

Concetto di trattamento del Dr. Jean-Pierre Gardella (chirurgo) e del Dr. Christian Richelme (protesista), Marsiglia, Francia



- > Riempimento di un difetto peri-implantare e combinazione di un innesto di osso autologo e di Geistlich Bio-Oss® per correggere una severa atrofia tissutale
- > A seguito dell'avulsione di un incisivo mandibolare; tecnica valida anche per un incisivo mascellare
- > Per impianto precoce

1. Indicazioni (vedi Figura 1a e 1b)

Regione	<input checked="" type="checkbox"/> zona estetica	<input type="checkbox"/> zona non estetica
	<input checked="" type="checkbox"/> edentulia singola	<input type="checkbox"/> edentulia parziale
Situazione ossea	<input type="checkbox"/> mancanza di lesione ossea	<input checked="" type="checkbox"/> lesione/i ossea/e
	<input checked="" type="checkbox"/> indicato l'aumento osseo	
Tessuto molle	<input type="checkbox"/> mancanza di recessione	<input checked="" type="checkbox"/> recessione
	<input checked="" type="checkbox"/> infiammazione	<input checked="" type="checkbox"/> infezione
	<input type="checkbox"/> senza complicanze	<input checked="" type="checkbox"/> sottile
	<input checked="" type="checkbox"/> indicato l'aumento dei tessuti molli	<input checked="" type="checkbox"/> mancanza di gengiva cheratinizzata
Indicazione per l'aumento osseo	<input checked="" type="checkbox"/> sì, al momento dell'inserimento dell'impianto	
	<input type="checkbox"/> no	

Informazioni preliminari

Dr. Jean-Pierre Gardella e Dr. Christian Richelme:

Una notevole atrofia del tessuto richiede di norma un innesto prima dell'inserimento di un impianto. Tuttavia, l'anatomia del difetto determina la possibilità o meno di effettuare la stabilizzazione primaria dell'impianto^{1,5}. Se tale stabilizzazione è possibile, la si può eseguire simultaneamente con un innesto di osso autologo. Questa ricostruzione può essere ottimizzata combinando il potenziale osteoinduttivo dell'osso autologo con la capacità osteoconduttiva e la ridotta velocità di riassorbimento di Geistlich Bio-Oss®. Questa tecnica può ridurre anche l'intervallo di trattamento, perché l'innesto e l'inserimento dell'impianto vengono effettuati in un'unica fase chirurgica.

Per gestire questo tipo di situazione e migliorare il biotipo del futuro sito implantare, la chiusura primaria dell'alveolo post-estrattivo viene eseguita con l'ausilio di un innesto di tessuto connettivo epiteliale.

Concetto:

- > Rapido trattamento per arrestare il progressivo riassorbimento osseo causato dal processo infettivo.
- > Chiusura primaria dell'alveolo post-estrattivo con un innesto di tessuto connettivo epiteliale⁸.
- > La combinazione fra Geistlich Bio-Oss® e osso autologo consente di:
 - combinare l'osteoaduzione dell'osso autologo e l'osteoaduzione di Geistlich Bio-Oss®^{7,9}.
 - ridurre il volume dell'osso autologo prelevato, il che consente, a sua volta, una tecnica chirurgica meno invasiva e un decorso post-operatorio più confortevole per il paziente.
- > Utilizzo di un doppio strato di membrana Geistlich Bio-Gide® per prolungare l'intervallo di riassorbimento della membrana.

Tecnica chirurgica:

- > Estrazione atraumatica⁴.
- > Chiusura dell'alveolo post-estrattivo con un innesto di tessuto connettivo epiteliale, che consente la guarigione del tessuto molle in breve tempo e, contemporaneamente, il ripristino della morfologia estetica della cresta quindi il reintervento per l'inserimento dell'impianto prima che il riassorbimento dell'osso alveolare raggiunga il suo picco.
- > Valutazione del sito due mesi dopo l'intervento. (L'intervallo temporale più lungo per il successivo trattamento si ottiene grazie a Geistlich Bio-Oss® o Geistlich Bio-Oss® Collagene).
- > Ottenimento della stabilità primaria adeguata adattando la sequenza di fresatura.
- > Esecuzione di un innesto di osso autologo prelevato dalla regione sinfisaria mediante alesatore.
- > Inserimento di Geistlich Bio-Oss® sopra l'innesto e sulla superficie esterna della corteccia vestibolare. Applicazione di un doppio strato di membrana Geistlich Bio-Gide® sul sito.
- > Dopo 4 mesi, esecuzione della seconda fase chirurgica con un'incisione minima.
- > Inserimento della protesi temporanea dopo 6 mesi di guarigione.
- > Protesi abituale a 9 mesi.

Limiti e domande aperte:

A causa del riassorbimento post-estrattivo siamo spesso costretti ad effettuare un innesto prima di inserire l'impianto³. Nonostante questa compensazione, il rimodellamento continua per 18 mesi dopo l'estrazione, causando occasionalmente un collasso della mucosa che può compromettere l'esito estetico². Per far fronte a questo fenomeno, nei casi esteticamente importanti deve essere disponibile un eccesso di tessuto molle, il che spiega la necessità di un'ipercorrezione del difetto sia a livello osseo che mucoso⁶.

2. Obiettivi terapeutici

- > Ottimizzare e accelerare la guarigione del tessuto molle per consentire la ricostruzione ossea peri-implantare.
- > Effettuare un impianto precoce associato ad un innesto di osso autologo, con l'utilizzo di Geistlich Bio-Oss® e Geistlich Bio-Gide®⁷.
- > Ripristinare un'architettura del tessuto dall'aspetto naturale.

3. Procedura chirurgica



Fig. 1a Il dente 31 è compromesso per ovvi motivi endodontici. Questo dente ha già subito un intervento retrogrado e apicectomia.

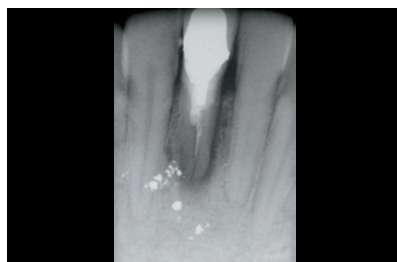


Fig. 1b Vedi Figura 1a.

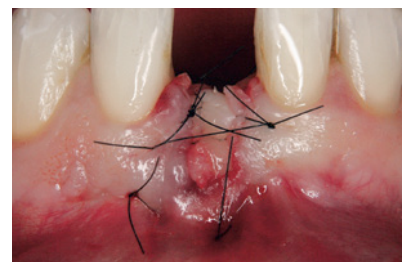


Fig. 2a Dopo l'estrazione, per risolvere il problema della chiusura primaria del sito, è stato prelevato un innesto di tessuto connettivo epiteliale dalla tuberosità e innestato nell'alveolo post-estrattivo.

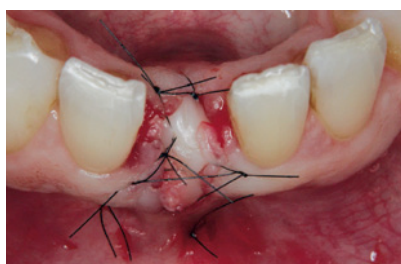


Fig. 2b Vedi Figura 2a.



Fig. 3 Visione clinica della guarigione dopo 10 giorni.



Fig. 4a Visione clinica della guarigione dopo 2 mesi.

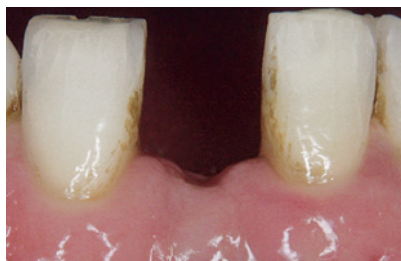


Fig. 4b Vedi Figura 4a.



Fig. 5 Visione clinica del difetto; la corteccia vestibolare e linguale sono ingrossate. La sonda passa attraverso il foro della fresa.

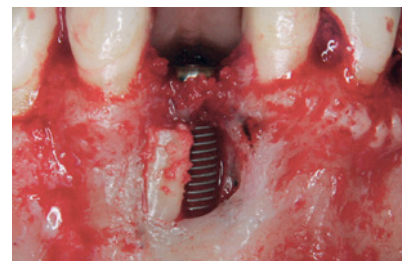


Fig. 6 Inserimento dell'impianto.

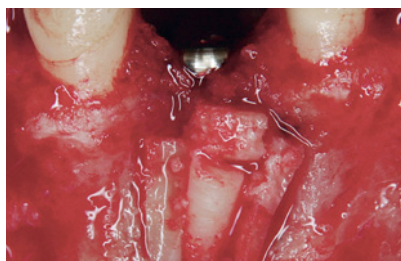


Fig. 7 Riempimento del difetto con frammenti di osso autologo.



Fig. 8 Inserimento di Geistlich Bio-Oss® per mantenere il volume e proteggere l'innesto autologo dal riassorbimento.

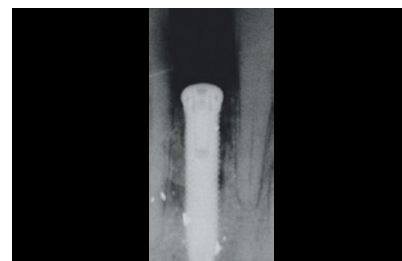


Fig. 9 Radiografia post-operatoria della prima fase chirurgica.



Fig. 10a Geistlich Bio-Gide® applicata a doppio strato.



Fig. 10b Vedi Figura 10a.



Fig. 11a Chiusura del sito per prima intenzione.



Fig. 11b Vedi Figura 11a.



Fig. 12a Visione clinica della seconda fase chirurgica.

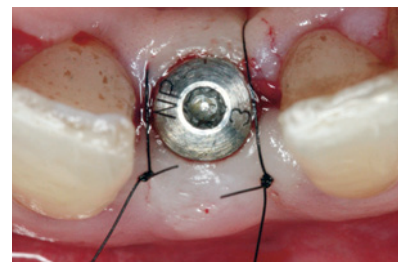


Fig. 12b Vedi Figura 12a.



Fig. 13 Radiografia post-operatoria della seconda fase chirurgica. Si osserva la rigenerazione ossea con ottimi risultati.



Fig. 14a Visione clinica della protesi provvisoria e dopo che è stata svitata.

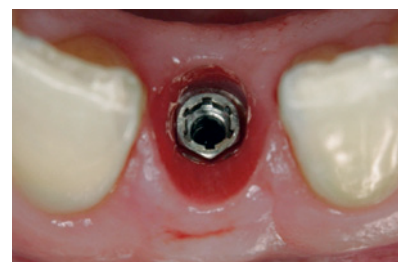


Fig. 14b Vedi Figura 14a.



Fig. 15 Radiografia della protesi provvisoria in situ.



Fig. 16 Vista clinica della protesi finale 8 mesi dopo l'estrazione.



Fig. 17 Radiografia della protesi finale in situ.

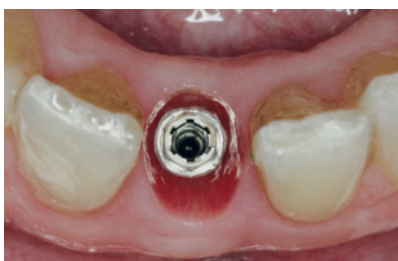


Fig. 18a Visione clinica dell'involucro mucoso dopo aver svitato la protesi un anno dopo l'estrazione del dente (si noti l'estensione della ricostruzione del tessuto duro e molle).



Fig. 18b Visione Figura 18a.

Situazione pre- e post-operatoria



Visione clinica pre-operatoria.



Visione clinica, 9 mesi dopo l'estrazione. Ottima integrazione del tessuto molle ed eccellente risultato protesico.

Bibliografia

- ¹ Antoun H, Sitbon JM, Missika P, Martinez H; A prospective randomized study comparing two techniques of bone augmentation: onlay graft alone or associated with a membrane; Clin. Oral Impl. Res. 2001; 12:632-639.
- ² Cardaropoli G, Hayacibara R, sukekava F, Araujo M, Lindhe J.; Healing of extraction sockets and surgically produced-augmented and non augmented defects in the alveolar ridge. An experimental study in the dog; J Clin Periodontol. 2005; 32:435-440.
- ³ Funato A; Salama MA; Ishikawa T; Garber DA; Salama H.; Timing, Positioning, and Sequential Staging in Esthetic Implant Therapy: A Four-Dimensional Perspective; International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry 2007; 27:313-323.
- ⁴ Gardella JP, Chelli S.; Atraumatic extraction technique; In Press.
- ⁵ Gardella JP, Renouard F.; Guided bone regeneration, autogenous bone graft: limits and indications; Journal de parodontol & implantol orale 1999; 18:127-142.
- ⁶ Grunder U, Gracis S, Capelli.; Influence of the 3-D bone-to-implant relationship on esthetics; Int J Periodontics Restorative Dent. 2005;25:113-119.
- ⁷ Hämmerle CH, Chen ST, Wilson TG Jr.; Consensus statements and recommended clinical procedures regarding the placement of implants in extraction sockets; Int J Oral Maxillofac Implants. 2004; 19 Suppl: 26-8. Review.
- ⁸ Jung RE, Siegenthaler DW, Hammerle CH; Postextraction tissue management: a soft tissue punch technique; Int J Periodontics Restorative Dent. 2004 Dec; 24(6):545-53.
- ⁹ Von Arx T, Buser D.; Horizontal ridge augmentation using autogenous block grafts and the guided bone regeneration technique with collagen membranes: a clinical study with 42 patients; Clin Oral Implants Res. 2006 Aug; 17(4):359-66.

Contatto

- > Dr. Jean-Pierre Gardella, 131 avenue du Prado, 13008 Marseille, Francia
telefono: +33 (0)4 91 79 20 90, fax: +33 (0)4 91 79 92 49, e-mail: jpgardella@gardellaclinic.com

Fornitori

- > Impianto: Speedy NP Nobel Biocare
- > Materiali di sutura: 4/0 Surgilon, 6/0 Monosof Syneture
- > Terapia farmacologica: amoxicillina 1 g/giorno, ibuprofene 400 mg 3 volte/giorno, per 8 giorni

Altre schede Indicazioni Cliniche

- > Per ricevere gratuitamente le schede Indicazioni Cliniche, andare all'indirizzo: www.geistlich.com/indicationsheets
- > Se si desidera interrompere la raccolta delle Indicazioni Cliniche, cancellare l'iscrizione al servizio presso il proprio distributore locale

Geistlich
Biomaterials

©Geistlich Pharma AG
Business Unit Biomaterials
CH-6110 Wolhusen
Tel. +41 41 492 56 30
Fax +41 41 492 56 39
www.geistlich.com