



STUDIO RETROSPETTIVO DELLA SOPRAVVIVENZA DI IMPIANTI POST-ESTRATTIVI NELLE RIABILITAZIONI TOTALI A CARICO IMMEDIATO

Deflorian MA, Parenti A, Galli F, Franchini I, Rossi MC, Capelli M, Zuffetti F, Testori T

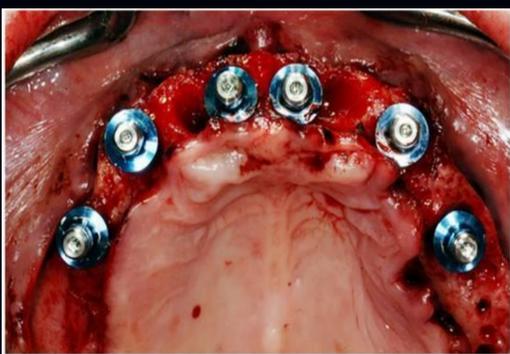
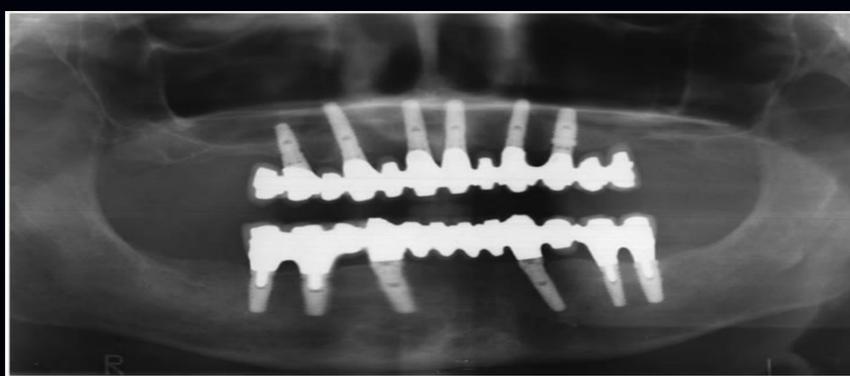
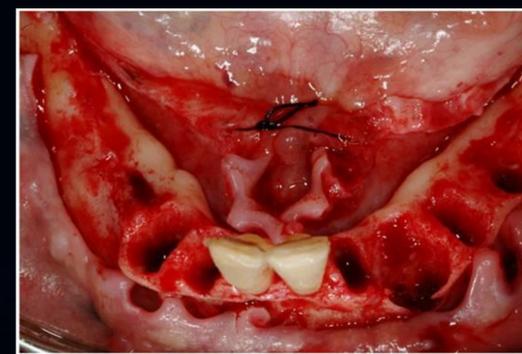
INTRODUZIONE

La riabilitazione implanto-protetica delle arcate totalmente edentule rivela percentuali di sopravvivenza implantare tra l' 87,5% ed il 98,8% e del 100% per la struttura protesica, anche con impianti post-estrattivi ed a carico immediato¹⁻². Lo studio retrospettivo si pone l' obiettivo di valutare la sopravvivenza di impianti post-estrattivi³ vs dilazionati nelle riabilitazioni totali a carico immediato



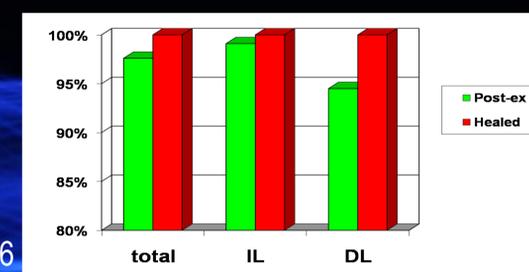
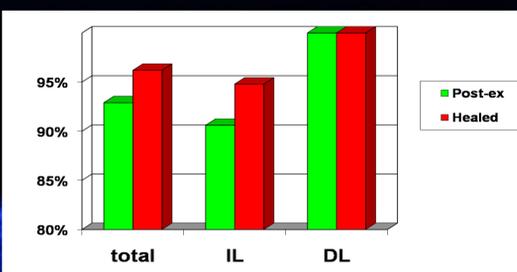
MATERIALI E METODI

La programmazione chirurgica protesicamente guidata prevede l'inserimento di impianti in siti post-estrattivi e in siti guariti. Nei siti post-estrattivi si esegue la tecnica GBR in base alle dimensioni del gap. Il carico immediato è eseguito entro 48 ore dalla fase chirurgica⁴; la protesi definitiva, cementata o avvitata, è consegnata 6 mesi dopo la protesi provvisoria. La protesi definitiva a carico differito è consegnata 6 mesi dopo l' inserimento implantare. La valutazione retrospettiva dei dati comprende lo stato di salute del paziente, la tempistica dell' inserimento implantare e del carico protesico, il tipo di impianti e di protesi, i fallimenti e le complicanze implantari e protesiche.



MAXILLA

MANDIBOLA



RISULTATI

Sono state eseguite 79 riabilitazioni implanto-protetiche totali fisse, 43 mandibolari e 36 mascellari, per un totale di 454 impianti dei quali 322 impianti post-estrattivi e 132 in osso guarito, 324 impianti a carico immediato e 130 a carico dilazionato.

Trenta di 43 casi di riabilitazioni mandibolari sono a carico immediato, pari a 151 su 219 impianti. Il fallimento di 4 impianti post-estrattivi determina un tasso di sopravvivenza implantare mandibolare del 98,2%, pari al 97,6% per gli impianti post-estrattivi e al 100% per gli impianti in siti guariti. Il tasso di sopravvivenza degli impianti post-estrattivi è del 99,1% nel carico immediato e del 94,5% nel carico differito.

Ventisette delle 36 riabilitazioni mascellari, pari a 175 impianti su 235, sono a carico immediato. Il fallimento di 14 impianti determina un tasso di sopravvivenza del 94%, pari al 92,9% per gli impianti post-estrattivi e al 96,2% per gli impianti in osso guarito. Tutti i fallimenti implantari sono avvenuti nel gruppo a carico immediato con una percentuale di sopravvivenza del 92%, pari al 90,6% per gli impianti post-estrattivi e al 94,8% per gli impianti in osso guarito. Sette dei 14 fallimenti sono avvenuti in due soli pazienti e classificati come cluster effect. Escludendo questi ultimi, il tasso di sopravvivenza degli impianti post-estrattivi a carico immediato varia dal 90,6% al 96,6%. Differenze significative si riscontrano nelle percentuali di sopravvivenza degli impianti post estrattivi e a carico immediato nel mascellare vs mandibola.



CONCLUSIONI

L' utilizzo di impianti post-estrattivi a carico immediato nelle riabilitazioni totali è una procedura predicibile. Tuttavia l' approccio terapeutico nel mascellare superiore richiede una analisi più accurata dei fattori di rischio



BIBLIOGRAFIA

1. Daverio L, Franchini I, Capelli M, Rossini M, Del Fabbro M, Testori T. Studio longitudinale prospettico nella riabilitazione del mascellare superiore totalmente edentulo con impianti inclinati distalmente. *Implantologia Orale* 2007; 3: 18-25
2. Davarpanah M, Caraman M, Jakubowicz-Kohen B, Kebir-Quelin M, Szmukler-Moncler S. Prosthetic success with a maxillary immediate loading protocol in the multiple-risk patient. *Int Journal Periodontics Rest Dent* 2007; 27(2):160-169.
3. Lindeboom JA, Tjook Y, Kroon FH. Immediate placement of implants in periapical infected sites: a prospective randomized study in 50 patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006 Jun;101(6):705-10.
4. Galli F, Parenti A, Fumagalli L, Capelli M, Zuffetti F, Testori T. Carico immediato provvisorio protesicamente guidato nel mascellare superiore. Caso clinico. *Italian Oral Surg* 2007;6(5):35-40.