

Consenso *Riabilitazione implanto-protetica*

Gentile paziente, in questo modulo vengono riassunti i concetti a Lei oralmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali in modo da avere anche per iscritto il Suo assenso all'esecuzione delle terapie prescritte e concordate.

Le ricordiamo che una copia del documento è disponibile sul sito www.sanpieroodontoiatria.it. Il suddetto documento è consultabile in qualunque momento nella sezione "CONSENSI".

Che cos'è, a cosa serve e perché si fa?

Il trattamento implanto-protetico rappresenta una terapia elettiva i cui benefici vanno sempre analizzati in rapporto ai fattori di rischio generali e locali, che possono influenzare il risultato negativamente. Le indicazioni principali all'utilizzo della terapia implantare sono l'instabilità e/o mancanza di ritenzione di una protesi totale rimovibile; il disagio psicologico associato alla condizione di portatore di protesi rimovibile; la necessità di riabilitazione fissa di edentulie (assenza di denti) parziali dei settori posteriori (edentulie distali); la necessità di riabilitazione fissa di edentulie parziali di uno o più elementi; la sostituzione di uno o più elementi dentali giudicati non recuperabili; la sostituzione di uno o più elementi dentali, in presenza di denti contigui sani per evitare di ridurli a monconi (pilastri di protesi fissa tradizionale) o la sostituzione di uno o più elementi dentali contigui a denti ritenuti inaffidabili come pilastri protesici.

Accertamenti radiodiagnostici del distretto maxillo-facciale preventivi, intraoperatori e di controllo rappresentano parte integrante imprescindibile del piano di trattamento.

In presenza di siti caratterizzati da un volume osseo insufficiente al corretto alloggiamento di impianti di adeguate dimensioni, si può rendere necessaria l'adozione di tecniche chirurgiche d'incremento osseo che, in relazione alle diverse condizioni cliniche, possono essere eseguite contestualmente o precedentemente al posizionamento implantare. Esse, inoltre, possono prevedere l'impiego di prodotti biologici o biomateriali di derivazione autologa (tessuto prelevato dal paziente), omologa (proveniente da banca dei tessuti), eterologa (di derivazione animale), sintetica (di produzione industriale). Tali tecniche possono richiedere procedure aggiuntive, esporre al rischio di specifiche complicanze (es. esposizione dei materiali utilizzati, infezione), esitare in una protesi non ottimale dal punto di vista funzionale e/o estetico (es. parziale esposizione delle componenti implantari, dente più lungo degli adiacenti, spazi interdentali più ampi/stretti del consueto). In presenza di un volume osseo non ottimale, in pazienti selezionati e in casi particolari, è possibile ricorrere a soluzioni alternative alle tecniche di incremento osseo (impianti di dimensioni ridotte, posizionamento inclinato degli impianti, estensioni protesiche mesiali o distali).

Nel caso in cui si renda necessario estrarre un elemento dentario irrecuperabile, dopo l'estrazione e prima dell'inserimento dell'impianto, viene generalmente osservato un periodo di attesa adeguato a consentire la guarigione del sito post-estrattivo ed è possibile adottare procedure di preservazione del volume osseo, per intercettare l'inevitabile riassorbimento osseo post-estrattivo soprattutto in zona estetica. In pazienti

selezionati e in casi particolari, l'inserimento dell'impianto può essere eseguito contestualmente all'estrazione (impianto post-estrattivo immediato) o essere differito di alcune settimane, ad avvenuta guarigione dei tessuti molli (impianto post-estrattivo differito).

È possibile infine adottare una procedura chirurgica guidata da una dima costruita in funzione della riabilitazione protesica progettata sul modello tradizionale oppure sul modello virtuale e tridimensionale del mascellare, generato da un programma computerizzato sulla base dei dati acquisiti con un esame tomografico computerizzato (Implantologia Computer Guidata).

I benefici dell'implantologia sono rappresentati dalla possibilità di sostituire i denti mancanti senza coinvolgere i denti naturali, che altrimenti dovrebbero essere ridotti a moncone per applicarvi una protesi fissa tradizionale, avere una protesi parziale fissa nel caso di pazienti privi di elementi dentari nei settori posteriori (edentulia distale) e avere una protesi totale fissa o avere elementi stabilizzanti la protesi rimovibile, nei pazienti totalmente edentuli.

Come si esegue?

L'intervento chirurgico di inserzione dell'impianto endosseo può prevedere una procedura in una unica fase (monofasica) o in due fasi (bifasica), con inserimento dell'impianto, che viene coperto dalla mucosa, e successiva esposizione, da eseguire dopo un adeguato periodo di attesa. In pazienti selezionati e in casi particolari, l'inserzione dell'impianto può avvenire senza l'incisione e il sollevamento di un lembo (intervento flapless). La procedura di inserzione degli impianti prevede l'esecuzione di anestesia locale mediante iniezione di farmaci anestetici locali con o senza vasocostrittore, eventualmente associata a sedazione cosciente; l'incisione e lo scollamento dei tessuti molli, per consentire l'accesso all'osso sottostante; la preparazione nell'osso dell'alloggiamento implantare; l'inserimento dell'impianto e l'applicazione dei punti di sutura.

Durante la fase intra-operatoria potrebbe essere necessario, in base alle caratteristiche anatomiche del sito chirurgico, modificare (rispetto a quanto programmato) il numero e/o la posizione degli impianti da inserire oppure adottare o modificare tecniche d'incremento osseo (vedi in seguito).

In caso di protocollo bifasico è necessario ricorrere a un secondo intervento di esposizione degli impianti, che prevede l'esecuzione di anestesia locale mediante iniezione di farmaci anestetici locali con o senza vasocostrittore; l'incisione ed eventuale scollamento della mucosa, per consentire l'accesso alla testa dell'impianto; la sostituzione della vite tappo (posizionata sulla testa dell'impianto e coperta dalla mucosa) con pilastro trans-mucoso ed eventuale applicazione di punti di sutura.

La terapia medica pre e post-intervento può consistere nella somministrazione di antibiotici, antinfiammatori e antidolorifici.

Le procedure necessarie alla costruzione della protesi definitiva a supporto implantare, che può essere preceduta o meno dalla protesi provvisoria, consistono nel rilievo delle impronte e registrazioni occlusali, eventuale inserimento della protesi provvisoria a supporto implantare; successiva prova delle componenti protesiche (abutment, strutture, etc.) ed infine inserimento della protesi definitiva.

La scelta del tipo di riabilitazione protesica da adottare spetta esclusivamente al clinico, che la propone al paziente perché la possa accettare o meno alla luce delle informazioni fornitegli. Dopo l'inserimento dell'impianto e prima di procedere al carico protesico viene generalmente osservato un tempo di attesa adeguato a consentire la realizzazione dell'osteointegrazione (in genere 2-3 mesi). In pazienti selezionati e in casi particolari, il posizionamento della protesi può essere eseguito contestualmente all'inserimento chirurgico dell'impianto (carico immediato) o dopo un tempo di attesa più breve di quello convenzionale (carico precoce). In taluni casi, quando la densità ossea è particolarmente sfavorevole e la stabilità

dell'impianto non è ottimale, sarà necessario osservare un tempo di attesa più lungo di quello convenzionale (carico ritardato).

Nel trattamento impianto-protetico possono essere impiegati:

- impianti endossei in titanio;
- viti di guarigione e per procedure di rigenerazione ossea in titanio;
- materiali di riempimento per difetti ossei e membrane riassorbibili e non riassorbibili di derivazione: autologa (tessuto prelevato dal paziente), omologa (proveniente da banca dei tessuti), eterologa (di derivazione animale), sintetica (di produzione industriale). Tali materiali sono sottoposti a specifiche normative inerenti certificazione di origine, biocompatibilità, tossicità, allergenicità e sicurezza; monconi in titanio/ lega metallica/ zirconia;
- corone protesiche in lega metallica/ zirconia/ ceramica/ materiali compositi;
- protesi rimovibili in resina acrilica/ lega metallica/ materiali compositi.

Quali possono essere i rischi e le complicanze?

Le controindicazioni assolute alla terapia impianto-protetica sono rappresentate da condizioni generali del paziente tali da costituire un impedimento assoluto a ogni tipo di procedura chirurgica orale, crescita scheletrica non completata oppure parodontite non trattata.

Invece, i fattori che possono condizionare il trattamento o comprometterne il risultato o la durata sono intolleranze e/o allergie a farmaci e materiali collegati al trattamento; malattie generali che colpiscono l'osso o che interferiscono con i meccanismi di guarigione della ferita; alterazioni vascolari che coinvolgono la sede di inserzione dell'impianto osteointegrato; difetti di coagulazione; diabete mellito (solo in mancanza di adeguato controllo della glicemia); effetti di particolari trattamenti (radioterapia del distretto testa-collo, chemioterapia oncologica, utilizzo di particolari farmaci quali, ad esempio, i bifosfonati); **fumo (consumo > 10 sigarette al giorno)**; eccessiva assunzione di sostanze alcoliche; gravi stati di dipendenza da droghe; **insufficiente igiene orale**; pregressa parodontite; osso non adatto per quantità, qualità e morfologia ad accogliere un impianto di dimensioni adeguate, ove le procedure chirurgiche correttive risultino non attuabili; inadeguatezza dello spazio necessario per la realizzazione di un manufatto protesico, qualora le procedure per modificare tale situazione non siano attuabili; discrepanze occlusali (alterazione del rapporto tra le arcate dentarie); parafunzioni (es. serramento, digrignamento) e abitudini viziate (es. stringere oggetti tra i denti); ridotta apertura della bocca o carente collaborazione (mancato rispetto degli appuntamenti concordati).

L'associazione di più fattori comporta l'amplificazione del rischio d'insuccesso della terapia impianto-protetica.

Un evento avverso o il mancato successo del trattamento impianto-protetico non sempre sono evitabili nonostante l'esecuzione della più corretta pratica diagnostico-terapeutica.

Le complicanze del trattamento impianto-protetico sono relative all'inevitabile impiego di anestetico locale, che potrebbe dar luogo a reazioni allergiche, a manifestazioni tossiche ovvero a reazioni cardiovascolari. Si evidenzia tuttavia che le reazioni allergiche a tali farmaci sono rare; altresì rare sono le manifestazioni tossiche salvo casi di accertate e gravi patologie sistemiche (epatopatia, nefropatia, ecc); rare sono, infine, le reazioni cardiovascolari, maggiormente possibili in caso di preesistenti cardiovasculopatie (per tale motivo è importante che il paziente ne segnali all'odontoiatra l'eventuale presenza).

Altre complicanze possono essere legate a particolari terapie farmacologiche (come l'assunzione di bifosfonati, correlabile a fenomeni di necrosi delle ossa mascellari) o alla mancata osteointegrazione,

dovuta a cause non prevenibili, con conseguente perdita dell'impianto (in questo caso, quando possibile, si potrà ricorrere all'inserimento di un nuovo impianto in sostituzione di quello perduto).

Potrebbe inoltre verificarsi un imprevedibile e anomalo rimaneggiamento dei tessuti duri e molli durante la fase di guarigione, che può esitare in risultati funzionali ed estetici non ottimali o duraturi.

Nel caso di interventi sulla mandibola, potrebbe verificarsi la lesione del nervo alveolare inferiore e/o del nervo linguale, che può provocare alterazione della sensibilità temporanea o permanente rispettivamente del labbro inferiore/mento e dell'emilingua omolaterale. Mentre nel caso di interventi sul mascellare potrebbe verificarsi una perforazione della membrana di rivestimento del seno mascellare (cavità presente nell'osso mascellare) durante l'intervento di rialzo del pavimento dello stesso, che può esporre al rischio di sinusite acuta o cronica, e che, se di grandi dimensioni, può richiedere la sospensione dell'intervento, che dovrà essere rimandato a guarigione ottenuta.

Un'inflammazione della mucosa (mucosite) e dell'osso (perimplantite) intorno agli impianti osteointegrati può determinare un riassorbimento osseo progressivo e può condurre alla perdita dell'impianto. Si tratta di una malattia che può manifestarsi in maniera evidente dopo la protesizzazione degli impianti. Essa colpisce con una maggiore frequenza pazienti che non osservano una corretta igiene orale domiciliare, non rispettano i protocolli di mantenimento e fumano (alcune patologie, quali la pregressa parodontite, il diabete scompensato, le patologie del metabolismo osseo, le patologie del sistema immunitario, o alcune abitudini, quali il fumo di sigaretta, aggravano il rischio di perdita precoce e tardiva dell'impianto);

Possono inoltre verificarsi inconvenienti tecnici a carico delle componenti prefabbricate (allentamento o frattura delle viti di serraggio, cedimento o frattura dei pilastri protesici), delle sovrastrutture e dei manufatti protesici fabbricati in laboratorio o dei materiali che li costituiscono (frattura delle strutture metalliche e/o della ceramica, distacco dei rivestimenti in resina o in composito, frattura delle protesi rimovibili). Va sottolineato che pazienti con parafunzioni (es. bruxisti) sono maggiormente esposti a questo tipo di rischio.

Quali sono le conseguenze della mancata sottoposizione al trattamento sanitario consigliato?

Il non sottoporsi a trattamento riabilitativo protesico fisso comporta la non risoluzione della problematica funzionale e/o estetica.

Dopo il trattamento

Durante il decorso post-operatorio, conseguente alla fase di inserzione dell'impianto e/o all'eventuale fase di scopertura, è necessario:

- riprendere l'alimentazione solo dopo la scomparsa dell'effetto anestetico, per evitare di mordersi involontariamente le guance, le labbra e la lingua;
- assumere cibi liquidi e freddi per il giorno dell'intervento;
- non porsi alla guida immediatamente dopo l'esecuzione dell'intervento;
- procedere alle normali manovre di igiene orale, fatta eccezione per la zona dell'intervento, e associare l'utilizzo indispensabile di antisettici locali (collutori, gel medicati, spray, etc.);
- evitare la pratica sportiva nei giorni successivi all'intervento;
- astenersi dal fumo, o quanto meno ridurre il numero delle sigarette fumate, per un periodo più o meno lungo, in funzione dell'intervento eseguito;
- evitare per alcune settimane traumatismi nella zona dell'intervento.

Nel decorso post-operatorio possono frequentemente verificarsi ecchimosi (lividi), ematoma, edema (gonfiore) dei tessuti molli, sanguinamento, dolore, limitazione all'apertura della bocca, difficoltà nella

masticazione di cibi solidi. Tali manifestazioni sono, in genere, di entità contenuta e controllabili con opportuna terapia. Occasionalmente potrebbero verificarsi eventi come secrezioni, ascesso, cedimento dei punti di sutura, ingrossamento dei linfonodi del collo.

La buona riuscita di una riabilitazione impianto-protetica è fortemente influenzata dall'impegno del Paziente nel seguire le raccomandazioni post-operatorie ricevute, rispettando le prescrizioni farmacologiche, osservando le indicazioni per un'alimentazione appropriata nei giorni post-intervento, avvisando tempestivamente l'odontoiatra di qualsiasi manifestazione patologica insorta nel post-operatorio (sanguinamenti eccessivi, perdurare dell'anestesia, del gonfiore e del dolore, rialzi febbrili, ecc.);

Si consiglia di presentarsi a tutti i controlli prescritti dall'odontoiatra nel periodo di osteointegrazione dell'impianto e di seguire attentamente le indicazioni per l'igiene domiciliare e professionale, dal momento che le riabilitazioni protesiche su impianti necessitano di essere mantenute in perfetto stato di igiene orale domiciliare, seguendo scrupolosamente le indicazioni ricevute.

Inoltre, **il paziente deve presentarsi ai richiami di igiene orale e ai controlli clinici regolari**, eventualmente integrati da esami radiografici, dopo l'applicazione della protesi su impianto. Generalmente sono previste visite di controllo e sedute di igiene orale ogni 3-4 mesi nel primo anno e successivamente con una cadenza personalizzabile a discrezione del professionista e sulla base delle esigenze cliniche obiettive e soggettive del paziente (non meno di due volte all'anno).

Il mancato rispetto delle suddette visite di controllo e delle relative manovre di igiene professionale sugli impianti può compromettere il risultato della riabilitazione. Nel caso in cui, durante i controlli clinici, venisse formulata diagnosi di patologia dei tessuti perimplantari o parodontali, potrebbe rendersi necessario il ricorso a procedure supplementari finalizzate ad affrontare tempestivamente i problemi riscontrati. Occorre sottolineare che, allo stato attuale, le conoscenze sulle patologie perimplantari non consentono di predire del tutto i risultati terapeutici. La perimplantite può causare la perdita dell'impianto/i inserito/i, decretando il fallimento della terapia implantare.

Io sottoscritto/a,

Residente in
Codice fiscale

DICHIARO

- Di aver letto la sezione informativa e di aver avuto l'opportunità di chiedere ulteriori informazioni al medico
- Di aver ben compreso le spiegazioni che mi sono state fornite, la natura, le finalità e gli eventuali rischi dell'esame e le complicanze che ne possono derivare
- Di essere stato informato delle conseguenze a cui mi esporrei non sottoponendomi all'intervento consigliatomi
- Di essere stato informato che in ogni momento posso revocare il consenso. Pertanto, **acconsento** a sottopormi alla procedura.

Firma del Paziente (o Legale Rappresentante)

