



**Concetto terapeutico di Jean-Louis Giovannoli,
Parigi, Francia**



> Chirurgia plastica muco-gengivale nel trattamento restaurativo di un caso complesso di peri-implantite

1. Indicazioni

Zona	<input checked="" type="checkbox"/> Zona estetica <input type="checkbox"/> Mancanza di un dente singolo <input checked="" type="checkbox"/> Sezione anteriore della mandibola	<input checked="" type="checkbox"/> Zona non estetica <input checked="" type="checkbox"/> Mancanza di più denti
Valutazione dell'osso	<input checked="" type="checkbox"/> Presenza di lesioni ossee	<input type="checkbox"/> Nessuna lesione ossea
Valutazione del tessuto molle	<input checked="" type="checkbox"/> Recessione <input checked="" type="checkbox"/> Infiammazione <input type="checkbox"/> Biotipo spesso <input type="checkbox"/> Sutura primaria possibile <input checked="" type="checkbox"/> Papilla intatta <input checked="" type="checkbox"/> Gengiva adeguatamente cheratinizzata	<input type="checkbox"/> Nessuna recessione <input checked="" type="checkbox"/> Infezione <input checked="" type="checkbox"/> Biotipo sottile <input checked="" type="checkbox"/> Sutura primaria non possibile <input type="checkbox"/> Papilla compromessa o assente <input checked="" type="checkbox"/> Gengiva non adeguatamente cheratinizzata

Informazioni generali

Dr. Jean-Louis Giovannoli:

“Nell'ambito del trattamento conservativo della peri-implantite può essere indicato un intervento chirurgico che associa l'impiego di un sostituto osseo e di una membrana riassorbibile secondo il concetto della rigenerazione ossea guidata (GBR).

A tale scopo, in una prima fase è necessario controllare l'infezione applicando tutte le comuni procedure impiegate per la decontaminazione parodontale. Non appena lo stato infiammatorio dei tessuti molli superficiali è soddisfacente, è possibile intervenire chirurgicamente, a condizione che la morfologia del difetto osseo sia favorevole e, soprattutto, che la situazione gengivale consenta una completa copertura della membrana durante tutta la fase di guarigione dei tessuti. In questo caso è assolutamente necessario che sia presente un'adeguata altezza di gengiva cheratinizzata.

Nel caso clinico di seguito presentato, due impianti mandibolari erano rimasti in sede per circa una decina di anni e mostravano segni clinici e radiologici caratteristici di una peri-implantite, il tutto complicato da una recessione gengivale.

Il caso illustra la possibilità di migliorare lo stato della gengiva applicando un innesto di gengiva libera in una prima fase chirurgica e di trattare la lesione in una seconda fase chirurgica, rispettando i principi tecnici della rigenerazione ossea guidata.”

2. Obiettivi terapeutici

- › Trattamento della lesione ossea peri-implantare mediante GBR associando l'uso di un sostituto osseo (Geistlich Bio-Oss®) e di una membrana riassorbibile (Geistlich Bio-Gide®).

3. Tecnica chirurgica



Fig. 1 Lesione peri-implantare accompagnata da recessione gengivale. Al sondaggio, la porzione distale della lesione sanguina.



Fig. 2 Situazione clinica 2 settimane dopo la decontaminazione sopragengivale (rimozione del tartaro dentale, controllo della placca).



Fig. 3 La rimozione delle protesi rivela una considerevole perdita di tessuto di supporto peri-implantare.

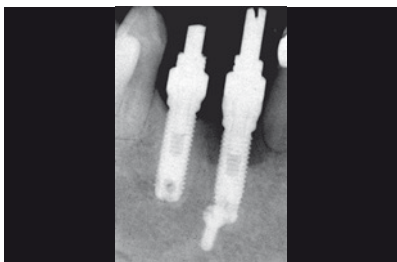


Fig. 4 Radiografia iniziale che mostra una lesione a forma di cratere in corrispondenza dell'impianto nella regione 41. La vite miniaturizzata risale ad un intervento ortognatico eseguito 10 anni prima.

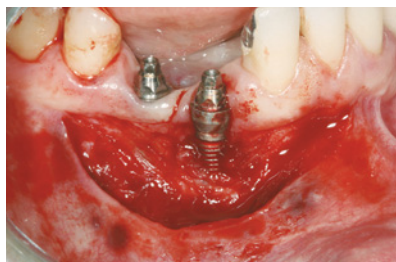


Fig. 5 Innesto di gengiva libera prelevato dal palato. Vista del sito ricevente. Il lembo a spessore parziale permette di scaricare le tensioni e le adesioni.



Fig. 6 L'innesto viene inserito nel sito e suturato (con filo riassorbibile 6.0) sia in senso distale che mesiale.



Fig. 7 Guarigione 2 mesi dopo. Nessun segno di infiammazione.



Fig. 8 Il volume dei tessuti molli è ora adeguato per la GBR peri-implantare.



Fig. 9 Vista occlusale del volume ricostituito del tessuto molle.



Fig. 10 La vista linguale mostra un volume del tessuto sufficiente prima di eseguire la GBR.

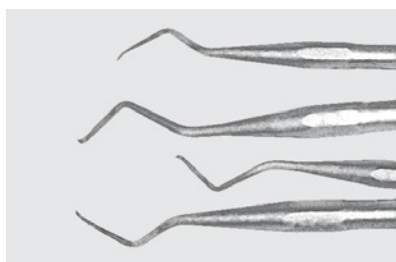


Fig. 11 La lesione viene sottoposta ad accurato curettage con curette in plastica studiate appositamente per l'implantologia, in modo da eliminare tutto il tessuto di granulazione (Satelec).



Fig. 12 In una prima fase viene eliminato in modo meccanico il tessuto di granulazione.

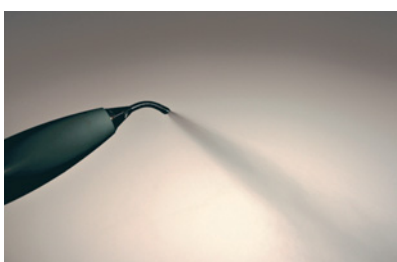


Fig. 13 Per la decontaminazione si è poi deciso di utilizzare un lucidatore a getto di bicarbonato e di applicare successivamente perossido di idrogeno al 5% in volume.

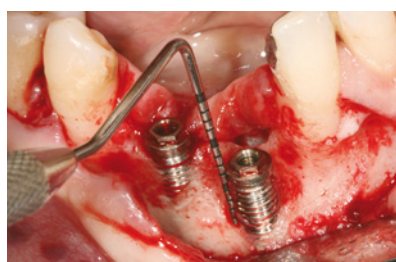


Fig. 14 Al sondaggio appare una lesione peri-implantare circonferenziale di circa 10 mm in corrispondenza dell'impianto nella regione 41.

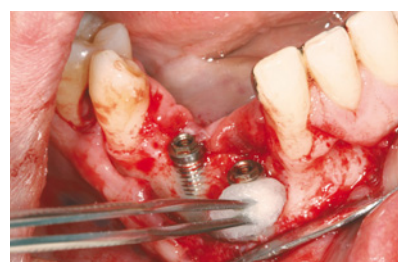


Fig. 15 La superficie dell'impianto viene decontaminata applicando un tampone imbevuto con soluzione di perossido di idrogeno al 10% in volume.

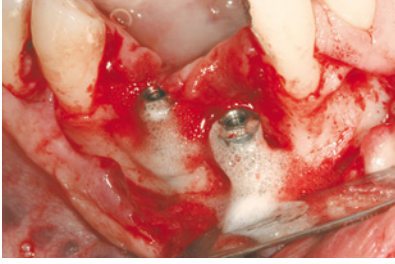


Fig. 16 La soluzione di perossido di idrogeno viene lasciata in posizione per diversi minuti.



Fig. 17 Posizionamento di Geistlich Bio-Oss®, precedentemente imbibito con soluzione fisiologica, evitando un'eccessiva compattazione.



Fig. 18a Perforazione della membrana con un punzone per diga in gomma.

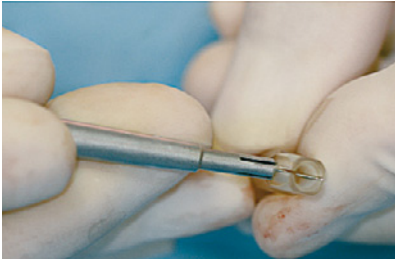


Fig. 18b Preparazione dei chiodini per il fissaggio della membrana e impiego di un portachiodini.

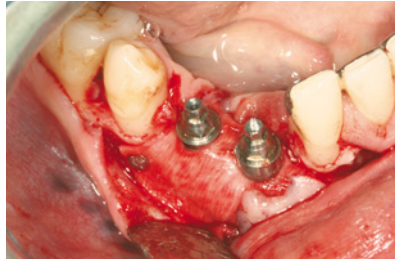


Fig. 19 La membrana viene posizionata a forma di "poncho" intorno agli impianti e stabilizzata con 2 chiodini.

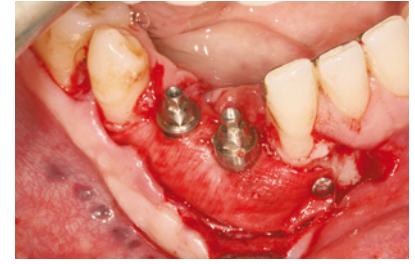


Fig. 20 La membrana di collagene riassorbibile utilizzata presenta una un'adattabilità elevata. In questo caso il suo scopo primario è mantenere in posizione il sostituto osseo.



Fig. 21 Punti di sutura interrotti per stabilizzare il lembo e consentire la ricostruzione del volume osseo.



Fig. 22 Le protesi vengono riposizionate per la guarigione del tessuto molle.

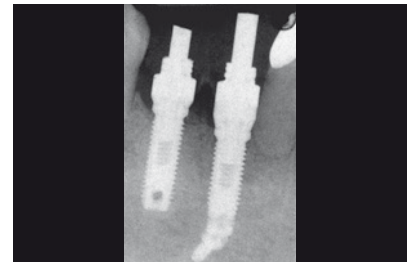


Fig. 23 Radiografia di controllo 3 mesi dopo. I tessuti duri sono in fase di mineralizzazione.

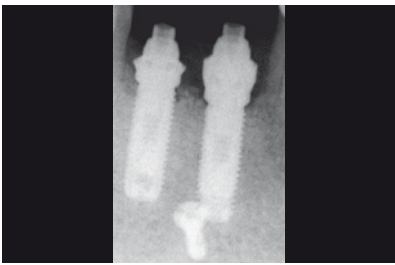


Fig. 24 Radiografia di controllo 9 mesi dopo l'intervento. Si noti la stabilizzazione del livello osseo e l'aumento di densità del sito.



Fig. 25 Situazione clinica 9 mesi dopo l'intervento. Grazie alla quantità di gengiva cheratinizzata è stato possibile evitare il rischio di esporre la membrana, anche nella regione interprossimale, preservando l'intero volume del tessuto riparato. Si noti la stabilità della ricostruzione interprossimale.

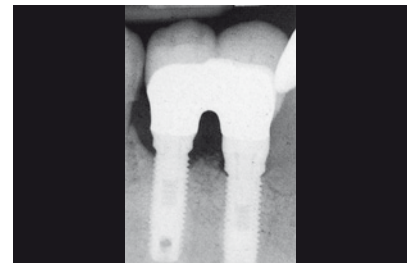


Fig. 26 4 anni dopo l'intervento, la radiografia mostra un elevato livello di osso denso intorno agli impianti.



Fig. 27 Il rientro conferma i risultati radiografici e mostra un aumento osseo stabile (intervento eseguito per la rimozione dei pin e il perfezionamento del profilo crestale).

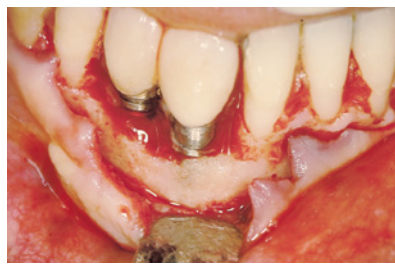


Fig. 28 Il profilo della cresta aumentata è perfettamente sviluppato intorno agli impianti. La recessione radicolare e lo stato parodontale sono rimasti stabili grazie al supporto osseo.

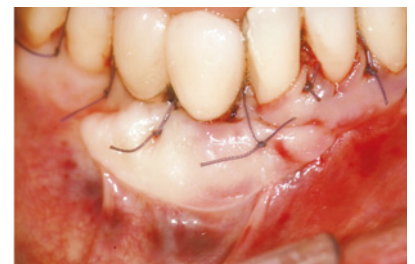


Fig. 29 Il lembo viene riposizionato e stabilizzato mediante punti di sutura interrotti.

Bibliografia

- ¹ Roos-Jansaker A.M., Renvert S., Egelberg J.: Treatment of peri-implant infections: A literature review. J. Clin. Periodont. 30:467-485, 2003.
 - ² Leonhardt A., Dahlen G. & Renvert S.: Five-year clinical, microbiological and radiological outcome following treatment of peri-implantitis in man. J. Periodontol. 2003;74:1415-1422.
 - ³ Schwarz F., Bieling K., Latz T., Nuesry E. & Becker J.: 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. J. Clin. Periodontol. (2006) 33:491-499.
 - ⁴ Roos-Jansaker A-M., Renvert H., Lindahl C., Renvert S.: Surgical treatment of peri-implantitis using a bone substitute with and without a resorbable membrane. A prospective cohort study. J. Clin Periodont. 2007; 34:625-632.
 - ⁵ Esposito M., Grusovin M.G., Coulthard P., Worthington H.V.: The efficacy of interventions to treat peri-implantitis: a Cochrane systematic review of RCTs. Eur J Oral Implantol 2008;1(2):111-125.
 - ⁶ Giovannoli J.L.: Mucosal plastic surgery in the restorative treatment of a case of periimplantitis. Titane 2010; 7(1):45-47.
-

Contatto

- > Dr. Jean-Louis Giovannoli, 26 avenue Kléber, 75116 Parigi. E-mail: giokleber@aol.com
-

Fornitori

- > Perossido di idrogeno: Cooper; 10 % in volume; flaconcino da 125 mL
 - > Lucidatore a getto, polvere abrasiva e curette in plastica: Satelec; 24 avenue du Général-de-Gaulle; 91178 Viry-Châtillon; Tel.: +33 (0)1 69 56 56 56
 - > Chiodini: Dentsply Friadent France; ROUTE DE MONTEREAU 77140 Darvault. Tel.: +33 (0)1 60 55 55 45
 - > Materiali da sutura: 4-0 Ti-Cron cardiopoint 3/8/18 mm non riassorbibile; poliestere, rivestito e trattato
 - > Anestetico locale: articaina
 - > Antibiotico: amoxicillina, 2 g/giorno per 6 giorni
-

Altre indication sheet

- > Per ricevere gratuitamente le Schede di Indicazioni cliniche contattare il proprio Responsabile di zona oppure scriveteci a info@geistlich.it

©Geistlich Biomaterials Italia S.r.l.
Via Castelletto, 28
IT-36016 Thiene VI
Tel.: +39/0445-370890
Fax: +39/0445-370433
www.geistlich.it

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-pharma.com