

RIVISTA ITALIANA DI STOMATOLOGIA

FONDATA NEL 1932

ORGANO UFFICIALE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICI DENTISTI ITALIANI
SOCIETÀ ITALIANA DI STOMATOLOGIA

ANNO XXIV (Nuova Serie)

N. 11

NOVEMBRE 1969

P. PIERLEONI
Redattore Capo

F. VICHI
Direttore

M.F. BERGAMINI
Segretario di Redazione

COMITATO SCIENTIFICO

P. ALBANESE (Arezzo)
G. ARMENIO (Bari)
R. BANDETTINI (Pisa)
A. BARATIERI (Roma)
A. BENAGIANO (Roma)
C. BRANCHINI (Pavia)
A. BRANZI (Bologna)
L. CAPOZZI (Perugia)
L. FRONGIA (Cagliari)
F. GASPARINI (Padova)
I. JONATA (Sassari)
G. KELESCIAN (Ferrara)
P. LAFORGIA (Bari)
P. MASI (Siena)
G. MESSINA (Palermo)
C. PINI (Milano)
A. PROVVISORATO (Modena)
L. RUSCONI (Parma)
M. SILVESTRINI BIAVATI (GE)
G. SORTINO (Messina)
E. TEMPESTINI (Palermo)
O. TEMPESTINI (Catania)

*

COMITATO DI REDAZIONE

A. BENINI - M. BERGAMINI - U.D. BERNARDINI - A. BOBBIO - G. BOREA - N. CALABRÒ - M. CALANDRIELLO - G. CERIA - M. D'ALISE - M. DE FAZIO - F. FRUMENTO - E. GRANDI - G. MAJ - M. MARTIGNONI - L. MARZIANI - S. ORLANDO - G. ROSSI - F. RUSPA - F. SINGER - P. TAGLIANO - I. TOLLARO - G. TULLIO

SOMMARIO

- N. d.'D. - Rapporto della commissione scientifica della «Academie Dentaire» sulle tecniche degli impianti dentari Pag. 1115
- F. VICHI - M. ADORNI BRACCESI - G. PINI PRATO - G. HUOBER - Il diastema interincisivo mediano superiore » 1121
- F. PRAYER GALLETTI - U.D. BERNARDINI - Su di un nuovo prodotto a base di resina autopolimerizzabile e quarzo (Adaptic) come materiale da otturazione » 1145
- B. CATAPANO - Lesioni e menomazioni dell'apparato dentario, in rapporto alle assicurazioni contro gli infortuni del lavoro » 1155
- E. BARONI - A. FARNARARO - R. GIORGETTI - Aggregazione dei ribosomi delle ghiandole salivari di ratto in differenti condizioni funzionali » 1165
- U.D. BERNARDINI - G. HUOBER - Impiego di docce in resina contenenti gel di fluoruro di sodio per la fluoro-profilassi topica della carie dentale » 1171
- B. CATAPANO - F. BERTERA - Problemi di chirurgia odontostomatologica in pazienti affetti da diatesi emorragiche o sottoposti a terapie anti-coagulanti » 1182
- G. PINI PRATO - U.D. BERNARDINI - G. HUOBER - Composizione proteica della saliva umana: analisi mediante elettroforesi su gel di poliaccrilamide » 1197
- A. DE TOMASI - B. CATAPANO - Su un caso di sindrome di Brachmann-De Lange (nanismo di Amsterdam): considerazioni odontostomatologiche » 1204
- G. HUOBER - G. PINI PRATO - La sterilizzazione dei canali radicolari con correnti elettrocoagulanti: contributo sperimentale » 1215
- U.D. BERNARDINI - Esperienze cliniche sulla corona a giacca in porcellana rinforzata con cristalli d'allumina » 1228
- Notiziario » 1238
- Sommario della odontostomatologia italiana » 1246

Direzione e Redazione: Clinica Odontoiatrica e Stomatologica - Policlinico Universitario di Careggi - 50134 FIRENZE
Ufficio Abbonamenti e Pubblicità: S. Marina 6077/A - Tel. 35.112 - 30122 VENEZIA

R. I. S.

RAPPORTO DELLA COMMISSIONE SCIENTIFICA
DELLA « ACADEMIE DENTAIRE »
SULLE TECNICHE DEGLI IMPIANTI DENTARI

La spregiudicata campagna pubblicitaria che in questi ultimi tempi imperversa anche sui rotocalchi e quotidiani di informazione, reclamizzante tecniche e sistemi commercializzati di impianti, in forme e modi molto discutibile sia per gusto sia per etica e deontologia professionale, ci porta a condividere le giustificate preoccupazioni espresse al riguardo dalla « Académie Dentaire » francese. Riteniamo quanto mai opportuno pubblicare su queste pagine, riportando dal Bollettino della « Académie Dentaire » n. 13, la lettera indirizzata dal Presidente dell'Accademia prof. J. Verne al Ministro dell'Educazione Nazionale ed al Ministro della Sanità del Governo Francese e il Rapporto preliminare sulle tecniche di impianti dentari presentato dalla Commissione di Ricerca Scientifica della « Académie Dentaire » e adottato dalla « Académie Dentaire ».

LETTERA INDIRIZZATA AL SIGNOR MINISTRO DELL'EDUCAZIONE NAZIONALE
ED AL SIGNOR MINISTRO DELLA SANITÀ

Signor Ministro,

La Commissione di ricerca scientifica, presieduta dal prof. Verne già presidente della Accademia di Medicina, su richiesta del Consiglio dell'Accademia, ha messo a punto un rapporto preliminare relativo allo stato attuale delle tecniche degli impianti in odontostomatologia.

Questo rapporto mira a compendiare le nozioni un po' sparse del problema e ad attirare inoltre l'attenzione delle Pubbliche Autorità su alcuni aspetti del problema stesso.

L'Académie Dentaire, preoccupata delle ripercussioni che queste tecniche potrebbero in generale, avere sulla salute pubblica, si propone, a partire dai dati attuali, di aprire una vasta inchiesta sui risultati che ci si potrà aspettare. La Commissione di Ricerca Scientifica è a questo scopo incaricata di una missione presso tutte le équipes chirurgiche, presso i ricercatori ed i liberi professionisti per esaminare i casi già trattati ed organizzare i confronti periodici per i casi futuri. È così possibile sperare che in qualche anno di oculata ed imparziale osservazione si possa fare un bilancio e consigliare delle regole di condotta.

L'attuale dispersione, isolamento e frazionamento delle tecniche, nonché dei loro autori, non permettono dei giudizi precisi. Il metodo di esame attuato sotto l'autorità della Accademia garantirà quindi l'obiettività delle conclusioni.

Un aspetto particolarmente delicato del problema sfugge però all'esame dell'Accademia. Questo aspetto si trova strettamente legato ad un problema di deontologia e dovrebbe perciò essere preso in considerazione dal Consiglio Nazionale dell'Ordine dei Medici. È il problema delle pubblicità abusive basata su pubblicazioni, corsi, etc., il cui controllo non è compito delle autorità scientifiche.

Questi mezzi di pressione possono essere molto dannosi alla salute pubblica e l'Académie Dentaire ha ritenuto indispensabile di chiedere a questo proposito l'opinione del Consiglio Nazionale dell'Ordine dei Medici e Chirurghi Dentisti.

Gli interessi superiori della Ricerca Scientifica applicata ai problemi della terapia umana impongono una grande prudenza e lunghi periodi di controllo.

Ci sembra anche necessario di precisare bene le regole da rispettare nelle tecniche il cui carattere sperimentale deve *limitarne ancora per molto tempo* la diffusione pratica.

È in questo spirito Signor Ministro, che comunicandoVi il rapporto preliminare della Sua Commissione, l'Académie Dentaire, spera di ottenere il Vostro appoggio.

Vi prego gradire Signor Ministro, i sensi della mia considerazione.

Il Presidente
Prof. Jean Verne

RAPPORTO PRELIMINARE SULLE TECNICHE DI IMPIANTI
DENTARI PRESENTATO DALLA COMMISSIONE DI RICERCA
SCIENTIFICA DELLA ACADEMIE DENTAIRE E ADOTTATO DALLA
ACADEMIE DENTAIRE

Terminologia e tecnologia.

« Impiantare », secondo Littré, significa piantare una cosa in un'altra. In Odontostomatologia si tratta di impiantare nei mascellari dei pilastri artificiali metallici a scopo di ancoraggio protesico.

Per certi autori il termine « impianti » sembra improprio perché in chirurgia indica inclusioni placentari od ormonali nei tessuti. Tuttavia que-

sta denominazione di « Impianti dentari » essendo entrata nell'uso comune ci sembra opportuno mantenerla senza escludere però la definizione proposta di « ancoraggi artificiali metallici nei mascellari ».

Bisogna però eliminare i termini di « Implantation, Réimplantation, Transplantation » che riguardano invece un intervento praticato con un vero e proprio dente; si tratta in questi casi di innesti dentari omoplastici suddivisi in auto o alloplastici secondo che il materiale provenga dallo stesso paziente o da altri. In questa categoria potrebbe essere incluso l'impianto biologico di un dente che abbia subito la preparazione biologica e morfologica per poter costituire un innesto dentario.

Gli impianti si suddividono in due grandi classi:

- a) Impianti endo-ossei;
- b) Impianti juxta-ossei o sotto-periostei.

a) Gli impianti endo-ossei sono caratterizzati da elementi metallici unitari in stellite o in tantalio: impianti a spirale di Chérchève, viti di Janeret e di Linkov, impianti ad arco di Lhemans, cilindri di Benhaim, aghi Scialom, che dopo aver traversato la fibromucosa sulla cresta dei mascellari, penetrano profondamente nell'osso sia inserendosi in una sede preparata prima, sia forando essi stessi l'osso. Questi impianti possono a volte essere posti nell'alveolo vuoto immediatamente dopo l'estrazione del dente che lo occupava.

Di questa categoria possono far parte gli impianti a trasfissione di Benoit che si applicano unicamente nella regione mascellare inferiore, a partire dalla porzione basilare dell'osso. Un'incisione della pelle viene praticata in corrispondenza alla plica del mento, l'impianto attraversa il mascellare inferiore nella sua parte extra-buccale e appare sulla cresta alveolare nella parte endo-buccale.

b) Gli impianti juxta-ossei o sotto-periostei sono costituiti da sbarrette vestibolari e linguali o palatine riunite tra loro da traversine che creano delle griglie. L'insieme è posto a diretto contatto con l'osso preparato al disotto della fibromucosa. I quattro monconi artificiali che emergono permetteranno di applicarsi una protesi quasi sempre amovibile.

Questa tecnica interessa soprattutto gli edentuli totali e specialmente il mascellare inferiore.

I metodi endo e juxta ossei possono essere associati tra loro e diventare così metodi misti.

Considerazioni generali: Tolleranza dell'organismo all'impianto.

L'impianto è un corpo estraneo che viene imposto a dei tessuti viventi: l'osso di base è l'osso alveolare. Dal punto di vista classico l'osso è un tessuto molto labile sottomesso ad un metabolismo regolato da meccanismi spesso instabili. Il corpo estraneo costituirà una aggressione e potrà scatenare varie reazioni: anatomo-patologiche e fisiologiche.

Anche la mucosa potrà subire una permanente irritazione complicata dalla presenza di una protesi ed essere anch'essa sede di reazioni anatomo-patologiche e fisiologiche.

Ma un altro fattore sfavorevole si aggiungerà quasi fatalmente e cioè il fattore infettivo. Anche se durante l'intervento si è osservata una scrupolosa asepsi, che nella bocca è molto difficile se non impossibile ottenere, in seguito rimarrà sempre una comunicazione costante tra l'osso e la cavità orale settica.

La presenza permanente di germi in alcune zone della fibromucosa e dell'osso è una realtà, con tutte le conseguenze locali, loco-regionali e generali che ne derivano. Un trattamento antibiotico costante non potrà certo essere prescritto senza recar danno al paziente.

Ci sono anche molti casi in cui si può verificare:

a) *Accettazione pura e semplice* dell'impianto da parte dell'organismo ma spesso apparente e per un periodo impossibile a valutarsi. In questa ipotesi la riparazione ossea e mucosa avviene senza complicazioni. L'impianto sembra consolidarsi al livello di un osso di cui l'aspetto radiografico è normale. La mucosa non è iperemica attorno agli elementi che costituiscono l'impianti.

b) *Rigetto dell'impianto*: questo si traduce in un insieme di fenomeni infiammatori e dolorosi, nell'apparire di una suppurazione in corrispondenza agli elementi che costituiscono l'impianto, in una disinserzione di parti dell'impianto stesso o di una mobilità di tutti gli elementi che lo compongono. L'esame radiografico rivela zone più o meno estese di osteolisi e a volte formazione di sequestri ossei.

Lo stato generale del paziente può essere in certi casi gravemente compromesso e lo stesso trattamento antibiotico, in generale prescritto per una lunga durata, è anch'egli causa di questa situazione. Alcuni soggetti possono presentare delle complicazioni psichiche gravi e necessitare di cure particolarmente delicate.

La rimozione totale dell'impianto ha delle conseguenze che variano secondo il tipo di impianto utilizzato, ma può lasciare dei postumi gravi rendendo difficile una riabilitazione successiva con metodi classici.

Indicazioni e controindicazioni.

È evidente che ogni diatesi, ogni tara organica o stato patologico costituisce una controindicazione assoluta.

Le considerazioni di ordine psicologico debbono anch'esse essere esaminate con estrema attenzione essendo in stretto rapporto con lo stato generale del paziente e potendo costituire anch'esse una controindicazione. La possibilità di un insuccesso deve poter essere prevista ed accettata dal paziente stesso. I rischi devono essere proporzionati alla gravità del caso da curare ed alla *assodata impossibilità di trattare il caso con qualsiasi altro tipo di riabilitazione protesica.*

Lo stato locale esigerà un esame molto completo poiché da esso dipende la decisione sull'opportunità di fare un impianto e la scelta del tipo di impianto stesso.

Anche lo stato dell'osso dovrà essere apprezzato con radiografie. Un osso denso sarà giudicato più favorevole di uno spugnoso. Per questa ragione risulta spesso impossibile applicare impianti nel mascellare superiore. La teleradiografia permetterà di realizzare i rapporti anatomici delle strutture ossee, e di scartare i casi dove una grave disarmonia causerebbe un cattivo equilibrio protesico.

La valutazione dell'altezza delle creste ossee, la presenza più o meno vicina delle fosse nasali o dei seni nel mascellare superiore, del canale mandibolare della sua superficialità nella zona del foro mentoniero permetterà una scelta tra le tecniche endo o juxta-ossee.

La grande varietà dei casi clinici che si presentano impone agli operatori, siano essi isolati o in equipe, una conoscenza perfetta di tutte le tecniche possibili ed una organizzazione che permetta la pratica realizzazione.

CONCLUSIONI.

L'applicazione di un impianto e della sua protesi può dirsi coronata da successo quando il tutto rimane stabile senza mobilità per 5 o 6 anni e quando la radiografia indichi una riabilitazione ossea attorno o attraverso gli elementi endo-ossei o juxta-ossei che lo costituiscono; la mucosa non deve presentare infiammazione ed il paziente deve masticare normalmente senza accusare dolori.

Quando l'insieme della suddetta situazione non si realizza, non si ha che un successo parziale la cui evoluzione può condurre al fallimento della cura.

Soltanto uno studio sistematico dei casi trattati con i diversi metodi permetterà di stabilire una statistica valida.

Comunque, per i metodi che attualmente vengono considerati i più validi, la percentuale di successi completi o parziali è scarsa. In queste condizioni è quindi evidente che la fase sperimentale non è ancora superata e che chi pratica queste tecniche deve ispirarsi alla più grande prudenza.

La ricerca ed il perfezionamento delle migliori metodiche non possono essere eseguiti che *in uno spirito di completo disinteresse economico e preferibilmente da équipes preparate alle diverse tecniche.*

L'insieme delle tecniche degli impianti, nello stato attuale della conoscenza *non può dunque entrare nella pratica corrente.*

Ogni propaganda che inciti sistematicamente il pubblico a farsi curare con queste tecniche è *da proscrivere severamente.*

(N. d. D.)