

rivista europea

di

implantologia

ORGANO UFFICIALE DELL'ACCADEMIA EUROPEA
DENTISTI IMPLANTOLOGIE DELLA ACCADEMIA
ITALIANA DEGLI IMPIANTI E DELL'INTERNATIONAL
RESEARCH COMMITTEE OF ORAL IMPLANTOLOGY
I. R. C. O. I.

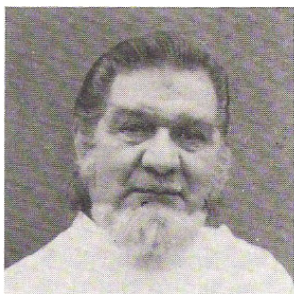


4

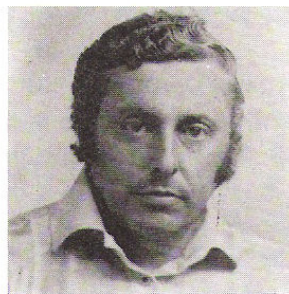
OTTOBRE
NOVEMBRE
DICEMBRE

1980 ANNO XV

DIREZIONE: PIAZZA BERTARELLI, 4 - 20122 MILANO - TEL. 879298
SPEDIZIONE ABB. POSTALE GR. IV (70%) - DA VERONA FERROVIA



Dr. Carlo Aliberti



Dr. Piero Balistreri

Varie possibilità di soluzioni impianto-protesiche nell'edentulismo totale o sub-totale

Questo studio è stato fatto in collaborazione con il vecchio, carissimo e fraterno amico dott. Balistreri, innamorato degli impianti iuxta-ossei.

Partendo dalle situazioni anatomiche delle bocche edentule che noi troviamo nella pratica giornaliera, vediamo che nel mascellare superiore difficilmente (e parlo dell'80% dei casi) si possono praticare impianti endossei oltre il 5°, a causa dei seni mascellari affioranti, e che nel mascellare inferiore sovente noi rischiamo di ledere il nervo mandibolare, a causa del suo decorso molto superficiale, conseguente a riassorbimento del processo alveolare.

A questo punto noi dobbiamo ripiegare sugli impianti iuxta-ossei, che ci danno pos-

sibilità di inserimento in quasi tutte le zone dei mascellari.

Partendo successivamente dalla osservazione che quasi sempre si trova osso sufficiente per gli impianti endossei nelle zone frontali dei mascellari, perchè non abbinare gli impianti endossei nelle zone frontali agli iuxta-ossei nelle selle laterali libere?

Conviene inserire una griglia totale, oppure praticare l'impianto misto endo-iuxta-osseo?

Vediamo intanto vantaggi e svantaggi della griglia totale: per il mascellare inferiore le difficoltà sono minori che non nel mascellare superiore.

I vantaggi direi sono notevoli:

- 1) Facilità dell'intervento chirurgico che si limita ad uno scollamento corretto della mucosa fino alla linea obliqua esterna in vestibolare e all'inserzione dei milo-iodoi in linguale.
- 2) Sicurezza quasi totale e immediata dell'impianto.
- 3) Sicuramente una lunga durata dell'impianto stesso.

Svantaggi:

- 1) Trauma per il paziente che si vede operato due volte e non sempre accetta questi tipi di interventi.
- 2) Difficoltà nella presa delle impronte; e qui i colleghi nord-americani Ricciardi, Haan, Linkow, dovrebbero fidarsi i loro sistemi.
- 3) Difficoltà per un corretto disegno della griglia.
- 4) Difficoltà di reperire il laboratorio che ci costruisca correttamente la griglia.
- 5) Impossibilità di immobilizzarla immediatamente in attesa della reazione periostale.

Nel mascellare superiore i vantaggi e gli svantaggi della griglia totale sono i medesimi del mascellare inferiore.

Agli svantaggi bisogna però aggiungere quello di un maggior trauma per il paziente in quanto bisogna scollare anche tutta la mucosa del palato perchè la griglia superiore (e qui gli americani già citati fanno testo) deve avere un ampio appoggio palatale.

Aggiungiamo una maggiore difficoltà nella presa d'impronta e nella costruzione della griglia.

A questo punto dobbiamo però dire che esistono casi in cui la griglia totale è indispensabile, e cioè quando non abbiamo spessore di osso sufficiente neppure nelle zone frontali dei due mascellari.

Quando però abbiamo sufficiente osso nelle zone frontali la situazione è netta-

mente più favorevole in quanto possiamo abbinare gli impianti endo e iuxta-ossei con risultati ottimi.

Vi dirò che a questo punto mi sono collegato nel mio lavoro impiantologico con il dott. Balestreri, studioso dei iuxta ossei ed entrambi ci siamo avvalsi dell'amicizia e dei consigli del prof. Muratori, prof. Marini, del prof. Pasqualini e del dott. Emanuelli e degli insegnamenti, a suo tempo impartiti da Trainin di Londra.

Abbiamo cominciato a cercare quali degli impianti endossei frontali fossero più convenienti:

Lame? Viti?

Abbiamo concluso che sono più sicure le viti.

1) Perchè la statistica di 14 anni di nostra milizia nell'implantologia mi ha dato questi risultati: su **1386** bocche ricostruite con impianti endossei solo **22** viti sono state rimosse, mentre ho dovuto rimuovere 46 lame e questa statistica non è coerente, in quanto su queste **1386** bocche, sono state inserite circa **4000** viti e solo **500** lame, per cui la percentuale di successi è nettamente in favore delle viti.

2) La vite, se ben fissa immediatamente, difficilmente viene a smuoversi mentre la lama, anche se ben fissa subito, a distanza di 6 - 7 anni può smuoversi.

(E badate che proprio ora sto rimuovendo delle lame di 8 anni orsono mentre le viti rimangono nelle stesse bocche ben fissate).

3) Se una lama si muove tutto il blocco frontale è perso.

4) Se una vite su 6 si muove, non ho perso la possibilità di praticare la protesi.

5) La lama può affondarsi, la vite difficilmente si affonda.

6) La vite, se rimossa non lascia tracce apprezzabili nell'osso, la lama lascia spesso danni irreparabili nell'osso, nel quale non è più possibile praticare impianti.

Per questi motivi, la conclusione può essere solamente che conviene optare per le viti, siano esse di Muratori, di Tramonte,

di Chercheve, le mie, tutte valide allo stesso modo.

Abbiamo poi esaminato con il dott. Balistreri quali potevano essere i vantaggi degli iuxta rispetto alla lama.

1) Inserimento sempre possibile nelle selle libere laterali.

2) Impossibilità di affondamento nel tempo.

3) Maggior suddivisione del carico masticatorio. A questo punto abbiamo deciso di scegliere quali potevano essere gli iuxta-ossei più indicati nel mascellare superiore e nel mascellare inferiore.

Nel mascellare superiore abbiamo preferito le griglie ad appoggio pterigoideo. Perché?

Perché oltre all'appoggio sull'osso compatto palatale avevamo anche un solido appoggio nell'incisura durissima che esiste tra tuber e osso sfenoide nel suo prolungamento pterigoide.

Nel mascellare inferiore abbiamo deciso per griglie parziali che arrivano lingualmente all'inserzione del milo-ioideo e vestibolarmente alla linea obliqua esterna, in quanto vi sono garanzie di solidità quasi assoluta, a patto che vengano immediatamente immobilizzate.

Ed ora passiamo alla tecnica degli impianti misti

Innanzitutto inizio io con la implantologia endossea mediante l'inserimento delle viti, inserendone il maggior numero possibile.

Preparo la meso struttura in oro e la fisso provvisoriamente avvitandola sui falsi monconi e cioè faccio una meso struttura in oro rimovibile mediante viti (vedi tecnica Muratori).

A questo punto interveniamo con il dott. Balistreri ed inseriamo le griglie parziali con la tecnica descritta.

Immediatamente immobilizziamo le griglie ancorandole con sbarre di oro, anelli di rame e resina a freddo per 45 giorni alla meso struttura frontale sugli impianti endossei scaricando la masticazione.

Abbiamo così ottenuto una solidarizzazione di tutti gli impianti endo e iuxta-ossei fra di loro, realizzando la condizione migliore per una ottima riuscita degli interventi implantologici.

Dopo 45 giorni verrà iniziata la protesi rimovibile o no su impianti già sicuri.

Concludo che nel 100% dei casi, e sono ormai 4 anni, questo sistema si è dimostrato estremamente valido.

Vorrei pregare però i colleghi nord-americani di volerci aiutare nella ricerca della tecnica della presa delle impronte, e nella tecnica esatta del disegno delle griglie ed auspico che questa collaborazione dia i suoi frutti nel futuro.

Dr. Carlo Aliberti — Medico Dentista Implantologo — IVREA

Dr. Piero Balistreri — Medico Dentista Implantologo — ASTI

Differentes possibilités de solutions implanto-protétiques chez les édentés totaux ou sub-totals

par Dr. Carlo Aliberti
Dr. Piero Balistreri

Partant des situations anatomiques des bouches édentées que nous trouvons dans la pratique quotidienne, nous voyons que au maxillaire supérieur très difficilement (et je parle du 80% des cas) nous pouvons poser des implants endo-osseux au-delà de la 5ème, à cause des sinus maxillaires affleurants, et que dans la mandibule nous risquons souvent de léser le nerf mandibulaire, à cause de son cours très superficiel conséquent à la resorption du procès alvéolaire.

A ce moment nous devons replier sur les implants juxta-osseux que nous donnent la possibilité d'être posés presque dans toute zone des maxillaires.

Comme nous avons observé que dans les zones antérieures des maxillaires l'os est presque toujours suffisant pour des implants endo-osseux, pourquoi ne pas combiner les endo-osseux dans les zones frontales aux juxta-osseux dans les selles latérales libres? Convienne-t-il poser une grille totale, ou bien pratiquer l'implant mixte endo-juxta-osseux?

Considérons maintenant les avantages et les désavantages de la grille totale: dans le maxillaire inférieur les difficultés sont moindres que dans le maxillaire supérieur.

Avantages:

Je dirais qu'ils sont remarquables.

- 1) Facilité de l'intervention chirurgicale,

qui est limité au décollement correct de la muqueuse jusqu'à la ligne oblique extérieure du côté vestibulaire et à l'insertion mylo-hyoïdienne du côté lingual.

- 2) Sécurité presque totale et immédiate de l'implant.

- 3) Une longue durée de l'implant même peut être toute de suite envisagée.

Désavantages:

- 1) Trauma pour le patient qui doit être opéré deux fois et qui pas toujours accepte ces types d'interventions.

- 2) Difficulté pour la prise des empreintes.

- 3) Difficulté pour un correct dessin de la grille.

- 4) Difficulté de trouver le laboratoire qui sache bien construire la grille.

- 5) Impossibilité d'immobiliser immédiatement la grille même en attendant la réaction périostale.

Chez le maxillaire les avantages et les désavantages de la grille totale sont les mêmes que chez la mandibule. Aux désavantages il faut toutefois ajouter aussi celui d'un traumatisme plus grand pour le patient car il faut décoller aussi toute la muqueuse du palais parce-que la grille supérieure doit avoir un grand appui palatal.

Nous devons y ajouter une difficulté supérieure dans la prise de l'empreinte et dans la construction de la grille.

A ce moment, il faut dire toutefois qu'il y a des cas où la grille totale est indispensable, c'est-à-dire quand nous n'avons pas

une épaisseur d'os suffisante même pas dans les zones frontales des deux maxillaires.

Mais quand nous avons de l'os suffisant dans les zones frontales, la situation est nettement plus favorable, puisque nous pouvons jumeler les implants endo-et juxta-osseux avec des résultats excellents.

Avec mon ami le Dr. Balestrieri, nous avons cherché de connaître lesquels des implants endo-osseux frontaux pouvaient être les plus convénables: les lames? les vis?

Nous avons atteint la conclusion que les vis sont plus sûres:

1) parceque la statistique de 14 ans de notre activité dans l'implantologie nous a donné les résultats suivants: sur 1386 bouches reconstruites avec des implants endo-osseux seulement 22 vis ont dû être enlevées, tandis que nous avons dû sortir 46 lames;

2) la vis, si elle est bien fixe immédiatement, très difficilement elle va bouger, tandis que la lame, même si elle est bien fixe au moment de la pose, après 6-7 ans elle peut commencer à bouger;

3) si une lame bouge, tout le bloc frontal est perdu;

4) si une vis sur 6 bouge, la possibilité de faire la prothèse fixe n'est pas perdue;

5) la lame peut s'enfoncer, la vis non;

6) la vis, si doit être enlevée, ne laisse pas dans l'os des traces appréciables, tandis que la lame laisse souvent des dommages irréparables dans l'os où ne sera-t-il plus possible poser des implants.

Pour ces raisons, la conclusion peut être seulement d'opter pour les vis, toutes valides de la même façon.

Le Dr. Balestrieri et moi, nous avons aussi examiné les avantages des juxta-osseux par rapport aux lames:

1) pose toujours possible dans les selles libres latérales;

2) impossibilité d'enfoncement dans le temps;

3) plus de répartition du charge masticaire.

Par conséquent, nous avons décidé de choisir lesquels pouvaient être les juxta-osseux les plus indiqués chez le maxillaire supérieur et chez la mandibule.

Au maxillaire supérieur, nous avons préféré poser des grilles avec appui ptérygoïdien, car non seulement nous avons un appui sur le procès alvéolaire palatal et vestibulaire, mais aussi un appui très solide sur l'apophyse osseuse sur laquelle le muscle ptérygoïdien va s'insérer (et c'est une apophyse assez robuste). Dans le maxillaire inférieur nous préférons des grilles partielles qui arrivent lingualement à l'insertion des mylo-hyoïdiens et vestibulairement à la ligne oblique extérieure, car on a des garanties de solidité presque absolue.

Avant tout, je commence avec l'implantologie endo-osseuse en posant les vis, les plus nombrables possible.

Je prépare la méso-structure en or et je la fixe provisoirement en la vissant sur les faux-moignons, c'est-à-dire je fais une méso-structure en or rémuable au moyen de vis, et après, avec le Dr. Balestrieri, nous posons les grilles partielles avec la technique avant-dite.

Successivement nous immobilisons les grilles en les ancrant avec des barres d'or, des bagues de cuivre et de la résine à froid pour 45 jours à la méso-structure frontale sur les implants endo-osseux (vis). Nous avons ainsi obtenu une solidarisation de tous les implants endo-et juxta-osseux, obtenant la condition la meilleure pour le succès des interventions implantologiques.

45 jours après la prothèse, amovible ou non, sera commncée sur les implants déjà sûrs.

En conclusion je peux dire, après ans, que cette méthode a prouvé d'être extrêmement valide dans le 100% des cas.