

# NUMERI UNO

ESSE&EMME NEWS MAGAZINE

dicembre 2008 / marzo 2009 \_ anno primo \_ numero 03

"Numeri UNO" esse&emme news magazine © Sweden & Martina S.p.A. - Via Veneto 10 - 35020 Due Carrare PD Italia - Tel. +39 049.912.43.00 - Fax +39 049.912.42.90 - www.sweden-martina.it

Questo Studio è un  
Centro di Eccellenza in Implantologia

sweden & martina

## Un 2008 ricco di numerose conferme

### **MODERNO APPROCCIO ALLA TERAPIA IMPLANTARE**

il corso di approfondimento  
tenuto il 13 dicembre 2008  
dal Dr. Botticelli,  
Dr. Cornolini e  
Dr. Scipioni

### **PREMIUM/KOHNO**

i nuovi driver Easy  
Insert, un nuovo  
successo internazionale per  
semplicità  
d'uso ed ergonomia

### **LA TECNICA FLAPLESS**

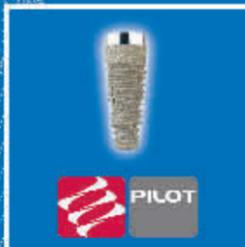
indicazioni e limiti,  
il caso clinico  
descritto dal  
Dr. Michele Figliuzzi

sweden & martina

# PREMIUM DAY 2009

X Congresso Nazionale di Implantoprotesi Integrata

**18 19 E 20 GIUGNO** TEATRO CONGRESSI PIETRO D'ABANO  
Largo Marconi, 16 35031 Abano Terme Padova - Italia  
[www.abanocongressi.com](http://www.abanocongressi.com)



**18 GIUGNO 2009**  
**CORSO PRE-CONGRESSUALE**  
Prof. Gerard Chiche

#### SESSIONE ODONTOIATRI

Alfonso Baruffaldi  
Alessandro Bermond Des  
Ambrois  
Daniele Botticelli  
Gaetano Cales ni  
Luigi Canullo  
Gerard Chiche  
Stefano Conti  
Roberto Cornelini  
Giuseppe Corrente  
Ugo Covani  
Marco Csonka  
Davide Farronato

Felice Enrico Gherlone  
Guido Macaluso  
Carlo Maiorana  
Fabrizio Morelli  
Gianni Persichetti  
Carlo Saccone  
Franco Santoro  
Agostino Scipioni  
Angelo Sisti  
Leonardo Trumbelli  
Stefano Valbonesi

#### SESSIONE IGIENISTI

Alessandro Zini  
Annamaria Genovesi  
Gianluca Bozzolo  
Gianna Maria Nardi  
Selvaggia Mason  
Stefano Paci

#### SESSIONE ODONTOTECNICI

Carlo Baroncini  
Reginaldo Bartoloni  
Roberto Canalis  
Antonello Di Felice  
Graziano Giangiuliani  
Ettore Morandini  
Massimo Soattin  
Marco Stopaccioli

#### Redazione

"Numeri UNO" esse&emme news magazine periodico trimestrale di informazione, cultura, aggiornamento scientifico e anteprime sui prodotti per l'odontoiatria e l'odontotecnica di Sweden & Martina S.p.A.

**Anno 1, numero 3**  
**dicembre 2008/marzo 2009**

#### Editore

Sweden & Martina S.p.A.  
Via Veneto 10  
Due Carrare (PD)  
Tel. +39 049 912.43.00  
Fax +39 049 912.42.90  
[www.sweden-martina.it](http://www.sweden-martina.it)

#### Direttore editoriale

Pier Francesco Rupolo

#### Direttore responsabile

Valentina Visentin

#### Coordinamento editoriale

Valeria Bonotto  
[vbonotto@sweden-martina.it](mailto:vbonotto@sweden-martina.it)

#### Direttore scientifico

Glorianna Zangiacomì

#### Fotografie

Archivio Sweden & Martina S.p.A.

#### Progetto e direzione grafica

Pier Francesco Rupolo

#### Prestampa e stampa

Peruzzo Industrie Grafiche S.p.A.  
Via M. Polo, 10/12  
35035 Mestrino (PD)  
Tel. 049.900.28.84/85  
[www.graficheperuzzo.it](http://www.graficheperuzzo.it)

#### Redazione e proprietà

Sweden & Martina S.p.A.  
Via Veneto, 10  
35020 Due Carrare PD Italia  
Tel. +39 049 912.43.00  
Fax +39 049 912.42.90

#### Hanno collaborato a questo numero:

Omar Attar, Earl O. Bergersen, Claudio Boscolo, Daniele Botticelli, Roberto Crespi, Luciano de Feo, Michele Figliuzzi, Giuseppe Iaria, Vulzio Lazzarini, Carlo Maiorana, Giovanni Battista Mantoan, Antonio Micheli, Andrea Nicolis, Roberto Pelati, Franco Quadretti, Pietro Stefani, Federico Tognetti, Alessandro Tortato, Diego Vianelli.

Il contenuto e le opinioni espresse dagli autori e dagli intervistati non coincidono necessariamente con quelle di "Numeri UNO" esse & emme news magazine. Tutti i marchi registrati citati sono di proprietà di Sweden & Martina S.p.A.

© & ® Tutti i diritti di proprietà letteraria e artistica sono riservati. È vietato qualsiasi tipo di riproduzione, intera o parziale, in qualsiasi lingua, senza previa autorizzazione scritta dell'editore. Nessuna parte del contenuto di questa rivista può essere pubblicato, fotocopiato, distribuito e diffuso attraverso qualsiasi mezzo, online e offline, senza il consenso scritto di Sweden & Martina S.p.A.

Registrazione c/o Tribunale di Padova  
n° 2140 del 15/05/2008

**sweden & martina**



**U**n numero che anticipa i tradizionali auguri di Natale ma che al contempo, come da tradizione di questo magazine, tratta rilevanti contenuti scientifici. Il case report del Dottor Michele Figliuzzi sulla tecnica flapless, e lo studio clinico sull'uso del Nite-Guide nell'ortodonzia preventiva. Quest'ultimo, scritto dal Professor Bergersen, inventore del dispositivo, anticipa il Master di Ortodonzia Intercettiva con tecnica Occlus-o-Guide che si svolgerà il 21 marzo 2009 presso il Centro Congressi Sweden & Martina a Due Carrare (PD).

Quindi ulteriori approfondimenti in merito al nuovissimo sistema implantologico Premium/Kohno che già nei primi mesi di distribuzione sta riscuotendo un enorme successo e un interesse elevatissimo con grande soddisfazione di Sweden & Martina e di tutti i collaboratori che hanno contribuito allo sviluppo del prodotto.

In merito agli appuntamenti rilevanti di questa seconda parte del 2008 vogliamo ricordare due incontri che si sono svolti lo scorso ottobre presso la sede Centrale di Sweden & Martina.

Innanzitutto l'entusiasmante corso tenuto dal Professor Berglundh, docente e ricercatore di fama internazionale, arrivato in Italia appositamente per presentare tematiche che hanno suscitato un interesse profondo tra i partecipanti: il posizionamento degli impianti in alveoli post-estrattivi e il trattamento delle perimplantiti. Quindi un evento che ha riscosso elevatissimo successo visto l'afflusso dei partecipanti, oltre 200: la giornata dedicata all'utilizzo del laser in odontoiatria.

# *BUON NATALE E FELICE ANNO NUOVO*

Il più caloroso benvenuto inoltre al Dottor Botticelli, al Dottor Scipioni e al Dottor Cornelini, relatori del corso sul "Moderno approccio alla terapia implantare" organizzato da Sweden & Martina in collaborazione con il Padova Study Club e il team ARDEC, gruppo internazionale di odontoiatri il cui obiettivo è il più alto aggiornamento scientifico e tecnologico possibile.

Una sezione che incuriosisce sempre più i lettori è la rubrica dedicata ai Centri d'Eccellenza in Implantologia dei quali pubblichiamo alcune immagini giunte in redazione. In questo numero sono state inserite le foto di alcuni studi dell'area del Padovano. Per il prossimo numero... attendiamo le vostre foto!

Vi auguriamo quindi una buona lettura ma soprattutto delle felici festività ed un 2009 di successo assieme a Sweden & Martina!

## La tecnica flapless: indicazioni e limiti

Le tecniche chirurgiche messe a punto per l'inserimento degli impianti si sono diversificate nel tempo, in seguito alla crescente richiesta da parte dei pazienti di una riabilitazione attenta alla funzione ma anche all'estetica, con una minima invasività chirurgica.

### Dr. Michele Figliuzzi

La tendenza è infatti quella di migliorare sempre più sia l'aspetto funzionale, sia estetico, ma soprattutto di ridurre al minimo l'aggressività chirurgica dell'intervento, al fine di rendere migliore anche il decorso post-operatorio per il paziente.

Nel nostro lavoro è stata eseguita una revisione della letteratura e una valutazione di casi clinici eseguiti con la metodica flap-less con lo scopo di evidenziarne indicazioni e limiti rispetto alle altre metodiche.

Lo studio ha preso in esame 83 impianti inseriti su 30 pazienti (19 femmine e 11 maschi) che presentavano condizioni tali da permettere l'inserimento con metodica flap-less.

Sono stati esclusi dallo studio tutti i pazienti che presentavano condizioni tali da poter interferire con i processi di osteointegrazione (fumo, diabete non controllato, patologie del metabolismo osseo, parafunzioni).

Tutti i pazienti sono stati sottoposti a preparazione iniziale prima dell'intervento. Nel 13% dei casi la riabilitazione è avvenuta con carico immediato, nell'87% dei casi con carico differito.

#### Parole chiave

Tecnica flap-less, aggressività chirurgica, osteointegrazione, ampiezza biologica, gengiva aderente, analisi del modello spaccato.

#### Introduzione

Il posizionamento degli impianti secondo le linee guida introdotte da Brånemark e Coll. sin dal 1977 prevedeva un'apertura di un lembo muco-periosteale e un periodo di attesa in assenza di carico per circa 3-6 mesi come prerequisiti fondamentali per ottenere una corretta guarigione dell'interfaccia osso-impianto.

Il protocollo chirurgico era stato concepito perché la preoccupazione primaria era di eliminare la contaminazione batterica e che eventuali micro-movimenti dell'impianto potessero impedire la corretta osteointegrazione dell'impianto intesa come "connessione diretta, strutturale e funzionale tra tessuto osseo vitale orientato e la superficie dell'impianto, posto quest'ultimo sotto carico funzionale", con secondario incapsulamento da parte del tessuto fibroso come risposta riparatrice al trauma fisico.

Il drastico cambiamento avvenuto nel contesto socio-culturale ha reso un aspetto invalidante l'approccio chirurgico a causa di problematiche legate a fattori estetici, funzionali, lavorativi o psicologici.

Dal punto di vista biologico lo svantaggio maggiore della tecnica classica è rappresentato dal riassorbimento osseo che segue l'intervento, ed è dovuto all'aggressività chirurgica, in quanto durante l'intervento si priva la cresta ossea di quella che in zona edentula è l'unica fonte di irrorazione sanguigna, ovvero l'**arteria sopra-periosteale**.

Gli altri svantaggi sono dovuti ai lunghi tempi che intercorrono tra intervento e carico dell'impianto (cui si è cercato di ovviare grazie al carico immediato e precoce), altri ancora sono correlati all'intervento, che viene vissuto da alcuni pazienti come troppo invasivo, e al post-operatorio durante il quale i pazienti spesso riferiscono dolore, edema e disagio.

La metodica flap-less si è sviluppata in risposta a queste richieste e consiste nell'eseguire l'intervento senza sollevare alcun lembo, posizionando l'impianto non sommerso e in alcuni casi associandovi il carico immediato.

È per ciò una metodica che presenta indubbi vantaggi per l'operatore e per il paziente, ma anche dei rischi, molti dei quali possono essere evitati con un'attenta selezione del paziente e un'accurata pianificazione dell'intervento.

Nel nostro studio è stata eseguita una revisione della letteratura ed è stata effettuata una valutazione di una serie di casi clinici per individuare indicazioni e limiti della metodica flap-less rispetto alle altre.

#### Materiali e metodi

Lo studio ha preso in esame 83 impianti Kohno (Sweden & Martina) inseriti su 30 pazienti (19 femmine e 11 maschi) distribuiti come da Tabella 1.

Sono stati esclusi dallo studio tutti i pazienti che presentavano condizioni tali da poter interferire con i processi di osteointegrazione (fumo, diabete non controllato, patologie del metabolismo osseo, parafunzioni), anche se in uno studio sulla predicibilità di successo di tale tecnica Cannizzaro e coll. hanno incluso pazienti che normalmente presentano condizioni di esclusione, come pazienti

forti fumatori, bruxisti, diabetici insulino-dipendenti, pazienti HIV + senza segni di AIDS conclamato, ottenendo peraltro buone percentuali di successo a dieci anni (comprese tra 95.5% e 100%).

Tredici di essi hanno richiesto espressamente la possibilità di ottenere una riabilitazione implantare con un intervento poco invasivo temendo il decorso post-operatorio dell'intervento classico; per i rimanenti 17 è stato l'operatore a scegliere la procedura dopo aver verificato che sussistevano le condizioni adatte all'intervento flap-less. Tali condizioni sono state verificate tramite le opportune indagini radiografiche pre-operatorie (OPT, TC) e l'esame obiettivo. Tutti i pazienti sono stati sottoposti alla preparazione iniziale prima dell'intervento al fine di eliminare possibili fonti di infiammazione gengivale che avrebbero aumentato il sanguinamento intra-operatorio e di conseguenza diminuito la visibilità; inoltre il tartaro presente in bocca avrebbe ritenuto maggiormente la placca con il rischio di infettare la ferita nel post-operatorio.

Per il posizionamento degli impianti secondo la tecnica flap-less è stato necessario che nei pazienti fossero presenti almeno 6-7 mm di spessore osseo, (condizione necessaria secondo il parere di molti autori e dalla nostra esperienza); e un'adeguata altezza, che sono state attentamente verificate con le indagini radiografiche (endorali, TC). È stato altresì indispensabile che non fossero stati richiesti nell'ambito dello stesso intervento incrementi ossei o dei tessuti molli, poiché lavorando "a cielo coperto" sarebbe stato impossibile effettuarli. Particolare attenzione è stata prestata alla morfologia ossea, spesso infatti sono presenti concavità, soprattutto a livello della mandibola, che se non correttamente valutate espongono al rischio di perforazioni. In generale, un sottosquadro maggiore di 15° fa deporre per una chirurgia tradizionale con una visione diretta dell'osso da trattare.

Un sistema semplice per valutare lo spessore e la morfologia dell'osso è stato, oltre che con le indagini radiografiche, anche con l'**analisi del modello spaccato**, attraverso cui viene ricostruita l'andatura della cresta edentula. Tale tecnica è di particolare utilità quando si sceglie di posizionare gli impianti secondo la tecnica flap-less, poiché non c'è la visualizzazione diretta della creste ossee in fase intra-operatoria, quindi l'analisi del modello spaccato è indispensabile nella pianificazione pre-operatoria. Essa consiste nella misurazione dello spessore mucoso servendosi di aghi da iniezione in anestesia

Tabella 1: distribuzione nelle arcate degli impianti inseriti.

|                         | Zona Anteriore | Zona Premolare | Zona Molare | Totale    |
|-------------------------|----------------|----------------|-------------|-----------|
| <b>Arcata Superiore</b> | 10             | 14             | 11          | 35        |
| <b>Arcata Inferiore</b> | 18             | 11             | 19          | 48        |
| <b>Totale</b>           | 28             | 25             | 30          | <b>83</b> |

locale. Lo spostamento dello stop di gomma applicato sull'ago, che viene inserito fino al contatto osseo, misura lo spessore mucoso (Figura 1).



Figura 1 - Misurazione dello spessore mucoso con ago da anestesia

La differenza fra lo spessore totale della cresta alveolare e la somma degli spessori mucosi, linguale e vestibolare, corrisponde all'effettivo spessore dell'osso. Eseguita la misurazione degli spessori mucosi, si prepara un modello in gesso, sul quale – per la visualizzazione degli spessori mucosi – si trasferiscono le singole misurazioni (Figura 2).

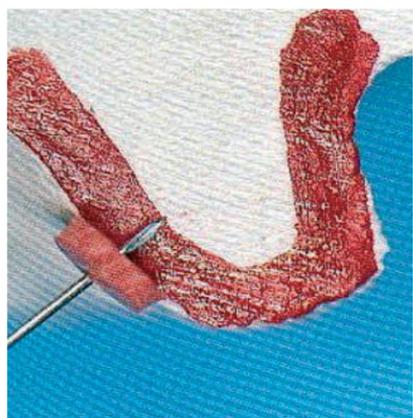


Figura 2 - Trasferimento delle misurazioni sul modello in gesso

Si ottiene così la riproduzione spaziale della forma e della larghezza del processo alveolare. Per quanto riguarda i tessuti molli, è stato necessario che nella zona dell'intervento fosse presente un'adeguata quantità di tessuto cheratinizzato che garantisca stabilità all'impianto e non lo sottoponesse a trazioni, soprattutto nelle prime settimane dopo l'inserimento, e facilitasse l'igiene orale della zona. I primi impianti secondo tecnica flap-less venivano inseriti in zona intraforamina, dove la qualità dell'osso è buona (tipo I o II), e dove spesso è possibile ottenere una stabilità bicorticale. Oggi invece sono disponibili studi che affermano la predicibilità di tale tecnica anche nella mandibola posteriore e nel mascellare superiore (da Figura 10 a Figura 14).

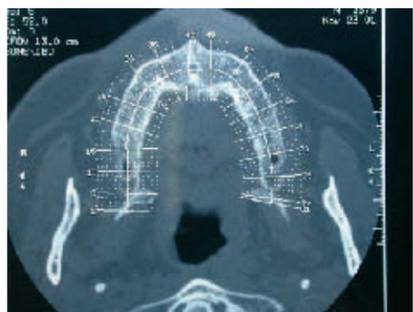


Figura 10 - Tc pre-operatoria che permette di valutare l'adeguata ampiezza della cresta edentula



Figura 11 - Situazione pre-operatoria



Figura 12 - Impianti inseriti



Figura 13 - Prova monconi



Figura 14 - Caso finito

Ciò che è importante è valutare la qualità dell'osso e utilizzare una preparazione del sito implantare conservativa.

Kan et al. suggerisce, nel caso si intervenga in settore antero – superiore, di utilizzare osteotomi di misura via via maggiore per la preparazione del sito, con un approccio più palatale rispetto al punto in cui si vuole posizionare l'impianto. Ciò permetterebbe di avere un maggiore controllo dell'espansione ossea e di scongiurare il rischio di fratture della corticale vestibolare, che è quella in genere più sottile.

Al fine di assicurare una buona stabilità primaria, è unanime il parere degli autori e anche il nostro circa l'utilizzo di impianti conici. La superficie dell'impianto può essere di vario tipo, ma soprattutto se la procedura è associata al carico immediato, è preferibile l'utilizzo di un impianto con superficie ad elevato grado di rugosità, che velocizza i processi di osteointegrazione.

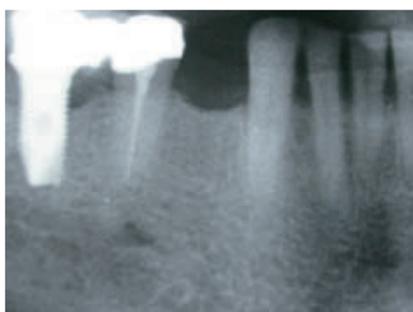


Figura 3 - Particolare dell'OPT pre-operatoria

E' importante poi che il collo dell'impianto sia svasato e liscio per impedire la colonizzazione del sito implantare da parte dell'epitelio (rischio connesso alla tecnica non sommersa), e a connessione interna, per favorire la guarigione dei tessuti molli intorno all'impianto. Per l'esecuzione dell'intervento abbiamo proceduto con l'infiltrazione locale di anestetico (mepivacaina 1: 1000000), quindi con l'ausilio della dima chirurgica realizzata in fase di programmazione dell'intervento è stato eseguito un foro nella gengiva là dove saremmo andati ad inserire l'impianto. La

dima ci dà non solo la giusta posizione, ma anche la corretta inclinazione. Il foro può essere praticato con una fresa a carota montata su micro-motore chirurgico a 300 giri al minuto con torque 1:1, oppure con una lama Beaver64 (Figura 4).



Figura 4 - Incisione della mucosa

Eliminato il tessuto molle solo là dove ci serviva, siamo passati alla preparazione del sito implantare nel modo consueto, controllando di tanto in tanto la corretta inclinazione con la dima e i perni di parallelismo (Figura 5)



Figura 5 - Prova con perni di parallelismo



Figura 6 - Impianto inserito



Figura 7 - Rx di controllo

e usando frese per preparazione (o osteotomi) coniche e di diametro via via maggiore e fermandoci quando la dimensione del sito era di 0,5 mm inferiore all'impianto scelto. Ovviamente bisogna sempre tener presente che si lavora "al buio", quindi tutte le fasi sono state eseguite con molta cautela, in quanto il rischio di perforare le corticali è uno dei maggiori pericoli connessi all'utilizzo di questa tecnica. A questo punto abbiamo posizionato l'impianto manualmente impiegando una forza non superiore a 30N in posizione non sommersa in modo che il collo liscio dell'impianto fosse a contatto con i tessuti molli e ne favorisse una guarigione ottimale. La sua svasatura inoltre, insieme al disegno preciso del sito implantare, scongiura l'altro maggiore rischio che si corre con la tecnica flap-less e con la tecnica non sommersa in generale, ovvero la colonizzazione del sito implantare da parte dell'epitelio con conseguente fallimento della terapia. Il paziente è stato dimesso con le consuete raccomandazioni circa l'igiene orale e l'alimentazione, senza

aver ricevuto nessun punto di sutura, senza aver avuto eccessivo sanguinamento e con probabilità scarse di avere fastidi o gonfiori nel post-operatorio.

## Risultati

Su 83 impianti, 11 (13 %) sono stati riabilitati con un carico immediato, gli altri (87%) con carico differito. (Grafico 1).

**Grafico 1**



Cinque impianti (6%) sono andati incontro a fallimento, 3 in seguito a colonizzazione epiteliale del sito implantare, 2 per complicanze batteriche.

Più nello specifico, le percentuali di successo per zona trattata sono state come indicato in Tabella 2.

Ai 30 pazienti è stato inoltre somministrato un questionario per verificare il gradimento della procedura chirurgica, e da esso è emerso che:

- Il 6% ha avuto necessità di assumere antidolorifici nelle ore o giorni successivi all'intervento;
- Solo il 2% ha notato gonfiore nella zona trattata chirurgicamente;
- L'89% ha dichiarato di avere gradito maggiormente tra gli aspetti positivi la durata ridotta dell'intervento;
- Il 100% rifarebbe l'intervento alla luce di come si è svolto.

## Discussioni

Dai risultati ottenuti e dalla letteratura si evince che la tecnica presa in esame presenta certamente dei vantaggi per cui risulta fortemente gradita ai pazienti vista la ridotta invasività chirurgica. Per l'operatore i vantaggi sono soprattutto di ordine biologico, in quanto opera in modo del tutto atraumatico e rispettoso della fisiologia ossea; inoltre posizionare l'impianto fuori dalla cresta ossea permette il rispetto dell'ampiezza biologica, ovvero quella distanza che costantemente si stabilisce tra l'osso e i tessuti molli e che è pari a circa due millimetri.

Agendo diversamente il rischio che si corre è di osservare un caratteristico riassorbimento a V in quanto l'organismo tende a ristabilire l'ampiezza biologica nel momento in cui essa va persa.

L'impianto in posizione non sommersa consente poi l'ottimale guarigione dei tessuti molli intorno all'impianto (Figure 8 e 9), che non saranno traumatizzati da successivi interventi per l'inserimento delle viti di guarigione, e le connessioni protesiche che rappresentano un punto di debolezza dell'impianto e che fungono da ricettacolo di batteri non solo sono ridotte al minimo, ma sono poste lontano dal solco implantare, la dove il paziente difficilmente riesce a pulirle.



Figura 8 - Controllo clinico a distanza



Figura 9 - Caso finito

Dal punto di vista pratico non dover allestire lembi e non dover dare punti di sutura è un vantaggio perché si riducono i tempi operatori con minore stress per i pazienti, che dimostrano gradire molto questo aspetto. Tra gli svantaggi della metodica flap-less invece va ricordata la curva di apprendimento necessaria per eseguire l'intervento e per avere una buona predicibilità di successo. Esiste infatti la probabilità di perforare le corticali durante la preparazione del sito o di perdere l'impianto per colonizzazione epiteliale o batterica.

È inoltre una metodica che abbiamo visto richiedere un'attenta pianificazione in fase pre-operatoria per la corretta ricostruzione delle creste ossee, e che

non è applicabile a tutti i casi.

È necessario che sia presente un'adeguata altezza e spessore osseo, e quindi non possono essere fatti nello stesso intervento incrementi ossei. Deve essere presente anche una banda adeguata di gengiva aderente là dove verrà inserito l'impianto per garantire una buona stabilità primaria.

Siamo inoltre nell'impossibilità di poter gestire i tessuti molli proprio perché non c'è alcun lembo da poter posizionare secondo le nostre esigenze.

## Conclusioni

Da quanto emerso dalla revisione della letteratura e dal nostro studio la riabilitazione implantare mediante metodica flap-less risulta essere una valida alternativa alla riabilitazione tradizionale, anche se oltre a molti vantaggi sono emersi anche alcuni limiti che devono essere tenuti in considerazione nella scelta della metodica chirurgica.

Riassumendo, quindi, possiamo affermare che la tecnica flapless offre come vantaggi:

- La possibilità di eseguire un intervento atraumatico, rispettoso della fisiologia ossea e non invasivo;
- Tempi operatori ridotti;
- Non è necessario allestire lembi chirurgici quindi niente punti di sutura;
- Maggiore comfort per il paziente;
- Ridotto dolore e ridotto sanguinamento;
- Possibilità ove richiesto di associare all'impianto il carico immediato;
- Il rispetto dell'ampiezza biologica e dei tessuti molli peri-implantari grazie al posizionamento del collo liscio dell'impianto fuori dall'osso;
- Il posizionamento in cresta di elementi di connessione che costituiscono punti di debolezza e di ritenzione della placca, grazie all'utilizzo della tecnica monofasica.

Gli svantaggi legati all'utilizzo di tale metodica invece sono:

- L'impossibilità di associarvi interventi di incrementi ossei o dei tessuti molli;
- Il pericolo di deviare dalla giusta traiettoria perforando le corticali;
- Il rischio di colonizzazione del sito implantare da parte dell'epitelio;
- Impossibilità di gestire i tessuti molli al fine di aumentare la banda di gengiva aderente;
- Curva di apprendimento per essere in grado di sfruttare al meglio le potenzialità di questa metodica.

**Tabella 2: percentuali di successo nelle zone trattate**

|                         | Zona Anteriore | Zona Premolare            | Zona Molare               |
|-------------------------|----------------|---------------------------|---------------------------|
| <b>Arcata Superiore</b> | 100%           | 86%<br>(2 impianti persi) | 82%<br>(2 impianti persi) |
| <b>Arcata Inferiore</b> | 100%           | 91%<br>(1 impianto perso) | 100%                      |

## Secondo caso clinico

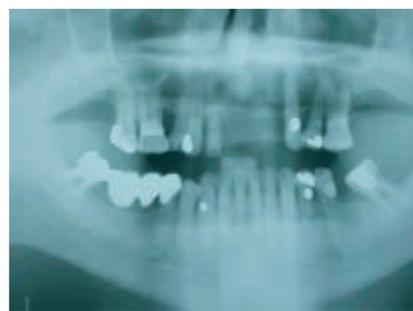


Figura 1 - Ortopanoramica



Figura 2 - Visione clinica preoperatoria



Figura 3 - Preparazione del sito implantare



Figura 4 - Inseririmento degli impianti e prova di parallelismo



Figura 5 - Prova posizione del profilo di emergenza



Figura 6 - Impianti inseriti con viti di chiusura

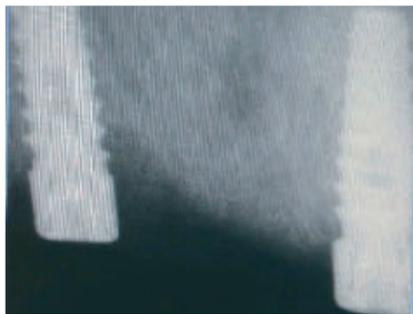


Figura 7 - Rx indorale di controllo



Figura 8 - Prova monconi calcinabili



Figura 9 - Protesi finita

## Bibliografia

1. Linde J., Karring T., Lang NP. Parodontologia clinica e odontoiatria implantare. Edizioni Edi-ermes, quarta edizione, 2006.
2. Spiekermann H., Donath K., Jovanovic S., Richter J. Atlanti di odontostomatologia. Implantologia. Edizioni Masson, 1994.
3. Worthington P., Brånemark PI. Chirurgia avanzata osteontagrata. Applicazioni in campo maxillo-facciale. Edizioni USES 1995.
4. Bedini R., De Angelis G., Fasano A., Tallarico M., Ielapi R., Pacifici L. Prestazioni meccaniche a fatica di un impianto dentale sperimentale. Rapporto ISTISAN 01/10, 29 p, 2001.
5. Gallini G., Raguso C., Manca R. Criteri che condizionano l'osteointegrazione. Il Dentista Moderno, numero 7, 09/2006, 72-90.
6. Brånemark PI., Hansson BO., Adell R., et al. Osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. Experience from a 10-year period. Scand J Plst Reconstr 1977; 16: 1-132.
7. Henry P., Rosemberg I. Single stage surgery for rehabilitation of the edentulous mandible: preliminary results. Pract Periodont Aesthetic Dent. 1994; 6: 15-22.
8. Misch C. Density of bone, effect on treatment plans, surgical approach, and healing. Int J Oral Implantol. 1990; 6: 23-31.
9. Albrektsson T., Zarb G., Worthington P., Eriksson AR. The long-term efficacy of currently used dental implants. A review and proposed criteria for success. Int J Oral Maxillofac Implant. 1986; 1:11-25.
10. Hahn J. Single stage, immediate loading, and flapless surgery. J. Oral Implantology 2000; 26:193-198.
11. Kan JYK., Rungcharassaeng K., Ojano M., Goodacre CJ. Flapless anterior implant surgery: a surgical and prosthodontic rationale. Pract Periodont Aesthet Dent 2000; 12; 467-474.
12. Rocci A., Martignoni M., Gottlow J. Immediate loading in the maxilla using flapless surgery, implants placed in predetermined positions, and prefabricated provisional restorations: a retrospective 3-year clinical study. Clin Implant Dent Rel Res 2003; 5 (suppl. 1): 29-36.
13. Rocci A., Gottlow J. Esthetic outcome of immediately loaded scalloped implants placed in extraction sites using flapless surgery. A 6-month report of 4 cases. Appl Osseintegration Res 2004; 4: 55-62.
14. Becker W., Goldstein M., Becker BE., Senneby L. Minimally invasive flapless implant surgery: a prospective multicenter study. Clin Implant Dent Rel Res 2005; 7 (suppl.1): 1-7.
15. Cannizzaro G., Leone M., Ferri V., Consolo U. Riabilitazione di denti singoli con impianti Zimmer-Dental: confronto tra la procedura implantare convenzionale e il carico immediato con tecnica flap-less. Risultati preliminari a 2 anni di uno studio controllato e randomizzato (RCT). Quintessenza Internazionale 2007, 23 (1), 31-46.
16. Cannizzaro G., Leone M., Ferri V., Torchio C. Dieci anni di risultati clinici con 6030 impianti Zimmer-Dental: dalla procedura convenzionale al carico immediato con tecnica flap-less. Quintessenza Internazionale 2007, 23(1),6-14.
17. Campelo LD., Camara JR. Flap-less implant surgery: a 10-year clinical retrospective analysis. Int J Oral Maxillofac Implants 2002 Mar/Apr; 17 (2), 271-6.
18. Al-Ansari BH., Morris RR. Placement of dental implants without flap surgery: a clinical report. Int J Oral Maxillofac Implants 1998 Nov- Dec; 13 (6); 861-5.
19. Ban G., Fabbri G., Ban S., Mancini R. Tecnica chirurgica senza apertura del lembo semplificata. Il Dentista Moderno 2006, 24 (2), 45-51.
20. Berglundh T., Linde J. Dimensions of peri-implant mucosa. Biological width revisited. Journal of Clinical Periodontology 23, 971-973.
21. M. Figliuzzi. La restaurazione di un elemento dentale mancante; Quintessenza International 5/6 2003; 1-7
22. M. Giudice, M. Figliuzzi, M.G. Cristofaro; Pre-implanted atrophic ridge augmentation: osteo-periosteum distraction and biomaterial grafting the periosteum as a natural membrane: our experience; Annali di stomatologia 2004

## Dr. Michele FIGLIUZZI



Laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria con 110 e lode presso la II Università di Roma Tor Vergata (tesi sulla Chirurgia Parodontale con il Professor M. Martignoni).

Specializzato in Chirurgia Orale presso l'Università "La Sapienza" di Roma.

Master di Parodontologia con il Prof. Odrich della New York University (USA). Diploma in Clinical Periodontology nei corsi tenuti in Italia dalla scuola di Goteborg (Professor J. Linde).

Master Avanzato di Implantologia orale presso l'Università la Sapienza

di Roma diretto dal Prof. Palattella.

Docente di II livello di implantologia presso i corsi della Escuela Superior di Barcellona.

Professore a contratto di Parodontologia II alla laurea specialistica in Odontoiatria e Protesi Dentaria, presso l'Università degli studi "Magna Graecia" di Catanzaro, facoltà di Medicina e Chirurgia, Malattie odontostomatologiche.

Relatore di diversi congressi e autore di pubblicazioni su diverse riviste nazionali e internazionali.



## Corso di Parodontologia e Implantologia

**Dottor Michele Figliuzzi**  
**13 - 14 marzo 2009**  
**03 - 04 aprile 2009**  
**15 - 16 maggio 2009**  
**VIBO VALENTIA**

**Corso in fase di accreditamento ECM.**

**Per maggiori informazioni chiamare il Numero Verde**



# Focus sull'attività di ricerca: Premium/Kohno

## Premium Kohno I nuovi driver Easy Insert

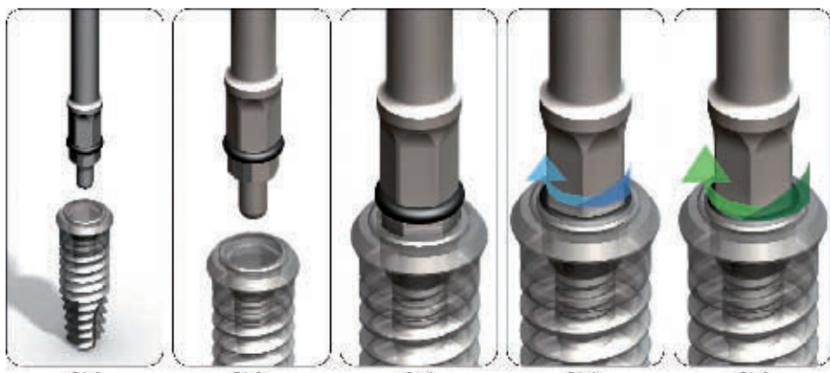
Sono appena stati presentati e già sono diventati un **successo internazionale**: i nuovi driver Easy Insert, studiati per semplificare e facilitare la procedura chirurgica di inserimento degli impianti, **hanno già riscontrato il favore degli utilizzatori per la loro ergonomia**.



Questi strumenti consentono un'ottima visibilità intraoperatoria e velocità di esecuzione, e al tempo stesso non producono deformazioni della connessione implantare e evitano le fastidiose conseguenze legate all'uso dei tradizionali mounter, che nelle connessioni interne tendono normalmente a "griappare" all'interno dei pozzetti e sono difficili da rimuovere.

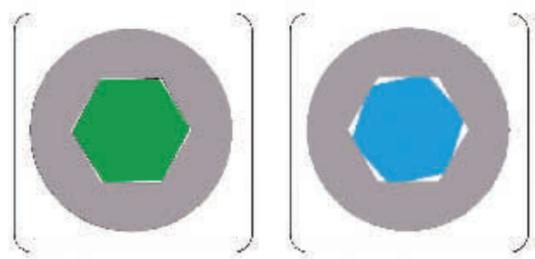
I driver Easy insert sono stati progettati secondo un concetto di **accoppiamento progressivo**. Le seguenti immagini consentono di comprendere il principio del loro funzionamento.

I driver sono caratterizzati da un dodecagono irregolare, in cui lati alterni lavorano non di spigolo ma di piatto sulle facce dell'esagono degli impianti e trasmettono la rotazione.



Nella successione di immagini è raffigurata la fase di inserimento del driver nell'impianto (foto 1, 2 e 3), la fase di "ingaggio" tra le superfici "lavoranti" (foto 4) e la fase di applicazione del torque di avvitamento (foto 5).

Quando gli strumenti vanno in rotazione all'interno dei pozzetti implantari, non si verifica mai che un solo spigolo di lavoro entri in contatto con un lato dell'esagono femmina della connessione, come avviene normalmente con i tradizionali mounter o con le classiche brugole.



**Sezioni del pozzetto implantare con strumento tradizionale (a sx) e easy insert (a dx). Si vede come questi ultimi lavorino in accoppiamento complanare e non di singolo.**

Nell'immagine in sezione di sinistra si vede come uno strumento tradizionale (in verde) lavori di spigolo all'interno della connessione (in grigio). Questa morfologia inevitabilmente determina grippaggi e deformazioni. Nella sezione di destra si vede invece come gli Easy Insert (in azzurro) grazie ad un apposito disegno lavorino in maniera "progressiva", e come sia un lato intero dello strumento a lavorare a contatto della parete della connessione. Per questo motivo all'inizio della rotazione si avverte prima un movimento dello strumento all'interno del pozzetto, e solo quando i lati sono accoppiati inizia la rotazione della fixture.

Gli Easy Insert presentano nella parte superiore un lungo esagono che non ha funzione lavorante, ma è utile per consentire di posizionare le facce e gli spigoli come si desidera, essendo allineato alla connessione.

In punta, gli strumenti sono caratterizzati da un perno guida che ne facilita l'inserimento nel pozzetto implantare.

Un piccolo o-ring (guarnizione) consente agli strumenti di fare presa all'interno dei pozzetti implantari e di prelevare le fixtures dalle ampolline della confezione senza lasciarle cadere.

Gli Easy Insert, nati da uno studio in collaborazione con alcuni Ingegneri dell'Università di Padova, sono stati brevettati.

## Premium Kohno I nuovi kit chirurgici

I nuovi kit chirurgici del sistema implantologico Premium/Kohno sono estremamente funzionali ed ergonomici.



Il nuovo kit Premium

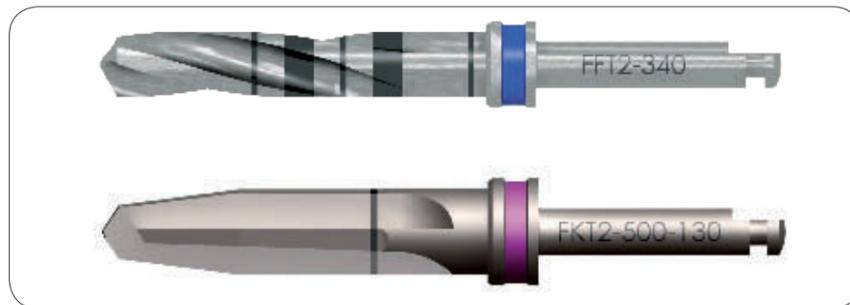


Il nuovo kit Kohno

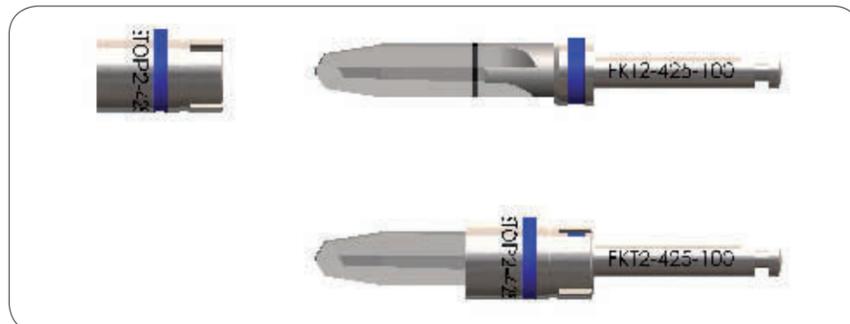
**Gli strumenti sono stati ridotti all'essenziale, in linea con gli attuali protocolli chirurgici, che richiedono velocità di esecuzione e passaggi minimi per l'inserimento degli impianti, al fine di minimizzare i traumi chirurgici e facilitare la guarigione ossea.**

I kit si presentano come pratici box in Radel-R, materiale plastico di ultima generazione, sterilizzabile in autoclave. Gli strumenti sono disposti secondo un percorso colorato, e le sequenze di utilizzo sono indicate da tracce colorate. I codici degli strumenti sono serigrafati sul tray **per consentire al personale ausiliario un più semplice ricollocamento** degli stessi dopo le fasi di detersione e pulizia.

Tutte le frese sono caratterizzate da un **anellino colorato**, che consente di identificarle rapidamente. Il colore delle frese finali è riferito al codice colore del sistema Premium/Kohno ed indica il diametro dell'impianto per il quale preparano la sede.



Tutte le frese cilindriche (Premium) e coniche (Kohno) sono dotate di **pratici stop**, che possono facilmente essere inseriti o rimossi dalla punta delle frese. Tacche marcate al laser indicano le profondità di lavoro delle frese, e consentono al tempo stesso un facile controllo dell'inserimento corretto degli stop.





Le frese hanno un'ottima capacità di taglio e una buona progressione di alesaggio. Sono prodotte nel migliore acciaio chirurgico, per prevenirne l'ossidazione e garantirne lunga durata.

I kit chirurgici contengono tutti i driver Easy Insert necessari per l'inserimento e il posizionamento degli impianti Premium/Kohno.

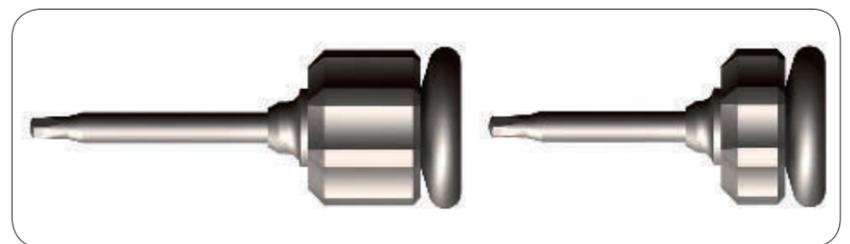
Oltre ai kit chirurgici individuali che consentono la chirurgia dei soli impianti Premium o dei soli impianti Kohno, è ora disponibile un pratico "kit unico" che contiene al suo interno tutti gli strumenti per entrambe le sistematiche.



**Il pratico kit unico per impianti Premium e Kohno**

Con un unico kit è quindi ora possibile scegliere se inserire fixture di morfologia cilindrica o tronco-conica, impianti con emergenza dritta Straight o con emergenza allargata "Switching Platform".

**Nuovi avvitatori digitali per uso chirurgico, monopezzo**, sono ora disponibili per l'avvitamento di viti tappo, viti transmucose di guarigione, e viti per pilastri. Tali avvitatori non richiedono l'assemblaggio fra parte lavorante e manipolino digitale, ma sono pronti all'uso, agevolando e velocizzando così le operazioni finali dell'intervento chirurgico.



Il disegno ergonomico consente una presa digitale sicura, un facile inserimento e una buona capacità ritentiva all'interno dei pozzetti delle vitine da assemblare alle fixture, evitandone la caduta.



In questo ormai consueto appuntamento editoriale, desideriamo presentarvi questo lavoro, comparso recentemente sul N° 23/2008 di JOMI (The International Journal of Oral and Maxillofacial Implants) relativo ad un nuovo ed ulteriore studio clinico effettuato dal **Dottor Roberto Crespi** ancora una volta insieme al team del **Professor Gherlone**. In questa occasione lo studio ha comparato il comportamento di impianti post-estrattivi in caso di carico immediato e in caso di carico differito.

Lo studio è stato condotto su 40 pazienti per un totale di 40 impianti (Outlink, Sweden & Martina), con follow up a 24 mesi.

**Tutti i 40 impianti sono stati inseriti con tecnica post-estrattiva immediata; 20 sono stati sottoposti a carico immediato (gruppo test), mentre 20 sono stati sottoposti a carico differito (gruppo controllo).**

**Condizione per l'inserimento degli impianti era che ci fossero almeno 4 mm di osso sano apicalmente alla fixture. Il posizionamento crestale degli impianti prevedeva che il margine implantare fosse a livello buccale della cresta ossea.**

Il successo clinico è stato del 100% a 24 mesi.

La perdita di osso crestale a 24 mesi era di 1.16+0.32 mm mesialmente e 1.17+0.41 mm distalmente nel gruppo controllo e 0.93+0.51 mm mesialmente e 1.1+0.27 mm distalmente nel gruppo test, ovvero senza significative differenze fra i due gruppi.

La conclusione degli autori è che i risultati delle procedure di carico immediato in caso di impianti post-estrattivi sono pertanto comparabili a quelli ottenuti in caso di carico differito.

Ancora una volta l'eccezionalità di questo studio sta nell'aver ottenuto un 100% di successo NELLA COMBINAZIONE DI DUE TECNICHE, quella post-estrattiva e quella di carico immediato, ovvero la completa sopravvivenza implantare pur in presenza della massima esasperazione del protocollo chirurgico.

Questa pubblicazione sottolinea ancora una volta l'ottimo successo e la predicibilità nell'uso degli impianti Outlink.

Nel precedente numero vi abbiamo presentato lo studio in corso presso l'Università degli Studi di Milano (Insegnamento di Chirurgia Speciale Odontostomatologica) condotto dal **Professor Carlo Maiorana** insieme al **Dottor M. Ciccù**, in collaborazione con gli **Ingegneri G. Risitano e G. Franceschini** del Dipartimento di Ingegneria Industriale dell'Università degli Studi di Perugia, relativo all'utilizzo di modelli ad elementi finiti per analizzare l'effetto di tutti i parametri presenti nella realizzazione di una protesi di tipo "Toronto" su impianti Global.

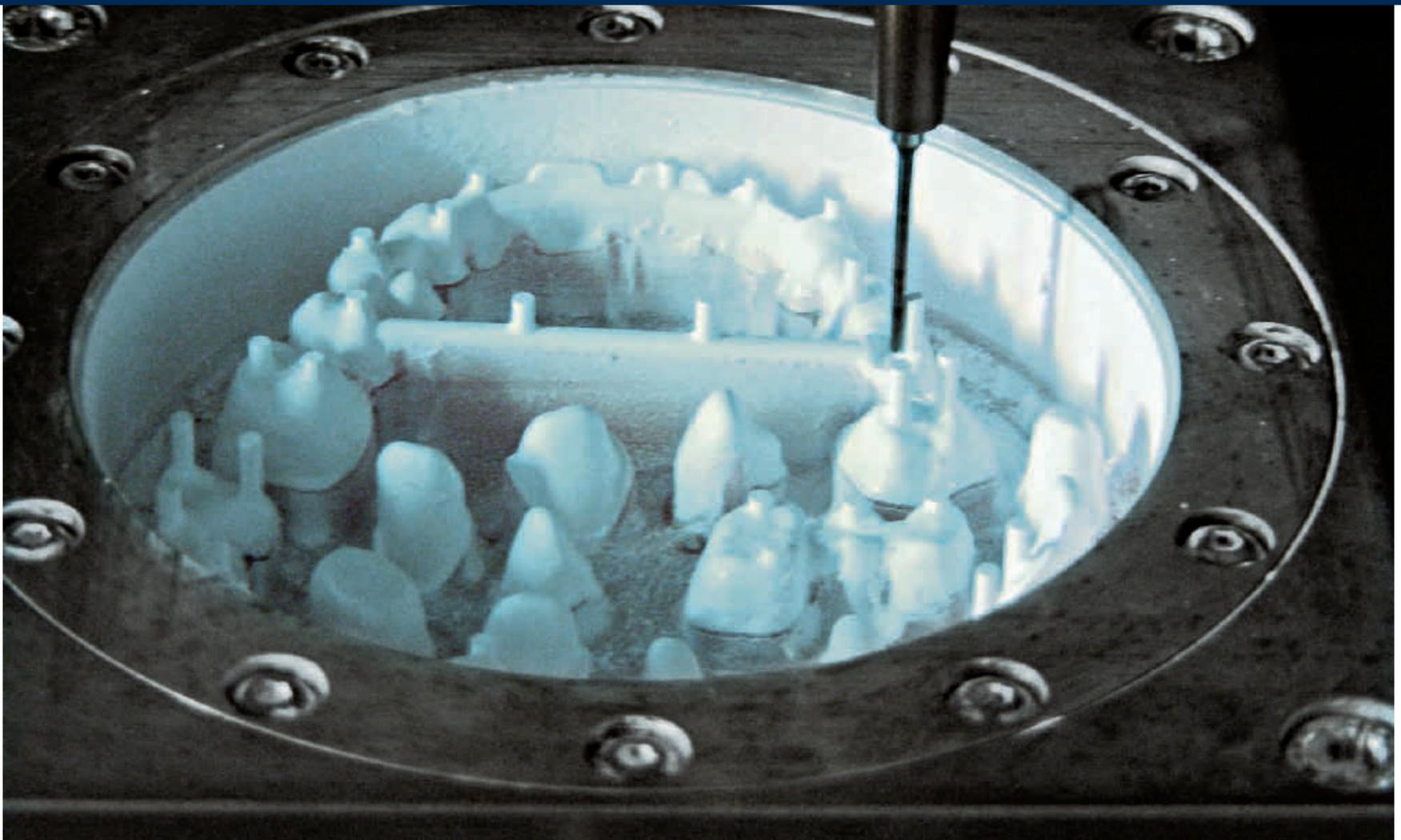
In occasione del XXXVII Convegno Nazionale dell'AIAS (Associazione Italiana per l'Analisi delle Sollecitazioni) svoltosi presso l'Università La Sapienza di Roma dal 10 al 13 settembre scorsi sono stati presentati alcuni risultati preliminari, pubblicati nella raccolta degli Atti del Congresso, con il titolo "Analisi Parametrica dell'Efficienza del Sistema Osso-Protesi Tipo "Toronto".

Il tipo di sovrastruttura considerato generalmente più idoneo per la riabilitazione di pazienti edentuli sottoposti a interventi di osteointegrazione avanzata è la protesi di tipo Toronto Bridge, realizzata come una struttura fissa avvitata e rimovibile.

**Questo studio ha verificato la possibilità di rilevare direttamente in sala operatoria tramite TAC i parametri di rilievo diretto dell'anatomia ossea, che vengono poi analizzati tramite appositi strumenti informatici.** In questo modo è possibile valutare a priori le diverse sollecitazioni che configurazioni diverse potrebbero indurre sulla biostruttura di sostegno della protesi.

**Si vede così come diversi disegni di protesi, accettabili sulla base dell'esperienza, in realtà hanno comportamenti diversi, non sempre ugualmente funzionali.**

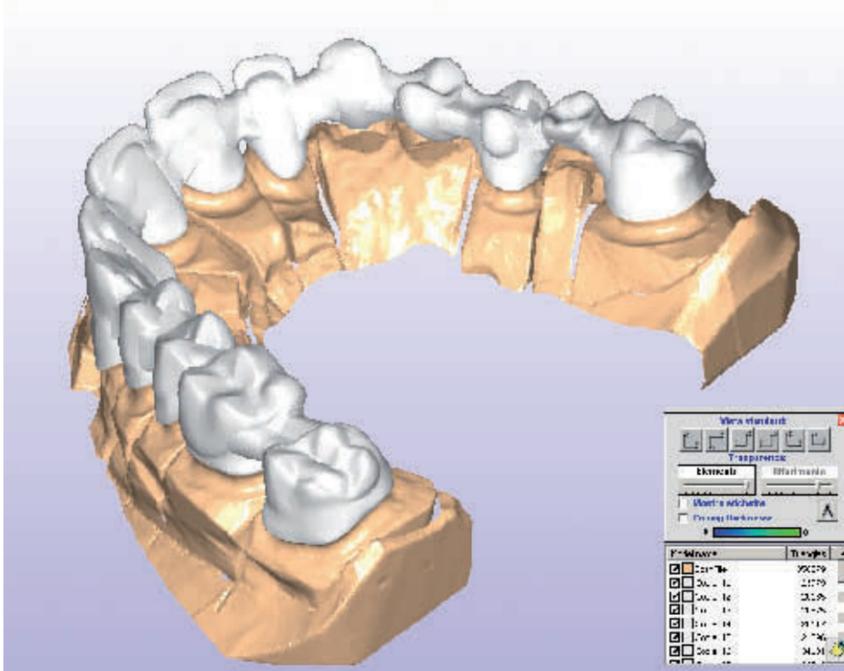
Lo studio ha mostrato come il "mezzo" di indagine preventiva all'intervento, una volta noti i parametri morfologici e i comportamenti meccanici dell'osso, possa produrre per il chirurgo immediatamente e praticamente informazioni utili per un trattamento meno invasivo e più efficace ai fini dell'osteointegrazione e della riabilitazione protesica.



Il disegno elettronico (CAD = Computer Aided Design) e i sistemi di produzione automatica ad elevata precisione con controllo numerico (CAM = Computer Aided Manufacturing) stanno rivoluzionando il modo di concepire le strutture di sostegno della protesi. La figura dell'odontotecnico si trasforma, evolve verso un ruolo più tecnologico e meno artigianale e si trova ad adeguare i propri skill e la propria esperienza a nuovi protocolli operativi; deve imparare a utilizzare strumenti di progettazione che incutono, soprattutto al primo approccio, una certa paura per i loro tecnicismi e per la loro continua evoluzione. L'avvento di queste sistematiche rende peraltro oggi possibile utilizzare materie prime nuove ed estetiche, quali l'ossido di zirconio, cosa che non era possibile con i tradizionali metodi di fusione.

### Come funziona un CAD-CAM dentale?

Si può spiegare con pochi passaggi: grazie a evoluti sistemi di scansione tridimensionale si esegue una "lettura" del moncone, se ne acquisisce un'immagine tridimensionale, poi con l'uso di un opportuno software (CAD) si disegna, si "progetta", in modo virtuale la struttura protesica. Si invia il file relativo a tale progettazione ad un centro di fresaggio, che produce tramite un CAM idoneo il manufatto e lo invia al laboratorio.



### Quali sono i vantaggi di questa sistematica?

Oltre alla possibilità di ricorrere a materie prime ad elevato valore estetico, queste tecniche consentono una precisione eccezionale, a patto che il centro di fresaggio utilizzi macchine opportune e operatori qualificati. L'odontotecnico, una volta acquisite le tecniche di scansione e disegno, può concentrarsi maggiormente sulla qualità del lavoro di progettazione e sulla ceramizzazione dei manufatti, dedicando più spazio alla ricerca dell'estetica e alla comunicazione con il medico. Può quindi eliminare dalla sua attività quotidiana molte delle attività più "manuali" legate ai processi tradizionali, guadagnando in tempo e in qualità del lavoro.

### Quali sono per contro gli svantaggi?

All'inizio, sicuramente è necessario del tempo da dedicare all'apprendimento delle sistematiche. Poiché si tratta di tecniche relativamente giovani, c'è poi un'evoluzione continua che richiede attenzione e aggiornamenti costanti. Non ultimo pesa nelle valutazioni il costo di un sistema di scansione, che è spesso molto elevato e percepito come proibitivo da tanti odontotecnici. Sweden & Martina, con il sistema integrato CAD CAM ECHO, ha dato una risposta a questi quesiti. All'inizio del 2008 Sweden & Martina ha creato la ECHO Advanced Academy, un punto di riferimento e una struttura

finalizzati ad un percorso formativo e informativo per istruire e aggiornare continuamente i clienti in merito al sistema ECHO. L'Advanced Academy è una scuola che segue il cliente fin dai primi passi e lo segue poi nel suo percorso formativo, attraverso corsi di vario livello tenuti da odontotecnici Opinion Leader. La scuola prevede una prima giornata di introduzione, per chi vuole conoscere il sistema. Per chi poi decide di adottare la tecnica ECHO è previsto un corso di formazione di primo livello, di due giorni, durante i quali viene fatta pratica di scansione e di disegno con il computer. A questo corso ne segue dopo qualche settimana uno di secondo livello, di un giorno, durante il quale l'odontotecnico viene avviato alla progettazione di pilastri individuali per impianti. Il percorso non si ferma qui. Gli Specialisti di Prodotto si affiancano a questo punto al cliente e lo seguono individualmente in laboratorio nel periodo post-corso per finalizzare l'apprendimento nella pratica quotidiana del laboratorio. L'Academy organizza poi periodicamente delle Tavole Rotonde di aggiornamento, che permettono agli utilizzatori di scambiarsi opinioni, riflessioni, valutazioni e di confrontarsi con realtà ed esperienze riscontrate nella pratica quotidiana. Sweden & Martina ha strutturato un servizio tecnico di assistenza remota, formato da una squadra di qualificati odontotecnici e tecnici CAD, attivo in orario di lavoro, che è in grado di collegarsi ai clienti in rete e di prestare assistenza sia software che di disegno. Gli utilizzatori del sistema Echo possono contare su cortesia, professionalità, e disponibilità per la soluzione dei loro problemi o anche solo per rispondere a domande o dubbi. Sweden & Martina ha formulato un'ampia gamma di proposte economiche, in grado di traghettare



Per gentile concessione Odt. Diego Bassani

i laboratori verso l'utilizzo della sistematica Echo con costi iniziali contenuti e investimenti proporzionali alle loro necessità e alle loro capacità. Iscrivendosi all'ECHO Advanced Academy i laboratori riceveranno direttamente e soprattutto gratuitamente i periodici aggiornamenti software. La qualità dei manufatti ECHO è la migliore che si possa richiedere oggi a un sistema CAD-CAM. La scelta delle soluzioni è ampia: cappette per corone e strutture per ponti senza limiti di estensione, ovvero anche per circolari completi, sia in ossido di zirconio prodotto per sottrazione con la massima precisione che in cromo cobalto ottenuto per laser sinterizzazione, nonché monconi individuali in titanio e in zirconio per le piattaforme implantologiche di Sweden & Martina, con le medesime precisioni micrometriche di connessione dei pilastri preformati. Sweden & Martina si costituisce quindi anche in questo complesso settore tecnologico come punto di riferimento fondamentale con l'affidabilità, la competenza e la sicurezza che le sono proprie e che la caratterizzano come azienda strutturata e partner affidabile in progetti di ampio respiro.

Per maggiori informazioni sulle proposte commerciali finalizzate all'acquisizione del sistema Echo e sul calendario dei corsi si può telefonare al numero verde:

Numero Verde  
**800-010789**

o visitare il sito internet [www.sweden-martina.it](http://www.sweden-martina.it)

# Il Professor Berglundh ospite di Sweden & Martina

Lo scorso ottobre abbiamo avuto ospite il **Professor Berglundh** nella sede centrale di Due Carrare. Numerosi sono stati i partecipanti che hanno manifestato entusiasmo per l'incontro con **uno dei più importanti odontoiatri al mondo**. Delle tante lettere pervenuteci ne pubblichiamo una che riassume l'evento.

**U**n plauso a Sweden & Martina che ha organizzato nella giornata di sabato 11 ottobre 2008 un interessantissimo e molto apprezzato incontro con il Professor Tord Berglundh.

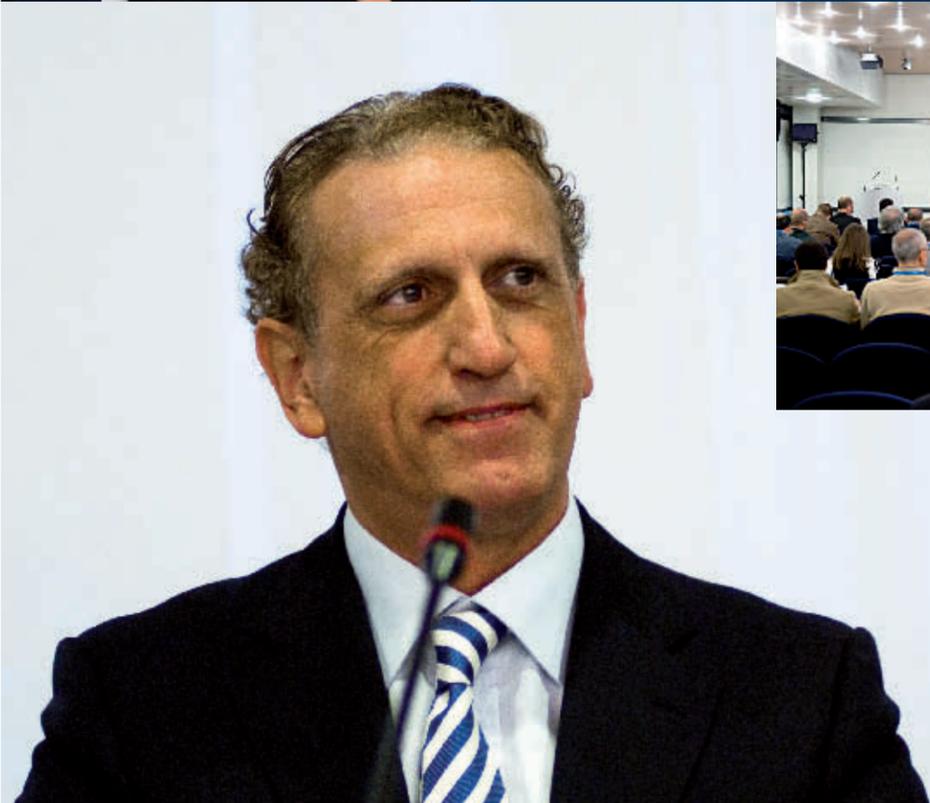
Il relatore, che non ha certo bisogno di presentazioni, ha incentrato lo svolgimento del corso su due argomenti di grande interesse di questi tempi, per la nostra attività clinica quotidiana, e cioè il posizionamento degli impianti in alveoli post-estrattivi e il trattamento delle perimplantiti.

Nella prima parte della giornata, il Professor Berglundh ha cercato di sintetizzare, anche sulla base di una severa e puntigliosa revisione della letteratura, quali sono i punti cruciali per un corretto timing nel posizionamento degli impianti post-estrattivi e per ottenere un risultato prevedibile e affidabile, con particolare riguardo alle zone estetiche.

Il relatore si è poi rivolto all'etiopatogenesi e all'evoluzione subdola delle mucositi e delle perimplantiti, condividendo con la platea il protocollo clinico e chirurgico da lui adottato nel trattamento di tali patologie.

Indubbiamente un incontro ben riuscito e che ha fornito ai numerosi partecipanti importanti spunti di riflessione.

**Dr. Antonio Micheli (Padova)**



## The Nite-Guide orthodontic appliance and preventive technique for the 5 to 7 year old including a review of recent research

Dr. Earl O. Bergersen

Nite-Guide(NG) is a comfortable, soft plastic appliance that can straighten a 5 to 7 year old child's permanent front teeth as they erupt into the mouth by using natural dental eruptive forces<sup>1</sup>.

**N**inety-three percent of 4 to 6 year-olds are candidates for this preventive orthodontic procedure.<sup>2,3</sup> The appliance can eliminate buck teeth (overjet) of any severity, crowding up to 7mm in the deciduous dentition as the permanent incisors erupt (equivalent to 4mm of permanent crowding), overbite (where the upper front teeth cover part or all of the lower front teeth when the child closes his/her jaws), and open-bite (stops thumb-sucking – 20%). This can be achieved by wearing the NG only while sleeping.

About 4 out of every 5 children will experience one or more dental problems, such as crowding, rotated teeth, overjet and overbite as the adult teeth begin to come into the mouth. By using the natural forces of eruption, the NG appliance can guide adult front teeth into their proper positions and eliminate crowding, rotations, overjet, overbites and open-bites. Once the child's adult teeth have been guided into their proper positions by the appliance and have fully erupted, adult periodontal fibers form around the roots and lock the permanent teeth into the correct occlusion. This prevents these new teeth from relapsing. Also, relapse is frequently avoided because sufficient facial and jaw growth is present when the NG procedure is started at this early age, which helps to insure that the correction will remain stable in the future. Postponing treatment until a later age (11 to 14 years), when most of the adult teeth have fully erupted and the fibers have locked in the malocclusion, results in about 75% relapse according to research. At this later age, there is also less growth left for the child, which is necessary to stabilize most orthodontic corrections, particularly overbite and overjet.

During the first years of school, those children that appear to be "different" because of some aspect of their physical appearance may become a target for teasing or other abuse, which can decrease their developing self-confidence. The NG preventive treatment can help to give the child a normal dental appearance and improve his or her profile, smile, and self-confidence. The NG technique usually involves 2 appliances. The first, the "C" series comes in 11 prefabricated sizes, shown in Fig. 1. The second appliance, used after about 5 months is called the "G" series (Fig. 2) and comes in 13 prefabricated sizes. Both appliances are used only passively while sleeping. The appliance sizes are measured with a small measuring guide.

Measurement – The most usual measurement is from the mesial of the upper left deciduous canine to the mesial of the canine on the other side (Fig 3 a,b,c). If the upper arch is difficult to measure accurately due to flared incisors, or missing or unerupted teeth, then the lower arch from canine to canine can be used with the other side of the ruler (Fig 4a,b). A slightly larger NG is used, than is actually measured, and is usually 1/2 to 1 full size larger when additional space is required for the permanent lower central incisors to erupt straight. This first appliance is usually a "C" series Nite-Guide. When the lower laterals erupt through tissue, a second appliance is then used. It is usually a "G" series and most often at least two full sizes larger than the

first appliance, and is the last one used. It serves also as the retainer until about 12 years of age when the patient is dismissed. Only nighttime passive wear is necessary. The reason for this is to take advantage of the normal and expected developing arch circumference increase as the central and lateral incisors approach the tissue and enter the arch, which typically increases 3.5mm when the teeth erupt straight. It is extremely important to anticipate this increase as these teeth erupt, so as to maximize the increase rather than restrict it, especially when crowding is anticipated. Very rarely are the permanent incisors smaller than the available space between the deciduous canines, but when this does occur, it is important to recognize it so that the NG procedure can be reversed. This would be done by beginning with a NG that is smaller than the existing space so as to close the excess interproximal spaces.

A typical case is shown (Fig. 5, 6, 7) with an initial deciduous overbite of 4.25mm (Fig 5a), which is destined to increase by 2mm as the adult incisors erupt to become a 6.25mm permanent overbite. The first appliance used was a Nite-Guide "C" series #3C (while a measurement from the mesial of the left canine to the other side indicated a #2). The #3 will increase the incisal arch by 1.6mm. The appliance stayed in all night while sleeping after 5 months. The patient only wore the appliances while sleeping throughout the treatment and retention period. The appliance was increased to a "3.5 G" as the lower adult laterals began to erupt. Figures 5b, 6b and 7b indicate the progress after the Occlus-o-Guide (3.5 G) had been worn after the lower permanent laterals broke tissue. Figure 5c, 6c and 7c show the patient in retention after 10 months. Note the overbite and facial profile improvements. The overbite improved 3.75mm and the overjet improved 3.5mm. The ideal final result in a female (prior to the start of puberty) should be 1.5mm of overbite and overjet, which this patient has achieved. A male should end with a 2mm overbite and overjet. This insures that future pubertal growth will not become a problem.

The very slightly crowded lower deciduous incisal segment (fig 6a) indicated an 80-100% chance of developing lower adult incisal crowding. After about 5 months from the start, a "G" series appliance replaces the initial appliance and is typically 3 half sizes larger in anticipated crowded cases. This is usually the final appliance used. It is worn each night until the upper laterals are fully erupted for 6 months. It is then used one night per week until the adult canines and premolars break tissue. The appliance should then be worn every night until the permanent second molars are fully erupted. The patient is then dismissed. The patient is seen about every 2 months for the first 2 to 3 appointments and then at 4 to 6 month intervals until the upper laterals are in place for 6 months. The patient is then seen every 6 months until dismissal. Total chair time is about 3 hours and the average fee is about 1/3 to 1/2 of a total fixed orthodontic 2-year fee. A summary review of recently published research on this technique by Keski-Nisula et al follow<sup>3,4</sup>. As well as some unpublished research by the author.

Fig. 1 Nite-Guide "C" appliance



Fig. 2 Occlus-o-Guide "G" appliance



### References

- 1 Bergersen, E.O., *Preventive Eruption Guidance in the 5-to-7 Year-Old*, J. Clin. Orthod., 29: 362-395, 1995.
- 2 Methenitou S., Shein B., Ramanathan G., Bergersen E.O., *the prevention of overbite and overjet development in the 3 to 8 year-old by controlled nighttime guidance of incisal eruption: a study of 43 individuals*, J. Pedod., 14:218-230, 1990.
- 3 Keski-Nisula K., Lehto R., Lusa V., Keski-Nisula L., Varrela J., *Occurrence of malocclusion and need of orthodontic treatment in early mixed dentition*, Am. J Orthod & Dentof Orthop. 124:631-638, 2003.

- 4 Katri Keski-Nisula, Riitta Hernesniemi, Maritta Heiskanen, Leo Keski-Nisula and Juha Varrela, *Orthodontic intervention in the early mixed dentition: A prospective, controlled study on the effects of the Eruption Guidance Appliance*, Am J. Orthod. & Dentof. Orthop., 133: 254-260, 2008.
- 5 Katri Keski-Nisula, Leo Keski-Nisula, Hannu Salo, Kati Volpio, Juha Varrela, *Dentofacial changes after orthodontic intervention with Eruption Guidance Appliance in the early mixed dentition*, Angle Orthod. 78: 324-331, 2008

Fig. 3



A) Measuring Upper From Mesial of Left Deciduous Canine Measured)



B) To Mesial of Right Deciduous Canine (3C Measured)

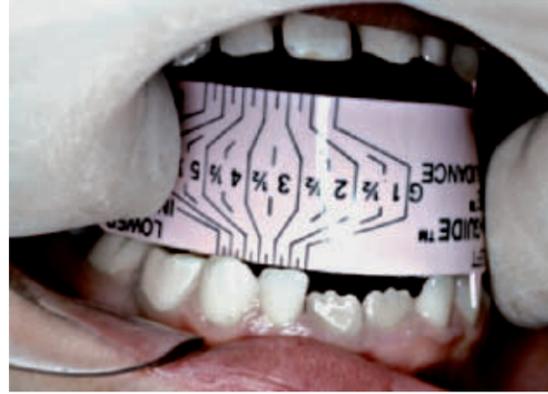


C) A 4C is Placed Increasing Arch by 3mm

Fig. 4



A) Measuring lower in the same way



B) Measuring lower in the same way

Fig. 5



A) Initial (4 y 10 m) Nite-Guide "C" Series Used



B) Progress (7 y 8 m) Occlus-o-Guide "G" Series Used



C) After (9 y 3 m) Occlus-o-Guide "G" Series Used as a Retainer

Fig. 6



A) Initial (4 y 10 m) Nite-Guide "C" Series Used



B) Progress (7 y 6 m) Occlus-o-Guide "G" Series Used



C) After (9 y 8 m) Occlus-o-Guide "G" Series Used as a Retainer

Fig. 7



A) Initial (4 y 10 m) Nite-Guide "C" Series Used



B) Progress (7 y 6 m) Occlus-o-Guide "G" Series Used



C) After (9 y 8 m) Occlus-o-Guide "G" Series Used as a Retainer

**1) A Summary of "Orthodontic Intervention in the Early Mixed Dentition: A Prospective, Controlled Study on the Effects of the Eruption Guidance Appliance". Keski-Nisula, K., Hernesniemi, R, Heiskanen, M., Keski-Nusula, L., & Varrela, J. Am. J. Orthod. & Dentof. Orthop., 133; 254-260, 2008. (A study of the Nite-Guide technique from 5 to 8½ years of age)**

Sample size: Treatment Sample = 167 (85 males, 82 females)  
Control sample = 104 (52 males, 52 females)

No statistical differences between groups at 5.1 years of age. No fees to patients  
Appliances worn only passively while sleeping. 69% Wore appliances to completion  
Appointments: every 3 months at 5 to 10 min. each; every 6 months during retention.  
Results: (all results at 8.4 yrs. significant P < .001).

|   |           | 5.1 yrs | 8.4 yrs |
|---|-----------|---------|---------|
| Maxillary crowding incidence                    | treatment | 11%     | 2%      |
|   | control   | 9%      | 32%     |
| Mandibular Crowding incidence                   | treatment | 48%     | 1%      |
|   | control   | 44%     | 47%     |
| Open-Bite incidence                             | treatment | 51%     | 1%      |
|   | control   | 30%     | 36%     |
| Overbite  | treatment | 3.2mm   | 2.1mm   |
|   | control   | 3.3mm   | 4.1mm   |
| Overjet   | treatment | 3.1mm   | 1.9mm   |
|   | control   | 2.9mm   | 4.1mm   |
| Class II Canine Relation                        | treatment | 1.6mm   | 0.2mm   |
|   | control   | 1.4mm   | 1.4mm   |
| Class II Terminal Plane Relation                | treatment | 0.7mm   | -1.3mm  |
|   | control   | 0.5mm   | 0.4mm   |
| Need for Treatment based on overbite & openbite | treatment |         | 2%      |
|   | control   |         | 74%     |
| Need for Treatment mandibular crowding          | treatment |         | 1%      |
|   | control   |         | 47%     |
| Need for Treatment maxillary crowding           | treatment |         | 2%      |
|   | control   |         | 32%     |
| Need for Treatment overjet > 5mm                | treatment |         | 0%      |
|   | control   |         | 30%     |
| Need for Treatment Overbite > 5mm               | treatment |         | 1%      |
|   | control   |         | 38%     |
| Need for Treatment of Class II                  | treatment |         | 10%     |
|   | control   |         | 52%     |

Of Interest: Crowding, open bite, overbite, and overjet increased 5.1 to 8.4 yrs in control sample and decreased in the treatment group. (P<.001 at 8.4 yrs.)

**Conclusions: The Nite-Guide technique is an effective treatment modality for CL II tendency, overjet, overbite, open bite, crowding, anterior and posterior crossbite. Little treatment need was required at middle mixed dentition stage when compared to the control group. 13% had mild deviations at the end of the procedure – none needed further treatment.**

**2) A Summary of "Dentofacial Changes after Orthodontic Intervention with Eruption Guidance Appliance in the Early Mixed Dentition"; Keski-Nisula, K. Keski-Nisula, L., Salo, H., Volpio, K. & Varrela, J., Angle Orthodontist, 78: 324-331, 2008. A study of the Nite-Guide technique from 5 to 8½ years of age. Mean treatment time 3.3 years.**

Sample size: Treatment sample = 115 (62 males, 53 females)  
Control sample = 104 (52 males, 52 females)

(No statistical differences between groups at 5.1 years of age).  
Appliances worn only passively while sleeping. 69% wore appliances to completion.  
No charges made to patients for treatment.  
Appointments: every 3 months at 5 to 10 min. each; every 6 months during retention.

All results at 8.4 yrs. significant P < .001: unless indicated by N.S.= not significant.

|   |           | 5.1 yrs | 8.4 yrs | change       |
|---|-----------|---------|---------|--------------|
| Mandibular length (condylion-gnathion mm) | treatment | 96.9    | 108.0   | +11.1 +54.2% |
|   | control   | 98.2    | 105.4   | + 7.2        |
| Overbite (mm)                             | treatment | 3.2     | 2.0     | - 1.2        |
|   | control   | 3.3     | 4.1     | + 0.8        |
| Overjet (mm)                              | treatment | 3.0     | 1.9     | - 1.1        |
|   | control   | 2.9     | 4.1     | + 1.2        |
| Wits Analysis (mm)                        | treatment | 0.5     | - 1.9   | - 2.4        |
|   | control   | 0.1     | - 0.6   | - 0.7        |
| Maxillary Length PNS-A (mm)               | treatment | 43.8    | 46.1    | N.S.         |
|   | control   | 44.5    | 45.9    |              |
| Lower Face Height Me-ANS (mm)             | treatment | 56.0    | 61.2    | N.S.         |
|   | control   | 57.0    | 60.4    |              |
| Lower Incisor to Mand. Plane (°)          | treatment | --      | 97.0°   | N.S.         |
|   | control   | --      | 94.0°   |              |
| Class II Canine Relation (mm)             | treatment | 1.6     | 0.1     | -1.5         |
|   | control   | 1.7     | 1.4     | -0.3         |
| Class II Molar Relation (mm)              | treatment | 0.6     | -1.3    | -1.9         |
|   | control   | 0.5     | 0.4     | -0.1         |

**Conclusions: The length of the mandible increased greater in the treatment group by 3.9mm as compared to the control sample over a 3-year period with passive wear of the appliance only while sleeping. The overbite and overjet also had a significant decrease compared to the control sample while there were no differences in the maxillary height or length when compared to the control group.**

**3) A Summary of "The Prevention of Overbite and Overjet development in the 3 to 8 year-old by controlled nighttime guidance of incisal eruption: A study of 43 individuals. Methenitou, S., Shein, B., Ramanathan, G., Bergersen, E.O., J of Pedod., 14:219-230, 1990. A study of the Nite-Guide technique from 3 to 8 years and how this preventive/interceptive method of orthodontics works.**

Sample size, Treatment sample=43 (16 males, 27 females)  
Control sample=50 (25 males, 25 females)

Appliances worn only passively at night: Patients seen every two months.

**All conclusions are result of significant statistical differences (P=<.01)**

- 1. The maxillary permanent incisors were prevented from overerupting, which changed the overbite from a mean 4.22mm in the deciduous to 1.84mm in the permanent anterior dentition. This represents a 96.35% improvement using 1.75mm as the ideal treatment goal. This overbite improvement was accomplished without any increase beyond normal growth in the anterior face height.**
- 2. The overjet was corrected from a mean initial amount of 4.32mm in the deciduous to 1.44mm in the permanent anterior dentition. This represents a 111.7% improvement using a 1.75mm as the ideal treatment goal.**
- 3. This overjet correction occurred without any perceivable restriction in normal forward maxillary growth.**
- 4. The rate (of speed) of growth as well as the ratio of growth of both jaws was the same for both the treatment and control groups.**
- 5. Facial morphology of the treatment group was unaffected when compared to the control sample.**
- 6. None of the treatment group experienced any TMJ symptoms of clicking or crepitus sounds.**
- 7. Lower incisor labial inclination was 40% less in the treatment group when compared to the control sample.**
- 8. Incisal open-bites were corrected with the appliance alone in 20% of cases with a mean improvement of 2.65mm.**
- 9. 93.4% of a sample of 91 patients complied by wearing the appliances as directed.**
- 10. 62% were able to keep the appliance in the mouth all night while sleeping within one week, and 10.5% kept it in all night after 3 weeks.**
- 11. 27.5% wore the appliance only one hour while sleeping to obtain satisfactory results.**

**Dr. Earl O. BERGERSEN**

*Dr. Bergersen taught at Northwestern University for twenty-five years on the growth and development of the head and cephalometric radiography.*

*He has been a guest lecturer at the Universities of Nebraska, Illinois, Loyola University and Marquette University Orthodontic Departments. He developed the Ortho-Tain Preformed.*

*Positioner in 1968, the Occlus-o-Guide Eruption Guidance Appliance in 1975, and the Nite-Guide Eruption Guidance Appliance in 1989.*

*He holds more than seventy-five United States and foreign patents. Dr. Bergersen has lectured throughout Europe, the United States, Canada, Asia, Africa, and South America on these appliances.*

*He has given numerous courses on growth and development research, as well as on the use of skeletal age assessments of maturity in relation to facial and body growth and its influence on orthodontic treatment and retention timing. He is a guest lecturer in the pediatric post-graduate department of the graduate school of dentistry at Tufts University in Boston, Massachusetts.*

## Master di ortodonzia intercettiva con tecnica Occlus-o-Guide



**21 marzo 2009**

**sweden & martina**  
ContinuingDentalEducation

**Relatori del Master saranno i Numeri Uno dell'Ortodonzia nazionale e internazionale:**

**Dottor Earl O. Bergersen**  
**Professor Giampietro Farronato**  
**Dottor Gaetano Ierardo**  
**Dottor Irene Malagnino**  
**Dottor Gianni Manes Gravina**  
**Dottor Pietro Manzini**  
**Professoressa Antonella Polimeni**

**Presso il Centro Congressi Sweden & Martina di Via Veneto, 10 a Due Carrare (PD)**

**Corso in fase di accreditamento ECM**

**Per maggiori informazioni chiamare il Numero Verde  800-010789**

**o visitare il sito [www.sweden-martina.it](http://www.sweden-martina.it)**

# Calendario corsi gennaio/marzo 2009

## Conservativa

**14 marzo 2009 I FATTORI PREDOMINANTI DEL SUCCESSO ESTETICO NEL RESTAURO DIRETTO DEGLI ANTERIORI, ROMA**

Relatore: Enzo Lamorgese

## Endodonzia

**12 - 13 dicembre 2008 CORSO TEORICO PRATICO DI ENDODONZIA 1/4, BARI**

Relatore: Vinio Malagnino

**30 - 31 gennaio 2009 CORSO TEORICO PRATICO DI ENDODONZIA 2/4, BARI**

Relatore: Vinio Malagnino

**20 - 21 marzo 2009 CORSO TEORICO PRATICO DI ENDODONZIA 3/4, BARI**

Relatore: Vinio Malagnino

**3 - 4 aprile 2009 CORSO TEORICO PRATICO DI ENDODONZIA 4/4, BARI**

Relatore: Vinio Malagnino

**30 gennaio 2009 IL TRATTAMENTO ENDODONTICO-CONSERVATIVO DEL DENTE GRAVEMENTE COMPROMESSO, FERRARA**

Relatore: Sandro Marcoli

**30 - 31 gennaio 2009 CORSO TEORICO PRATICO DI ENDODONZIA 1/4, FIRENZE**

Relatore: Andrea Gesi

**27 - 28 febbraio 2009 CORSO TEORICO PRATICO DI ENDODONZIA 2/4, FIRENZE**

Relatore: Andrea Gesi

**27 - 28 marzo 2009 CORSO TEORICO PRATICO DI ENDODONZIA 3/4, FIRENZE**

Relatore: Andrea Gesi

**17 - 18 aprile 2009 CORSO TEORICO PRATICO DI ENDODONZIA 4/4, FIRENZE**

Relatore: Andrea Gesi

**31 gennaio 2009 IL TRATTAMENTO ENDODONTICO-CONSERVATIVO DEL DENTE GRAVEMENTE COMPROMESSO, CASERTA**

Relatore: Sandro Marcoli

**7 febbraio 2009 LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE, DUE CARRARE (PD)**

Relatore: Sandro Marcoli

**6 marzo 2009 LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE, MILANO**

Relatore: Vinio Malagnino

**7 marzo 2009 IL TRATTAMENTO ENDODONTICO-CONSERVATIVO DEL DENTE GRAVEMENTE COMPROMESSO, VERONA**

Relatore: Sandro Marcoli

**7 marzo 2009 LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE, ROMA**

Relatore: Vinio Malagnino

**21 marzo LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE, L'AQUILA**

Relatore: Vinio Malagnino

## Implantologia

**14 - 15 novembre 2008 CORSO DI CHIRURGIA IMPLANTARE 1/3, BOLOGNA**

Relatore: Agostino Scipioni

**23 - 24 gennaio 2009 CORSO DI CHIRURGIA IMPLANTARE 2/3, BOLOGNA**

Relatore: Agostino Scipioni

**20 - 21 febbraio 2009 CORSO DI CHIRURGIA IMPLANTARE 3/3, BOLOGNA**

Relatore: Agostino Scipioni

**23 - 24 gennaio 2009 CORSO TEORICO PRATICO DI IMPLANTOLOGIA DI BASE 1/4, PERUGIA**

Relatori: Carmine Daniele, Massimo Fagnani, Valerio Polidori

**20 - 21 febbraio 2009 CORSO TEORICO PRATICO DI IMPLANTOLOGIA DI BASE 2/4, PERUGIA**

Relatori: Carmine Daniele, Massimo Fagnani, Valerio Polidori

**13 - 14 marzo 2009 CORSO TEORICO PRATICO DI IMPLANTOLOGIA DI BASE 3/4, PERUGIA**

Relatori: Carmine Daniele, Massimo Fagnani, Valerio Polidori

**3 - 4 aprile 2009 CORSO TEORICO PRATICO DI IMPLANTOLOGIA DI BASE 4/4, PERUGIA**

Relatori: Carmine Daniele, Massimo Fagnani, Valerio Polidori

**21 gennaio 2009 GLOBAL EXPERIENCE MEETING, DUE CARRARE (PD)**

Relatore: Alfonso Baruffaldi

**30 - 31 gennaio 2009 CORSO DI CHIRURGIA IMPLANTARE 1/3, SAN VENDEMIANO (TV)**

Relatore: Giovanni B. Bruschi

**13 - 14 febbraio 2009 CORSO DI CHIRURGIA IMPLANTARE 2/3, SAN VENDEMIANO (TV)**

Relatore: Giovanni B. Bruschi

**13 - 14 marzo 2009 CORSO DI CHIRURGIA IMPLANTARE 3/3, SAN VENDEMIANO (TV)**

Relatore: Giovanni B. Bruschi

**6 febbraio CORSO BASE DI IMPLANTOLOGIA 1/4, COLLEFERRO (RM)**

Relatore: Marco Cemicchi

**6 marzo 2009 CORSO BASE DI IMPLANTOLOGIA 2/4, COLLEFERRO (RM)**

Relatore: Marco Cemicchi

**3 aprile 2009 CORSO BASE DI IMPLANTOLOGIA 3/4, COLLEFERRO (RM)**

Relatore: Marco Cemicchi

**22 maggio 2009 CORSO BASE DI IMPLANTOLOGIA 4/4, COLLEFERRO (RM)**

Relatore: Marco Cemicchi

**13 - 14 febbraio 2009 CORSO DI IMPLANTOPROTESI 1/4, L'AQUILA**

Relatore: Fabrizio Antenucci

**13 - 14 marzo 2009 CORSO DI IMPLANTOPROTESI 2/4, L'AQUILA**

Relatore: Fabrizio Antenucci

**27 - 28 marzo 2009 CORSO DI IMPLANTOPROTESI 3/4, L'AQUILA**

Relatore: Fabrizio Antenucci

**10 - 11 aprile 2009 CORSO DI IMPLANTOPROTESI 4/4, L'AQUILA**

Relatore: Fabrizio Antenucci

**13 - 14 febbraio 2009 CORSO PRATICO SU TESSUTI ANIMALI DI IMPLANTOLOGIA AVANZATA, DUE CARRARE (PD)**

Relatore: Marco Csonka

**16 - 17 febbraio 2009 CORSO PRATICO SU TESSUTI ANIMALI DI IMPLANTOLOGIA AVANZATA, DUE CARRARE (PD)**

Relatore: Marco Csonka

**20 - 21 febbraio 2009 CORSO DI PARODONTOLOGIA 1/2, TORINO**

Relatore: Ugo Covani

**20 - 21 marzo 2009 CORSO DI PARODONTOLOGIA 2/2, TORINO**

Relatore: Ugo Covani

**27 - 28 aprile 2009 CORSO TEORICO PRATICO DI IMPLANTOLOGIA, TERAMO**

Relatori: Ugo Covani, Fabrizio Antenucci

**6 - 7 marzo 2009 CORSO TEORICO DI IMPLANTOLOGIA, CAGLIARI**

Relatore: Giovanni B. Bruschi

**6 - 7 marzo 2009 CORSO TEORICO PRATICO DI IMPLANTOLOGIA E IMPLANTOPROTESI 1/4, DUE CARRARE (PD)**

Relatore: Angelo Sisti

**3 - 4 aprile 2009 CORSO TEORICO PRATICO DI IMPLANTOLOGIA E IMPLANTOPROTESI 2/4, DUE CARRARE (PD)**

Relatore: Angelo Sisti

**8 - 9 maggio 2009 CORSO TEORICO PRATICO DI IMPLANTOLOGIA E IMPLANTOPROTESI 3/4, DUE CARRARE (PD)**

Relatore: Stefano Conti

**29 - 30 maggio 2009 CORSO TEORICO PRATICO DI IMPLANTOLOGIA E IMPLANTOPROTESI 4/4, DUE CARRARE (PD)**

Relatore: Stefano Conti

**7 - 15 marzo 2009 CORSO TEORICO PRATICO DI IMPLANTOLOGIA AMBULATORIALE, SAN PAOLO - BRASILE**

Relatori: Francesco Fidanza, Vincenzo Mirauda

**13 - 14 marzo 2009 CORSO TEORICO PRATICO DI IMPLANTOLOGIA E IMPLANTOPROTESI DI BASE - 1/2, TORINO**

Relatore: Angelo Sisti

**27 - 28 marzo 2009 CORSO TEORICO PRATICO DI IMPLANTOLOGIA E IMPLANTOPROTESI DI BASE - 2/2 TORINO**

Relatore: Stefano Conti

**13 - 14 marzo 2009 CORSO DI PARODONTOLOGIA E IMPLANTOLOGIA 1/3, VIBO VALENTIA**

Relatore: Michele Figliuzzi

**3 - 4 aprile 2009 CORSO DI PARODONTOLOGIA E IMPLANTOLOGIA 2/3, VIBO VALENTIA**

Relatore: Michele Figliuzzi

**15 - 16 maggio 2009 CORSO DI PARODONTOLOGIA E IMPLANTOLOGIA 3/3, VIBO VALENTIA**

Relatore: Michele Figliuzzi

**14 marzo 2009 GLOBAL EXPERIENCE MEETING, MILANO**

Relatore: Alfonso Baruffaldi

**22 - 29 marzo 2009 STAGE PRATICO DI CHIRURGIA IMPLANTARE SU PAZIENTE, L'AVANA - CUBA**

Relatori: Adriano Bobbio, Fabrizio Polato, Fabrizio Antenucci

**27 - 28 marzo 2009 CORSO DI CHIRURGIA E PROTESI IMPLANTARE 1/4, PESARO**

Relatori: Giovanni B. Bruschi, Ivo Agabiti

**17 - 18 aprile 2009 CORSO DI CHIRURGIA E PROTESI IMPLANTARE 2/4, PESARO**

Relatori: Giovanni B. Bruschi, Ivo Agabiti

**15 - 16 maggio 2009 CORSO DI CHIRURGIA E PROTESI IMPLANTARE 3/4, PESARO**

Relatori: Giovanni B. Bruschi, Ivo Agabiti

**18 - 19 settembre 2009 CORSO DI CHIRURGIA E PROTESI IMPLANTARE 4/4, PESARO**

Relatori: Giovanni B. Bruschi, Ivo Agabiti

**27 - 28 marzo 2009 CORSO TEORICO PRATICO DI IMPLANTOLOGIA E IMPLANTO-PROTESI DI BASE - 1/2, MILANO**

Relatore: Angelo Sisti

**17 - 18 aprile 2009 CORSO TEORICO PRATICO DI IMPLANTOLOGIA E IMPLANTO-PROTESI DI BASE - 2/2, MILANO**

Relatore: Stefano Conti

**18 - 20 giugno 2009 PREMIUM DAY 2009, ABANO TERME (PD)**

## Laser e tecnologie avanzate

**27 - 28 febbraio 2009 CORSO DI RIGENERAZIONE OSSEA TRAMITE LASER, DUE CARRARE (PD)**

Relatore: Luca Lanciari

## Ortodonzia

**31 gennaio 2009 CORSO DI ORTODONZIA PREVENTIVA E INTERCETTIVA, FOGGIA**

Relatore: Gaetano Ierardo

**14 febbraio 2009 CORSO DI ORTODONZIA PREVENTIVA E INTERCETTIVA, ROMA**

Relatore: Gianni Manes

**7 marzo 2009 CORSO TEORICO-PRATICO DI ORTODONZIA CON LA TECNICA OCCLUS-O-GUIDE E NITE-GUIDE - 2° LIVELLO, ROMA**

Relatore: Antonella Polimeni

**14 marzo 2009 CORSO DI ORTODONZIA PREVENTIVA E INTERCETTIVA, CASERTA**

Relatore: Gaetano Ierardo

**21 marzo 2009 MASTER DI ORTODONZIA PREVENTIVA E INTERCETTIVA, DUE CARRARE (PD)**

Relatore: Earl O. Bergersen

## Medicina estetica

**I NUOVI CORSI SWEDEN & MARTINA DEDICATI AGLI ODONTOIATRI SULL'UTILIZZO DEI RIEMPITIVI ESTETICI: UN NUOVO TRATTAMENTO DA PROPORRE AL VOSTRO PAZIENTE**

**17 gennaio 2009 I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO, ROMA**

Relatore: Giovanni Olivi

**24 gennaio 2009 I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO, PISA**

Relatore: Antonio Magliaro

**29 gennaio 2009 I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO, GENOVA**

Relatore: Stefania Bizzarri

**5 febbraio 2009 I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO, MILANO**

Relatore: Andrea Corbo

**13 febbraio 2009 I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - 1 LIVELLO, ROMA**

Relatore: Andrea Corbo

**14 febbraio 2009 I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - BASE, CATANIA**

Relatore: Stefania Bizzarri

**20 febbraio 2009 I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO, MILANO**

Relatore: Stefania Bizzarri

**21 febbraio 2009 I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO LA SPEZIA**

Relatore: Antonio Magliaro

**28 febbraio 2009 I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - BASE, ROMA**

Relatore: Stefania Bizzarri

**27 marzo 2009 I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - 1 LIVELLO, ROMA**

Relatore: Andrea Corbo

**28 marzo 2009 I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO, PERUGIA**

Relatore: Antonio Magliaro

Per ulteriori informazioni chiamare il nostro Numero Verde

Numero Verde  
**800-010789**

o visitare il sito [www.sweden-martina.it](http://www.sweden-martina.it)

Quattro domande rapidissime sono quelle che abbiamo voluto rivolgere al **Dottor Roberto Crespi** sullo stato attuale della professione, dell'implantologia e dell'odontoiatria in generale.

**D Su quale base un operatore esperto come Lei sceglie i prodotti e/o le aziende? Quali sono oggi i fattori importanti nella cooperazione fra medico e aziende del settore?**

**R** Sulla base della qualità del prodotto che rispecchia la serietà e l'affidabilità dell'azienda e che è data dalla competenza e professionalità delle persone che lavorano nell'azienda stessa. La reciproca stima e fiducia fra il medico e l'azienda sono i principali fattori di una proficua collaborazione.

**D Il nostro mondo tende a sollecitare il settore attraverso un'attività mirata alla formazione e all'informazione interna; ritiene che le aziende potrebbero o dovrebbero dare anche un contributo alla formazione/informazione dei pazienti? O è questa un'attività che debba essere lasciata ai dentisti?**

**R** Il dentista ha il dovere di informare ed illustrare ai propri pazienti le nuove tecnologie che sono a disposizione di tutti.

**D Allo stato attuale le Università e gli Istituti di Ricerca hanno sempre più spesso la necessità di finanziarsi collaborando con aziende private. Lei come valuta la cooperazione nel settore della Ricerca fra Università e Industria?**

**R** La cooperazione fra Istituti di Ricerca Universitari e aziende sono alla base del successo e dello sviluppo tecnologico di un paese. Per quanto riguarda il settore odontoiatrico si dovrebbe incentivare questa collaborazione per ottenere dei buoni risultati scientifici. Al San Raffaele di Milano, abbiamo formato un gruppo di ricerca sull'osso "Bonetwork" che comprende un gruppo di ricercatori dei vari dipartimenti dell'Università San Raffaele fra cui la Clinica Odontoiatrica diretta dal Professor Gherlone. Il Bonetwork lavora e collabora in stretta sinergia con le aziende nazionali ed internazionali per studiare e sviluppare nuovi biomateriali.

**D La situazione economica mondiale si riflette inevitabilmente in tutti i settori; quali sviluppi prevede per l'implantologia del futuro nel mercato italiano?**

**R** L'implantologia ha avuto un grosso impatto nell'odontoiatria italiana e mondiale, influenzando notevolmente i piani di trattamento dei nostri pazienti, migliorando i risultati ottenuti. La diffusione di questa metodica è in continuo aumento, e lo sarà sempre più nel prossimo futuro. Penso che l'attuale situazione economica possa incidere momentaneamente nel mondo odontoiatrico nazionale, ma sono fiducioso per una rapida fine di questa crisi e quindi una ripresa che dovrebbe sostenere la domanda del mercato.

### Dr. Roberto CRESPI



Professore a contratto all'Università degli Studi di Genova.

Professore a contratto in carica presso l'Ateneo Vita Salute San Raffaele Milano.

Relatore in diversi congressi nazionali e internazionali.

Libero Professionista in Busto Garolfo (Milano)

Coautore dei libri:

1 L'utilizzo clinico del laser in odontoiatria. Covani U, Crespi R, Grassi F. SEE ed. 2004

2 I batteri del cavo orale e le patologie associate. Matera G, Barone A, Crespi R, Maio S. SEE ed 2004

3 Batteri, biofilm e patologie odontoiatriche. Covani U, Crespi R. ERRE E ERRE ed. 2005

4 Il carico immediato in implantoprotesi. Protocolli sperimentali ed applicazioni cliniche. R Crespi Quintessenza. 2008

Autore di 50 pubblicazioni su riviste internazionali

Laureato in Medicina e Chirurgia.

Specializzato in Anatomia e Istologia Patologica.

European Master in Science in Oral Surgery.

Collaborazione di ricerca presso il Dipartimento di Oral Biology, State University of New York, Buffalo (USA) diretto dal Prof. Genco.

# I centri d'eccellenza in im

Continuando il reportage fotografico iniziato lo scorso numero pubblichiamo le foto di alcuni studi dell'area del Padovano che si sono distinti per la continua e proficua collaborazione con Sweden & Martina e che hanno ricevuto come segno distintivo la **targa d'eccellenza in im**. La crescita e lo sviluppo aziendale procedono parallelamente al perfezionamento di ciascuna di esse. Le proprietarie che per questo motivo sono state insignite della targa "Centro d'eccellenza in im" in riconoscimento abbiamo voluto evidenziare concretamente l'elevato livello delle competenze acquisite da ciascuno studio nel corso di questi anni di reciproca collaborazione con Sweden & Martina.



Dr. Vulzio Lazzarini (Este PD)



Dr. Roberto Pelati (Ferrara)



Dr. Giovanni Battista Mantoan (Montagnana PD)



Dr. Diego Vianelli (Civè PD)

# Implantologia

la specializzazione con  
i centri in implantologia.  
ciascuno dei centri odon-  
tologici "in implantologia". Attraverso tale  
competenze e della qualità implantologica  
Sweden & Martina.



Dr. Franco Quadretti (Porto Viro RO)



Dr. Claudio Boscolo (Padova)

# I corsi internazionali del Continuing Dental Education

## Advanced Course in Implantology (Dr. Andreoni e Dr. Farronato)

Il corso, focalizzato sul sistema implantologico Global, si è svolto l'8 novembre 2008 presso il Centro Congressi Sweden & Martina. Le relazioni tenute dal Dr. Andreoni e dal Dr. Farronato hanno riscosso un elevatissimo interesse da parte del cospicuo gruppo di odontoiatri turchi arrivati in Italia per conoscere Sweden & Martina.

**Il gruppo di odontoiatri turchi**



## Corso avanzato in Implantologia (Prof. Franco e Dr. Csonka)

Il 17, 18 e 19 novembre 2008, presso il Centro Congressi Sweden & Martina e l'Ospedale Civile di Castelfranco (TV), si è tenuto un corso avanzato di implantologia che ha voluto fornire i più recenti aggiornamenti sulle tecniche chirurgiche e protesiche atte alla risoluzione dei casi implantologici più complessi. Relatori del corso sono stati il Prof. Maurizio Franco e il Dr. Marco Csonka; tra i partecipanti anche un gruppo di odontoiatri portoghesi e siriani.

**Il gruppo di odontoiatri provenienti dalla Siria**





## Un'intervista al Dr. Omar Attar

Da due anni Sweden & Martina ha iniziato l'attività di distribuzione dei propri sistemi implantologici in Siria. A tal fine l'azienda collabora con distributori per la diffusione degli impianti e ha creato una struttura di formazione per avviare i dentisti locali al loro utilizzo: dal 2007 è stato infatti organizzato un nutrito calendario di presentazioni e corsi.

Il Dr. Omar Attar si è laureato in Odontoiatria nel 1981 presso l'Università di Damasco. Ha esercitato la libera professione in Siria dall'83 al '90. Dal 1984 al 1989 ha insegnato presso l'Università di Aleppo. Vive in Italia dal 1990 dove esercita la libera professione a Milano. Nel 1995 ha frequentato il primo corso di Implantologia al San Raffaele di Milano e nel 1996 ha frequentato il Corso di Specializzazione in Parodontologia presso l'Università di Siena. Dal 2005 collabora con Sweden & Martina in qualità di relatore ai corsi di implantologia organizzati in Siria.

Abbiamo posto al Dr. Attar alcune domande sulla situazione dell'implantologia in Siria e nel Medio Oriente.

### **D Come è l'odontoiatria in Siria?**

**R** E' molto cresciuta negli ultimi anni. Oggi ci sono 20.000 dentisti, 500 esercitano anche l'implantologia e il loro numero sta crescendo. Esiste oggi un'associazione di implantologi a cui si devono iscrivere tutti coloro che mettono impianti e che controlla il livello qualitativo del lavoro.

### **D Com'è la situazione dell'implantologia in Siria?**

**R** In Siria in passato sono entrate nel mercato numerose aziende che hanno lanciato molti prodotti. Purtroppo la quasi totalità delle aziende non è stata in grado di fornire il necessario percorso formativo né una adeguata struttura di supporto. Questo ha fatto sì che molti implantologi sono stati lasciati a se stessi, improvvisando protocolli e applicazioni, con conseguenze negative sulla predicibilità degli impianti. Di conseguenza tutto il settore ne ha sofferto, creando timori non giustificati e disillusioni superiori al necessario.

### **D Come si è posta sul mercato siriano Sweden & Martina?**

**R** Sweden & Martina è presente in Siria dal 2007. Sinora l'azienda ha organizzato 7 corsi di 3 giorni ciascuno, e ha fornito un servizio di tutor in grado di garantire assistenza personalizzata durante i primi interventi dei dentisti che si apprestavano all'uso degli impianti. Molti medici sono poi venuti in Italia per partecipare a corsi di chirurgia avanzata, sempre organizzati da Sweden & Martina. In queste occasioni i medici, oltre che seguire il percorso di formazione, hanno potuto usufruire dell'ottima accoglienza che l'azienda riserva ai clienti in visita, hanno potuto visitare gli avanzati stabilimenti di produzione, e si sono resi conto della valenza e dell'importanza dell'accurato controllo di qualità messo in atto sui prodotti. Grazie a questo servizio, all'impegno costante nel percorso di education e alla qualità dei materiali Sweden & Martina oggi è considerata una tra le aziende leader del mercato siriano.

### **D Su quale tipologia di impianti sono orientati gli utilizzatori siriani?**

**R** Non credo esista oggi in Siria una prevenzione rispetto a morfologie o connessioni predeterminate. La maggior parte dei dentisti che si è avvicinata a Sweden & Martina tramite i corsi utilizza gli impianti Global, che anche io personalmente utilizzo e che considero di assoluto prestigio. Questi impianti offrono un'ottima soluzione per tutte le necessità implantoprotesiche, sono semplici da utilizzare, sicuri e predicibili. I tempi di guarigione sono rapidi, la strumentazione è sicura ed essenziale, e le soluzioni protesiche sono ampie.

### **D Cosa pensa dei ricchi mercati del Golfo: UAE, Arabia Saudita?**

**R** Sono mercati molto interessanti e molto ricchi ed è interessante notare che il 35% dei dentisti nell'area golfo è di origine siriana. Penso che anche in questi mercati le opportunità per Sweden & Martina siano ampie e me ne auguro una rapida crescita.

## An interview to Dr. Omar Attar

Sweden & Martina began distributing its implant systems in Syria 2 years ago. The company collaborates with local distributors and has created a structure for training to start local dentists using the systems: since 2007 a healthy calendar of presentations and courses has been organised.

Dr Omar Attar graduated in dentistry in 1981 at the University of Damascus. He worked as a dentist in Syria from 1983 to 1990. From 1984 to 1989 Dr. Attar taught at the University of Aleppo. He has been living in Italy since 1990 working in Milan. In 1995 he attended the first implantology course at San Raffaele in Milan and in 1996 attended the periodontology course at the University of Siena. Since 2005 he has collaborated with Sweden & Martina as a supervisor for the implantology courses organised in Syria.

We asked Dr. Attar a few questions regarding the state of implantology in Syria and the Middle East.

### **Q What is dentistry like in Syria?**

**A** It has really developed over the last few years. Today there are 20,000 dentists, 500 of them carry out implants and their number is growing. All of the dentists who perform implants have to register with the Implantology Association which controls the level of quality of their work.

### **Q At what stage is implantology in Syria today?**

**A** In the past a lot of companies entered the market launching many products. Unfortunately hardly any of the companies were able to supply the necessary training course nor a suitable support structure. This has meant that many implantologists have been left to their own devices, improvising protocols and applications with a resulting negative impact on that predicted for the systems. Consequently all of the sector has suffered, creating unnecessary and unjustified fears and delusions.

### **Q How has Sweden & Martina presented itself on the Syrian market?**

**A** Sweden & Martina is present in Syria since 2007. Up to now the company has organized 7 three-day courses, and has supplied a tutor service which is able to guarantee personalised assistance during the first operations carried out by the dentists that used the equipment. Subsequently many doctors came to Italy to participate in advanced surgery courses organised by Sweden & Martina. During these occasions the doctors, besides from following the training course, were also able to take advantage of the excellent hospitality that the company reserves for its visiting customers visiting the advance production plants and realising the effect and the importance of the accurate quality control to which the products are subjected.

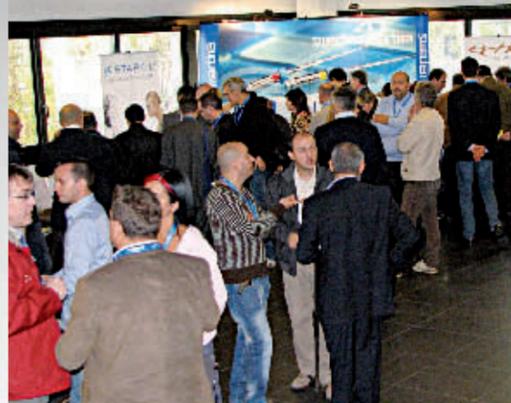
Thanks to this service and the continuous commitment to the training as well as the quality of the materials, Sweden & Martina is today considered to be amongst the market leaders in Syria.

### **Q What type of system do the Syrians prefer?**

**A** I don't think that a predetermined prevention regarding morphologies or connections exists in Syria today. The majority of the dentists that approached Sweden & Martina through the courses use the Global systems, which I also personally use and consider to be absolutely bright quality. This system offers an optimal solution for all the denture implant requirements, is simple to use, safe and predictable. The healing times are fast, the instrumentation is safe and essential and there is a wide range of prosthetic solutions.

### **Q What do you think of the rich Gulf markets: UAE, Saudi Arabia?**

**A** These are very interesting and rich markets and it is worth noting that 35% of the dentists in the gulf area are of Syrian origin. I should think that the opportunities for Sweden & Martina on these markets is huge and I would hope for a rapid increase.



## Limiti e Potenzialità del Laser in Odontoiatria

Oltre 200 i partecipanti. Grande è stato il successo della prima manifestazione sul laser organizzata il 18 ottobre 2008 presso il Centro Congressi Sweden & Martina dal titolo: "Limiti e Potenzialità del Laser in Odontoiatria".

Le relazioni che si sono succedute hanno spaziato su tutti i campi applicativi dei vari tipi di laser ma in particolare sono state prese in esame le due lunghezze d'onda (cioè i due laser) più utilizzate in odontoiatria: 2940 nm ed è il laser Er:YAG, la cui luce viene assorbita dalle molecole d'acqua e dall'idrossiapatite e 810 nm ed è il laser a Diodi ben assorbito dai pigmenti e perciò da melanina ed emoglobina.

- Il **laser Erbium:YAG** risulta perciò valido sia per le rimozioni della dentina e dello smalto cariati che per ottenere rapide vaporizzazioni dell'alto contenuto di acqua dei tessuti molli.

Spesso questi trattamenti possono essere eseguiti senza l'uso di anestetici e comunque non vi sono spiacevoli vibrazioni o sensazioni tattili come quelle derivanti dall'uso di mezzi convenzionali.

Per quanto riguarda i tessuti duri avremo ablazioni selettive delle lesioni cariose (lo smalto e la dentina cariati hanno un più alto contenuto di acqua e sono più demineralizzati, quindi la luce del laser li rimuove più velocemente e con più basse energie rispetto al tessuto sano) consentendo perciò un approccio più conservativo.

- I **laser a Diodi** sono mezzi compatti e facilmente trasportabili: effetto antalgico e biostimolante, capacità emostatica e decontaminante, grande precisione chirurgica, sono poi fra i principali vantaggi dell'utilizzo di tali mezzi nei vari campi applicativi. Vengono poi utilizzati nei trattamenti sbiancanti.

Dopo la prima parte introduttiva che ha visto le relazioni "Interazione laser tessuto" da parte del Prof. Giuseppe Iaria e "Il laser nella patologia e nell'estetica del viso" da parte del Dr. Enrico Bernè, le due sessioni hanno previsto relazioni sulle applicazioni dei laser in **conservativa**, Prof. Giuseppe Iaria, in **patologia orale**, Prof. Rolando Crippa, in **endodonzia**, Prof. Stefano Benedicenti, in **chirurgia endodontica**, Dr. Roberto Marasca, in **pedodonzia**, Dr. Giovanni Olivi, nelle procedure di **sbiancamento**, Dr. Vulzio Lazzarini e per finire il Dr. Rosario Brancati ha esposto i vantaggi in termini di **marketing** che un uso appropriato e corretto di questi incredibili mezzi tecnologici può dare.

Il comitato scientifico formato dal Prof. Giuseppe Iaria e il Dr. Enrico Bernè aveva richiesto ai relatori di conferire agli auditori precisi protocolli clinici e parametri d' utilizzo per ogni caso preso in considerazione.

La "Giornata Laser" ha riscosso un elevatissimo interesse riunendo presso il Centro Congressi Sweden & Martina quasi 200 partecipanti i quali hanno apprezzato i contenuti proposti in maniera entusiastica, hanno mostrato il più vivo interesse per le relazioni presentate e con le loro domande e curiosità hanno reso ulteriormente "interattivo" il convegno.

L'obiettivo ora è organizzare nel corso del 2009 un nuovo evento di livello elevato rivolto a tutti gli odontoiatri utilizzatori laser.

**Prof. Giuseppe Iaria (Brescia)**



# Sweden & Martina facts & numbers 2008

## Un 2008 ricco di numerose conferme 2008: a year full of confirmations

**190.000**

**Numero di impianti prodotti e venduti**  
*Number of fixtures that have been produced and sold*

**170**

**Personale qualificato per un supporto capillare e continuo a odontoiatri e odontotecnici**  
*Qualified staff for a capillary and continuous support to dentists and dental technicians*

**5.706**

**Odontoiatri che hanno scelto gli impianti Sweden & Martina**  
*Dentists who have chosen Sweden & Martina implant systems*

**71**

**Pubblicazioni di studi sperimentali e clinici condotti su prodotti Sweden & Martina**  
*Publications and clinical trials on Sweden & Martina products*

**208**

**Corsi di formazione e aggiornamento per odontoiatri e odontotecnici organizzati da Sweden & Martina**  
*Refresher and training courses for dentists and dental technicians organized by Sweden & Martina*

### Form di abbonamento gratuito a "Numeri UNO" esse & emme news magazine

Dopo aver compilato il coupon che trovate qui di seguito, inviatelo in busta chiusa per posta ordinaria a Sweden & Martina S.p.A., Via Veneto 10, 35020 Due Carrare (PD), o via fax al numero 049 91.24.290

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

c.a.p. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_ cod. fisc. \_\_\_\_\_

E' già cliente Sweden & Martina?

SÌ

NO

- Sono interessato a ricevere copia cartacea della rivista
- Sono interessato a ricevere la rivista alla mia casella di posta elettronica
- Sono interessato a ricevere la visita di uno specialista di prodotto \_\_\_\_\_
- Sono interessato a venire a visitare l'azienda
- Sono interessato a pubblicare un case report su Numeri UNO

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ex D. Lgs. 196/03

firma \_\_\_\_\_

# Lo stato dell'arte in odontoiatria

Riflessioni, pensieri in libertà e considerazioni di celebri professionisti sul mondo dell'odontoiatria

## IMPLANTOLOGIA È EVOLUZIONE

Ho avuto la fortuna di poter seguire l'evoluzione dell'implantologia sin dai suoi albori. Durante questi anni sarebbe stato noioso e poco produttivo se ciascuno di noi avesse portato avanti la propria esperienza senza poterla condividere con gli altri. Questo continuo confronto nel campo scientifico e clinico ci ha permesso un'evoluzione che agli inizi non era certamente prevedibile. Tecniche chirurgiche e protesiche semplificate, tempi di guarigione e di carico abbreviati, risultati eccellenti nel tempo, sia dal punto di vista funzionale che estetico. L'implantologia ha fornito un importante valore aggiunto alla nostra professione perché ci ha permesso di offrire ai nostri pazienti terapie riabilitative più vicine alle loro richieste e necessità. Non deve essere inoltre dimenticato che l'implantologia ha anche contribuito a migliorare la situazione economica di molti ambulatori. Tuttavia, è importante sempre tenere in mente che la prognosi dei denti, anche con scarso supporto parodontale, non è certamente peggiore di quella degli impianti. Nella stesura del piano di trattamento, il mantenimento della dentizione del paziente è la priorità assoluta e gli impianti rappresentano solo una seconda scelta.

**Dr. Daniele Botticelli (Rimini)**

## MA E' VERO PROGRESSO?

Colgo lo spunto, di ritorno da uno dei tanti eventi implantologici del fine settimana, per fare qualche riflessione sulla nostra professione. Negli ultimi 10/15 anni, grazie al supporto della ricerca e della tecnologia, abbiamo assistito ad una evoluzione ed un miglioramento assolutamente incredibili in molti settori del nostro lavoro. Penso ad esempio all'endodonzia, una disciplina che prima era di pochi "artisti dai polpastrelli fini" e che, grazie al Nichel Titanio, si è trasformata in una pratica alla portata di tutti... o quasi! Per non parlare della protesi dove la tecnologia ci sta aiutando a fare delle corone sempre più estetiche e simili ai denti naturali... E poi l'implantologia, che, grazie ad importanti investimenti in ricerca da parte delle aziende ha avuto uno sviluppo e dei miglioramenti in termini di prognosi e di rapidità del carico fino a qualche anno fa impensabili. Oggi abbiamo superfici sempre più "bioattive", impianti dalle forme e dalle connessioni sempre più performanti che ci hanno portato ad una sempre maggiore predicibilità e affidabilità dell'osteointegrazione. Come in tutte le cose però c'è "un rovescio della medaglia" e purtroppo non vorrei che in questo caso il rovescio della medaglia fossimo noi dentisti, noi che presi dal sacro fuoco e dall'entusiasmo per questi grandi successi abbiamo dimenticato che esistono ancora delle vecchie e nobili discipline che si chiamano Parodontologia, Conservativa, Ortodonzia che molto spesso ci consentono di "salvare" dalle pinze molti "impianti naturali" chiamati... denti! Purtroppo è così: oggi per immolarli all'altare dell'implantologia e del "Full Arch" (al secolo circolare) vengono estratti più elementi dentari che 30 anni fa, quando un ponte a 3 elementi non si negava a nessuno. Ci dimentichiamo però, anche se per fortuna qualche Svedese di buon senso spesso ce lo ricorda, che a medio e lungo termine non sono proprio tutte "rose e fiori" e che la perimplantite non capita solo ai pazienti del dentista della porta accanto ma può capitare con qualche probabilità anche ai nostri. Riflettiamo quindi, e come mi diceva sempre con il suo accento bresciano il Dottor Samuele Valerio, grande maestro e grande uomo che ahimè purtroppo da poco ci ha lasciati, cerchiamo di arrivare più tardi possibile all'ultimo gradino del pianerottolo perché da lì non sappiamo più dove andare!!

**Dr. Federico Tognetti (Padova)**

## SEMPLICITÀ NON SEMPLICISMO

La moderna odontoiatria si avvale oggi di strumenti, materiali e tecniche che hanno profondamente cambiato il *modus operandi* dell'odontoiatra. Molte cose sono diventate più "semplici", rispetto ad un non lontano passato, perché abbiamo conoscenze e mezzi che prima non c'erano, e tutto questo è bene se alla base c'è un professionista preparato che sa farne buon uso. Diversamente ci si complica solo la vita in infiniti modi, che in parte dipendono da insufficiente preparazione e improvvisazione ed in parte da un cattivo uso delle tecnologie. La semplicità è difficile, richiede impegno, pazienza, approfondimento, altrimenti si cade nel semplicismo ed allora cominciano i guai. Non è un caso che significativamente il contenzioso medico-legale sia in aumento. A correre con la Ferrari sullo sterrato non si farà molta strada, e non per colpa dell'auto.

**Dr. Pietro Stefani (Stra VE)**

## IMPLANTOLOGIA IERI, OGGI...

Le mie riflessioni sull'implantologia si adagiano sulla linea temporale: passato, presente e futuro. Guardando al passato, ritengo sia importante rivolgere uno sguardo d'ammirazione verso studiosi italiani come Pasqualini, Garbaccio, Muratori, Tramonte (tanto per citarne alcuni), veri pionieri di questa disciplina, troppo spesso dimenticati per l'odierna predilezione ad un taglio esterofilo. Ad oggi il dato che spicca è l'incremento di circa quindici anni dell'età media della popolazione mondiale dagli anni 70'; un fattore che ha comportato un ritorno d'interesse verso quelli che sono stati i punti di partenza dei suddetti studiosi ovvero l'ancoraggio nelle edentulie totali mandibolari su pazienti d'età avanzata. Infine, guardando verso il futuro, deduco che ciò che può continuare a garantire lo sviluppo dell'implantologia è la collaborazione sempre più attiva ed integrata tra aziende e professionisti a livello nazionale ed internazionale. Uno scenario apparentemente positivo che però, da un punto di vista economico, gravita ancora in maniera troppo insistente sul singolo individuo.

**Dr. Luciano de Feo (Milano)**

NUMERI  
UNO  
NO

ESSE&EMME NEWS MAGAZINE



sweden & martina

Sweden & Martina S.p.A.

Via Veneto, 10 35020 Due Carrare PD Italia  
Tel. +39 049 912.43.00 Fax +39 049 912.42.90  
www.sweden-martina.it