

Gestione degli insuccessi



Concetto di trattamento della perimplantite del PD Dr. Frank Schwarz, della Dr. Narja Sahm e del Prof. Dr. Juergen Becker, Düsseldorf, Germania

- > Strategie terapeutiche per difetti intraossei e sopracrestali.
- > Fasi di trattamento: decontaminazione, implantoplastica, incremento osseo / rigenerazione ossea guidata (GBR) possono fornire buoni risultati.
- > Geistlich Bio-Oss®, Geistlich Bio-Gide® e Geistlich Mucograft® sono elementi importanti per la rigenerazione dei tessuti.

1. Terapia rigenerativa

Criteria	Misura rigenerativa	Immagine
Componente intraossea	Geistlich Bio-Oss® (0.25-1 mm) Geistlich Bio-Gide® Tecnica del doppio strato	
Componente sopracrestale (< 1 mm)	Geistlich Bio-Oss® (1-2 mm) Incremento dei contorni	
Componente sopracrestale (> 1 mm) Area di deiscenza	Implantoplastica	
Mucosa sottile	Geistlich Mucograft®	

Informazioni base

PD Dr. Frank Schwarz:

“Sulla base dei nostri studi clinici i difetti ossei perimplantari possono essere suddivisi in categorie definibili (3). Innanzitutto si possono distinguere i difetti intraossei (classe I) dai difetti sopra-alveolari (classe II) (v. Fig 6, s (a)). La scelta del concetto di trattamento dipende dal tipo di difetto o combinazione di difetti. I vari concetti di trattamento sono presentati qui di seguito.”

2. Trattamento chirurgico della perimplantite^{3,7}

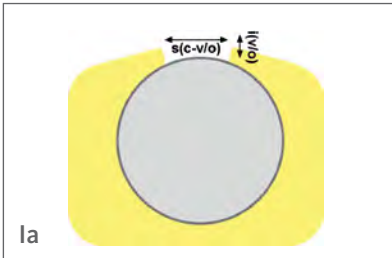


Fig. 1 Deiscenza vestibolare

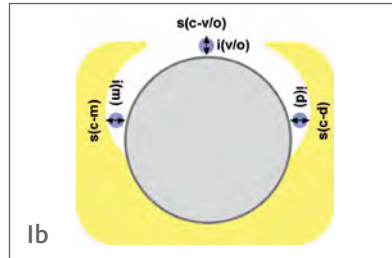


Fig. 2 Deiscenza vestibolare + riassorbimento osseo semicirconfenziale

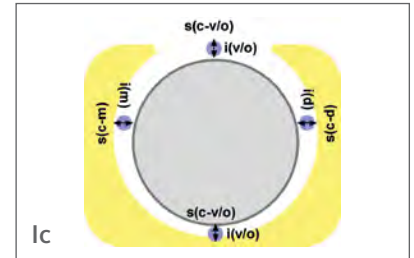


Fig. 3 Deiscenza vestibolare + riassorbimento osseo circonfenziale

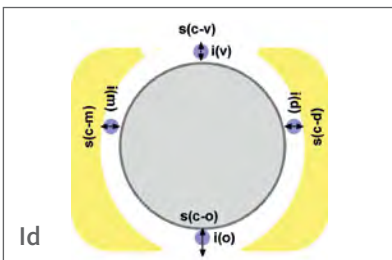


Fig. 4 Deiscenza vestibolare e orale + riassorbimento osseo circonfenziale

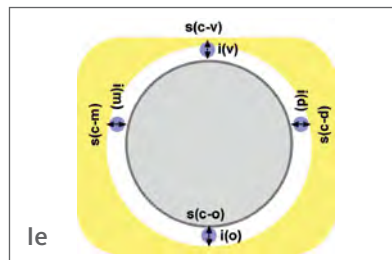


Fig. 5 Riassorbimento osseo circonfenziale



Fig. 6 Esposizione sopracrestale di parti strutturate dell'impianto

3. Procedura clinica

Decontaminazione

In aggiunta alla rimozione meccanica della biopellicola, è necessaria la decontaminazione o il trattamento della superficie implantare esposta per ottimizzare la rimozione di batteri e lipopolisaccaridi dalla superficie microstrutturata dell'impianto. A tal fine per pulire la superficie esposta dell'impianto si possono utilizzare pellet di cotone imbevuti in una soluzione salina sterile. Dati clinici dimostrano l'efficacia di questa procedura.⁷



Implantoplastica

Rimodellazione di parti esposte dell'impianto durante la rimozione della zona interessata della superficie per mezzo di dischi abrasivi diamantati. A seconda della componente con difetto, questa procedura può portare ad una riduzione dei depositi di placca batterica e favorire la formazione di tessuto connettivo fibroso.⁷ Questa procedura è indicata per impianti sopracrestali (classe II) ed esposti sul lato vestibolare-orale senza supporto osseo (p.es. classe Ia-Ic).^{2,6}



Incremento osseo + GBR

Un incremento osseo e una GBR dovrebbero essere effettuati solo in presenza di difetti intraossei. Analogamente alla terapia parodontale sistemica, la terapia rigenerativa dovrebbe essere considerata dopo un pretrattamento con esito positivo e qualora i sintomi associati ad infiammazione acuta siano calati.



Procedura chirurgica: implantoplastica + trattamento rigenerativo (classe Ib)^{1,4,5,6}



Fig. 1 Riassorbimento osseo a forma di becco nella regione d'impianto O22.



Fig. 2 Situazione clinica di partenza: Sondaggio di profondità (PD): 6 mm suppurazione / emorragia al sondaggio (BOP) +.



Fig. 3 Tecnica modificata del lembo con risparmio di papila per accedere al difetto della classe Ib.



Fig. 4 Implantoplastica per appianare le parti esposte dell'impianto (p.es. lato vestibolare).

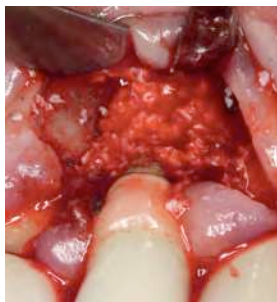


Fig. 5 Incremento del difetto (classe Ib) utilizzando Geistlich Bio-Oss® (0.25-1 mm).



Fig. 6 Applicazione di Geistlich Bio-Gide® (membrana di collagene).



Fig. 7 Situazione clinica dopo 12 mesi: PD: 2 mm; suppurazione / BOP -.



Fig. 8 Radiografia del guadagno osseo dopo 12 mesi.

Procedura chirurgica: implantoplastica + trattamento rigenerativo (classe Ic)^{1,4,5,6}



Fig. 1 Riassorbimento osseo a forma di tazza nella regione d'impianto O13.



Fig. 2 Situazione clinica di partenza: PD: 6 mm suppurazione / BOP +.



Fig. 3 Classificazione del difetto classe Ic.

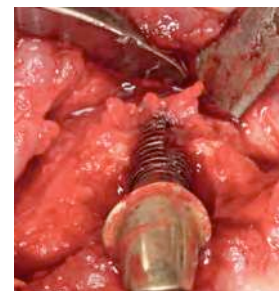


Fig. 4 Un difetto minore di classe Ia e un componente di classe Ic.



Fig. 5 Implantoplastica per appianare le parti dell'impianto esposte.



Fig. 6 Componente difetto classe Ic - utilizzo di Geistlich Bio-Oss® (0.25-1 mm).



Fig. 7 Tecnica della membrana a doppio strato sul lato vestibolare e linguale.



Fig. 8 Guarigione transmucosa della ferita.



Fig. 9 Situazione al momento della rimozione della sutura indicante una leggera esposizione della membrana in collagene (da trattare con una terapia antisettica locale, p.es. Clorhexidina gel per 10 giorni).

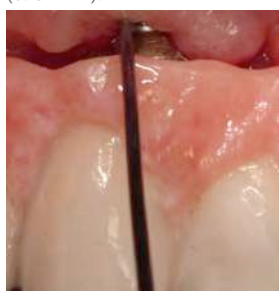


Fig. 10 Situazione clinica dopo 12 mesi: PD: 2 mm; suppurazione / BOP -.



Fig. 11 Radiografia del guadagno osseo dopo 6 mesi.



Fig. 12 Radiografia del guadagno osseo dopo 12 mesi.

Condizionamento dei tessuti molli: matrice in collagene (classe Ib + II)^{1, 4, 5}



Fig. 1 Situazione di partenza (regione implantare O45): suppurazione biotipo di mucosa sottile / BOP +.



Fig. 2 Configurazione combinata del difetto classe Ib + II.



Fig. 3 Implantoplastica sul componente sopra-crestale.

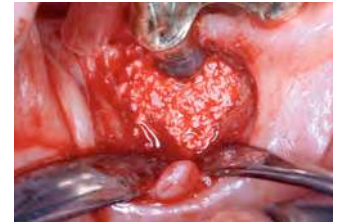


Fig. 4 Difetto intraosseo (p.es. classe Ib) - utilizzo di Geistlich Bio-Oss® (0.25-1 mm).



Fig. 5 Applicazione di Geistlich Bio-Gide® secondo la tecnica del "doppio strato".



Fig. 6 Matrice in collagene Geistlich Mucograft® - per compensare il biotipo di mucosa sottile.



Fig. 7 La matrice in collagene Geistlich Mucograft® viene collocata sopra la membrana in collagene Geistlich Bio-Gide®.



Fig. 8 Guarigione transmucosa della ferita (durante e dopo la somministrazione di amoxicillina).



Fig. 9 Guarigione della ferita senza problemi al momento della rimozione della sutura (10 giorni).



Fig. 10 Situazione clinica dopo 4 settimane.



Fig. 11 Situazione clinica dopo 4 mesi: PD: 2 mm; suppurazione / BOP -.



Fig. 12 Situazione clinica dopo 8 mesi indicante chiaramente un guadagno clinicamente rilevante nello spessore della mucosa.

Procedura chirurgica: implantoplastica + trattamento rigenerativo (controllo) (classe Ie + II)^{1, 4, 5, 6}

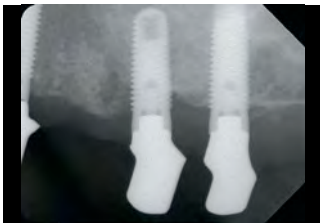


Fig. 1 Riassorbimento osseo a forma di tazza + sopra-crestale nella regione d'implanto O24 e O25.



Fig. 2 Fistola O25.



Fig. 3 Entrambi gli impianti presentano segni clinici di suppurazione.



Fig. 4 Configurazioni combinate del difetto classe Ie e classe II.



Fig. 5 Implantoplastica per appianare le parti esposte dell'implanto sopra-crestale.



Fig. 6 Incremento del difetto intraosseo più incremento del contorno.



Fig. 7 Tecnica della membrana a doppio strato sul lato vestibolare e linguale.



Fig. 8 Guarigione transmucosa della ferita (durante e dopo la somministrazione di amoxicillina).



Fig. 9 Impianto O24 - Situazione clinica dopo 12 mesi: PD: 2 mm; suppurazione / BOP -.



Fig. 10 Impianto O25 - Situazione clinica dopo 12 mesi: PD: 3 mm; suppurazione / BOP -.



Fig. 11 Radiografia del guadagno osseo dopo 12 mesi.

Bibliografia

- ¹ Schwarz et al. Journal of Clinical Periodontology. 2006;33:491-499.
Healing of intrabony peri-implantitis defects following application of a nanocrystalline hydroxyapatite (Ostim) or a bovine-derived xenograft (Bio-Oss) in combination with a collagen membrane (Bio-Gide). A case series.

- ² Schwarz et al. Journal of Clinical Periodontology. 2006;33:584-595.
Influence of different treatment approaches on non-submerged and submerged healing of ligature induced peri-implantitis lesions: an experimental study in dogs.

- ³ Schwarz et al. Clinical Oral Implants Research. 2007;18:161-170.
Comparison of naturally occurring and ligature-induced peri-implantitis bone defects in humans and dogs.

- ⁴ Schwarz et al. Journal of Clinical Periodontology. 2008;35:80-87.
Two-year clinical results following treatment of peri-implantitis lesions using a nanocrystalline hydroxyapatite or a natural bone mineral in combination with a collagen membrane.

- ⁵ Schwarz et al. Journal of Clinical Periodontology. 2009;36:807-814.
Surgical regenerative treatment of peri-implantitis lesions using a nanocrystalline hydroxyapatite or a natural bone mineral in combination with a collagen membrane: a four-year clinical follow-up report.

- ⁶ Schwarz et al. Journal of Clinical Periodontology. 2010;37:449-455.
Impact of defect configuration on the clinical outcome following surgical regenerative therapy of periimplantitis.

- ⁷ Schwarz & Becker. Quintessence Publishing Co. Ltd. London, 2010.
Peri-implant Infection. Etiology, Diagnosis and Treatment.

Contatto

- > PD Dr. Frank Schwarz, Heinrich Heine University, Westdeutsche Kieferklinik, Moorenstrasse 5, 40225 Duesseldorf, Germany
telephone: +49 211 811 81 49, fax: +49 211 171 35 42, e-mail: Frank.Schwarz@med.uni-duesseldorf.de
-

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
phone +41 41 492 56 30
fax +41 41 492 56 39
www.geistlich-pharma.com