

PROTOCOLLO DI MANTENIMENTO PAZIENTE IMPLANTARE

Dr. Luca Parisi
Libero Professionista in Milano
Professore a contratto
Università degli Studi di Milano
Dipartimento di Scienze Biomediche chirurgiche ed odontoiatriche

L'air-polishing è la procedura assolutamente indispensabile in un trattamento di decontaminazione del cavo orale, alla base di ogni terapia odontoiatrica in prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

Risulta inoltre efficace nel mantenimento igienico professionale di manufatti implantari e protesici. La tecnica del dispositivo di air-polishing sembra offrire una modalità user-friendly di rimozione del biofilm in pazienti con parodontite e peri-implantite. L'Air-polishing è stato introdotto in odontoiatria nel 1945, utilizzando particelle di ossido d'alluminio per la preparazione delle cavità.

Il biofilm microbico, gioca un ruolo fondamentale nell'avvio e nella progressione delle infezioni delle patologie cariose e parodontali. Le malattie parodontali e la carie dentale sono patologie infettive e trasmissibili, determinate da microrganismi patogeni presenti nei biofilm microbici.

Il deposito di biofilm batterico, eziologia delle patologie del cavo orale, predilige punti anatomici difficilmente raggiungibili nelle pratiche di igiene orale domiciliare, come ad esempio le aree sotto le protesi fisse. L'infiammazione dovuta alla placca batterica, causa perdita di attacco gengivale.

L'igiene domiciliare, per un efficace controllo della placca batterica, soprattutto in zone difficilmente raggiungibili (come gli spazi interdentali), deve essere ritenuta e trasferita al paziente come assolutamente necessaria per garantire la salute dei tessuti del cavo orale e il mantenimento delle terapie riabilitative.

Per il trattamento e il mantenimento dei siti implantari, è necessario scegliere un trattamento efficace e minimamente invasivo, che possa essere vissuto dal paziente con maggiore accettabilità e dal professionista come strumentazione ergonomica e sicura per le strutture implantari (titanio e materiali protesici).

I migliori materiali attualmente in commercio, sono le polveri da profilassi, in particolar modo la glicina e gli inserti per ultrasuoni non invasivi, come l'inserto ICS Mectron con terminale IC1 in peek.

La polvere di glicina, fa parte degli aminoacidi non essenziali. La sostanza è inodore, incolore e altamente solubile in acqua; ha bassissima tossicità e non è allergenica, nonostante abbia un gusto leggero e dolce. Inoltre, si ritiene che la glicina possa avere un effetto anti-infiammatorio, immuno-modulante e citoprotettivo in vari approcci terapeutici. Sebbene l'esatto meccanismo non sia pienamente compreso, l'applicazione di glicina può causare soppressione del calcio recettore e l'inibizione dell'attivazione delle cellule infiammatorie. Inoltre, la glicina può diminuire la formazione di radicali liberi inibendo l'attivazione dei macrofagi. La sostanza stessa sembra essere molto adatta per uso intraorale. (fig7).

L'inserto ICS, con terminale IC1 100% in PEEK (materiale plastico, biocompatibile), garantisce una pulizia delicata e il massimo rispetto della superficie dell'impianto. Il terminale IC1 viene facilmente avvitato sull'inserto base ICS. La lunghezza operativa di 10 mm e la speciale curvatura dell'inserto base ICS, permettono un'ottima accessibilità e visibilità anche nelle zone posteriori. Sia l'inserto base che il terminale in PEEK sono autoclavabili (fig.6a e fig. 6b)

La tecnologia *Combi touch* (fig.10), utilizzata nel case report di seguito descritto, rappresenta il miglior approccio al trattamento dei siti implantari. Il Combi touch riunisce infatti in unico apparecchio ablatore multifunzionale piezoelettrico e airpolisher, per un trattamento di profilassi completo, sopra e sottogengivale. La parte ablatore permette di eseguire uno scaling ultra-delicato, grazie alla funzione soft mode, oltre a garantire performance ottimali in protesica. La parte air-polishing rende disponibile l'utilizzo di due tipi di polvere (bicarbonato di sodio e glicina), a seconda del tipo di trattamento che si vuole eseguire. Il grande vantaggio è la possibilità di gestire con un solo click entrambe le polveri sullo stesso paziente.

L'apparecchio è di facile e rapida manutenzione, grazie ai flaconi estraibili senza dover spegnere il dispositivo, e ad un sistema esclusivo che evita l'intasamento della polvere. Può essere inoltre collegato alla normale rete idrica dello studio o utilizzato con flacone esterno da 500 ml.

CASE REPORT

Paziente Uomo di 55 anni. In cura nello studio da diversi anni. Dopo numerosi tentativi di richiami e controlli il paziente si presenta in studio per una seduta d'igiene. (fig1-2-3)

Lo status dentale del paziente è composto da una protesi totale *toronto bridge* provvisoria inferiore su impianti ed un circolare superiore provvisorio sorretto da impianti.

Dall'esame obiettivo, si evince manifesto rossore a livello della maggior parte degli impianti dentali, con elevata presenza di biofilm batterico, placca e tartaro.

Si rileva notevole tartaro soprattutto nell'arcata inferiore.

Si decide di smontare la protesi inferiore per permettere la rimozione efficace di tutti i depositi molli e duri. (fig 4)

Si intraprende quindi una seduta d'igiene utilizzando:

- polvere di glicina per trattare gli impianti; (fig5)
- ablazione ultrasonica con inserto in peek per rimuovere depositi duri dagli impianti (fig. 6);
- ulteriore utilizzo di glicina per la rimozione di eventuali altri depositi molli e per la rifinitura;

Questo tipo di trattamento viene eseguito in entrambe le arcate. (fig 8)

Si rileva che il terminale a 120° con polvere di glicina, grazie alla particolare angolazione, agevola il deplaquing, anche nei casi in cui l'operatore incontra delle difficoltà dovute a particolari strutture anatomiche dei tessuti molli e dei posizionamento di impianti o manufatti protesici in zone di difficile accesso.

Successivamente si intraprende una seduta d'igiene all'esterno della bocca del paziente andando a rimuovere tartaro e placca dalla toronto con l'utilizzo di polvere di glicina e di bicarbonato. (fig9) Ricordiamo infatti che la glicina non è abrasiva e non rovina i manufatti protesici ne fissi ne mobili. Rimotivazione del paziente all'igiene orale domiciliare e spiegata l'importanza del controllo clinico periodico e dei richiami d'igiene per il mantenimento della sua salute orale.

Viene mostrato al paziente il corretto utilizzo degli strumenti di igiene orale domiciliare. In questo caso realizzato con spazzolino a tecnologia sonora, scovolino e airfloss. Tutti questi presidi per detergere in maniera efficace e poco traumatica gli spazi interprossimali di difficile accesso come nel nostro caso.

Per il controllo chimico della placca viene consigliato 2 volte al giorno l'utilizzo di collutorio a base di Clorexidina 0,12 % per sette giorni.

Il controllo effettuato dopo 2 settimane, evidenzia un significativo miglioramento degli indici clinici. Dopo di questo viene impostata la terapia di mantenimento professionale ogni 2 mesi con uso di glicina e punta in peek.

CONCLUSIONI

La tecnologia Combi touch ha permesso all'operatore di trattare questo complesso caso di riabilitazione implantare in maniera efficace. Potendo disporre di diverse tipologie di polveri da usare in base all'esigenza, con il vantaggio di lavorare in maniera ergonomica, raggiungendo con facilità tutti i siti. Inoltre l'inserito in peek per la parte ultrasonica risulta ottimale e non invasiva per la rimozione e la disgregazione del biofilm.

Il grande vantaggio per l'operatore è quindi quello di disporre di una strumentazione completa rapida e minimamente invasiva, anche in situazioni critiche in parodontologia e igiene orale.

BIBLIOGRAFIA

[1] Wilkins E.M. La pratica clinica dell'Igienista Dentale. Piccin 2010:293-299

[1] Momber A, Kovacevic R. Principles of Abrasive Water Jet Machining. London: Springer, 1998.

[1] Momber A. *Blast Cleaning Technology*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2008.

[1] Galloway Se, Pashley DH. Rate of removal of root structure by the use of the Prophy-Jet device. *J.Periodontal* 1987:58: 464-469

[1] Harrel SK, Barnes JB, Riviera-Hidalgo F. Aereosol reduction during air polishing. *Quintessence Int* 1999:30:623-628

[1] Petersilka G, Faggion CMJ, Stratmann U, Gerss J, Ehmke B, Haeberlein I, Fleming TF. Effect of glycine powder air-polishing on the gingiva. *J Clin Periodontal* 2008: 35:324-332

[1] Jan Lindhe. Parodontologia e Implantologia dentale. Edi.Ermes e Edizione Martina 2002