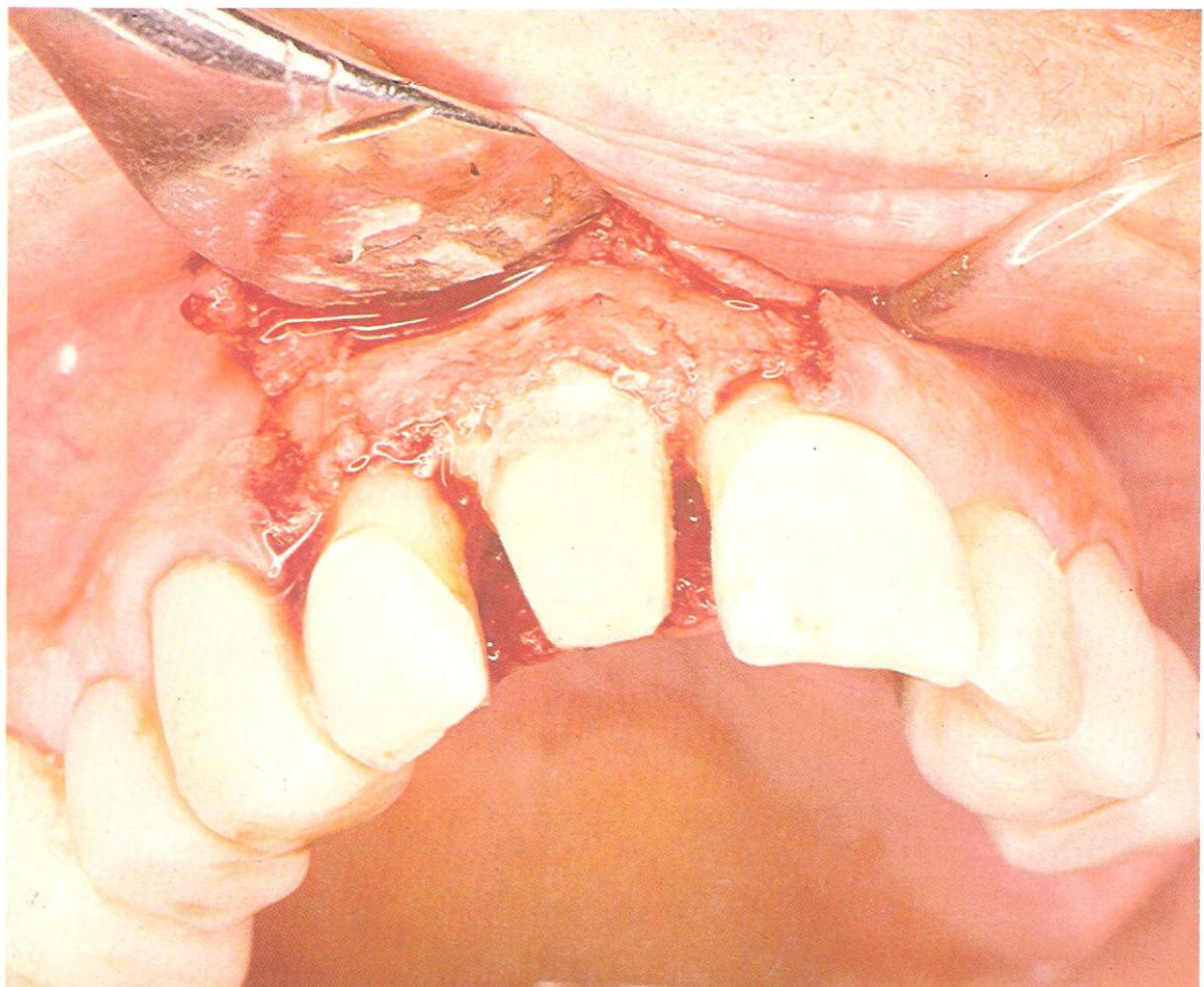


RIVISTA EUROPEA DI **IMPLANTOLOGIA**

EUROPEAN JOURNAL OF IMPLANTOLOGY
REVUE EUROPEENNE D'IMPLANTOLOGIE

Organo ufficiale dell'Accademia Europea Dentisti Implantologi
della Accademia Italiana Degli Impianti
e dell'International Research Committee of Oral Implantology I.R.C.O.I.



4

1982
ANNO XVII

OTTOBRE
NOVEMBRE
DICEMBRE

DIREZIONE - REDAZIONE - PUBBLICITÀ
20122 Milano - Piazza Bertarelli, 4 - TEL. 879298
SPEDIZIONE ABB. POSTALE GR. IV (70%) - DA MILANO FERROVIA

REALTÀ IMPLANTOLOGICA

**Comunicazione presentata al I°
Seminario Internazionale di clinica
implantologica Università di Bari.
4 - 5 - 6 Novembre 1982**

Dott. Giuseppe Foscarini



Ora che grazie alle iniziative del nostro Presidente Nazionale A.N.I.O. Direttore della Cattedra di Odontoiatria della Università di Bari, Prof. Pasquale Domenico Laforgia si va facendo concreta la prospettiva dell'insegnamento dell'implantologia nella giusta sede dei Corsi Universitari e post-Laurea, essendo io uno dei più vecchi cultori italiani della attuale implantologia, penso che sia mio dovere apportare il contributo

dell'esperienza acquisita nella pratica quotidiana. Essa è stata affiancata dal continuo aggiornamento culturale nel campo specifico con la partecipazione attiva a numerosi congressi nazionali ed internazionali che si sono tenuti un po' dovunque nel mondo: dagli Stati Uniti al Giappone, dall'Australia all'Argentina, dal Brasile alla Grecia, dal Paraguay alla Spagna.

Ho così avuto modo di acquisire e

di controllare in pratica una grande quantità di nozioni che ho appreso dai colleghi di tutto il mondo.

Gli entusiasmi nati intorno all'implantologia orale nei primi tempi della sua diffusione presso di noi si sono un po' raffreddati col passare degli anni per l'acquisizione di una messe di dati che prima non avevamo. Ciò non significa che anche oggi non si continui a praticare l'implantologia, ma questo avviene con molta maggiore cautela di quanto non si usasse in passato. Non si esegue più una implantologia indiscriminata a qualsiasi tipo di paziente edentulo, ma si tende a scegliere quei casi che presentano le migliori condizioni attuali per la pratica esecuzione degli impianti e che fanno prevedere una maggiore possibilità di durata di essi rinunciando a confidare troppo nella Divina Provvidenza che avrebbe dovuto fare ricrescere l'osso intorno a qualsiasi strumento impiantato. La lunga esperienza implantologica ha, infatti, dimostrato che gli impianti hanno una validità per un certo numero di anni e non per sempre come si era sperato agli inizi. Essi pertanto vanno accolti nel bagaglio terapeutico protesico della odontoiatria con la consapevolezza di questi loro limiti. Consapevolezza che deve essere non solo dell'odontoiatra, ma anche del paziente e che deve essere portata a conoscenza dell'autorità tutoria sotto il patrocinio della Università, onde evitare spiacevoli malintesi che possano terminare con procedimenti giu-

diziari a carico degli odontoiatri.

Gli impianti offrono, infatti, a volte delle spiacevoli sorprese. Non è di molto tempo fa l'affermazione fatta da un collega durante un congresso, che proprio in quei giorni era costretto dalla necessità a rimuovere un circolare su impianti che aveva funzionato in bocca per otto anni: un periodo di tempo odontoiatricamente valido, ma pur sempre limitato.

Un altro illustre collega, tenendo conferenza ad una riunione di odontoiatri, portava a conoscenza dei colleghi che l'impianto da lui ideato ed eseguito non sempre dava risultati soddisfacenti in quanto in alcuni casi, dopo qualche tempo esso veniva espulso insieme con quello che era stato l'osso che lo sosteneva.

In un paese straniero ebbi la ventura di ascoltare una conversazione privata fra amici implantologi nella quale uno diceva che sarebbe andato a controllare quale era lo stato degli impianti di una sua paziente e, se tutto fosse andato bene, l'avrebbe pregata di farsi vedere dai congressisti. Questo discorso ha senso solo con la consapevolezza che non sempre tutto va bene con gli impianti.

Anche gli impianti in bioceramica presentano spesso a distanza di anni un alone radiografico perimplantare di decalcificazione ossea. Inoltre, poiché con la lunga permanenza in bocca si verifica talvolta la retrazione dei tessuti che costituiscono le creste alveolari con comparsa all'esterno del color bianco del pilastro biocera-

mico impiantato, ad evitare il cattivo risultato estetico, qualcuno ha ideato impianti in bioceramica con la parte alta di color roseo in modo che, in seguito alla retrazione tissutale esso si possa confondere col colore naturale della gengiva.

Un altro collega implantologo usava delle false gengive in resina rosa rimovibili, da applicarsi ad incastro sotto le protesi fisse impiantate che avessero presentato la retrazione dei tessuti con conseguente comparsa all'esterno dei pilastri impiantati e delle parti terminali della protesi.

Siamo nell'ambito degli inconvenienti che si verificano in quelli che sono ancora dei successi implantari. Sempre a questo ambito si possono ascrivere le parestesie del nervo mandibolare conseguenti ad impianti eseguiti con strumenti che passano paracanalmente rispetto al canale mandibolare entro cui decorre il relativo nervo. Tali parestesie possono avere una durata superiore ai due anni.

È noto che il nervo mandibolare percorre obliquamente la mandibola entrando dal lato linguale in corrispondenza della spina di Spix e sfociandosi vestibolarmente in corrispondenza del forame mentoniero. Ma tale percorso non si compie con andamento uniforme in tutti i soggetti per cui presenta variazioni di decorso non facilmente prevedibili né diagnosticabili. L'autore giapponese Masuda, già nel 1975, in seguito a ricerche condotte su cadaveri, distinse otto tipi di decorso del canale mandi-

bolare su solo sessanta soggetti esaminati. Ciò significa un alto rischio di compromissione del nervo mandibolare in caso di impianti paracanalari.

Poiché la diagnosi dell'esatto percorso del nervo mandibolare non si può fare con l'esame radiografico abituale, io tentai di introdurre della sostanza radiopaca nel forame mentoniero onde visualizzare su lastra radiografica disposta ortogonalmente all'asse dei denti il decorso del canale nel singolo caso. Tali studi non sono stati da me condotti molto a fondo, poiché io lavoro in uno studio privato e sono perciò direttamente responsabile di fronte alla legge di eventuali danni che tale metodica, del tutto nuova, avrebbe potuto involontariamente causare.

Debbo dire, però, che nei casi in cui ho introdotto sostanza radiopaca concentrata nel forame mentoniero, non si è verificata nessuna noia al paziente. La sostanza da me usata è stata il Pielografin 60%, mezzo di contrasto triiodato per urografia ed angiografia, in fiale da dieci millilitri, corredate da fiale test di un millilitro per saggiare la tollerabilità individuale all'iodio; penetrare nell'interno del forame mentoniero con i normali aghi non è facile a causa dell'angolo quasi retto che il canale forma nel suo ultimo tratto. Il Pielografin lo facevo precedere da una iniezione intracanalare di un anestetico ad evitare il rischio di dolori causati dalla stimolazione sia meccanica che chimica

del nervo mandibolare.

Comunico in questa sede queste mie ricerche, che sono solo in fase iniziale, sperando che altri Colleghi in sede Universitaria, e perciò più idonea, possano continuarle e perfezionarle al fine di risolvere un problema che potrebbe essere assai importante per l'implantologia della mandibola.

Ritornando all'incertezza dei risultati che purtroppo permane nella implantologia, ricordo che il cosiddetto «gesso di Parigi» è una polvere usata da alcuni implantologi per riempire le perdite ossee perimplantari causate dall'intervento chirurgico. Essa viene usata con la speranza di agevolare la ricrescita dell'osso, ma il fatto stesso che venga usata rende evidente che l'osso mascellare traumatizzato dall'intervento non sempre ricresce spontaneamente con molta facilità. D'altra parte, lo stesso interesse suscitato nel Congresso Internazionale del maggio scorso a Bologna dal Synthograft, prodotto nuovo che si prefigge anch'esso la riformazione ossea perimplantare, rivela la non sufficiente efficacia del suo predecessore «gesso di Parigi» che è già in uso da almeno dieci anni.

Oggi il Dr. Tramonte ci consiglia di cospargere lo strumento da impiantare di essenza di Propolis al 10% che si trova in commercio con il nome di Proporal. La propolis è uno dei prodotti delle api formato di resine, cera, oli essenziali, pollini e flavonoidi. Ci auguriamo che tale prodotto,

non ancora sufficientemente sperimentato in implantologia, riesca ad ottenere risultati migliori di quelli ottenuti con altri prodotti fin qui adoperati. Una statistica di alcuni anni addietro, infatti, riportava che solo una parte delle lame impiantate erano ancora in sede dopo alcuni anni. Certamente oggi le cose sono migliorate con la miglior pratica implantologica acquisita dai dentisti, ma siamo ancora lontani dalla totalità dei casi di successo duraturo.

Anche metodiche implantari diverse da quelle usuali hanno mostrato i loro limiti. Un collega straniero che si dedica particolarmente all'uso degli stabilizzatori endodontici, ossia di quegli strumenti metallici che attraversano le radici dentarie dei denti vacillanti o con radici corte al fine di dare una maggiore stabilità ai monconi dentari residui, dopo i primi anni di successo ci ha anche onestamente fatto vedere l'insuccesso tardivo cui erano andati incontro quegli stessi impianti e ne cercava, giustamente, la ragione.

Né i successi non soddisfacenti riguardano soltanto gli impianti endosseï poiché si osserva che convinti sostenitori della implantologia iuxtaossea sono sempre alla ricerca di una forma diversa da dare alle loro griglie e giungono persino a compromessi con i loro principi antiendosseï rendendo intraossei i cavalieri ed i perni monconi delle griglie nella speranza di evitare in quei punti la deiscenza delle maglie della griglia dalla muco-

sa, ossia quel fenomeno che con felice espressione Marini definì «decubito alla rovescia». La continua ricerca di forme nuove nella disposizione delle maglie della griglia ci parla di un continuo tentativo di migliorare la forma dello strumento e nello stesso tempo ci dice che le forme ritenute valide ed eseguite fino ad allora, totalmente valide non erano.

Tuttavia quello che lascia maggiormente perplessi è il fatto, da me in maniera certa constatato, che la neoformazione ossea perimplantare non è irreversibile. In caso di impianti perfettamente ossificati, tanto da risultare impossibile la loro estrazione con l'uso dei normali strumenti per estrazione dentaria anche nel caso in cui la forma dello strumento impiantato non presenti ostacoli meccanici, in un tempo successivo, o per sopravvenute spontanee modifiche articolari determinanti imprevedibili carichi impropri, o per imponderabili modifiche metaboliche, si può verificare la demineralizzazione dell'osso perimplantare al punto da far sì che l'impianto possa essere estratto con due dita anche dopo otto anni di perfetta ossificazione.

Altro motivo di perplessità è dato da quei casi con più impianti di cui alcuni falliscono ed altri no.

Inoltre l'atrofia delle creste alveolari si comporta diversamente nei diversi individui: in alcuni la cresta va progressivamente diminuendo lasciando allo scoperto una parte sempre maggiore di strumento impianta-

to, in altri rimane praticamente immutata rispetto al livello che aveva al momento dell'impianto.

Si deve pure tenere presente che esiste anche una patologia degli impianti che va dall'invaginamento dell'epitelio mucoso intorno al colletto del moncone sino alla formazione di una tasca profonda che può presentare gemizio purulento paragonabile a quello delle tasche piorriche ed alla decalcificazione parziale dell'osso perimplantare ed all'ascesso conclamato. Entro certi limiti tale patologia si può ancora vincere con piccoli interventi chirurgici di tipo antiparadentossico e con cure mediche, ma a volte si deve, purtroppo, giungere alla rimozione dell'impianto per ottenere la guarigione.

Una patologia a parte si può considerare quella della rottura tardiva dello strumento che oggi, se la rottura è in sede opportuna, può essere riparata con la saldatrice di Mondani che salda in bocca pezzi metallici senza alcun danno per il paziente.

Recentemente un collega di fama internazionale affermava che si doveva considerare superata l'era dell'euforia implantologica avendo l'implantologia mostrato i suoi limiti. Io ritengo che il campo implantologico vada ancora studiato per raggiungere sempre migliori e più sicuri risultati, mentre la fine dell'euforia implantologica è un bene perché non pochi erano i colleghi neofiti entusiasti dell'implantologia che si avventuravano a fare cose che qualsiasi collega

più maturo non si sarebbe arrischiato a fare, finendo col gettare discredito sull'intera categoria.

La nostra generazione di implantologi è stata preceduta da una generazione di pionieri che ha iniziato l'implantologia più di trenta anni fa. In un libro di implantologia edito a Parigi nel 1955, il francese Gerard Maurel affermava testualmente: «In un periodo più recente ed anche più interessante i tentativi di impianti e specialmente di impianti metallici endossei, sono numerosi ... ecc.». In quel libro vengono citati implantologi a noi noti, come Formiggini e Cherchève, accanto ad altri di cui abbiamo purtroppo perduto la memoria, come Dondey, Flor de Sarrebruk, Rottemberg, Maurel, Filipi, e Barri che eseguiva, con nostro stupore, impianti a lama.

Se ho parlato chiaramente intorno all'esistenza di limiti in implantologia l'ho fatto perché molti di noi meno giovani fanno queste cose per averle apprese con la pratica implantologica, ma ci sono giovani colleghi che non hanno ancora le idee abbastanza chiare. È necessario, però, anche ricordare che accanto ai casi che ci lasciano perplessi abbiamo tutti dei casi di successi duraturi che lasciano pienamente soddisfatti i nostri pazienti e quindi noi stessi. Sono questi casi che ci spingono a continuare sulla strada della implantologia e che ci fanno ritrovare accanto nella pratica implantologica colleghi, come Cherchève, che hanno iniziato sicuramen-

te almeno trenta anni or sono e ci hanno trasmesso la loro fiducia nell'implantologia.

D'altra parte in Medicina come in Chirurgia i risultati assoluti non esistono ed esiti positivi che durino anche più di dieci anni non possono essere considerati degli insuccessi.

Il compito nostro e quello dei nostri successori sarà di continuare a portare avanti questa branca della Scienza ideando e sperimentando tutti quegli accorgimenti che possano prolungare la durata degli impianti, renderli più sicuri nella esecuzione e meno traumatizzanti per il paziente. Questo scopo potrà certamente essere meglio raggiunto con l'ausilio dell'Università in quanto essa è la sede naturale delle ricerche scientifiche. In tale sede si potranno provare tutti i tipi di impianti ideati dai vari autori senza alcun preconcetto, superando così la naturale tendenza che ogni autore ha di generalizzare l'uso del suo impianto anche a sedi nelle quali esso non è rigorosamente indicato.

In sede Universitaria poi, si potrebbero eseguire programmi di ricerca interdisciplinari, concordati cioè con altri rami del sapere, come per esempio, con la chirurgia ortopedica nella quale l'uso di strumenti metallici nella riparazione delle fratture o nella riformazione della articolazione coxo-femorale è pratica corrente ed i problemi del modo di reagire dell'osso sono all'ordine del giorno.

Come pure l'Odontoiatria Universitaria potrebbe farsi promotrice di

un vasto programma di ricerche scientifiche concordate con la Biochimica, l'Istologia, l'Endocrinologia, l'Anatomia Patologica ed altre di cui potrebbe giovare tutta la Medicina. Non dimentichiamo che l'Anestesia Generale, oggi di uso corrente in Chirurgia, è nata perché un odontoiatra ebbe per primo l'idea di usarla.

Per queste promettenti prospettive che ci apre il tema del Seminario In-

ternazionale organizzato dalla Facoltà di Odontoiatria dell'Università di Bari, ringrazio di cuore il Prof. Laforgia.

Dott. Giuseppe Foscarini
V.le Dei Mille, 28
Firenze

CHI LAVORA CON LE MANI È UN OPERAIO

CHI LAVORA CON LE MANI E CON IL CERVELLO È UN ARTIGIANO

CHI LAVORA CON LE MANI, CON IL CERVELLO E CON IL CUORE È UN ARTISTA
