

Implantologia ancora in cerca di uno standard sui dispositivi

I continui cambiamenti nel disegno e nelle superfici degli impianti non consentono di impostare studi con follow-up nemmeno a medio termine. Così è impossibile valutare cosa funziona davvero e cosa no



► Mauro Labanca

Impianti lunghi e corti, inclinati, post-estrattivi, a lama, a spira larga o doppia, con superfici lisce e più o meno trattate: ognuno di questi dispositivi è concepito per precise indicazioni cliniche e con l'intento di rispondere a esigenze specifiche dell'implantologo, chiamato a fare di volta in volta la scelta più adeguata per quel paziente e quell'intervento. Non sempre però il clinico si trova di fronte a scelte scontate o univoche e secondo il chirurgo orale **Mauro Labanca** la numerosità e variabilità delle caratteristiche dei sistemi implantari sul mercato di certo non aiuta. Di più: è eccessiva e non risponde a reali esigenze cliniche. Anche perché con il susseguirsi di innovazioni in questo campo, i dispositivi cambiano a una velocità che non consente di impostare e completare studi rigorosi con follow-up adeguati, di medio o lungo periodo, e quindi di verificare, di validare, di comprendere il vero funzionamento, prima di tutto in ambito sperimentale e quindi protetto.

Mauro Labanca, che spostandosi per l'International College of Dentists in qualità di Regent per l'Italia e Coucilor per l'Europa e per i suoi corsi di chirurgia è in contatto continuo con odontoiatri di tutto il mondo, ci fa un quadro dei principali temi dell'implantologia internazionale, evidenziando alcune criticità che prima o poi dovranno essere affrontate.

Professor Labanca, i temi aperti in implantologia sono davvero tanti. Perché è semplicemente una disciplina giovane oppure perché c'è carenza di studi rigorosi in letteratura, in grado di dirimere i dubbi clinici?

L'implantologia moderna è una disciplina relativamente giovane, anche se va ricordato che già gli Assiri avevano capito che l'idrossiapatite era un materiale osteointegrabile e utilizzavano le conchiglie per sostituire gli elementi dentari. L'Italia in particolare è stata pionieristica con gli impianti di Tramonte e di Gnalducci. Era un'implantologia a ritenzione meccanica in cui non c'era una ritenzione biologica: venivano inseriti impianti in acciaio chirurgico e la dimensione della spira dava la stabilità.

La moderna implantologia prende le mosse da Brånemark, che descrive il concetto di osteointegrazione ed esegue il primo intervento nel 1965. Se quindi parliamo di implantologia moderna, osteointegrata a ritenzione biologica, possiamo dire che sia nata ieri pomeriggio, con la conseguenza che solo recentemente si sta arrivando a capire cosa è vero e cosa è falso, cosa funziona e cosa meno. Tutta una serie di paure e timori iniziali si stanno superando solo in questi ultimi anni.

L'implantologia muove oggi grandi interessi economici: c'è un mercato potenziale di pazienti enorme e un impianto alla produzione costa pochissimo e viene venduto a tantissimo, a volte moti-

vatamente, a volte no. Questi grandi interessi fanno sì che sempre di più i dettami scientifici siano asserviti alle scelte commerciali. C'è ad esempio un aspetto drammatico, al quale nessuno presta attenzione: non esistono più studi a lungo termine sugli impianti, perché ogni sei mesi ci ritroviamo sul tavolo un dispositivo, magari della stessa azienda implantare, rinnovato con un nuovo disegno e una nuova superficie.

L'impianto Brånemark macchinato ad esempio poteva presentare dati a lungo termine, perché per anni è rimasto uguale a se stesso. Oggi invece non siamo più in grado di sapere se un impianto o una superficie funzionano veramente, perché non è possibile condurre studi prospettici a lungo termine. Se dopo un anno viene cambiato il disegno dell'impianto o la sua superficie, a chi interesserà investire tempo e soldi per dimostrarne la validità? Meglio spenderli nella ricerca e sviluppo del nuovo prodotto in fieri. C'è veramente bisogno di tutte queste modifiche e "innovazioni"? Io non credo. Senza entrare nel dibattito su superfici e connessioni, rilevo solo che sicuramente oggi c'è troppa offerta sul mercato, che provoca grande confusione negli utilizzatori e l'impossibilità per un operatore medico, che quindi non mette 50 impianti al giorno, di essere in grado di acquisire una routine di azione. Non appena si raggiunge uno standard, è già subentrata una modifica nel prodotto.

La tesi di alcuni esperti è che tutto sommato si tratta di viti in titanio, che si comportano tutte allo stesso modo, e quindi non c'è questo gran bisogno di follow-up a lungo termine.

Vero, fino a un certo punto. La storia ha dimostrato come impianti immessi sul mercato troppo rapidamente e a fronte di scelte molto aggressive sulle superfici, con coinvolgimento di nomi eccellenti e aziende molto importanti solo per rispondere a esigenze commerciali, hanno provocato danni incalcolabili nei pazienti, con impianti che non si osteointegravano o davano origine a severe perimplantiti. E troppo spesso ci si dimentica che una perimplantite corrisponde a una perdita di osso, configurabile, se si vuole continuare a pensare da medici, come un vero e proprio danno d'organo.

Vero è che un'implantologia correttamente eseguita con un impianto di buona qualità ha delle ottime probabilità di successo. Ma proprio perché siamo arrivati a questi buoni risultati, ci si chiede perché ogni giorno si debba assistere alla presentazione di un nuovo impianto con una nuova superficie. La ragione non può che essere legata a logiche commerciali con aziende che si misurano in un mercato estremamente concorrenziale. Ovviamente lo stesso discorso, e con risvolti più drammatici, sarebbe da fare nei confronti di tecniche chirurgiche ed implantologiche a volte assurde e che espongono il paziente a gravi rischi, in maniera immotivata se non per esibizione personale o per facile guadagno.

In Italia si fa larghissimo uso di impianti, con numeri molto alti rispetto ad altri Paesi. Gli italiani insomma hanno un approccio meno conservativo. Siamo ancora lontani dalla definizione di indicazioni precise su quando si può e su quando non si deve ricorrere all'implantologia?

L'Italia è il primo Paese al mondo per il numero di impianti presenti sul mercato prima ancora che eseguiti. Siamo l'unico Paese al mondo con 450 sistemi implantari noti, il che significa che in realtà sono di più. A volte passa il concetto che «tanto è una vite, la infilo dentro» e tutto quello che c'è dietro – resistenza, tolleranze, capacità di carico, capacità di non rompersi – non viene considerato. C'è una leggerezza da parte di alcuni operatori che per risparmiare 50 euro – perché di queste cifre si tratta – scelgono di abbassare il livello della qualità, non curandosi del fatto che quell'impianto, auspicabilmente, dovrà restare nella bocca del paziente per tutta la vita. Allora poi non lamentiamoci della concorrenza, dei pazienti che vanno all'estero, dei centri low-cost, quando siamo noi i primi a non puntare sulla qualità.

Riguardo ai protocolli: troppo aggressivi, troppo commerciali. All-on-four e carichi immediati come se piovesse. Ricerca della procedura dell'ultima moda, e qui mi metto tra i colpevoli: troppe volte noi relatori ai congressi descriviamo come assolutamente affidabile una procedura che non lo è, o non lo è ancora, o non lo è in tutti gli ambiti e nelle mani di tutti.

Un dato fra tutti: carico immediato e post-estrattivo immediato sono ormai eseguiti da tutti ma pochissimi hanno in studio apparecchi atti a misurare ritenzione primaria e frequenza di risonanza, elementi indispensabili per verificare che quell'impianto sia pronto per essere caricato. Perché quello che consegue al fallimento implantare provoca danni a volte irreversibili nella bocca del paziente.

Forse occorre fare un passo indietro e dovremmo tutti, a partire dalle società scientifiche, rinunciare a portare sempre e comunque l'ultimissima novità, investendo invece sull'educazione e sulla produzione di linee guida basiche, con protocolli ripetibili.

C'è troppa attenzione all'impianto in sé e meno a quello che c'è intorno? Una dettagliata conoscenza anatomica può fare la differenza in implantologia?

Questo è un aspetto fondamentale e per questo nei miei corsi di anatomia chirurgica inizio con 5 ore di lezione teorica in cui spiego l'importanza della diagnosi, della selezione del paziente e della progettazione dell'intervento. Continuo a dire ovunque nel mondo – perché è un problema planetario e di certo non solo italiano – che dobbiamo smettere di lamentarci di non essere considerati medici e di iniziare a fare i medici. Oggi non lo facciamo: non visitiamo il paziente, non facciamo una raccolta anamnestica

corretta, non valutiamo come dovremmo se quel paziente è pronto per quell'intervento. Fare i medici non è eseguire una panoramica, metterla su un visore e concludere che negli 11 mm di spazio a disposizione potrà trovare posto un impianto da 10 mm. È così che l'implantologia si riduce all'avvitare un pezzo di ferro e questo non è fare il medico, non è fare una diagnosi, non è fare un piano di trattamento, non è eseguire una terapia. Le conseguenze sono sotto gli occhi di tutti.

In quali specialità dell'odontoiatria la conoscenza dell'anatomia e della chirurgia di base fa fare un salto di qualità?

Io credo in tutte. Ovviamente nella chirurgia e nell'implantologia maggiormente. Certo conoscere l'arteria oro-antrale serve più a chi fa il rialzo del seno che non a chi fa solo conservativa, ma anche quando ci sembra di non fare niente di particolare, un minimo di conoscenza anatomica e chirurgica dovremmo averla e può servirci molto.

La nostra è comunque un'at-

tività traumatica e invasiva, che si presta a complicanze ed emergenze, perché ad esempio quando faccio della conservativa lavoro con una fresa in diamante che gira a 300.000 giri al minuto. Se il paziente si volta di scatto e io gli prendo la guancia, quella che era un'otturazione di I classe diventa improvvisamente un intervento di chirurgia, perché dovrò dargli quanto meno dei punti di sutura. Ogni studio dovrebbe avere sempre almeno un porta aghi e un filo di sutura pronti per ogni evenienza e saper mettere dei punti all'occorrenza.

Io vengo dalla chirurgia generale e noto spesso che tra i colleghi odontoiatri mancano le basi della chirurgia. Vedo grandi chirurghi orali che non sanno come annodare, o che pensano che l'annodamento sia una cosa banale. Abbiamo inoltre un grande bisogno di tornare a pensare all'anatomia e alla biologia, di capire perché quel lembo chiude male e che quella membrana se non sarà sommersa fallirà, a prescindere da quale materiale è composta.

Andrea Peren

TOP E FLOP DELL'ODONTOIATRIA ITALIANA

Com'è alla fine l'odontoiatria italiana vista da fuori? È davvero, o è ancora, una delle migliori del mondo? A **Mauro Labanca** è capitato di vedere parecchi studi dentistici in tutto il mondo, dalla Nuova Zelanda al Brasile all'estrema Russia. «Mi spiace aver visto all'estero, anche in studi molto basici, un'attenzione ad alcuni dettagli che da noi manca» ci ha detto, convinto allo stesso tempo che l'Italia abbia «delle eccellenze individuali incredibili: esportiamo cultura e scienza, non abbiamo certamente una carenza culturale. Abbiamo invece carenze strutturali, perché il nostro sistema è più impegnato a burocratizzare che a fare dei controlli di qualità. È più facile che uno studio dentistico subisca una verifica sull'altezza della superficie di pittura idrolavabile piuttosto che sul corretto funzionamento dell'autoclave o sulla regolarità dei dispositivi implantari che utilizza. Anche dal punto di vista medico-legale non c'è un quadro di riferimento che definisca quali impianti è possibile utilizzare e questo lascia uno spazio d'azione troppo ampio: vuol dire che tutti possono fare di tutto».

Per Mauro Labanca insomma a fronte delle nostre eccellenze individuali siamo per contro il fanalino di coda nella qualità delle strutture e allora c'è bisogno che gli organi competenti si occupino di verificare che si lavori sempre nel rispetto del paziente. «Prima ancora di evitare una causa legale c'è un'esigenza di eticità e di rispetto verso il paziente che ci da non solo i propri soldi, ma soprattutto la cosa più preziosa e importante che è la sua fiducia, e che noi non possiamo permetterci di tradire. E comunque quando ci troveremo di fronte un paziente deluso e irritato e le assicurazioni non copriranno più le nostre prestazioni, allora sarà troppo tardi per porre rimedio a questa situazione».

A. P.