola I.

L'Implantologo che non abbia una conoscenza pratica di tutte le tecniche tenderà forzatamente ad impiegare solo quella che conosce, anche se non è conveniente.

Ragion per cui, gli insuccessi saranno inevitabili.

Il giudizio dell'Implantologo dipende dalle sue possibilità di scelta, per cui occorre una conoscenza globale e non frammentaria.

Se tale scelta non può essere operata in virtù di una conoscenza insufficiente, l'implantologo non può che andare in-

contro a degli insuccessi, così come un guidatore cui si sia bloccato il volante sarà costretto a viaggiare in una direzione unica.

Meglio quindi che egli si fermi, che non guidi più o che cambi vettura.

Il guaio è che, per l'inesperto, qualunque impianto tiene sempre.

Le statistiche mirabolanti del primo anno, i film dove non manca l'immagine classica del neo-impiantato che sgranocchia la mela a pieni denti, lo sfruttamento dei Santi Impianti X, Y o Z con il loro corteo di brevetti, la fondazione di cappelle artefatte che adorano solo Lui, l'impiego del famoso Impianto Tal dei Tali che dimentica di essere associato alle stesse leggi limitative di tutti gli altri endossei: ecco il lato fallace che vorremmo vedere una volta per tutte spazzato via dall'Implantologo accorto e cosciente.

Ci si domanderà allora come mai se ne continui l'impiego.

Semplicemente perché questi endossei che non possono portare senza rischio delle grandi protesi si rifugiano in un « ausiliariato » che non è del resto senza utilità quando se ne conoscano i limiti.

Essi possono rinforzare con pilastri intermedi un ponte a grande gettata; possono assicurare una estensione fissa a ponti irrealizzabili senza pilastri posteriori; essi hanno sì la loro utilità, ma ripeto che questa è limitata.

In molti ambienti ufficiali, la circospezione, la malfidenza e spesso la denigrazione sistematica sono all'ordine del giorno.

Ma è ancora possibile rifugiarsi in un rifiuto fanatico di ogni seria documentazione e di fare di ogni erba un fascio?

Certi baroni si passano delle parole d'ordine che vorrebbero definitive, ma trascurano tuttavia un'analisi reale dei fatti.

— I successi?

— Sono delle eccezioni.

— Gli insuccessi?

— Qual'era l'indicazione? La tecnica? La qualificazione dell'operatore? Poco importa, si fa sempre ricorso allo stesso giudizio sommario e sdegnoso.

Senza offesa per nessuno, si può essere un ottimo endodontista, ortodontista o gnatologo e non saper nulla d'Implantologia al di fuori dei vaghi « si dice ».

Presso tutti i dentisti esistono uno o più cassette in cui vanno a finire lavori eseguiti da colleghi, o da loro stessi, e che hanno dovuto essere rimossi. In questo cimitero riposano ponti ottimamente eseguiti secondo tutte le regole, denti a perno e a volte magnifici lavori ad ancoraggio di grande ingegno e che hanno richiesto una straordinaria abilità di esecuzione. Onestamente non penso che la proporzione degli impianti rimossi dagli implantologi sia maggiore di quella dei lavori abituali o eccezionali, ma convenzionali.

Noi abbiamo dovuto eseguire degli impianti totali a dei pazienti che erano stati perfettamente curati da ottimi colleghi e che pur tuttavia erano giunti lo stesso all'edentulismo totale, come purtroppo nel mio caso.

Abbiamo più insuccessi in implantologia che in endodonzia, in parodontologia o in conservativa?

Ogni cura medica è una lotta con l'organismo. Noi abbiamo deciso di ridurre al minimo il rischio di perdere questa lotta in modo da uscire vincitori.

E ciò, ponendo dalla nostra parte tutte le possibilità di successo:

grazie a

— una buona indicazione,

— una buona tecnica,

— una buona igiene post-implantare.

Possiamo veramente accordare il titolo di Implantologo a chi, per il proprio prestigio, vorrebbe lanciarsi in queste

tecniche d'avanguardia, ma timidamente, senza pagare di persona, e restando fedele alla propria routine e agli strumenti familiari, il Trapano e la Turbina?

Ciò significa limitarsi a un'Implantologia da operetta i cui risultati rimangono all'altezza delle capacità di questi timorati.

2 - Come si diventa Implantologo?

Come in genere si diventa un buon pratico:

- rifiutando l'improvvisazione;*
- con lo studio;*
- con la pratica;*
- con l'analisi scrupolosa sia dei successi che dei fallimenti.*

Solo una seria pratica professionale può formare l'Implantologo.

I giovani hanno un desiderio ardente di bruciare le tappe in questa disciplina, e certi sono tentati di modificare una forma lamellare o a spirale con un loro tocco personale, per dare vittoriosamente al nuovo impianto il proprio nome, pensando di poter così passare alla posterità.

Nei 18 anni di Corsi d'Implantologia da noi tenuti al Lariboisière, abbiamo visto partecipanti che, appena rientrati al loro paese, hanno creato una Società d'Implantologia di cui si sono assicurati la presidenza, tenendo poco dopo dei Corsi e accaparrandosi degli allievi.

No, non è così che si diventa implantologi, ma come lo divennero i Formigini e i Gerskoff, i Benjamin Bello e i

Bodine, non solo lavorando, ma anche perseverando.

L'Implantologia vi prende a un punto tale che bisogna dedicarvisi anima e corpo, con assoluta perseveranza.

Il vecchio sogno di poter costruire protesi fisse anche in bocche dalla situazione dentaria altamente compromessa è oggi realizzato dalla comparsa dell'Implantologia moderna, a condizione che essa non sia legata ad un solo metodo, ma sia multipla.

L'Implantologia rivoluziona la posizione del medico dentista nei confronti della propria arte, mettendolo in condizione di introdurre nei tessuti viventi del paziente una materia inerte o biologica.

Esiste una psicopatologia degli Impianti che ha già dato luogo a numerosi studi.

L'impianto può comportare una reazione negativa allorché non è desiderato, oppure una reazione positiva quando sia fortemente voluto.

L'intervento implantologico rappresenta oggi un'azione a doppio effetto, perché:

— agisce in senso eutrofico sulla personalità del paziente,

— dà una grande soddisfazione alla creatività riparatrice dell'implantologo.

Impiegando, là ove occorra, i mezzi necessari a riparare grandi danni, e prendendo coscienza delle proprie possibilità e del proprio ruolo eminentemente umano, l'Implantologo può degnamente svolgere il nobile compito di guarire nella carne e nello spirito.