

Riabilitazioni full-arch a carico funzionale immediato in pazienti disabili: vantaggi e caratteristiche

F. Carinci **, V. Piras ***, G. Vazzoler *



* **Istituto Don Orione Bergamo**
Dipartimento di Odontostomatologia
e Chirurgia Maxillo Facciale



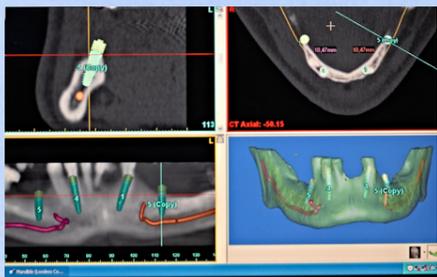
** **Università degli Studi di Ferrara**
Scuola di Specializzazione in Chirurgia Maxillo Facciale



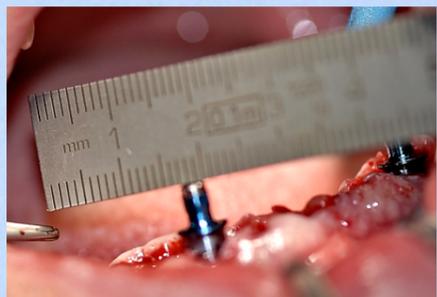
*** **Università degli Studi Di Cagliari**
Scuola di Specializzazione in Ortognatodonzia



Condizioni iniziali simili a queste si riscontrano frequentemente



Navigazione, misurazioni e programmazione



Alcuni semplici accorgimenti per una esecuzione veloce e precisa



La ricerca di nuovi protocolli implantoprotesici che riducano i tempi necessari per il carico funzionale diminuendo il disagio del paziente e riducendo i tempi globali del trattamento mantenendo un'alta predici-bilità di risultato ha portato allo sviluppo del **protocollo All-on-Four**.

L'applicazione di questo ben noto protocollo, talora con varianti estemporanee come il Columbus Bridge, ha consentito al nostro dipartimento di realizzare numerosi casi di riabilitazione nel paziente anziano e/o disabile ottimizzando quelle caratteristiche che meglio si prestano a riabilitare questi pazienti special needs.

Mentre infatti si utilizzano pienamente le caratteristiche salienti cioè:

- 1 *anima di metallo della protesi passivata mediante incollaggio con adesivo strutturale (variante tipica del Columbus bridge) su*
- 2 *monconi specifici a conicità ridotta,*
- 3 *inclinazione degli impianti per ridurre il cantilever distale (angolazione peraltro non sempre richiesta se l'anatomia è favorevole),*
- 4 *inserzione a torque elevato in un sito osteotomico sottopreparato in relazione stretta con l'anatomia ossea locale*
- 5 *cross-arch stabilization,*

si è cercato di applicare, ove possibile, quelle tecniche chirurgiche che minimizzassero il trauma sui tessuti molli e contemporaneamente rendessero più veloce e sicura l'osteotomia, tenendo presente che il paziente anziano o disabile mal sopporta tempi lunghi in fase chirurgica e che anche piccoli disagi possono suscitare reazioni di difesa vivaci tali da rendere complesso proseguire il trattamento.

Ci riferiamo in particolare a scheletrizzazioni minimali e a osteotomie a mano libera guidate da riferimenti che rendono più veloce l'esecuzione.

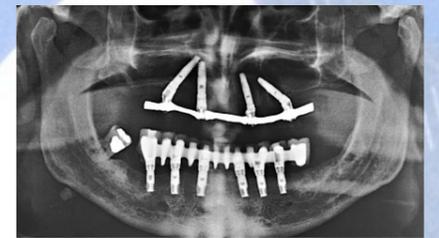
Il risultato è spesso un paziente che presenta edemi post operatori ridotti o nulli che consentono l'applicazione delle protesi a distanza di 48 ore senza alcun problema di adattamento; risultato ottenibile altrimenti solo con una chirurgia guidata, mentre noi preferiamo attualmente utilizzare il software Siplant solo per la navigazione anatomica e per una programmazione virtuale senza arrivare alla realizzazione della mascherina chirurgica.

Il tempo intraoperatorio è un fattore chiave nei pazienti special needs che abbiano bisogno di importanti riabilitazioni nei casi di parodontopatie terminali; talora in caso di paziente scarsamente cooperante si ricorre convenientemente alla sedazione cosciente grazie alla quale la postura e l'atteggiamento del paziente non sono più un problema nella fase chirurgica.

L'applicazione di questo protocollo consente di risolvere elegantemente ed efficacemente i numerosi problemi connessi con la riabilitazione dei pazienti in forte stato di bisogno. Pur non rappresentando una protesi sociale, nella comune accezione del termine, queste caratteristiche illustrate brevemente la rendono la indicazione primaria nei casi parodontalmente terminali in pazienti con bisogni speciali.

Referenze bibliografiche essenziali:

- . Malo P, Rangert B, Nobre M. "All-on-Four" immediate-function concept with Brånemark System implants for completely edentulous mandibles: a retrospective clinical study. Clin Implant Dent Relat Res 2003;5 Suppl 1:S2-9.
- . Vazzoler G, Carinci F, Carnevali G, Piras V, Denotti G, Brunelli G. Oral Rehabilitation in a patient affected by amyotrophic lateral sclerosis. European Journal of Inflammation Vol 9 No. 3 (S) Sept-Dec- 2011: 121-125.
- . Carinci F, Grecchi F, Zollino I, Gallo F, Rubino G, Motroni A. Computer planning and bone density evaluation of jaws reconstructed with bone grafts from living donors. J Craniofac Surg; 22:486-9.
- . Tealdo T, Bevilacqua M, Pera F, Menini M, Ravera G, Drago C, Pera P. Immediate function with fixed implant-supported maxillary dentures: a 12 month pilot study. J Prosthet Dent. 2008;99(5):351-60.
- . Bevilacqua M, Tealdo T, Pera F, Menini M, Mossolov A, Drago C, Pera P. Three-dimensional finite element analysis of load transmission using different implants inclinations. Int J Prosthodont 2008; 21 (6):539-42.



Esempi di situazione iniziale e finale con Toronto Bridge tradizionale inferiore e Columbus Bridge superiore



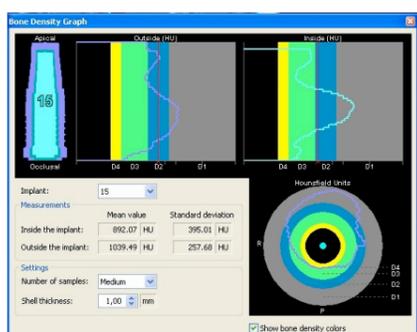
Lo stesso paziente a 48 ore dall'intervento arcata superiore, si noti lo scarso edema dei tessuti



Altri esempi di situazioni pre e post operatorie e protesizzate in paziente con esiti di labiopalatoschisi totale



Un altro caso a 48 ore dall'intervento con consegna delle protesi, si noti: non edemi nè ematomi



La misurazione della densità ossea è sempre consigliabile se è possibile eseguire una TAC