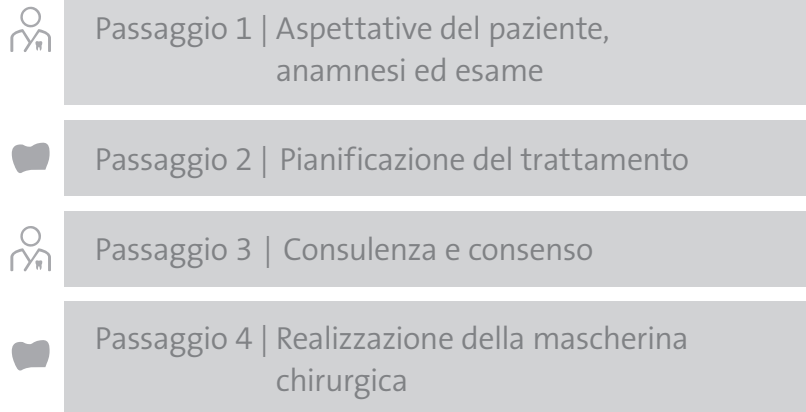


Fase 4 | Cure successive e mantenimento

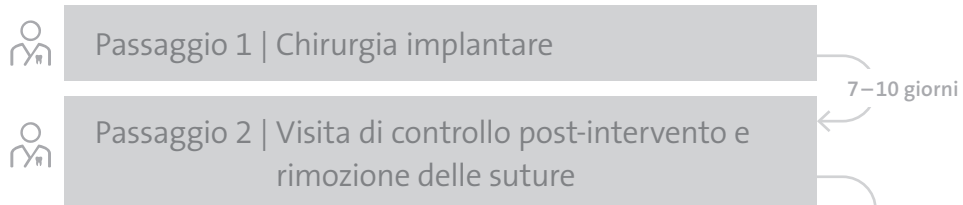
# Passaggio 1 Visita di controllo



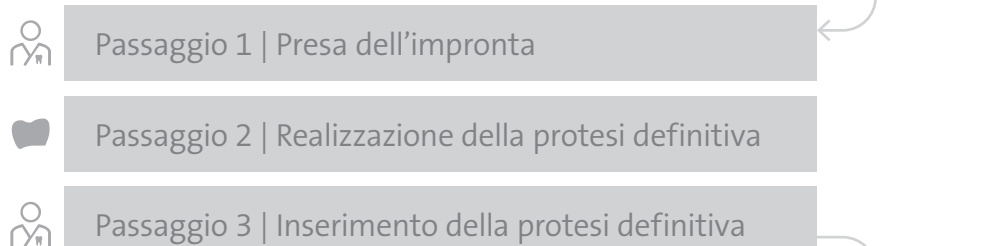
## Valutazione e pianificazione del trattamento



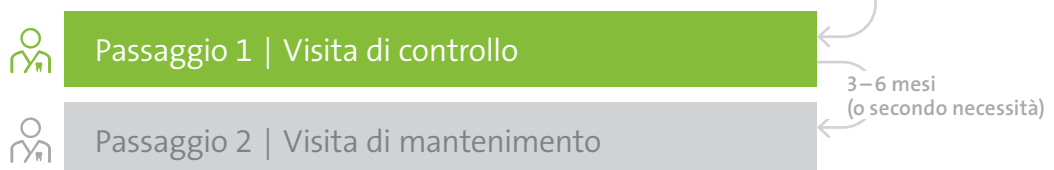
## Procedure chirurgiche



## Procedure protesiche



## Cure successive e mantenimento



 In clinica con il paziente     Lavoro in studio/laboratorio



## Indice

<b>Introduzione</b>	<b>4</b>
<b>Obiettivi di apprendimento</b>	<b>4</b>
<b>1. Esame clinico e valutazione</b>	<b>5</b>
1.1 Feedback del paziente	5
1.2 Esame radiografico (se necessario)	5
1.3 Che cosa controllare nel sito implantare	6
<b>2. Chiusura definitiva del canale di accesso della vite per corone avvitate</b>	<b>9</b>
2.1 Pulizia	9
2.2 Preparazione	9
2.3 Chiusura	9
2.4 Fissaggio	9
2.5 Controllo dell'occlusione	10
<b>3. Informare il paziente</b>	<b>10</b>
<b>4. Visite di mantenimento</b>	<b>10</b>







## Introduzione



La visita di controllo del paziente dovrebbe idealmente essere effettuata **2 settimane** dopo l'inserimento della protesi definitiva. Si può chiedere al paziente di riportare la sua esperienza con la nuova corona valutando se sono necessarie ulteriori correzioni. Nel caso di protesi definitiva avvitata è possibile sostituire il materiale di riempimento provvisorio con uno definitivo se dentista e paziente sono soddisfatti. Questa visita dà inoltre l'opportunità di ripetere al paziente le istruzioni per un'igiene orale e una cura ottimale del restauro su impianto.

## Obiettivi di apprendimento

-  Essere in grado di esaminare e valutare le condizioni della corona, dell'impianto e dei tessuti molli circostanti.
-  Essere in grado di valutare la collaborazione del paziente per quanto riguarda l'igiene orale.
-  Essere in grado di chiudere il canale di accesso della vite in modo definitivo per le corone avvitata.
-  Essere in grado di definire intervalli di richiamo personalizzati per il paziente.

**Prendere appuntamento con il paziente circa 2 settimane dopo l'inserimento della protesi definitiva per:**

- informarsi sull'esperienza con la nuova corona
- valutare la necessità di correzioni
- inserire un riempimento permanente in una corona avvitata
- ripetere al paziente le istruzioni per l'igiene orale



## 1. Esame clinico e valutazione

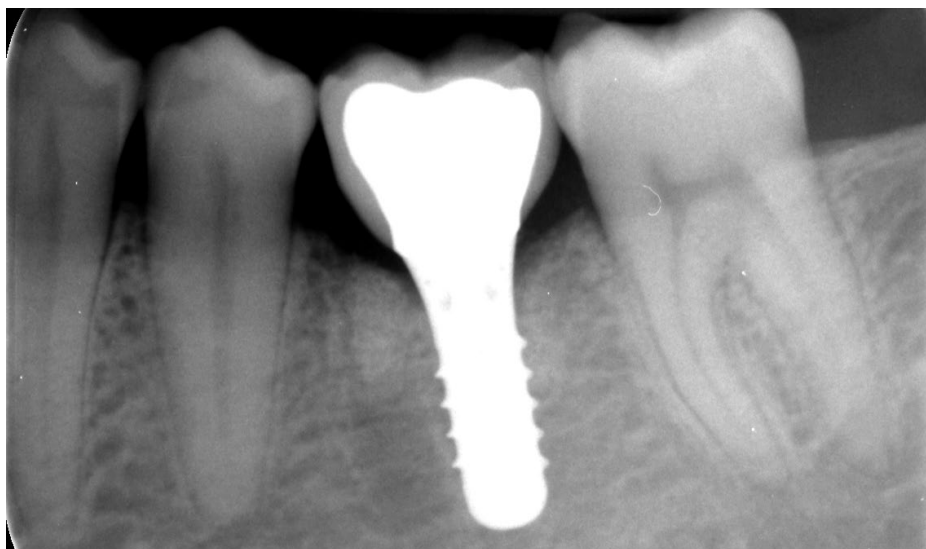
### 1.1 Feedback del paziente

Chiedere il feedback del paziente sul comfort e la funzionalità orale rispetto all'ultima visita.

### 1.2 Esame radiografico (se necessario)

Se non sono state effettuate immediatamente radiografie dell'impianto dopo l'inserimento della protesi definitiva, effettuare una radiografia periapicale durante questa visita con tecnica del cono lungo a raggi paralleli. Questa radiografia rappresenterà la base per il monitoraggio dei futuri livelli ossei o di eventuale patologia ossea.

Effettuare una radiografia finale di riferimento se necessaria.





## 1.3 Che cosa controllare nel sito implantare

### 1.3.1 Rispetto dell'igiene orale e presenza di placca

Il controllo della placca deve essere effettuato e documentato a ogni visita, per consentire un monitoraggio a lungo termine dell'igiene orale del paziente. È possibile fare riferimento agli indici di placca quando è presente una mucosite perimplantare e la profondità di sondaggio attorno agli impianti è aumentata.

Monitorare gli indici di placca per rafforzare l'igiene orale.

### 1.3.2 Aspetto clinico dei tessuti molli perimplantari

Prendere nota di eventuali gonfiori, sanguinamenti o segni di infezione quali suppurazione o cavità. Verificare che sia presente un collare di almeno **2 mm** di tessuto cheratinizzato attorno all'impianto.

Registrare lo stato dei tessuti molli perimplantari.

### 1.3.3 Profondità di sondaggio cliniche attorno all'impianto

Usare una sonda parodontale per registrare le profondità di sondaggio cliniche basali durante questa prima visita di controllo. Le profondità di sondaggio degli impianti inseriti convenzionalmente, con piattaforme implantari sovraossee, variano in genere da **2 a 4 mm** se i tessuti sono sani. Gli impianti posizionati a livello dell'osso o a livello infraosseo possono presentare profondità di sondaggio cliniche leggermente maggiori.

Monitorare le profondità di sondaggio perimplantari.

**⚠ Attenzione:** se il profilo d'emergenza dell'impianto e della corona è più ampio dell'impianto, potrebbe risultare difficile valutare la profondità di sondaggio a causa dell'angolazione della sonda.

### 1.3.4 Sanguinamento durante il sondaggio

L'assenza di sanguinamento al sondaggio significa stabilità dei tessuti molli perimplantari<sup>1,2</sup>. Una forza di sondaggio di **0,15 N** contribuirà a evitare falsi positivi legati ai sanguinamenti al sondaggio attorno a impianti orali<sup>3</sup>.

Controllare la presenza di sanguinamento nei siti di sondaggio.



### 1.3.5 Chiusura del margine tra impianto e restauro

Eseguire la valutazione utilizzando uno strumento di esplorazione dentale o, se necessario, effettuare una radiografia periapicale.

Controllare la chiusura marginale della corona dell'impianto.



Possibili cause dell'errata chiusura del margine :

- Punto di contatto eccessivamente serrato sul lato mesiale o distale.
- Eccessiva pressione sui tessuti molli dal tessuto perimplantare che determina un alloggiamento errato della corona definitiva.
- Eccessiva profilazione della corona che causa troppa pressione sui tessuti molli.
- Presa d'impronta non corretta.
- Processi di laboratorio non accurati durante la realizzazione della corona.

### 1.3.6 Stabilità della corona

Controllare eventuali segni di decementazione o movimenti indesiderati della corona.

Controllare la presenza di eventuale decementazione o instabilità indesiderata della corona.



### 1.3.7 Occlusione del paziente

Lo stato oclusale dell'impianto e la rispettiva protesi devono essere valutati di routine. Il sovraccarico oclusale può causare allentamento della vite della componente secondaria e fallimento della protesi. Eventuali segni di disarmonia oclusale, quali contatti prematuri o interferenze devono essere identificati e corretti per evitare il sovraccarico oclusale.

- Verificare che sia presente solo un leggero contatto centrico e nessun contatto sulle escursioni laterali.
- Verificare la presenza di contatti prematuri.
- Esiste una guida anteriore e laterale solo con la dentatura naturale?

Controllare la presenza di segni di sovraccarico oclusale o disarmonia.



Controllare che l'occlusione trattenga solo il film metallico per occlusione quando i denti vengono serrati con vigore.





## 2. Chiusura definitiva del canale di accesso della vite per corone avvitate

### 2.1 Pulizia

Rimuovere il materiale di riempimento provvisorio e il cotone. Pulire e asciugare accuratamente il canale di accesso della vite.



Preparare il canale di accesso della vite per la chiusura definitiva.

### 2.2 Preparazione

In base al materiale della corona avvitata e alla scelta del materiale di restauro, per chiudere il canale di accesso della vite, seguire le linee guida del produttore del cemento o del materiale di restauro sul condizionamento o la preparazione del canale di accesso della vite.

### 2.3 Chiusura



Chiudere  $\frac{2}{3}$  del canale di accesso della vite con cotone e materiale sigillante (ad es. guttaperca).

Chiudere  $\frac{2}{3}$  del canale di accesso della vite con cotone o composto sigillante.

### 2.4 Fissaggio

Applicare il materiale di fissaggio consigliato in base alle istruzioni per l'uso del produttore della resina composita.



## Cure successive e mantenimento

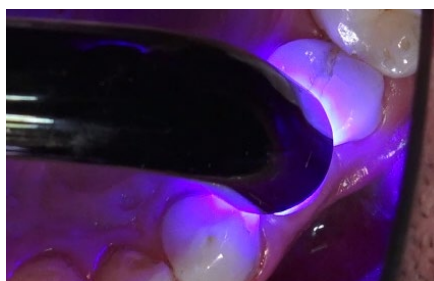
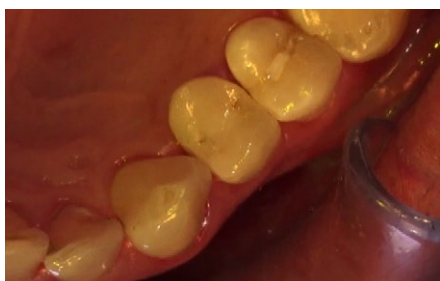
Passaggio 1 | Visita di controllo

Chiusura definitiva  
del canale di accesso  
della vite



### 2.5 Controllo dell'occlusione

Coprire  $\frac{1}{3}$  della parte superiore del canale di accesso della vite con un restauro di resina composita. Controllare l'occlusione e levigare se necessario.



Ripristinare  $\frac{1}{3}$  della parte superiore del canale di accesso della vite con il materiale di riempimento definitivo. Controllare l'occlusione.

### 3. Informare il paziente

Ripetere al paziente le istruzioni per l'igiene orale e motivarlo a prendersi cura del nuovo restauro del suo impianto.

Ripetere al paziente le istruzioni di igiene orale.



[Video: Visita di controllo - 2 settimane dopo l'inserimento della protesi definitiva](#)



### 4. Visite di mantenimento

Decidere la frequenza di controllo appropriata in base ai fattori di rischio del paziente (come ad es. parodontite e fumo), motivazione, igiene orale e stato di salute perimplantare. Da 3 a 6 mesi o una volta all'anno.

Concordare con il paziente visite di mantenimento periodiche.

**⚠** Identificare i pazienti a maggiore rischio di perimplantite (ad es. fumatori, con anamnesi di patologia parodontale cronica o scarso controllo della placca) e controllarli ogni 3 mesi.

Controllare più frequentemente i pazienti con maggiore rischio di complicanze di perimplantite.



## Cure successive e mantenimento

Passaggio 1 | Visita di controllo

### LISTA DI CONTROLLO PER LA VISITA:

- Chiedere il feedback del paziente su comfort e funzionalità del nuovo restauro. Effettuare un controllo dettagliato delle condizioni della corona dell'impianto, dei tessuti molli circostanti e dell'occlusione.
- È possibile effettuare una radiografia di riferimento iniziale per facilitare i controlli futuri.
- Se si utilizza una corona avvitata, chiudere il canale di accesso della vite con materiale di riempimento permanente.
- Ripetere e sottolineare al paziente l'importanza di una buona igiene orale.
- Concordare un adeguato intervallo per le visite di controllo del paziente.



# Cure successive e mantenimento

Passaggio 1 | Visita di controllo

## BIBLIOGRAFIA

- 1 Luterbacher S, Mayfield L, Brägger U, Lang NP. Diagnostic characteristics of clinical and microbiological tests for monitoring periodontal and peri-implant mucosal tissue conditions during supportive periodontal therapy (SPT). *Clin Oral Implants Res.* 2000 Dec;11(6):521-9.
- 2 Lang NP, Adler R, Joss A, Nyman S. Absence of bleeding on probing. An indicator of periodontal stability. *J Clin Periodontol.* 1990 Nov;17(10):714-21.
- 3 Gerber JA, Tan WC, Balmer TE, Salvi GE, Lang NP. Bleeding on probing and pocket probing depth in relation to probing pressure and mucosal health around oral implants. *Clin Oral Impl Res.* 2009;20(1):75-8.



# Cure successive e mantenimento

Passaggio 1 | Visita di controllo

## ESCLUSIONE DI RESPONSABILITÀ

Straumann® Smart è un programma combinato di formazione e istruzione incentrato sulla formazione di dentisti generici che desiderino diventare chirurgicamente attivi nel campo dell'implantologia dentale. Il programma è limitato a informazioni relative a casi di impianto semplici e si concentra su un portfolio ridotto di prodotti idonei per il trattamento di tali casi.

Tutti i contenuti clinici Straumann® Smart – come ad es. testi, moduli di cartelle cliniche, immagini e video – sono stati creati in collaborazione con il Prof. Dr. Christoph Hämmerle, Prof. Dr. Ronald Jung, Dr. Francine Brandenburg-Lustenberger e Dr. Alain Fontolliet dell'Università di Zurigo, Clinica di protesi fisse e rimovibili e Scienza dei materiali dentali, Svizzera.

Straumann non fornisce alcuna garanzia che Straumann® Smart offra conoscenze o istruzione sufficienti per i professionisti dentali per diventare chirurgicamente attivi nel campo dell'implantologia. È responsabilità unicamente del dentista garantire di avere conoscenza e formazione adeguati prima di inserire impianti dentali.

Straumann® Smart non sostituisce un'analisi attenta e approfondita di ciascun singolo paziente da parte di un dentista. Inoltre, non implica alcuna garanzia relativamente alla completezza delle informazioni fornite al paziente. Non sostituisce il compito del dentista di informare il paziente sul trattamento, i prodotti e i rischi implicati e di ricevere il consenso informato del paziente. Il dentista è l'unico responsabile nella determinazione dell'idoneità o meno di un trattamento o prodotto per un particolare paziente e particolari circostanze. La conoscenza dell'implantologia dentale e la formazione nella gestione dei rispettivi prodotti sono sempre necessarie e unicamente di responsabilità del dentista. Il dentista deve sempre attenersi alle istruzioni per l'uso del singolo prodotto nonché a norme e direttive.

STRAUMANN ESCLUDE QUALSIASI RESPONSABILITÀ ESPRESSA O IMPLICITA, NELLE MISURA CONSENTITA DALLA LEGGE, E NON SI ASSUME ALCUNA RESPONSABILITÀ PER QUALSIASI DANNO DIRETTO, INDIRETTO, PUNITIVO, CONSEGUENZIALE O DI ALTRO GENERE DERIVANTE O CONNESSO A QUALSIASI INFORMAZIONE FORNITA AI PAZIENTI, ERRORI DI VALUTAZIONE PROFESSIONALE, DI SCELTA DEI PRODOTTI O PRATICA NELL'USO O INSTALLAZIONE DI PRODOTTI STRAUMANN.

Tutti i contenuti clinici, comprese immagini cliniche e radiografiche, sono stati creati in collaborazione con il Prof. Dr. Christoph Hämmerle, Prof. Dr. Ronald Jung, Dr. Francine Brandenburg-Lustenberger e Dr. Alain Fontolliet dell'Università di Zurigo, Clinica di protesi fisse e rimovibili e Scienza dei materiali dentali, Svizzera.

### **International Headquarters**

Institut Straumann AG

Peter Merian-Weg 12

CH-4002 Basel, Switzerland

Phone +41 (0)61 965 11 11

Fax +41 (0)61 965 11 01

[www.straumann.com](http://www.straumann.com)

© Institut Straumann AG, 2016. Tutti i diritti riservati.

Straumann® e/o altri marchi commerciali e loghi di Straumann® citati nel presente documento sono marchi commerciali o marchi commerciali registrati di Straumann Holding AG e/o sue affiliate.