

ACCADEMIA ITALIANA DI ODONTOIATRIA PROTESICA (A.I.O.P.)



Sillabo per la pratica protesica Termini di riferimento per i soci AIOP (edizione Novembre 2000)

INDICE

Presentazione
Premessa
Definizioni
Fattori che influenzano la scelta del tipo di protesi
Protesi fissa
Protesi parziale rimovibile
Protesi totale
Protesi telescopica
Protesi su impianti
Protesi maxillo-facciale
Rapporti occlusali tra le arcate dentarie
Considerazioni conclusive
Glossario

ESAMI

Qualunque approccio si scelga di adottare, è consigliabile che una documentazione più ampia possibile integri la normale procedura.

1. ESAME EXTRAORALE

L'esame extraorale deve includere:

- Osservazione delle asimmetrie facciali, l'analisi del sorriso e dell'andamento del piano incisale e del piano oclusale
- La palpazione delle articolazioni temporomandibolari e delle relative strutture, sia in statica che in dinamica
- La palpazione delle ghiandole linfatiche.

2. ESAME INTRAORALE

L'esame intraorale deve includere:

- un esame dei tessuti molli orali compresi le labbra, la lingua e il pavimento della bocca
- un esame parodontale
- un esame sistematico di tutte le superfici degli elementi dentari presenti mirato a valutare eventuali restauri, presenza/assenza di carie, presenza/assenza di perdite di superficie dentaria
- prove di vitalità degli elementi dentari e una valutazione di tutte le esigenze di trattamento e/o ritrattamento endodontico
- un esame della funzione masticatoria ed una analisi oclusale, sia nella massima intercuspidação che nei movimenti mandibolari laterale e protrusivo; una massima intercuspidação non coincidente con l'occlusione centrica (contatto tra denti antagonisti quando la mandibola è in posizione condilare di relazione centrica) va in ogni caso valutata. Una modifica dei rapporti oclusali è una valutazione clinica
- Una valutazione della dimensione verticale di occlusione (D.V.O)
- Una valutazione della necessità di un pretrattamento ortodontico
- Una particolare osservazione del problema riferito dal paziente, se questi è in grado di identificare un determinato dente o un'area della cavità orale
- Un esame delle protesi esistenti per verificarne l'adattamento e la chiusura marginale, la ritenzione la funzione e l'accettabilità biologica
- Una valutazione dell'aspetto dei denti per quanto riguarda la forma e il colore in relazione all'età del paziente, più un'analisi della fonazione

3 ANALISI DEI MODELLI DI STUDIO

- I modelli diagnostici correttamente montati, con l'utilizzo di un arco di trasferimento, sono utili per l'impostazione di un piano di trattamento.

4 INDAGINI RADIOGRAFICHE E FOTOGRAFIE CLINICHE

- L'uso di documentazione fotografica preoperatoria, benchè non sempre essenziale, può enormemente facilitare una soddisfacente realizzazione della protesi.

RACCOMANDAZIONI

--E' indicata routinariamente una visita parodontale basata anche sul sondaggio parodontale, sul rilievo della mobilità dentale, sulla valutazione dell'igiene orale ed eventualmente, quando indicato, sugli esami di laboratorio disponibili (Livello B)

--E' indicato routinariamente un esame della funzione masticatoria ed un'analisi oclusale sia nella massima intercuspidação che nei movimenti mandibolari di lateralità e di protrusiva; una massima intercuspidação non coincidente con l'occlusione centrica (contatto tra denti antagonisti quando la mandibola è in posizione condilare di relazione centrica) va sempre valutata anche in relazione a sintomi e segni presenti. Per la completezza dell'analisi sono indicati modelli diagnostici correttamente montati con l'utilizzo di un arco di trasferimento (Livello B)

--Il ricorso all'ortopantomografia può essere indicato solo come eventuale approfondimento diagnostico alla luce di dettagli clinico-anamnestici. (Livello B)

--Gli esami radiologici endorali sono indicati nei casi in cui rappresentino un utile complemento per la diagnosi ed il piano di trattamento. La metodica utilizzata per la radiografia endorale è la tecnica dei raggi paralleli. (Livello B)

BIBLIOGRAFIA

- Almas K, Bulman JS, Newman HN. **Assessment of periodontal status with CPITN and conventional periodontal indices.** J Clin Periodontol 1991; 18: 654-659.
- Armitage GC. **Periodontal Diseases: Diagnosis.** Annals Periodontol 1996; 1: 37-215
- Armitage GC. **Clinical evaluation of periodontal diseases.** Periodontol 2000 1995; 39-53.
- Armitage GC, Svanberg GK, Loe H. **Microscopic evaluation of clinical measurements of connective tissue attachment levels.** J Clin Periodontol 1977; 4: 173-190.
- Ash MM, Ramfjord SP. **Occlusion.** 4th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1995.
- Baelum V, Fejerskov O, Wanzala P. **Validity of CPITN partial recordings on estimates of prevalence and severity of various periodontal conditions in adults.** Community Dent Oral Epidemiol 1993; 21:354-359.
- Bauer A, Gutowski A. **Gnatologia. Introduzione teorica e pratica.** Piccin editore-Padova, 1984.
- Bell WE. **Orofacial pain classification, diagnosis, management,** ed 4. Year Book Medical Publishers, Chicago, 1990.
- Benn DK. A review of the reliability of radiographic measurements in estimating alveolar bone changes. **J Periodontol,** 17:14-21, 1990.
- Calandriello M, G Carnevale, G Ricci. **Parodontologia.** Editrice CIDES ODONTO. Edizioni internazionali, 1986.
- Calandriello M, G Carnevale, G Ricci. **Parodontologia. Il trauma da occlusione e la sua terapia mediante molaggio selettivo** (a cura del Dott. G. Di Febo). Editrice CIDES ODONTO: edizioni internazionali, p. 549, 1986.
- Celenza FV. The centric position, replacement and character. **J Prosthet Dent,** 30:591-8, 1973
- Celenza FV. **Occlusal morphology** (3rd ed.). quintessenze, Chicago, 1980.
- Chiche G, Pinault A. **L'estetica nella protesi fissa anteriore.** Cap. 3, pag. 53-73, Cap. 9, pag. 177-197. Resch Editrice, 1995.
- Clark GT, Seligman DA, Solberg WK, Pullinger AG. Guidelines for the treatment of temporomandibular disorders. **J Craniomandib Disord Facial Oral Pain,** 4:80-8, 1990.
- Dawson PE. A classification system for occlusions that relates maximal intercuspation to the position and condition of the temporomandibular joints. **J Prosthet Dent,** 75:60-6, 1996.
- Dawson PE. New definition for relating occlusion to varying conditions of the temporomandibular joint. **J Prosthet Dent,** 74:619-27, 1995.
- Dawson PE. Position paper regarding diagnosis, management, and treatment of temporomandibular disorders. **J Prosthet Dent,** 81:174-8, 1999
- Dawson PE. **Evaluation, diagnosis and treatment of occlusal problems.** Mosby-Year Book, 1989.
- Dworkin SF, Huggins KH, LeResche L, Von Korff M, Howard J, Truelove E, et al. Epidemiology of sign and symptoms in temporomandibular disorders: clinical signs in cases and controls. **J Am Dent assoc,** 120:273-81, 1990.
- Genco RJ, Loc H. **The role of systemic conditions and disorders in periodontal disease.** Periodontol 2000, 2:98, 1993.
- Guichet N. **Occlusione.** Piccin editore-Padova, 1974.
- Haber J, Wattles J, Crowley n Mandell R, Joshipura Y, Kent RL. **Evidence for cigarette smoking as major risk factor for periodontitis.** J Periodontol 1993; 64: 16-23.
- Haffajee AD, Socransky SS. **Microbiological etiological agents of destructive periodontal diseases.** Periodontology 2000 1994; 5: 66-77.
- Howard JA. Imaging techniques for the diagnosis and prognosis of TMD. **J Calif Dent Assoc,** 18:61-71, 1990.
- International Headache Society. **Classification and cephalgia, diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain.** Oslo, Norway: Norwegian University Press, vol. 8, suppl. 7, 1-96, 1988.
- Keagle JG, Gamick JJ, Scarle JR, King GE, Morese PK. **Gingival resistance to probing forces. I**

- Determination of optimal probe diameter.** J Periodontol 1989; 60: 167-171.
- Kiveskari P, Alanen P. Scientific evidence of occlusion and craniomandibular disorders. J Orofac Pain, 7:235-40, 1993.
 - Kiveskari P, Alanen P. Occlusal adjustment and incidence of demand temporomandibular disorder treatment. J Prosthet Dent, 79:433-438, 1998.
 - Kornman KS. **Nature of periodontal diseases: Assessment and diagnosis.** J Periodont Res 1987; 22: 192-204.
 - Lang NP, Tonetti MS (1996). **Periodontal diagnosis in treated periodontitis. Why, when and how to use clinical parameters.** J Clinical Periodontology 23, 240-250.
 - Lang N, Hill R. Radiographs in periodontics. J Clin Periodontol, 4:16-28, 1977.
 - Lobene RR, Weatherford T, Ross NM, Lamm RA, & Menaker L. **A modified gingival index for use in clinical trials.** Clin Prev Dent 1986; 8, 3-6.
 - Lundeen HC, Shryock EF, Gibbs CH. **An evaluation of mandibular border movements: their character and significance.** J Prosthet Dent 1978; 40: 442-52.
 - Lytle JD. **Clinician's index of occlusal disease: definition, recognition and management.** Int J Periodont restorative Dent 1990; 10: 102-23.
 - McKee JR. **Comparing condylar position repeatability for standardized versus nonstandardized methods of achieving centric relation.** J Prosthet dent 1997; 77: 280-4.
 - McNeill C. **Temporomandibular disorders, guidelines for classification, assessment and management.** Quintessence Publishing Co, 1993.
 - McNeill, DDS. **Management of temporomandibular disorders: Concepts and controversies.** The Journal of Prosthetic Dentistry, 1997- 77 (5): 510-522.
 - Molina M. **Concetti fondamentali di gnatologia moderna.** Riccardo Ilic Editrice. Srl Milano, 1988.
 - Mombelli A, Graf H. **Depth-force patterns in periodontal probing.** J Chn Periodontol 1986; 13: 126-130.
 - Mombelli A, Muhle T, Frigg R. **Depth-force patterns of periodontal probing. Attachment-gain in relation to probing force.** J Clin Periodontol 1992; 19: 295-300.
 - National Institute of Health Technology Assessment Conference Statement. **Management of temporomandibular disorder.** J Am Assoc 1996; 127:1595-603,
 - Okeson JP, ed. **Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis, and management.** Chicago: Quintessence Publishing Co, 1996.
 - Pullinger AG, Selgman DA, Solberg WK. **Temporomandibular disorders. Part II: Occlusal factors associated with temporomandibular joint tenderness and dysfunction.** J Prosthet dent, 59: 3: 363-67, 1998.
 - Salignian DA, Pullinger AG. **The role of intercuspal relationships in temporomandibular disorders: a review.** J Craniomandib Disord Facial Oral Pain 1991; 5:96-106.
 - Stheeman SE, van't Hof MA, Mileman PA, van der stelt PF. **Use of the Delphi technique to develop standards for quality assessment in diagnostic radiology.** Community Dent Health 1995; 12: 194-9.
 - Talley RL, Murphy GJ, Smith SD. **Standards for the history, examination, diagnosis and treatment of temporomandibular disorders (TMD): A position paper.** J Craniomandib Practit, 8: 60-77,1990.
 - US Department of Health and Human Services. **"The selection of Patients for X-ray Examinations. Dental Radiographic Examinations"**. Rockville: Public Health Service Food and Drug Administrations 1988.
 - Van der Stelt PF. **Modern radiographic methods in the diagnosis of periodontal disease.** Adv.Dent. res. 1993, 7: 158-162 (r.III).
 - Wiskott HW, Belser C. **A rationale for a simplified occlusal design in restorative dentistry: Historical review and clinical guidelines.** J Prosthet Dent, 1995;73:169-83.

DIAGNOSI DELLE MALATTIE PARODONTALI

In considerazione del fatto che, quando è possibile, si dovrebbe raggiungere uno stato di salute parodontale prima di ultimare i trattamenti protesici e restaurativi definitivi particolare attenzione va dedicata alla diagnosi delle malattie parodontali (per riferimento bibliografico, vedi "Progetto Diagnosi Parodontale" della Società Italiana di Parodontologia).

Le malattie parodontali sono patologie che interessano le strutture di supporto dei denti. Vengono comunemente distinte in gengiviti e parodontiti.

Le gengiviti interessano la gengiva marginale e sono caratterizzate da arrossamento del margine gengivale, edema, sanguinamento al sondaggio e, talvolta, ipertrofia gengivale. Sono completamente reversibili e possono precedere una parodontite.

Le parodontiti sono un gruppo di patologie caratterizzate dalla distruzione dell'apparato di supporto dei denti; clinicamente si manifestano con perdita di attacco e di osso, formazione di tasche e talvolta formazione di recessioni.

Il segno patognomiconico di parodontite è rappresentato dalla perdita di attacco. La distruzione dei tessuti di sostegno dei denti causata da una parodontite è irreversibile.

La diagnosi delle malattie parodontali deve essere effettuata da tutti i dentisti su tutti i pazienti, applicando le appropriate metodiche cliniche ed interpretando ed elaborando tutti i dati raccolti.

La visita parodontale si compone dei seguenti elementi: anamnesi, esame obiettivo, esami radiografici, esami di laboratorio.

L'anamnesi medica e dento-parodontale può far emergere la presenza di una serie di fattori che influenzano l'insorgenza e la progressione delle parodontiti. I fattori di maggiore interesse sono:

1. esposizioni ambientali quali il fumo e l'assunzione di alcuni farmaci (ciclosporine, nifedipina, difenilidantoina);
2. malattie sistemiche come il diabete o altre patologie ereditarie o acquisite che alterano la risposta immunitaria;
3. predisposizioni genetiche: le forme di parodontite ad insorgenza precoce presentano un andamento a carattere familiare; alcuni polimorfismi (modificazioni) genetici sembrano influenzare l'espressione clinica delle parodontiti;
4. modificazioni ormonali, quali quelle legate alla pubertà e alla gravidanza.

L'esame obiettivo si basa essenzialmente sull'osservazione ed ispezione dei denti e dei tessuti gengivali e mucosi peri-dentali, sulla accurata valutazione dell'igiene orale del paziente e sul sondaggio parodontale.

L'osservazione e l'ispezione consentono di annotare la formula dentale, la posizione degli elementi dentari, lo stato dei tessuti molli e ogni altra caratteristica ritenuta rilevante per il processo diagnostico.

La valutazione dell'igiene orale è determinante per la diagnosi (rapporto relativo fra quantità di placca batterica rilevata e gravità delle lesioni parodontali) e per la formulazione di un corretto piano di trattamento, in cui le modificazioni delle abitudini igieniche del paziente giocano un ruolo fondamentale.

Il sondaggio parodontale è la manovra clinica essenziale per la diagnosi delle malattie parodontali in quanto consente di eseguire la diagnosi differenziale tra gengivite e parodontite, nonché di stimare la perdita di attacco che rappresenta il segno patognomiconico delle parodontiti.

Il sondaggio deve essere effettuato facendo scorrere la sonda lungo tutta la circonferenza di ogni elemento dentale: questo è molto importante poiché le parodontiti possono causare distruzioni di diversa entità nei diversi siti di ogni dente o causare lesioni solo su un sito di un singolo elemento dentale. Le registrazioni nella cartella clinica, tuttavia, vengono effettuate in posizioni standard (normalmente 6 siti per dente) che rappresentano convenzionalmente i "siti parodontali".

Esistono anche modalità di registrazione "semplificata" dei rilievi clinici effettuati con il sondaggio. Una di queste modalità è il "Periodontal Screening and Recording" (PSR), messo a punto dall'Accademia Americana di Parodontologia; il sondaggio si effettua con una sonda parodontale semplificata (la sonda della OMS).

L'applicazione corretta del PSR consiste nell'effettuare un esame obiettivo completo di tutte le superfici di tutti gli elementi dentali; da un punto di vista pratico la bocca viene suddivisa in sestanti: in ogni sestante viene memorizzato e registrato solo un valore (codice) che rappresenta il valore di maggiore gravità per quel sestante.

Il rilievo della mobilità dentale completa l'esame obiettivo.

Gli esami radiologici endorali devono essere effettuati nei casi o nelle zone in cui rappresentano un complemento utile all'esame obiettivo e permettono di acquisire nuove informazioni per la diagnosi e/o il piano di trattamento. È importante ricordare che l'esame radiografico è un esame invasivo e deve essere limitato ai casi di effettiva necessità. La metodica utilizzata è la radiografia endorale periapicale effettuata con la tecnica dei raggi paralleli.

Gli esami di laboratorio possono essere un utile complemento alla diagnosi nei casi in cui le informazioni cliniche raccolte facciano emergere la presenza di parodontiti gravi, parodontiti ad insorgenza precoce, parodontiti associate a patologie sistemiche o altre forme di patologia parodontale avanzate e/o inusuali. Gli esami di laboratorio oggi disponibili includono: 1) esami microbiologici per la ricerca dei batteri responsabili delle malattie parodontali; 2) esami ematologici per lo studio del numero e della funzionalità dei polimorfonucleati e dei linfociti; 3) esami per individuare la suscettibilità genetica alla parodontite.

CARTELLA CLINICA

Le informazioni raccolte durante il colloquio, gli esami e le indagini svolte devono essere registrate; gli eventuali modelli in gesso, le radiografie e la corrispondenza devono essere conservati. Deve essere conservata anche la documentazione relativa al trattamento proposto, unitamente ai consigli e alle raccomandazioni fornite, oltre al consenso informato. Una cartella odontoiatrica ideale dovrebbe essere redatta in forma leggibile e:

- registrare tutta l'anamnesi medica/dentale/sociale pertinente;
- segnalare eventuali reazioni avverse a prodotti e/o materiali utilizzabili in ambito odontoiatrico;
- registrare le condizioni dentali, parodontali, occlusali e di igiene orale del paziente;
- registrare il motivo della visita da parte del paziente;
- registrare i trattamenti effettuati;
- includere le radiografie e la corrispondenza;
- contenere una nota accurata di eventuali reclami e i provvedimenti presi;

- registrare le mancate visite e le conseguenze relative;
- fornire dettagli dei colloqui avuti con il paziente, compresi i trattamenti che il paziente rifiuta o ai quali non collabora;
- fornire un mezzo per identificare il paziente;
- indicare i richiami periodici per i pazienti.

PRESENTAZIONE DEL PIANO DI TRATTAMENTO AL PAZIENTE

Le varie opzioni di trattamento possono essere presentate al paziente a voce, fornendo tutte le necessarie spiegazioni. Nei casi complessi e difficili la presentazione di un piano per iscritto, eventualmente in forma di lettera (Appendice I), con una chiara esposizione dei costi serve ed evitare possibili malintesi. Una copia del piano deve essere tenuta insieme alla cartella del paziente. Il piano di trattamento può includere consigli per il mantenimento, risultati e rischi previsti, le varie opzioni di *follow-up* futuro, il numero e la frequenza dei controlli. Il piano può altresì fornire una prognosi e una stima della durata presunta dei lavori ricostruttivi effettuati. Il piano di trattamento deve inoltre fornire una stima accurata dei probabili costi immediati e a lungo termine, nonché le scadenze e le modalità di pagamento. Sul documento deve essere riportata anche la durata della sua validità. Un piano di trattamento scritto è particolarmente adatto per i trattamenti lunghi o complessi, mentre può essere superfluo per gli interventi semplici e di mantenimento.

APPENDICE I: Dati suggeriti da inserire nella lettera al paziente

- Nome e indirizzo del dentista, nome del paziente
- Data del consulto
- Riassunto del problema principale esposto dal paziente
- Riassunto delle valutazioni delle indagini radiografiche e degli esami eseguiti
- Opzioni di trattamento discusse
- Descrizione dei vantaggi e degli svantaggi del relativo trattamento
- Il trattamento proposto diviso in fasi, con il costo di ciascuna fase
- Descrizione dei termini di accordo
- Descrizione del mantenimento
- Prognosi
- Richiesta di firmare una copia della lettera se il paziente desidera procedere

CONSENSO INFORMATO

Prima di iniziare un trattamento su un paziente, è necessario ottenerne il valido consenso. Perché il consenso sia valido, occorre esporre al paziente lo scopo, la natura, i possibili effetti collaterali, i rischi e le probabilità di successo del trattamento stesso, non dimenticando di proporre le alternative possibili.

Quando un paziente accetta di iniziare un piano di trattamento, deve esserci con il dentista un accordo chiaro, che definisca gli scopi e la natura del trattamento, le responsabilità del paziente, i costi e il livello di impegno richiesto per garantirne la riuscita. Anche se l'accordo può essere verbale o implicito, è comunque prudente ottenere un consenso scritto a beneficio di una maggiore chiarezza per entrambe le parti.

Il paziente deve essere consapevole di cosa sta sottoscrivendo, e il consenso deve essere dato in piena libertà. Il consenso può essere dato da un adulto di almeno 18 anni di età in possesso delle proprie facoltà, mentre, in caso di minori, è necessario il consenso dei genitori. Il consenso è legato alla capacità di comprensione e di elaborazione di un giudizio chiaro ed equilibrato. Se il piano di trattamento viene modificato, le modifiche e le relative implicazioni devono essere spiegate chiaramente al paziente, dal quale occorre ottenere il consenso prima di effettuare il trattamento stesso.

RACCOMANDAZIONI

--Le informazioni raccolte durante il colloquio, gli esami e le indagini svolte devono essere registrate in una cartella clinica. Il paziente deve essere al corrente che tutte le informazioni raccolte saranno considerate riservate. (Livello A)

--Nei casi lunghi o complessi è consigliabile la presentazione al paziente di un piano di trattamento per iscritto. (Livello B)

--Prima di iniziare un trattamento su un paziente è necessario ottenere il valido consenso.

Perché il consenso sia valido occorre esporre al paziente lo scopo, la natura, i possibili effetti collaterali, i rischi e le probabilità di successo del trattamento stesso, non dimenticando di proporre le alternative possibili. (Livello A)

BIBLIOGRAFIA

- Carnevale G, Pontoriero, Di Febo G. **Long-term effects of root-resective therapy in furcation-involved molars. A 10-year longitudinal study.** J Clin Periodontol 1998; 25: 209-14.
- Cerutti A, Venturi G, Putignano A, Prati C. **Six-years clinical evaluation of 109 Cad/Cam inlays.** Madrid: IADR/CED (abstract 295), 1997.
- Creugers NHJ, Kayscr AF, van't Hof MA **A meta-analysis of durability data on conventional fixed bridges.** Community dent Oral Epidemiol 1994; 22:448-52.
- Cvar JF and Ryge G. **Criteria for the clinical evaluation of dental restorative materials.** USPHS Publication no. 790-244, San Francisco: U.S. Government Printing Office 1971.
- Davies JA **Dental restoration longevity: a critique of the life table method of analysis.** Community Dent Oral Epidemiol. 1987; 15: 202-204.
- Fradeani M, Aquilano A, Bassein L. **Longitudinal study of pressed glass-ceramic inlays for four and half years.** J Prosthet Dent. 1997; 78: 346-53.
- Fuzzi M, Rappelli G. **Ceramic inlays: Clinical assessment and survival rate.** J Adhesive Dent 1999; 71-79.
- Hoad-Reddick G, Grant AA. **Prosthetic status: the formation of a schedule.** J Prosthet Dent, January, 1988.
- Kay E, Locker D. **Effectiveness of oral health promotion: a review.** London: Health Education Authority, 1997.
- Kinderknecht KE, Hilsen KL, Attanasio R, DeSterno C. **Informed consent for the prosthodontic patient with Temporomandibular Disorder.** J Prosthodont, April, 4: 205-209, 1995.
- Levine RA, Shanaman RH. **Translating clinical outcomes to patient value: an evidence-based treatment approach.** Int J periodontics&Restorative Dent 1995; 15: 186-200.
- Libby Greg, BS, Michael R. Arcuri, DDS, MS, William E. LaVelle, DDS, MS, and Lisa Hebl, RDH. **longevity of fixed partial dentures.** The Journal of Prosthetic Dentistry, 1997; Vol. 78, n. 2:127-13 I.
- Naert/Van Steenberghe/Worthington. **Osteointegration in Oral Rehabilitation,** Quintessence books 1998. Cap. 3, Longterm Prognosis of conventional Prosthodontic restoration. Th. Kerschbaum, pag. 33-49.
- Newman MG, McGuire MK. (a cura di) **Evidence Based Treatment Approach.** Intem J of Period and Restor Dent 1995; 15 (2)
- Scurria Mark S., James D. Bader, DDS, MPH and Daniel A. **Meta-analysis of fixed partial denture survival: Prostheses and abutments.** The Journal of Prosthetic Dentistry, 1998; Vol.79, n. 4:459-464.
- Sorensen JA, Choi C, Fanuscu MI, Mito WT. **IPS empress crown system: three-year clinical trial results.** CDA J 1998; 26: 130-6.
- Sorensen JA, Kang SK, Torres TJ, Knode H. **In-ceram fixed partial dentures: three-year clinical trial results.** CDA J 1998; 26: 130-6.
- Valderhaug J, Ellingsen JE, Jokstad A. **Oral Hygiene, periodontal conditions and carious lesions in patients treated with dental bridges: A 15-year clinical and radiographic follow-up study.** J Clin Periodontal, 20: 482-89, 1993.
- Walton Joanne N., D.D. S., F. Michael Gardner, D.D. S., and John R. Agar, D.D. S. **A survey of crown and fixed partial denture failures: length of service and reasons for replacement.** The Journal of Prosthetic Dentistry, 1986; Vol. 56, n. 4: 416-421.

FASI DEL PIANO DI TRATTAMENTO

Il piano può essere suddiviso in varie fasi, dove ogni fase clinica deriva da quella precedente. Alla fine di ogni fase va fatta una rivalutazione documentabile che può anche portare ad una revisione e /o modifica nel quadro generale della cura precedentemente stabilito. Il piano può essere diviso in fasi anche per ragioni di carattere economico. Le fasi devono essere pianificate secondo una sequenza appropriata, mirando, almeno inizialmente, ad eliminare le sintomatologie dolorose e i disagi e a controllare la patologia in atto. Dopodiché, è possibile valutare la risposta del paziente. Questa valutazione dovrebbe includere sia gli aspetti funzionali, biologici, estetici e prognostici nonché l'osservazione della risposta alle istruzioni riguardo l'igiene orale.

Possano esserci anche dei casi in cui la prognosi di taluni aspetti del trattamento è incerta, nel qual caso è buona norma interrompere il trattamento ed analizzare i progressi dopo qualche tempo. In generale, si può affermare che una verifica sistematica dei progressi compiuti è auspicabile in qualsiasi ciclo di cura, in questo modo è possibile verificare il successo o l'insuccesso del piano di trattamento e l'efficacia del trattamento stesso, rilevarne le carenze, individuarne i motivi e adottare le misure correttive.

Flow-chart del trattamento protesico



