

# dentalife

VIAȚA STOMATOLOGICĂ • ANUL XIX | NR. 97 | NR. 3 - OCTOMBRIE 2017

@cajiugospphoto

**Complication management after simultaneous sinus augmentation and implant placement - a case report with 30 months follow-up**

Dr. Sebastian Șoicu | Dr. Răzvan Stuparu | TD Cristian Duică

**Avantajele extracției dentare parțiale în menținerea volumului osos și gingival. Implicații în implantologia orală și protetica dentară tradițională.**

Dr. Mihnea Cafadaru, DDS

**Recuperarea odontală a cazurilor cu fractură cuspidiană prin intermediul preparării verticale fără utilizarea mijloacelor chirurgicale adiționale**

Dr. Vasile Cirimpei

**Relația medic dentist - pacient din perspectiva cadrului legal; instrumente de comunicare eficientă**

Av. Luciana Mihai



**AMSPPR**  
Asociația Medicilor Stomatologi  
cu Practică Privată din România



www.viastomatologica.ro



# Noul Sensodyne Rapid Relief **ACȚIONEAZĂ RAPID**

pentru prevenirea  
unor astfel de  
momente



Ajutați-vă pacienții **SĂ ÎNVINGĂ RAPID HIPERSENSIBILITATEA DENTINARĂ**



Noul Sensodyne Rapid Relief are o formulă unică, fiind concepută să acționeze rapid pentru asigurarea unei ocluzii rapide a canaliculelor dentinare.<sup>1</sup> Oferă ameliorare dovedită clinic a hipersensibilității dentinare în doar **60 de secunde** după periajul zonelor sensibile,<sup>2,3</sup> oferind pacienților protecție de lungă durată împotriva sensibilității dentare și impactului acesteia asupra vieții de zi cu zi.<sup>4,5</sup>

\*prin periaj de două ori pe zi

Referințe: 1. Admis pentru prezentare la IADR 2017, Abstract no: 2631820. 2. Date interne GSK 207211, Ianuarie 2017. 3. Admis pentru prezentare la IADR 2017, Abstract no: 2635085. 4. Parkinson CR et al. Am J Dent. 2015 Aug;28(4):190-196. 5. Baker S et al. Longitudinal validation of the Dentine Hypersensitivity Experience Questionnaire (DHEQ). Poster prezentat la: IADR/AADR/CADR General Session & Exhibition; 20-23 martie 2013, Seattle, Washington.

Eventualele reacții adverse se pot raporta la farmacovigilenta.romania@gsk.ro

Mărci deținute de sau licențiate societăților din grupul GSK.

CHRO/CHSENSO/0031/17&/iunie



Dr. Vlad Cristian Deac

## Perspective economice 2020

*Ritmul grupului pe munte este dat de cel mai încet dintre participanți.*

Chiar dacă subiectul articolului va avea un ecou abia pe termen lung în profesia noastră, subiectul este unul extrem de important pentru noi, ca țară membră a UE.

Provocările pe care le are România în față din punct de vedere geo-strategic, economic-financiar, social etc., sunt unele majore. În primul semestru al lui 2019 vom deține chiar președinția Uniunii Europene, o președinție care deja se prefigurează una cu multe meandre, fiind și momentul final al brexitului.

Dar, sunt și oportunități. Acestea sunt date, paradoxal, de lipsa unor reglementări clare în legislația proprie a României și care, odată adoptate, ar putea crea un potențial mare de dezvoltare într-un timp relativ scurt. Astfel, două dintre cele mai mari provocări la nivel de mecanisme macroeconomice și cu un impact direct în viața economică îl reprezintă: reglementarea în detaliu a pieței de capital și a parteneriatului public-privat. Provocarea este cu atât mai mare cu cât mesajele transmise prin media ultimelor luni din partea actorilor politici nu sunt tocmai în favoarea noastră.

De ce parteneriatul public-privat? Ce înseamnă parteneriatul public-privat? Ar reprezenta o garanție pentru investitori, ar crea posibilitatea de investiții majore cu marjă scăzută de risc, recuperabilă pe termen lung, crearea infrastructurii de dezvoltare pentru micile și marile afaceri, posibilitatea eliminării abuzurilor, dar și a corupției etc.

Reglementarea acestuia ar putea avea un rol decisiv în dezvoltarea unei infrastructuri în toate domeniile din România. Adică ar crea perspectiva unei dezvoltări sănătoase ulterioare. De ce reglementarea parteneriatului public-privat? Pentru că există o

componentă serioasă de garanție a sectorului public în investiție pentru un potențial investitor. Pentru că există planuri financiare de investiții la nivel de UE (spre exemplu planul Juncker), investiții în economia reală, care se bazează pe astfel de parteneriate. Totodată, o astfel de reglementare ar aduce și un alt concept ce se dorește a fi implementat începând cu exercițiul financiar european ce va debuta în 2020: finanțările europene să fie într-o mare măsură derulate prin intermediul băncilor, odată cu diminuarea ponderii granturilor. Ce ar presupune acest detaliu? Ar însemna că aplicanții la fonduri europene să aibă planuri realiste, realizabile, desfășurabile în timp și spațiu, rolul băncii fiind acela de a se asigura încă o dată de faptul că investiția este "bancabilă", adică, recuperabilă, generatoare de profit.

Derularea unei mari părți a programelor de finanțare cu fondurile europene prin instituțiile bancare, coroborat cu faptul că s-ar reglementa parteneriatul public-privat creează premisele dezvoltării sectorului de capital care ar veni să investească aici. De aceea, anumite reglementări ale domeniului, care să aibă rolul de a proteja atât investițiile, cât și investitorii, sunt de dorit.

Ca și consecință directă a acestor măsuri macroeconomice ar fi întărirea Statului și creșterea veniturilor populației, ceea ce va conduce la ridicarea standardului de calitate a vieții. Așadar, mingea se află în terenul nostru.

Oare dacă am face niște exerciții fizice pentru a putea crește ritmul grupului în drumeția pe munte, am ajunge mai repede la un adăpost în cazul unei furtuni?

**dr. Vlad Cristian Deac**

# CUPRINS

## EDUCAȚIE PROFESIONALĂ

COMPLICATION MANAGEMENT AFTER SIMULTANEOUS SINUS AUGMENTATION AND IMPLANT PLACEMENT – A CASE REPORT WITH 30 MONTHS FOLLOW-UP

Dr. Sebastian Țoicu (Dental House Pitești), Dr. Răzvan Stuparu (Dental House Pitești), TD Cristian Duică (Protodent Timișoara) **6**

AVANTAJELE EXTRAȚIEI DENTARE PARȚIALE ÎN MENȚINEREA VOLUMULUI OSOS ȘI GINGIVAL. IMPLICAȚII ÎN IMPLANTOLOGIA ORALĂ ȘI PROTETICA DENTARĂ TRADIȚIONALĂ.

Dr. Mihnea Cafadaru **20**

RECUPERAREA ODONTALĂ A CAZURILOR CU FRACTURĂ CUSPIDIANĂ PRIN INTERMEDIUL PREPARĂRII VERTICALE FĂRĂ UTILIZAREA MIJLOACELOR CHIRURGICALE ADIȚIONALE

Dr. Vasile Cirimpei **35**

## ACTUALITĂȚI

AL 16-LEA CONGRES INTERNAȚIONAL AL ACADEMIEI INTERNAȚIONALE DE PARODONTOLOGIE

Raluca Cosgarea, Aura Bodea **42**

CURSUL "CONCEPTE DE TERAPIE PARODONTALĂ CONVENȚIONALĂ PENTRU PRACTICA DE ZI CU ZI" - LECTOR: PROF. DR. ȘTEFAN-IOAN STRATUL

30 septembrie 2017, Drobeta Turnu Severin **45**

CURSUL „RESTAURĂRI PROTETICE DIN CERAMICĂ PE BAZĂ DE DISILICAT DE LITIU”

14 octombrie, Sfântu Gheorghe, jud Covasna **48**

ZIUA MONDIALĂ A SĂNĂȚĂȚII ORALE  
20 MARTIE 2018

**49**

CONGRESUL FDI 2017, MADRID, SPANIA

**50**

## PAGINA FDI

NEW FDI STRATEGY SETS THE SCENE FOR MY PRESIDENCY

28 SEPTEMBER 2017  
Sursa: [www.fdiworldental.org](http://www.fdiworldental.org) **52**

PUBLICITATEA ÎN STOMATOLOGIE. DECLARAȚIE ADOPTATĂ DE CĂTRE ADUNAREA GENERALĂ A FEDERAȚIEI DENTARE INTERNAȚIONALE (FDI).

Sursa: [www.fdiworldental.org](http://www.fdiworldental.org) **54**

## PAGINI JURIDICE

RELAȚIA MEDIC DENTIST - PACIENT DIN PERSPECTIVA CADRULUI LEGAL; INSTRUMENTE DE COMUNICARE EFICIENTĂ

Av. Luciana Mihai **57**

## INFORMAȚII IMPORTANTE

Responsabilitatea textelor publicate aparține autorilor. Reproducerea textelor sau a unor fragmente din textele publicate fără acordul autorului sau al redacției este interzisă. Publicație protejată prin marca OSIM. Preluările din "Der Freie Zahnarzt" sunt autorizate în acord cu parteneriatul AMSPPR - FVDZ e.V. Informații suplimentare, colaborări, reclame la Sediul central al AMSPPR – București – România.

## IMPORTANT • Precizare juridică:

Articolele juridice publicate se referă la acte normative în vigoare la data predării revistei.

AMSPPR nu își asumă în nici un fel responsabilitatea pentru validitatea proprietarilor, aparaturii, materialelor sau serviciilor firmelor care își fac publicitate în revista AMSPPR. Afirmațiile proprietarilor reclamelor respective sunt subiect al standardelor de piață și ale reglementărilor legislației protecției consumatorului.

anul XIX | nr. 97 | OCTOMBRIE 2017

ISSN: 1454 – 5772

## COLEGIUL REDACȚIONAL

Dr. Pantel Marton Gyorgy  
Dr. Bogdan Popescu  
Dr. Radu Țepordei  
Dr. Mihai Tozlovanu  
Av. Luciana Mihai  
Ing. Narcisa Carmen Șorop

## COLEGIUL ȘTIINȚIFIC DE REDACȚIE:

Dr. Ionuț Branzan  
Dr. Sanda Danciu  
Șef. lucrări Dr. Dragoș Epistatu  
Dr. Dan Lazăr  
Dr. Bogdan Oprea  
Prof. Dr. Ștefan-Ioan Stratul  
Șef. lucrări Dr. Liviu Zetu  
Prof. Dr. Irina Zetu

## REDACTOR ȘEF

Dr. Vlad Cristian Deac

## SECRETARIAT REDACȚIE

e-mail: [redactie@dental.ro](mailto:redactie@dental.ro)  
[www.viastomatologica.ro](http://www.viastomatologica.ro)

## SEDIUL CENTRAL AL AMSPPR:

Mobil: 0722.365.753  
e-mail: [amsppr@dental.ro](mailto:amsppr@dental.ro)

## TIPAR:

Tipografia Inbox Design  
Sos. Odaii nr. 9, sector 1, București, 013601  
0749 268 704  
[office@inboxdesign.ro](mailto:office@inboxdesign.ro)  
<http://www.inboxdesign.ro>

## DTP

Flucuș Silvana-Lavinia  
[silvana\\_art22@yahoo.com](mailto:silvana_art22@yahoo.com)  
Mobil: 0724 374 457

## Redactare afișe și editare imagini:

Tomos Kinga  
<http://www.davidsign.com>



**AMSPPR**

Asociația Medicilor Stomatologi  
cu Practică Privată din România

membră în



PRIN DECIZIA CONSILIULUI DIRECTOR NATIONAL AL AMSPPR DIN 12 Iunie 2010 REVISTA AMSPPR APARE ÎN 4 NUMERE PE AN

**Conferințe /  
Workshop-uri /  
Actualități legislative /  
Comunicări /**

Congresul "Zilele paro-protetice ale AMSPPR", ediția XXIV  
face parte din Programul de Educație Continuă  
al Federației Dentare Internaționale (FDI)



## Congresul de Paro-Protetică al AMSPPR

1-3 martie 2018  
HOTEL CARO BUCUREȘTI

### LECTORI

Bogdan Bâldea  
Itzhak Binderman, Israel  
Emanuel Bratu  
Dragoș Epistatu  
Patrick Hescot, Franța  
Dan Lazăr  
Ligia Muntianu  
Ghelfan Oded, Israel  
Ștefan-Ioan Stratul  
Musella Vincenzo, Italia

### WORKSHOP-URI

Bogdan Bâldea  
Dan Lazăr  
Ligia Muntianu

DETALII

E \_ [congres@dental.ro](mailto:congres@dental.ro)  
T \_ 0722 365 753  
W \_ [www.dental.ro](http://www.dental.ro)

# Complication management after simultaneous sinus augmentation and implant placement – a case report with 30 months follow-up

EDUCAȚIE PROFESIONALĂ



Dr. Sebastian Șoicu

## Autor:

Dr. Sebastian Șoicu (Dental House Pitești)

Dr. Răzvan Stuparu (Dental House Pitești)

TD Cristian Duică (Protodent Timișoara)

sebsoicu@yahoo.com

www.dentalhouse.ro

## Background and Aim

Maxillary sinus augmentation is a frequently used technique to overcome the insufficient bone height in the posterior maxilla. Despite high success rates (more than 90%) and regardless of the care taken, various intra- and post-operative complications may occur, including membrane perforation and sinus graft infection.

Grafting material infection is considered a major complication and requires urgent treatment, as it could spread towards the adjacent anatomical structures. Treating this kind of post-operative complication is a difficult task, because the infected particulate bone graft lies under the sinus membrane<sup>1</sup>.

Signs of infection (swelling, pain, suppuration, fistula) usually appear within the first 3 weeks post-surgery<sup>2</sup>. The long duration of the surgical procedure, the increased size of the lateral sinus wall osteotomy, the Schneiderian membrane perforation and the bone graft material contamination are parameters that may jeopardize the final outcome of the sinus lifting<sup>3</sup>.

Using antibiotics alone could be effective in a few cases of superficial infections. But usually, treating a sinus graft infection only with antibiotics does not result in resolution of the graft infection, which typically progresses further, necessitating complete graft removal<sup>1</sup>. The presence of implants in such areas usually requires explantation at re-entry phase.

The aim of this case report is to present a way of treating a moderate-severity infection that occurred after simultaneous sinus grafting and implant placement. The approach combines surgical and systemic treatment, without complete removal of the bone graft or implants.

## Initial situation

Patient S.G., male, 62 years old, presented in October 2013 with pain and localized swelling in the left maxillary quadrant. An old fixed-partial restoration cemented on teeth

26 and 27 was found, with a mesial cantilever on tooth 25. Signs of chronic periodontitis – localized gingival swelling, plaque accumulation (fig. 1 a,b), bleeding on probing and moderate exudate were observed around tooth 26. Patient also presented poor oral hygiene.



Fig. 1 - Teeth 26 and 27 after bridge removal - a, b. Initial clinical situation

The panoramic x-ray and the CBCT confirmed that tooth 26 had advanced bone loss and furcation involvement (fig. 2, 3), therefore was hopeless and had to be extracted.

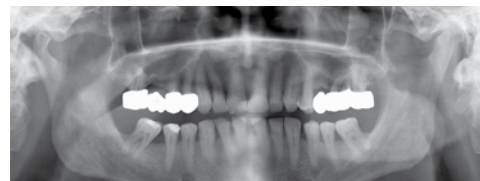


Fig. 2 - Initial panoramic X-ray

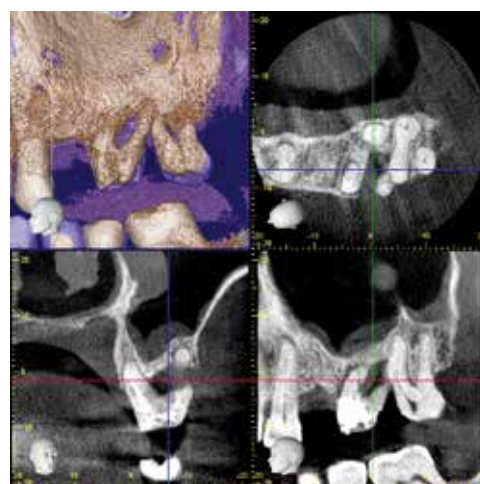


Fig. 3 - Initial CBCT

After removing the restoration, the roots of the first upper molar were separated prior to extraction. Care was taken not to damage the remaining bone walls. Due to the amount of infected tissues, the site was thoroughly debrided and rinsed. The remaining socket was left for healing, without any grafting material but platelet-rich fibrin membranes (PRF) (fig. 4 a-c). After 6-month healing time, the maxillary sinus augmentation was performed, together with the placement of two Ankylos C/X B 9.5 mm implants for replacing teeth 25 and 26. This surgical step was guided by a CBCT (fig. 5).



Fig. 4 a, b - Extraction of tooth 26;  
c - Post-extraction socket filled with PRF

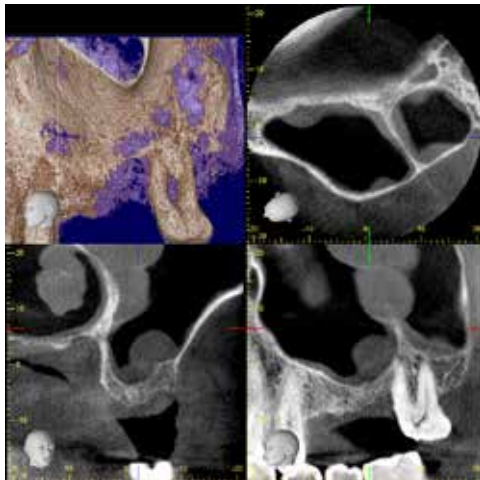


Fig. 5 - Pre-operative CBCT, 6 months after extraction

The patient was premedicated with Augmentin (2g/day) starting on the evening before surgery and continuing for one week, in association with anti-inflammatory medication (Ketonal). The sinus augmentation was performed under local anesthesia, using the lateral window approach (piezo-surgery) (fig. 6 b), with a mixture of anorganic bovine bone (BioOss 2g small granules-Geistlich Pharma) and autogenous bone harvested locally with a bone scraper (MicroOss-META) (fig. 6 a). The bony window was kept attached to the Schneiderian membrane (fig. 6 c) and a collagen membrane (BioGide-Geistlich Pharma) was used to cover the lateral window and the ceiling of the newly-formed sinus cavity. The implant sites were prepared right after the elevation of the membrane and the implants were inserted once the sinus cavity had been half-filled with the grafting material mixture (fig. 6 d). The buccal bony defect in the area

of the second implant was augmented with the same mixture of anorganic bovine and autogenous bone and covered with another collagen membrane (Biocollagen-Bioteck). The entire exposed area was then covered with PRF membranes and tension-free sutures were performed (fig. 6 e,f). A control x-ray was performed in order to check implants and bone graft position (fig. 7).



Fig. 6 - Sinus augmentation procedure in the left upper quadrant

- a - Harvesting autogenous bone with a bone scraper;
- b - Bony window osteotomy (piezo-surgery);
- c - Schneiderian membrane elevated together with the bony window;
- d - Collagen membrane covering the mixture of bovine and autogenous bone inserted into the sinus cavity simultaneous with implant placement;
- e - PRF membranes covering the exposed area;
- f - Tension-free suture.

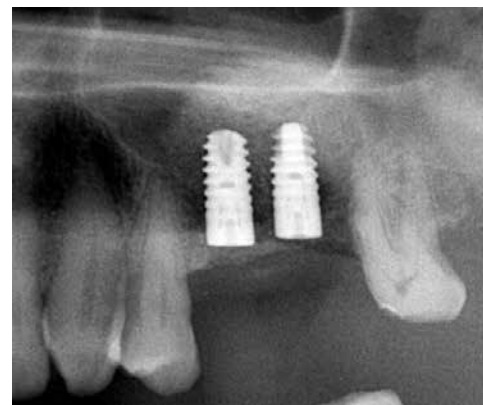


Fig. 7 - Post-operative control X-ray after bone grafting and implants insertion

The postoperative follow-up consisted of examinations at 3, 7 and 14 days (when the sutures were removed). A small area of dehiscence was noticed mesial to the second molar, and patient was instructed to apply an antiseptic gel (Elugel), in order to allow for secondary healing. The patient constantly complained about a low degree of soreness and a persistent light swelling in the area cor-

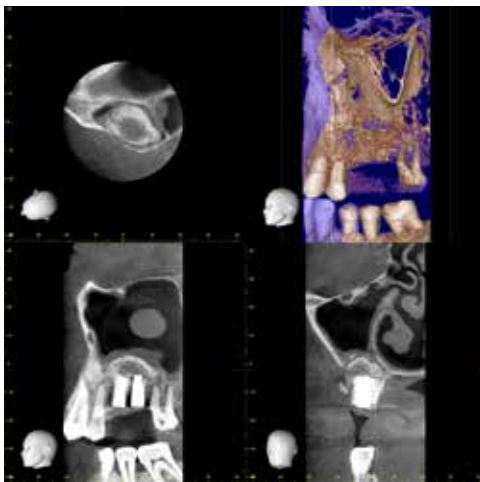
responding to the lateral sinus window during the first three weeks. He was not able to come for further examination until 8 weeks post-op. At 8 weeks, the patient presented with the same symptoms but, in addition, an intra-oral fistula located on the buccal mucosa corresponding to the apex of implant 26 was found (fig. 8). When finger pressure applied, only a small amount of exudate leaked through the fistula and none through the suture line.



**Fig. 8 - Clinical situation 8 weeks after sinus augmentation: fistula on the facial side of the residual ridge corresponding to tooth 26 and secondary healing of the incision dehiscence mesial to tooth 27**

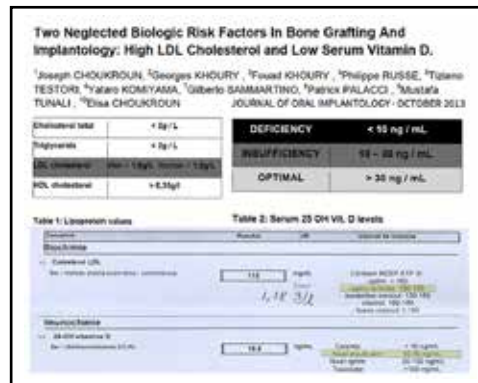
### Material and Method

The diagnosis of sinus graft infection was made, based on the symptoms, clinical findings, and a postoperative CT scan (fig 8, 9). The otolaryngologist confirmed that the sinus cavity above the Schneiderian membrane was not affected. Besides the duration of the initial surgery (approximately 1.5 hours), the possible contamination of the grafting mixture with saliva or the small dehiscence on the incision line mesial to the second molar, another potential cause of failure came into light. Choukroun et al.<sup>4</sup> mentioned two neglected risk-factors that might increase the risk of graft infections: high values of low-density lipoproteins (LDL) combined with low values of serum vitamin D.



**Fig. 9 - CBCT scan showing radiolucency inside the bone graft material**

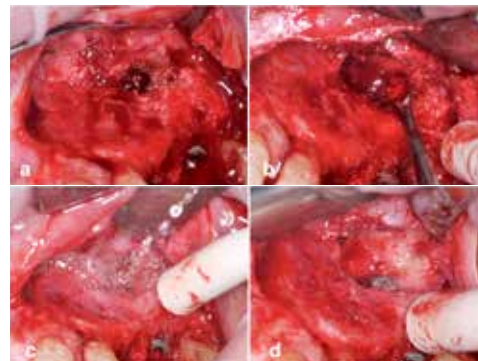
In this case, the patient presented a borderline value for LDL (1.18 g/l) and insufficiency for vitamin D (19.8 ng/ml) (fig. 10), which might increase the risk for lower osseointegration, slower bone growth and development of grafting material infection<sup>4</sup>.



**Fig. 10 - LDL Cholesterol and vitamin D serum values of the patient versus risk serum values as presented by Choukroun et al.<sup>4</sup>**

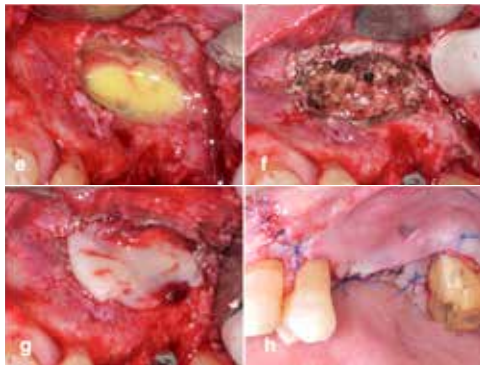
Treatment planning consisted of surgical removal only of the infected portion of the graft, associated with systemic antibiotics administration. Even if the presence of implants in such areas usually requires explantation, the intention was to keep them in place. It must be emphasized that this treatment has an empirical component, as there is no objective way of confirming the sterility of the remaining bone graft or the exposed surface of the implants<sup>1</sup>.

The full-thickness flap from the previous surgery was re-elevated and a grayish-looking area of graft and collagen membrane particles was exposed. A purulent exudate was no clearly visible (fig. 11 a). The area was thoroughly debrided, curetted and irrigated with saline and metronidazole (the grafting material applied around the neck of the first molar implant was also removed), until the grafted site became healthy-looking (fig. 11 b-d).



**Fig. 11 - Surgical treatment of the infected graft a - Grayish-looking infected grafting material after flap elevation; b, c -Debridment, curettage and irrigation with saline and metronidazole; d - Healthy-looking five-wall bone defect, with implant 26 apex exposure;**

Then, an antibiotic putty (Doxycycline and saline) was applied for 2 minutes in the cavity, in order to decontaminate the remaining grafting material. The five-wall defect was again curetted for re-establishing bleeding and ensuring clot formation, taking extra-care not to scratch the exposed implant apex (fig. 11 e,f). The remaining grafting material had sufficient strength to preserve the elevated-state of the sinus membrane. PRF membranes were placed over the defect to enhance soft tissue healing (fig. 11 g). Primary closure was easily achieved by repositioning and suturing the flap (fig. 11 h). This technique was described and documented by Dr. Istvan Urban<sup>1</sup>.



**Fig. 11 - Surgical treatment of the infected graft**  
 e - Doxycycline putty applied into the cavity;  
 f - Aspect of the bone defect after 2-minute decontamination with doxycycline putty;  
 g - PRF membranes placed into the cavity;  
 h - Tension-free sutures.

Patient received systemic medication, consisted of Clindamycin 600 mg (three times/day) and Ketonal forte (2 cp/day) for 7 days. In addition, oximetazoline-based decongestant spray (Nasivine spray) was also prescribed (2 times/day, 5 days).

**Results**

Healing process went off uneventfully, with remission of all symptoms within 3-4 days. The bone defect was allowed to heal for six months until the beginning of the prosthetic phase. The implants were uncovered and Balance Base Abutments Narrow (Gingival Height-3 mm) were installed. Impression was taken after 2 weeks and a screw-retained, metal-ceramic, wax-up coping based fixed partial restoration was done (fig. 12 a-e) and installed properly (10 Ncm torque) over the abutments (fig. 13 a-e).

For tooth 27, a monolithic full ceramic restoration was fabricated. The final result at the time of placement is displayed in fig. 14 a,b. Patient was instructed to maintain a better oral hygiene, and several recall sessions were scheduled (fig. 14c).

The 30-month recall shows a well-integrated restoration, with a good functional and aesthetic outcome and without any pathological signs (fig. 15 a,b). Both soft and hard tissues seem to have reacted well to the healing process. The follow-up periapical x-rays and



**Fig. 12 - Prosthetic phase**  
 a - Clinical status before implants uncovering;  
 b - Insertion of Balance Base Abutments Narrow 3.0 (3 mm gingival height) after implants uncovering;  
 c - Impression in individual tray after two weeks healing time, using vinylsiloxanether impression material (Identium, Kettenbach) and retention copings;  
 d - Metal framework try-in.



**Fig. 12 - Prosthetic phase**  
 e - Final metal-ceramic restoration



**Fig. 13 a, b - Balance Base Abutments prior to restoration placement, with and without protective caps;**  
 c - Final restoration from the occlusal side, inserted with 10 Ncm torque value;



Fig. 13 d, e - Screw access channels+ filled with Teflon tape and composite resin



Fig. 14 - Final metal-ceramic screw-retained restoration on implants 25, 26 and the full-ceramic crown on tooth 27  
a, b - Facial aspect of the final restoration at the day of placement;  
c - Oral hygiene improvement by means of an interdental brush.



Fig. 15 a, b - Facial aspect of the prosthetic restoration after 30 months.

CBCT scans taken at 12 and 30 months (fig. 16, 17) show an ongoing bone regeneration of the five-walled defect and stable bone levels around the implants.



Fig. 16 - Periapical X-ray series of the case, from the insertion of the Balance Base Abutments to the 30-month recall of the final restoration.

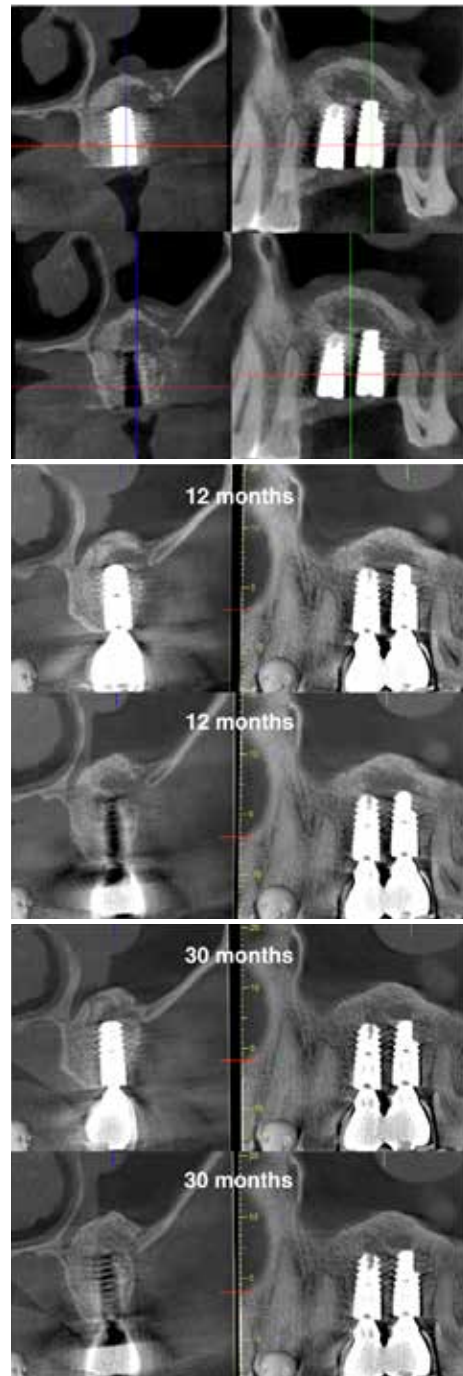


Fig. 17 - CBCT scan series of the bone defect at baseline, 12 months and 30 months, showing an ongoing bone regeneration of the five-walled bone defect and stable bone levels around the implants.

### Conclusions

Treating moderate-severity grafting material infections after sinus floor augmentation by combining surgical removal of the infected particles and systemic medication might be successful, even when previously-inserted implants are kept in place. Non-removal of the entire bone graft along with the implants allowed for less surgical trauma and residual bone defect, shorter treatment time and less cost, but this technique can be applied only if there is no communication between the infected graft and the sinus cavity.

In case of extended infection or patients reluctant to the above-described protocol, a more aggressive surgical treatment is needed, with complete graft removal and/or sinus surgery performed by an otolaryngologist, to prevent more serious complications.

The Ankylos-based screw-retained restoration onto Balance Base Abutments Narrow was well-integrated, both functionally and esthetically, offering retrievability whenever necessary. Recall and oral hygiene improvement are mandatory, in order to control the plaque accumulation and marginal bone resorption on the facial crestal area of implant 26, which remained deficient after horizontal bone graft removal.

Besides the well-known local risk factors (duration of the surgical intervention, saliva contamination of the grafting material, membrane perforation, wound dehiscence), serum values of LDL and vitamin D must be added as possible indicators for lower osseointegration, slower bone growth and higher risk of sinus grafting material infection, especially for patients over 60 years old.

#### References

1. Urban I. et al. – Incidence, Diagnosis and Treatment of Sinus Graft Infection After Sinus Floor Elevation: A Clinical Study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2012;27:449–457;
2. Schwartz-Arad D et al. – The prevalence of surgical complications of the sinus graft procedure and their impact on implant survival. *J Periodontol* 2004;75:511–516;
3. Testori T. et al. – Maxillary Sinus Surgery and Alternatives in Treatment. Quintessence Publishing 2009, pp 312-317.
4. Choukroun J. et al. – Two Neglected Biologic Risk Factors in Bone Grafting and Implantology: High Low-Density Lipoprotein Cholesterol and Low Serum Vitamin D. *J Oral Implantology* 2014;15(1):110-4.



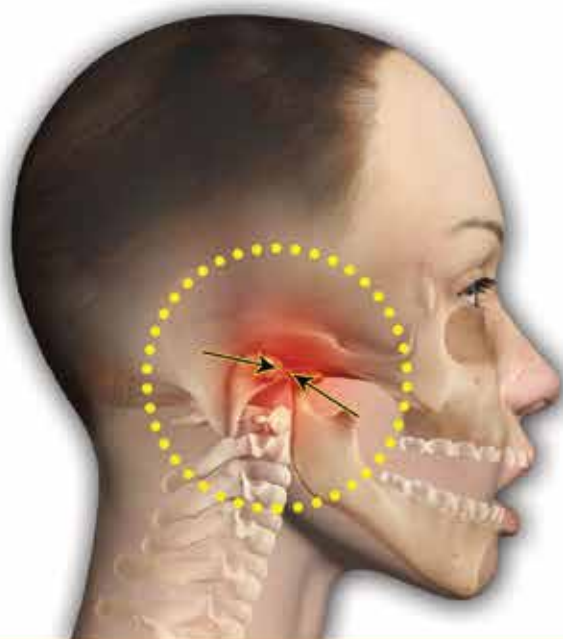
SPONSORI AMSPPR



# TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS: FROM RESEARCH TO CLINICAL PRACTICE

**Prof. Dr. Daniele MANFREDINI**

24-25 Noiembrie, Sala Ronda,  
Hotel InterContinental, Bucuresti



Tulburarile temporomandibulare (TMD) sunt recunoscute astazi ca avand o etiologie multifactoriala, cu o interactiune intre factorii biologici, psihologici si sociali. Asa numitul model bio-psihsocial a castigat din ce in ce mai multa sustinere in ultimele decenii, dar mai sunt unele comunitati de profesionisti care nu au abandonat inca precedenta paradigma ocluzala. Uzura morala a teoriilor ocluzale ale etiologiei si tratamentului tulburarilor ATM, precum si a perspectivei istorice a observatiilor clinice, care au dus la introducerea modelului bio-psihsocial, trebuie sa fie luate in seama de clinicieni.

## SUBIECTE

- Clasificarea tulburarilor temporomandibulare si epidemiologie
- Etiologia si fiziopatologia tulburarilor ATM: evaluarile clinice si instrumentale (tehnici imagiste, electromiografia pe suprafata, kineziografia, platformele posturale)
- Malocluziile si postura corpului
- De ce functioneaza aparatele ocluzale?
- Fundamentele managementului tulburarilor ATM (concentrarea pe aparatele ocluzale, fizioterapie, artrocenteza ATM, interventii chirurgicale asupra ATM)
- Integrarea cercetarilor in practica
- Managementul bruxismului
- Concepte de baza ale apneei pentru medici stomatologici

## Pretul Cursului

inainte de 30 Oct.	<b>300 Euro</b>
dupa 30 Oct.	<b>400 Euro</b>



Pentru inscrieri sau informatii suplimentare ne puteti contacta la numarul de telefon **0735.10.11.12** sau la adresa de e-mail **[cursuri@dentalfocus.ro](mailto:cursuri@dentalfocus.ro)**. De asemenea puteti accesa site-ul: **[www.dentalfocus.ro/cursuri](http://www.dentalfocus.ro/cursuri)**

## Apel la acțiune pentru managementul comun al cariei dentare și al afecțiunilor parodontale

### Simpozionul Colgate marchează o schimbare majoră în implementarea recomandărilor pentru a fi „Pregătit pentru Prevenție - Fit 4 Prevention”

În septembrie 2017, în Spania, la Madrid, Federația Europeană de Parodontologie (EFP) și Colgate invită profesioniștii în medicină dentară și educatorii să adopte recomandările dezvoltate recent privind managementul cariilor și al afecțiunilor parodontale. Această invitație este făcută la Congresul Federației Dentare Internaționale (FDI) din 2017, la Madrid. În timpul simpozionului Colgate, intitulat Fit 4 Oral Prevention – From Consensus Guidelines to Clinical Practice Implementation (Pregătit pentru prevenție oro-dentară – De la recomandările unanime până la implementarea în practica clinică), experții au explicat viziunea lor referitor la modul de transpunere a cunoștințelor actuale cu privire la legătura dintre cele două afecțiuni în planuri de management eficiente în context clinic.

Aceste noi recomandări au rezultat în urma unei mese rotunde găzduite de EFP și Organizația Europeană pentru Cercetare a Cariei (ORCA), susținute de Colgate printr-un grant educațional fără restricții. În timpul mesei rotunde, 75 de experți invitați au revizuit dovezile disponibile cu privire la legăturile comune dintre afecțiunile parodontale și caria dentară, cele mai importante două afecțiuni orale. S-au evidențiat cauzele asociate, factorii de risc și aspectele legate de prevenție cu influență asupra ambelor. În baza celor mai recente cercetări, seminarul a oferit recomandări concrete, bazate pe dovezi pentru strategiile comune de prevenție, adresate profesioniștilor în medicină dentară și în medicina generală, pacienților și chiar publicului general.

„Această abordare comună a EFP și Colgate are potențialul de a aduce o schimbare majoră pentru îmbunătățirea îngrijirilor dentare”, a declarat președintele sim-

pozionului, Profesorul Mariano Sanz de la Universitatea Complutense din Madrid, care este și Președintele comitetului mesei rotunde EFP. „Acum înțelegem modul în care afecțiunile parodontale și caria dentară sunt interconectate și ce poate fi făcut pentru a preveni aceste afecțiuni, dar următorul pas este de a aplica aceste cunoștințe în practica medicală zilnică.”

Paul Brocklehurst – Profesor activ în Organizația pentru Studii Clinice Randomizate în Sănătate din North Wales, Regatul Unit al Marii Britanii a deschis simpozionul cu o discuție concentrată pe importanța recomandărilor bazate pe dovezi și a explorat provocările transpunerii acestora în practică. David Herrera, Profesor de Parodontologie la Universitatea Complutense din Madrid, a descris cum au fost analizate dovezile și dezvoltate recomandările de către participanții la masa rotundă.

Cei 300 de participanți la simpozion au putut afla despre abordarea propusă pentru implementarea recomandărilor și au vizionat materialele de comunicare adaptate pentru fiecare grup țintă, așa cum au fost prezentate de Profesorul Sanz.

Irina Laura Chivu-Garip, Senior Scientific Project Manager Colgate, a spus: „Susținem cu tărie o abordare bazată pe dovezi pentru a ghida luarea deciziilor clinice și suntem onorați să susținem EFP în transpunerea acestor recomandări într-un program care poate fi aplicat în practică. Următorul nostru pas este ca în parteneriat cu EFP să promovăm materialele de comunicare și să oferim suport continuu pentru a contribui la adoptarea acestor recomandări în cabinetele dentare. Suntem încrezători că aceasta va ajuta în final la îmbunătățirea sănătății orale în Europa.”



# FRONT DESK OFFICER, AMBASADORUL CLINICII TALE

CURS DE PERFEȚIONARE

26 – 27 ianuarie 2018, București

## Formează un expert în managementul programărilor

Angajatul din recepție este **prima persoană** din clinica ta care influențează pacienții să te aleagă, care poate transforma un telefon într-o primă vizită a pacientului și care îți poate eficientiza timpul de lucru.  
În doar 2 zile îți poți pregăti echipa să fie organizată, să atingă obiectivele stabilite și să învețe să comunice corect în orice situație, fie direct, fie la telefon sau prin e-mail.

## Trainerii ADOM te ajută să:

- Descoperi care sunt cele mai eficiente **sisteme de programare**
- Reduci numărul **reprogramărilor și neaprezentărilor**
- Înveți **tehnici de comunicare** directă și online
- Implementezi un sistem eficient de **management al conflictelor**
- Dezvolți **protocoale de organizare** a activității din recepție
- Formezi o **echipă performantă**

**Taxă participare: 350€**  
**Locuri limitate!**

**50€**  
**REDUCERE**  
pentru înscrieri  
până în 30.11.

Investește în pregătirea profesională a echipei tale  
pentru a crește **gradul de satisfacție** a pacienților!

### ADOM România înseamnă:

- Singura asociație de **management dentar** din România
- 4 ani de **cursuri intensive** în managementul dentar
- Peste **280 de manageri** de clinici dentare pregătiți
- **30 de start-up-uri** medicale dezvoltate

Detalii și înscrieri la:

**0755 222 040**  
www.dentalmanagers.ro  
f /ADOMRomania

CONFERINȚA:

# MAI ÎNTÂI BIOLOGIA!

**24-25  
NOIEMBRIE  
2017**

BUCUREȘTI, ROMEXPO

CONFERINȚE

DR. MIHNEA CAFADARU  
DR. VASILE CIRIMPEI  
DR. LOREDANA DUMITRAȘCU  
DR. LIGIA MUNTIANU  
DR. SERGIU NICOLA

**Study Club** 24 / NOV  
DR. MIHNEA CAFADARU

**Workshop** 25 / NOV  
DR. LIGIA MUNTIANU

CONTRIBUȚIA DE PARTICIPARE  
PENTRU MEDICI

**350** LEI

CONTRIBUȚIA DE PARTICIPARE  
PENTRU STUDENȚI

**100** LEI

ÎNSCRIERI ȘI INFORMAȚII  
SUPLIMENTARE:

0722 365 753  
[conferinta@dental.ro](mailto:conferinta@dental.ro) | [www.dental.ro](http://www.dental.ro)

PARTENERI

**Colgate**



ROMEXPO S.A.

EVENIMENT  
DESFAȘURAT  
ÎN CADRUL

**DENTA**  
zâmbet profesional

23 - 25 NOIEMBRIE 2017

CONFERINȚA:

# MAI ÎNTÂI BIOLOGIA!

24-25  
NOIEMBRIE  
2017

BUCUREȘTI, ROMEXPO

PROGRAM

## VINERI | 24 noiembrie

Sala Eminescu / Pavilion E2

**ORA**

Dinamica mandibulară și relațiile ocluzale -  
aplicații clinico-tehnice  
Dr. Ligia Muntianu

09.30 - 10.30

Importanța magnificației în chirurgia orală.  
Cazuri simple și complexe  
Dr. Mihnea Cafadaru

10.30 - 11.30

Pauză de cafea

11.30 - 11.45

Comunicarea digitală în stomatologie  
Dr. Loredana Dumitrașcu

11.45 - 12.30

Endo-Resto-Perio - un abord structurat  
Dr. Vasile Cîrîmpei

12.30 - 13.30

Aspecte biologice ale tratamentului  
endodontic  
Dr. Sergiu Nicola

13.30 - 14.30

CONTRIBUȚIA DE PARTICIPARE  
PENTRU MEDICI

350<sup>LEI</sup>

CONTRIBUȚIA DE PARTICIPARE  
PENTRU STUDENȚI

100<sup>LEI</sup>

## Study Club

### VINERI | 24 noiembrie

Sala Eminescu / Pavilion E2

ORA: 15.00 - 18.00

Aspecte practice în microchirurgia  
parodontală

Dr. Mihnea Cafadaru

NUMĂRUL DE  
PARTICIPANȚI

20

CONTRIBUȚIA  
DE PARTICIPARE

250<sup>LEI</sup>

## Workshop

### SÂMBĂȚĂ | 25 noiembrie

Sala Sadoveanu / Pavilion E2

ORA: 10.00 - 13.00

Dinamica mandibulară și relațiile  
ocluale - aplicații clinico-tehnice

Dr. Ligia Muntianu

NUMĂRUL DE  
PARTICIPANȚI

12

CONTRIBUȚIA  
DE PARTICIPARE

450<sup>LEI</sup>

Manifestarea nu este supusă creditării



Înscrieri și informații suplimentare: [conferinta@dental.ro](mailto:conferinta@dental.ro) | 0722 365 753 | [www.dental.ro](http://www.dental.ro)  
Contribuția de participare se achită în contul AMSPPR: cod fiscal 5330891  
IBAN RO 31 RNCB 0074 0292 1527 0001

CONFERINȚA:

# MAI ÎNTÂI BIOLOGIA!

24-25  
NOIEMBRIE  
2017

BUCUREȘTI, ROMEXPO

LECTORI

## Dr. Mihnea Cafadaru

Dr. Mihnea Cafadaru a absolvit Facultatea de Medicină Dentară „Victor Babeș” din Timișoara în anul 2007. Apoi a început să se instruiască în Parodontologie și Implantologie Orală.

În 2008 a finalizat cursul de Competență în Implantologie orală, sub îndrumarea Prof. Bratu Emanuel în Timișoara.

De atunci, Dr. Cafadaru s-a concentrat pe învățarea de la cei mai buni formatori din Europa, s-a focalizat pe reabilitări cu ajutorul implantelor dentare și a chirurgiei muco-gingivale asistate de microscop.



## Dr. Vasile Cirimpei

A absolvit Facultatea de stomatologie USMF „Nicolae Testemițanu” în anul 2009. Din 2013 până în prezent lucrează la teza de doctor în medicină:

“Evaluarea stabilității parodontale după procedee chirurgicale proprotetice” - Catedra Parodontologie.

Este membru EADPH din 2010.

Dr. Cirimpei este fondatorul Asociației Studenților Stomatologi, autor al 17 articole în domeniul stomatologiei și 4 în medicină generală.

## Dr. Loredana Dumitrașcu

Absolventă a Facultății de Medicină Dentară (U.M.F. „Carol Davila”), a Facultății de Comunicare și Relații Publice (SNSPA), este Doctor în Sociologie la Universitatea București, având studii în domeniul schimbării atitudinilor și comportamentului față de sănătatea orală.

Este specialist în comunicare în domeniul medical, cu 15 ani de experiență în jurnalism, relații publice și marketing. Din 2016 este coordonatoarea Departamentului de Marketing Profesional de la Colgate-Palmolive România.



Colgate



## Dr. Ligia Muntianu

A absolvit Facultatea de Stomatologie UMF Carol Davila în anul 1994.

Își desfășoară activitatea profesională în cadrul Universității de Medicină și Farmacie “Carol Davila” București, Disciplina de Protezare Totală și în particular în cabinetul propriu.

Este medic specialist în Protetică Dentară. Susține prezentări și conferințe pe tema diferitelor modalități de reabilitări protetice și a diferitelor protocoale de abordare a tratamentului, în sistem privat.

## Dr. Sergiu Nicola

A absolvit Facultatea de medicină dentară a UMF „Carol Davila” în 2003. Masterand în endodonție, promoția 2008 - 2010.

Dr. Nicola este membru al Asociației Române de Endodonție, are articole și numeroase prezentări de cazuri publicate pe site-uri de specialitate.





# AMSPPR

Asociația Medicilor Stomatologi  
cu Practică Privată din România

www.dental.ro

## Organizeaza

- curs **INTENSIV** de **DOUA** zile -



Lector Dr. Lupu Sebastian

## TRATAMENTUL MOLARILOR SUPERIORI

de la **ACCES** la **OBTURATIE**

**IASI 24-25 NOIEMBRIE 2017**

alaturi de



**20 LOCURI**

## TRATAMENTUL MOLARILOR SUPERIORI

de la **ACCES** la **OBTURATIE**

**HOTEL UNIREA SALA ORION**

**PRET MEMBRI : 1400 LEI    PRET NEMEMBRI : 1900 LEI**

tariful include: mesele de pranz si cotele breakurile in cele doua zile de workshop



Lector Dr. Lupu Sebastian

**INFORMATII SUPPLEMENTARE**  
tel. 0751247987 Alexandra Radu

Plata se poate face fie la

- sediul asociatiei din Bd Carol I nr 4, Cladirea Habitat Proiect Copou;
- contul RO25 BTRL 0240 1205 M 93453 XX, cod fiscal 13480091 deschis la Banca Transilvania Iasi.



## TRATAMENTUL MOLARILOR SUPERIORI

de la **ACCES** la **OBTURATIE**

**Vineri 24.11.2017**

**9,00-10,30 Partea Teoretica**

- diagnosticul in endodontie
- izolarea cu diga - de la simplu la complex
- accesul - realizarea unui design conservativ al cavitatii de acces
- negocierea initiala a canalului radicular (scouting si glidepath management)

**10,30-11,00 COFFEE BREAK**

**11,00 - 13,00 Partea Teoretica**

- localizarea si accesarea canalului MV1
- tratamentul mecanic si chimic al canalelor radiculare
- protocoale de utilizare a irigantilor

**13,00-14,00 LUNCH BREAK**

**14,30-16,00 Partea Practica HANDS ON - Microscope assisted**

- realizarea accesului la molarul 1 superior pe dinti extrasi (adusi de cursanti) si / sau pe dinti din plastic
- identificarea si scouting-ul canalelor radiculare - manual
- glidepath management

**DISCUTII LIBERE**



Lector Dr. Lupu Sebastian



## TRATAMENTUL MOLARILOR SUPERIORI

de la **ACCES** la **OBTURATIE**

**Sambata 25.11.2017**

**9,00-10,30 Partea Teoretica**

- determinarea corecta a lungimii de lucru
- asezarea canalelor radiculare folosind sisteme rotativ

**10,30-11,00 COFFEE BREAK**

**11,00 - 13,00 Partea Teoretica**

- tehnici de obturare a canalelor radiculare (tehnica condensarii verticale la cald/condensarea laterala la rece)
- criteriile succesului pe termen lung al unui tratament endodontic

**13,00 - 14,00 LUNCH BREAK**

**14,30 - 16,30 Partea Practica HANDS ON - Microscope assisted**

- prepararea canalelor radiculare - rotativ
- obturarea prin tehnica condensarii verticale la cald

**DISCUTII LIBERE**



Lector Dr. Lupu Sebastian



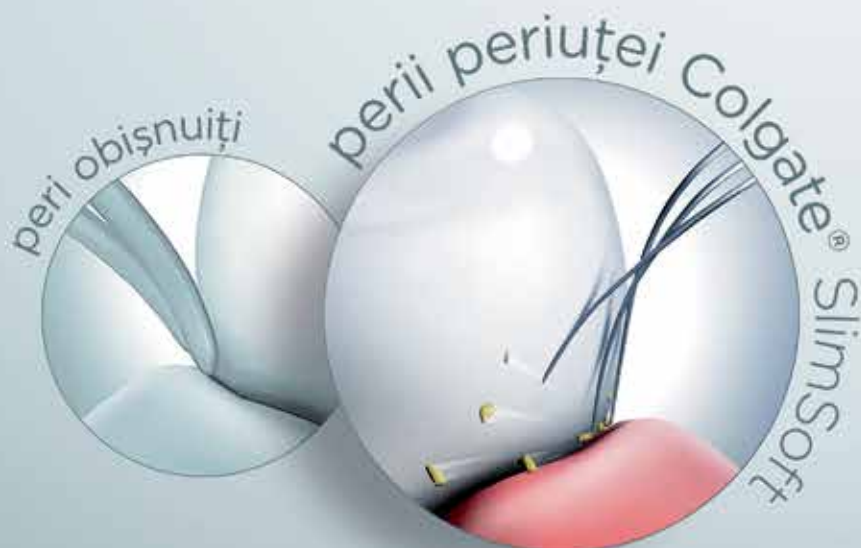
**Colgate®**

**Slim Soft**

contribuie la prelungirea  
efectului igienizării  
profesionale

peri de **17x** mai  
subțiri

decât cei ai periștelor  
de dinți obișnuite

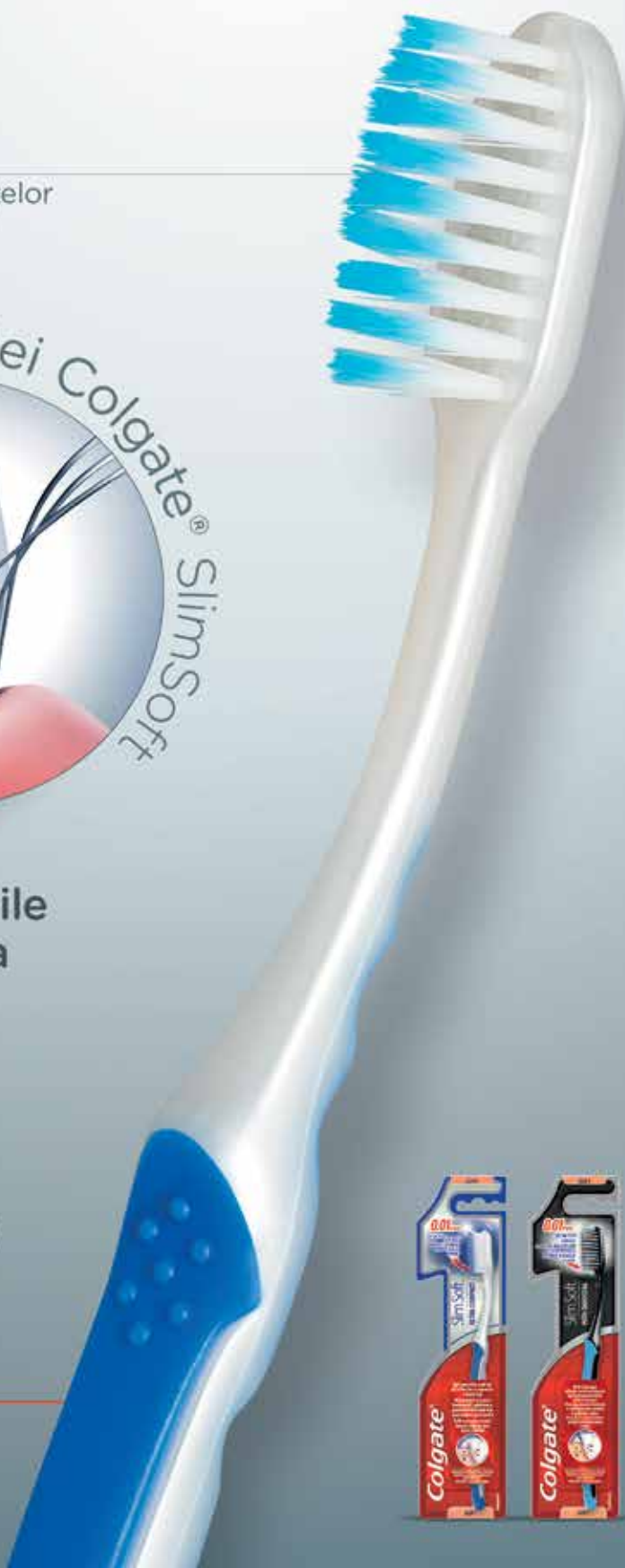


Curățare profundă în spațiile  
interdentare și la marginea  
gingivală

- ✓ Acces interproximal de 1,5X  
mai profund<sup>1</sup> Colgate Slim Soft  
vs. peri cu vârf rotunjit
- ✓ Acces subgingival de 6X  
mai profund<sup>2</sup> Colgate Slim Soft  
vs. peri cu vârf rotunjit

<sup>1</sup>Interproximal Access Efficacy Study. Data on File.  
Colgate-Palmolive Company

<sup>2</sup>Sub-gingival Access Efficacy Study. Data on File.  
Colgate-Palmolive Company



# Avantajele extracției dentare parțiale în menținerea volumului osos și gingival. Implicații în implantologia orală și protetica dentară tradițională.

EDUCAȚIE PROFESIONALĂ



Dr. Mihnea Cafadaru

## Autorul:

Dr. Mihnea Cafadaru, DDS

Parodontologie și Implantologie Orală

Dr. Mihnea Cafadaru a absolvit Facultatea de Medicină Dentară „Victor Babeș” din Timișoara în anul 2007. În 2008 a finalizat cursul de Competență în Implantologie orală, sub îndrumarea Prof. Bratu Emanuel.

Dr. Mihnea Cafadaru își desfășoară activitatea profesională în orașul Arad. Ca profil general, se concentrează pe tratamente de stomatologie generală, însă accentul principal este pus pe reabilitări cu ajutorul implantelor dentare și a chirurgiei muco-gingivale asistate de microscop.

## ABSTRACT:

După extracția dentară, indiferent în ce manieră a fost aceasta realizată, chiar dacă se utilizează instrumente extrem de fine împreună cu o tehnică minim invazivă, osul alveolar intră într-un proces de resorbție și remodelare. Această remodelare survine atât vertical, cât și orizontal, rezultând astfel un defect osos important. De asemenea, pierderea volumului osos duce după sine și la o pierdere de țesut moale, rezultând astfel un defect inestetic, mai ales în zona frontală.

Pentru a preveni, dar mai ales pentru a compensa remodelarea tisulară, au fost propuse de-a lungul timpului mai multe metode de Regenerare Osoasă Ghidată (ROG sau GBR), precum și tehnici de îmbunătățire a țesutului gingival. Cele mai multe dintre aceste metode necesită utilizarea unui substitut osos de tipul xenogrefei, împreună cu o membrană barieră, pentru a stabiliza coagulul și pentru a împiedica invazia epiteliu-conjunctivă în interiorul defectului. De asemenea, există posibilitatea utilizării grefelor osoase umane, împreună cu adiții de țesut gingival. Însă, deoarece adițiile osoase invazive și nepredictibile în anumite situații, mai ales în zona frontală, anumiți autori au sugerat și implementat tehnici de păstrare a fragmentelor dentare sănatoase în situ. Aceste metode sunt utilizate pentru prevenirea resorbției tăbliei osoase vestibulare, atât în cazul implanturilor dentare, cât și în cazul punților tradiționale, mai ales în zona estetică.

**Cuvinte cheie:** socket shield, extracție, minim-invaziv, estetică, regenerare osoasă.

## INTRODUCERE:

Din punct de vedere odontogenic, formarea osul alveolar este în strânsă legatură cu erupția dentară. Osul aflat în proximitatea rădăcinii dentare este vascularizat cu precădere de către membrana parodontală a respectivului dinte. De aceea, chiar și în cazul prezenței rădăcinilor irecuperabile, la suprafața crestei alveolare, osul este păstrat. (Fig. 1a, 1b și 1c)

Mai mulți autori au demonstrat faptul că păstrarea

rădăcinilor dentare întregi, sau doar o parte a acestora, determină menținerea ligamentului parodontal, și odată cu acesta, păstrarea osului alveolar corespunzător. Începând cu 1960, clinicienii au demonstrat o procedură prin care, rezecând coroana unui dinte și acoperind rădăcina (Root Submerged Technique RTS) cu un lambou pediculat, au reușit să păstreze volumul osos din acea zonă pe o perioadă de minim 10 ani. Salama et al. a arătat, de

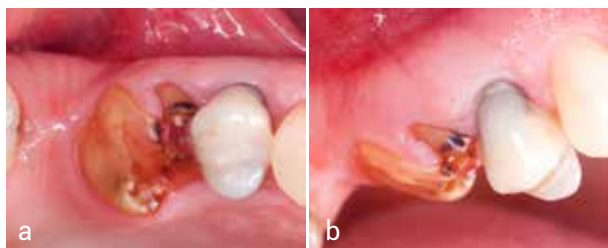
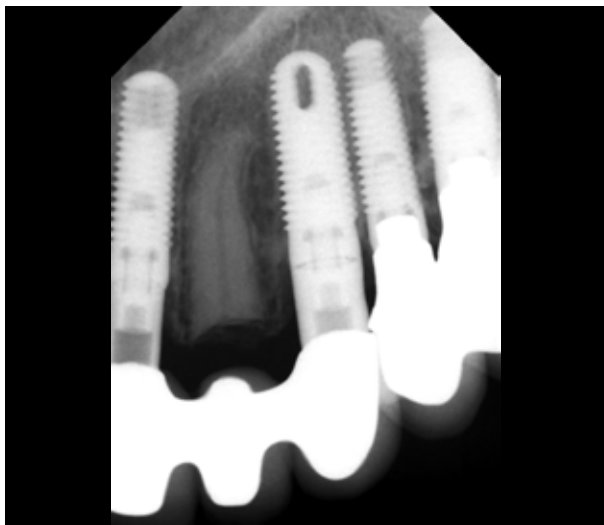


Fig. 1a și 1b - Situația pre-operatorie. Rădăcinile restante sunt situate supracrestal.



Fig. 1c - După îndepărtarea resturilor dentare, se poate observa un sept osos păstrat intact, datorită prezenței rădăcinilor.

asemenea, prin tehnica de submersie a unei rădăcini între două implantate în zona anterioară, ca osul alveolar poate fi păstrat intact, cu condiția să nu existe proces inflamator activ la nivelul acestor rădăcini (Fig. 2).



**Fig. 2 - Aspectul radiologic la 9 ani. Nu se evidențiază nicio leziune periapicală sau a parodontiului de susținere. (Fotografie reproducă cu acceptul Dr. Maurice Albert Salama)**

Alte grupuri de autori, Hurtzeler et al., precum și Gluckman et al., au demonstrat că păstrarea intenționată a unei lamele de rădăcina vestibulară, în porțiunea coronară, va ajuta la menținerea fiziologică a osului vestibular și astfel un implant imediat- postextractional poate fi inserat.

În acest articol, vor fi prezentate diferite situații clinice în care au fost utilizate 2 tehnici de păstrare a osului vestibular, atât în situația inserării unui implant, cât și pentru protetica tradițională.

### 1. Păstrarea volumului osos cu ajutorul tehnicii de "Submersie radiculară- Root submerged technique".

Primul caz este al unei paciente în vârstă de 45 de ani, nefumătoare și fără antecedente medicale. Problema principală pe care pacienta a semnalat-o a fost descimentarea repetată a unei lucrări protetice unidentare, la nivelul dintelui 2.5. După examinarea radiologică și clinică (Fig. 3 și 4), s-a descoperit faptul că rădăcina restantă nu mai putea constitui un suport funcțional pentru lucrarea protetică, atât din lipsa de „efect ferrulle”, cât și datorită diametrului excesiv al canalului radicular.



**Fig. 3**



**Fig. 4**



**Fig. 5**



**Fig. 6**

Au fost prezentate alternativele terapeutice, inclusiv inserarea postextractională a unui implant. Pacienta nu a fost de acord cu varianta implantului, de aceea, a fost propusă alternativa îndepărtării coroanelor de la nivelul dinților 2.6 și 2.4, verificarea și/sau refacerea tratamentelor endodontice și a reconstituirilor celor doi dinți, iar ulterior realizarea unei punți de la 2.4 la 2.6, cu evitarea inserării unui implant.

Deoarece spațiul periodontal al dintelui 2.5 nu prezenta semne inflamatorii acute, cu ajutorul magnificației a fost realizată exereza dentinei alterate, dezinfectarea spațiului endodontic accesibil și sigilarea cu ciment ionomer de sticlă a rădăcinii (Fig. 5 și 6). În etapa următoare, rădăcina a fost redusă cu ajutorul frezelor diamantate până la nivel osos (Fig. 6). Pentru a o proteja de mediul bucal, s-a decis la acoperirea acesteia cu un lambou epitelio-conjunctiv pediculat, din zona mucoasei palatine.

Pediculul a fost creat în forma semilunară, s-a utilizat o lamă 15c (Fig. 7 și 8) . Acest pedicul trebuie să aibă dimensiuni suficiente, pentru a evita necrozarea parțială sau totală. La fel de importantă este și menținerea unei lățimi suficiente a porțiunii atașate.



Fig. 7



Fig. 8

Lamboul a fost rotit și suturat, utilizând un fir monofilament 7.0, pentru a nu perturba vascularizația zonei și pentru a grăbi vindecarea (Fig. 9).



Fig. 9

Cei doi stalpi protetici au fost protejați cu ajutorul a două coroane acrilice, însă la nivelul lui 2.5 spațiul a fost lăsat liber. Una din regulile de reușită a acestui tip de tratament este ca, lamboul pediculat sau grefa gingivală să nu fie perturbată pe perioada vindecării (3-5 săptămâni).

Firele de sutură au fost îndepărtate după 2 săptămâni. Se poate observa vindecarea fără probleme a grefei (Fig. 10 și 11). După îndepărtarea firelor și dispariția simptomelor inflamatorii, a fost realizată o punte acrilică cu rol de protecție, pentru o perioadă de 2 luni.



Fig. 10



Fig. 11

După această perioadă de 2 luni, timp în care țesutul gingival s-a maturizat, câmpul protetic a fost amprentat, s-a utilizat un singur fir de refracție gingivală (Fig. 12). O lucrare protetică din oxid de zirconiu placat cu ceramică Emax a fost realizată și cimentată cu un ciment rășinic.

Este important de menționat faptul că viitorul corp de punte nu trebuie să pună presiune excesivă pe zona unde este prezentă rădăcina.



Fig. 12

Aspectul imediat după cimentare. Aspect clinic normal, fără ischemie gingivală și fără inflamație, la 2 luni după cimentare (Fig. 13).

Radiografia post-operatorie, la 6 luni după intervenția de acoperire a rădăcinii, nu prezintă semne de leziune (Fig. 14).



Fig. 13



Fig. 14

## EDUCAȚIE PROFESIONALĂ

Avantajele extracției dentare parțiale

**Alternativa chirurgicală a lamboului pediculat** este aceea de a utiliza o grefă liberă epitelio-conjunctivă (Fig. 15). Dezavantajul acestei tehnici este acela că se apelează doar la vascularizația redusă a sitului receptor, iar aceasta poate să ducă la pierderea grefei. Grefa poate fi prelevată atât din zona palatului anterior, cât și din zona tuberozității (Fig. 16).

Diametrul grefei trebuie să fie puțin mai mare decât al zonei receptoare, pentru un contact cât mai intim. De aceea este necesară măsurarea precisă. (Fig. 17 și 18).

De obicei, grefa este suturată cu fir neresorbabil 7.0, pentru a minimiza atât trauma provocată de ac, cât și reacția inflamatorie consecutivă degradării firelor resorbabile (Fig. 19).

Lucrarea provizorie trebuie să se adapteze perfect pe bonturile limitrofe, însă trebuie să fie la distanță de zona intervenției, pentru a nu interfera cu modificările dimensionale de pe parcursul vindecării.



Fig. 17



Fig. 15



Fig. 18



Fig. 16

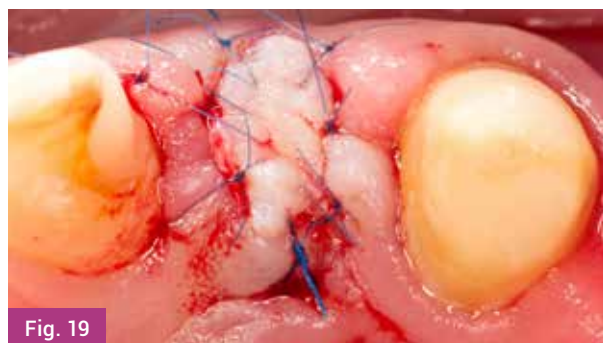


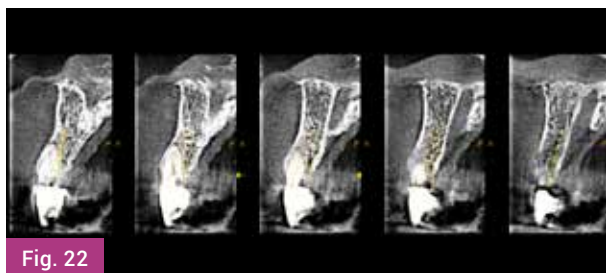
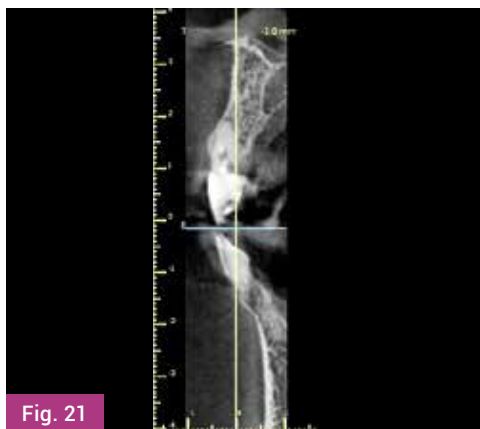
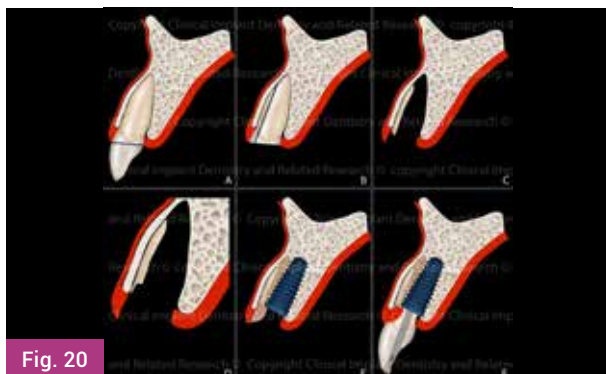
Fig. 19

## 2. Păstrarea volumului osos în jurul implantelor în zona frontală. Tehnica „Socket shield”.

Implantarea post-extracțională este foarte predictibilă, mai ales datorită tehnicilor minim invazive prin care se realizează. Însă oricât de bine ar fi realizată această intervenție și oricât de bine ar fi proiectat un implant dentar, ne putem totuși aștepta la o remodelare osoasă și gingivală odată cu extracția dentară, modificare ce poate fi chiar mai importantă în cazul biotipului subțire.

Tehnica de păstrare a unui fragment dentar lamelar, în zona vestibulară după extracție, este una predictibilă, și s-a arătat deja promițătoare în urma mai multor studii clinice. Practic, prin păstrarea acestui fragment atașat de osul rezidual, vestibular și/sau proximal, putem păstra intactă întreaga zonă, iar recesia osoasă și gingivală nu mai survine (Fig. 20).

Pacientul în vârstă de 50 ani, nefumător și fără probleme medicale relevante, a necesitat intervenția noastră în urma fracturii orizontale a dintelui 1.1. Dintele a fost evaluat clinic și radiologic, pentru a stabili dacă poate fi reconstituit și funcționalizat (Fig. 21 și 22).



După îndepărtarea coroanei fracturate (Fig. 23), am constatat lipsa de „efect ferrule” (Fig. 24a și 24b), iar acest lucru a determinat decizia de a găsi soluții pentru înlocuirea dintelui. Astfel am hotărât, împreună cu pacientul, extracția incisivului central și inserarea imediată a unui implant.



Pacientul a primit o restaurare provizorie în zona frontală, pe o perioadă de câteva săptămâni. Această lucrare provizorie a fost realizată în așa fel încât să nu interfere cu igiena (Fig. 25 și 26).





Fig. 26

Intervenția de extracție a restului radicular s-a realizat cu anestezie locală și cu ajutorul magnificației (microscop). Deoarece restul radicular a fost intact, fără urme de fisură sau resorbție, am decis utilizarea tehnicii „Socket shield”. Rădăcina a fost secționată transversal (Fig. 27), în direcție mezio-distală, pentru a facilita îndepărtarea porțiunii palatinale și păstrarea celei vestibulare. Secționarea s-a făcut, obligatoriu, cu ajutorul instrumentelor rotative diamantate cu gât lung. Este contraindicată utilizarea frezelor extra-dure, deoarece pot determina apariția fisurilor și mobilizarea fragmentului radicular, datorită vibrațiilor produse.



Fig. 27

După secționarea rădăcinii, au rezultat două fragmente, unul palatinal și unul vestibular. Pentru a evita ruperea ligamentelor de susținere parodontală, înaintea luxării fragmentului palatinal, a fost utilizată o lamă de microchirurgie pentru a secționa ligamentul parodontal (Fig. 28).



Fig. 28



Fig. 29



Fig. 30



Fig. 31

Cu ajutorul unui luxator fin, a fost mobilizată porțiunea palatinală (Fig. 29 și 30). Fragmentul vestibular a fost subțiat și adâncit aproximativ 1 mm subgingival, însă obligatoriu supra-osos (Fig. 31). O atenție sporită este necesară pentru a evita atât subțierea excesivă, cât și mobilizarea fragmentului.

După atenta inspecție și chiuretarea alveolei, s-a realizat prepararea sitului în vederea inserării implantului. S-au respectat aceleași principii ca și în cazul implantării post-extracționale clasice: prepararea palatinală (Fig. 32) și poziționarea la distanță de osul vestibular (Fig. 33). Nu s-a utilizat un implant cu diametru mare, de aceea prepararea pentru inserarea acestuia a fost relativ rapidă (Fig. 34).

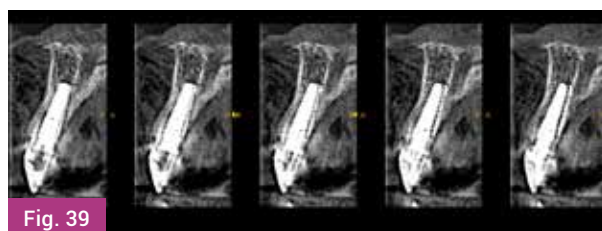


Trebuie menționată importanța păstrării distanței dintre implant și restul radicular. Primele articole, cum ar fi cel al lui Hurtzeler et al, precizau necesitatea contactului intim dintre corpul implantului și fragmentul vestibular, însă cercetările clinice ulterioare au demonstrat faptul că există un risc mare de mobilizare a fragmentului, dacă implantul este inserat cu un cuplu ridicat.

Deși nu este dovedită clinic necesitatea adăugării osoase în spațiile rămase libere, am decis, pe baza experienței autorilor acestor rapoarte clinice, adăugarea unor parti-

cule osoase de tip xenogrefă (Fig. 35). O membrană APRF rezultată din centrifugarea sângelui pacientului, a fost utilizată împreună cu un stâlp protetic, pentru închiderea cât mai bună a porțiunii coronare (Fig. 36 și 37).

O lucrare provizorie a fost apoi cimentată pe dinții vecini, pentru a masca problema estetică rezultată (Fig. 38). A fost necesară o verificare cu ajutorul unui CBCT de control (Fig. 39).



S-a putut observa de la bun început o pierdere verticală a papilei dintre 1.1 și 1.2, consecutivă unei pierderi osoase în antecedente (Fig. 40). Această discrepanță nu va putea fi îmbunătățită prin nicio tehnică actuală.

După o perioadă de așteptare de 4 luni, se poate observa o stabilitate a țesuturilor înconjurătoare (Fig. 41). Următoarea etapă a fost să începem reabilitarea protetică provizorie și ulterior cea definitivă. Strategia a fost aceea de a copia cât mai bine natura, de aceea laboratorul a fabricat un stâlp protetic anatoform, din zirconiu.



Fig. 40



Fig. 41

Prin utilizarea acestui tip de stâlp, clinicianul nu mai este nevoit să-l îndepărteze în momentul amprentărilor ulterioare și al probelor (Fig. 42 și 43).



Fig. 42



Fig. 43

Odată cu fixarea stâlpului din zirconiu, a fost cimentată și o lucrare provizorie din PMMA (Fig. 44 și 45).

După o perioadă de încă o lună, s-a trecut la etapa de amprentare pentru lucrarea protetică definitivă. S-a optat pentru o reabilitare a întregii zone frontale, utilizând fațete Emax și o coroană Emax pe implant, deoarece pacientul a dorit și îmbunătățirea aspectului estetic al dinților vecini (Fig. 46).



Fig. 44



Fig. 45



Fig. 46

## EDUCAȚIE PROFESIONALĂ

Avantajele extracției dentare parțiale

Este evidentă păstrarea și chiar îmbunătățirea calității țesutului gingival. (Fig. 47 și 48)



Amprenta a fost înregistrată utilizând un fir din teflon, pentru evicțiunea sulcusului gingival, bontul din zirconiu fiind apreatat ca și un stâlp natural (Fig. 49) .



Cimentarea lucrărilor a fost realizată după izolarea cu diga și utilizând un ciment răsinos. A fost foarte importantă menținerea unei stări de sănătate gingivală (Fig. 50, 51 și 52), pentru a putea realiza cimentarea în condiții cât mai bune. Rezultatul final, atât funcțional cât și estetic, este satisfăcător (Fig. 53 și 54).



De asemenea, rezultatele după stabilizarea gingiei sunt promițătoare la recall-ul de 6 luni. (Fig. 55, 56).



Fig. 55



Fig. 56

Verificarea radiologică a fost realizată la 12 luni de la finalizarea cazului (Fig. 57).



Fig. 57

Complicațiile asociate cu aceste tehnici sunt de obicei perforația gingivală și formarea de chisturi, mai ales atunci când se păstrează dinți ce au prezentat proces acut sau cronic periapical la momentul sigilării. De asemenea una dintre complicațiile mai des întâlnite este aceea de mobilizare a fragmentului, însă aceasta poate fi remediată imediat prin îndepărtarea acestuia.

#### CONCLUZII:

Tehnicile de utilizare a fragmentelor dentare pentru a menține stabil nivelul osos și gingival se arată promițătoare și cu rezultate foarte bune pe termen mediu. Deoarece este nevoie de studii histologice și clinice mai aprofundate, clinicianul este sfătuit să apeleze la o evaluare extrem de bună a cazurilor, înainte de a stabili strategia chirurgicală și restauratorie a cazurilor de zi cu zi. Sunt foarte importante calitatea țesuturilor înconjurătoare, biotipul gingival și constituția osoasă a pacientului, precum și obiceiurile de igienă orală.

Datorită multitudinii de studii clinice, precum și datorită experienței bogate a clinicienilor care utilizează aceste tehnici, se poate concluziona faptul că, atunci când cazul este evaluat corect, iar etapele clinice sunt realizate cu maximă atenție, complicațiile asociate sunt reduse, sau inexistente.

## Bibliografie:

1. Cardaropli, G.; Araújo, M.G.; Lindhe, J. Dynamics of bone tissue formation in tooth extraction sites. An experimental study in dogs. *J. Periodontol.* 2003, 30, 809–818.
2. Araújo, M.G.; Lindhe, J. Dimensional ridge alterations following tooth extraction: An experimental study in the dog. *J. Periodontol.* 2005, 32, 212–218.
3. Schropp, L.; Wenzel, A.; Kostopoulos, L. Bone healing and soft tissue contour changes following single-tooth extraction: A clinical and radiographic 12-month prospective study. *Int. J. Periodontics Restor. Dent.* 2003, 23, 313–323.
4. Botticelli, D.; Berglundh, T.; Lindhe, J. Hard-tissue alterations following immediate implant placement in extraction sites. *J. Periodontol.* 2004, 31, 820–828.
5. Nevins, M.; Camelo, M.; de Paoli, S.; Friedland, B.; Schenk, R.K.; Parma- Benfenati, S.; Simion, M.; Tinti, C.; Wagenberg, B. A study of the fate of the buccal wall of extraction sockets of teeth with prominent roots. *J. Periodontol.* 2006, 26, 19–29.
6. Chen, S.T.; Wilson, T.G.; Hämmerle, C.H. Immediate or early placement of implants following tooth extraction: Review of biologic basis, clinical procedures, and outcomes. *Int. J. Oral Maxillofac. Implant.* 2004, 19, 12–25.
7. Araújo, M.G.; Sukekava, F.; Wennström, J.L.; Lindhe, J. Ridge alterations following implant placement in fresh extraction sockets: An experimental study in the dog. *J. Periodontol.* 2005, 32, 645–652.
8. Prato, G.P.; Cairo, F.; Tinti, C.; Cortellini, P.; Muzzi, L.; Mancini, E.A. Prevention of alveolar ridge deformities and reconstruction of lost anatomy: A review of surgical approaches. *Int. J. Periodontics Restor. Dent.* 2004, 24, 434–445.
9. Garver, D.G.; Fenster, R.K. Vital root retention in humans: A final report. *J. Prosthet. Dent.* 1980, 43, 368–373.
10. Salama, M.; Ishikawa, T.; Salama, H.; Funato, A.; Garber, D. Advantages of the root submergence technique for pontic site development in esthetic implant therapy. *Int. J. Periodontics Restor. Dent.* 2007, 27, 521–527.
11. Von Arx, T.; Brägger, U.; Scheuber, S.; Bosshardt, D. Implantattherapie nach Frontzahntrauma. *Schweiz. Monatsschr. Zahnmed.* 2013, 123, 417–427.
12. Davarpanah, M.; Szmukler-Moncler, S. Unconventional implant treatment: Implant placement in contact with ankylosed root fragments. A series of five cases. *Clin. Oral Implant. Res.* 2009, 20, 851–856. *Dent. J.* 2014, 2 21
13. Hürzeler, M.B.; Zuhr, O.; Schupbach, P.; Rebele, S.F.; Emmanouilidis, N.; Fickl, S. The socket-shield technique: A proof-of-principle report. *J. Periodontol.* 2010, 37, 855–862.
14. Parlar, H.; Bosshardt, D.D.; Unsai, B.; Cetiner, D.; Haytaç, C.; Lang, N.P. New formation of periodontal tissues around titanium implants in novel dentin chamber model. *Clin. Oral Implant. Res.* 2005, 16, 259–267.
15. Ashman, A. Ridge preservation—the future practice of dentistry. *Dent. Econ.* 1995, 85, 82–83.
16. Fiorellini, J.P.; Nevins, M.L. Localized ridge augmentation/preservation. A systematic review. *Ann. Periodontol.* 2003, 8, 321–327.
17. Jung, R.E.; Philipp, A.; Annen, B.M.; Signorelli, L.; Thoma, D.S.; Hämmerle, Ch.; Attin, T.; Schmidlin, P. Radiographic evaluation of different techniques for ridge preservation after tooth extraction: A randomized controlled clinical trial. *J. Periodontol.* 2013, 40, 90–98.
18. Casey, D.M.; Lauciello, F.R. A review of the submerged-root concept. *J. Prosthet. Dent.* 1980, 43, 128–132.
19. Dugan, D.J.; Getz, J.B.; Epker, B.N. Root banking to preserve alveolar bone: A review and clinical recommendation. *J. Am. Dent. Assoc.* 1981, 103, 737–743.
20. Malmgren, B.; Cvek, M.; Lundberg, M.; Frykholm, A. Surgical treatment of ankylosed and infra-positioned re-implanted incisors in adolescents. *Scand. J. Dent. Res.* 1984, 92, 391–399.
21. Pietrovski, J.; Massler, M. Alveolar ridge resorption following tooth extraction. *J. Prosthet. Dent.* 1967, 17, 21–27.
22. Wood, D.L.; Hoag, P.M.; Donnenfeld, O.W.; Rosenfeld, L.D. Alveolar crest reduction following full and partial thickness flaps. *J. Periodontol.* 1972, 43, 141–144.
23. Davarpanah, M.; Szmukler-Moncler, S.; Davarpanah, K.; Rajzbaum, P.; de Corbière, S.; Capelle-Quadah, N.; Demurashvili, G. Unconventional transradicular implant placement to avoid invasive surgeries: Toward a potential paradigm shift. *Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac.* 2012, 113, 335–349.
24. José Carlos Martins da ROSA ; Ariádene Cristina Pértile de Oliveira ROSA , Diameter selection of implants placed in extraction sockets: a new approach. *Dental Pres Implantol.* 2014 Apr-June;8(2):80-9
25. Alessandro Agnini, DDS Maurice A. Salama, DMD, Henry Salama, DMD, David A. Garber, DMD, Andrea Mastroiosa Agnini, DDS Surgical Veneer Grafting Compensation for Natural Labial Plate Remodeling After Immediate Implant Placement
26. Howard Gluckman, Jonathan Du Toit, Maurice Salama, The socket-shield technique to support the buccofacial tissues at immediate implant placement. *INTERNATIONAL*



**MEDIDENT**  
Your Dentality Partner

- Cursuri pentru specializare
- Echipamente si consumabile
- Implantologie
- Magazin online



viziteaza

[www.medidentexim.ro](http://www.medidentexim.ro)

[www.dentaloutlet.ro](http://www.dentaloutlet.ro)



ne gasesti si in:

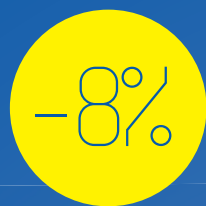
**Brasov, str. Traian, nr.109**





## imagistică dentară 2D și 3D la superlativ

Compania italiană NewTom, membră a grupului CEFLA, și-a câștigat renumele mondial ca fiind primii care au brevetat și dezvoltat tehnologia Cone BEAM 3D în domeniul chirurgiei maxilo-faciale. Newtom Italia promovează cele mai înalte standarde de imagistică dentară, cu multiple variante de vizualizare și un nivel superior de prelucrare, adaptate chiar și celor mai pretențioase clinici stomatologice. Sigur atât pentru pacient cât și pentru tehnician, sistemul Safe BEAM reglează automat dozajul de radiații în funcție de densitatea osoasă a pacientului.



pentru comenzi pe [www.halmadent.ro](http://www.halmadent.ro)



~~2.690~~

**2.475** euro  
TVA INCLUS

- clasă de sterilizare B
- cuvă din inox
- ciclu rapid în 30 minute
- ciclu clasic în 35 minute
- imprimantă termică încorporată
- port USB



**★ BONUS**

- Siglator LAFOMED LF-F300A
- Distilator 4 litri



PLATA  
ÎN RATE



GARANȚIE  
2 ANI



SERVICE ÎN 24H  
GARANTAT CONTRACTUAL



SERVICE CU  
PIESĂ LA SCHIMB



POSTGARANȚIE  
10 ANI

Ofertă promoțională valabilă folosind cuponul de discount **LAFARMED17** pentru cumpărături online până la 20.11.2017 pe [www.halmadent.ro](http://www.halmadent.ro)

Tel: 0268.414.157  
[vanzari@halmadent.ro](mailto:vanzari@halmadent.ro)  
[www.halmadent.ro](http://www.halmadent.ro)

Vă așteptăm la:

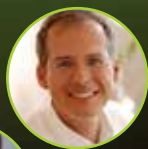
**AR-MEDICA Arad** 02-04 noiembrie 2017

**DENTA București** 23-25 noiembrie 2017

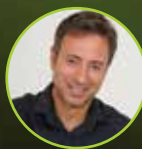
# IMPLANTS CONNECTED TO NATURE

26 - 28 Octombrie 2017 | Sibiu, Hotel Ramada

Dr. Frank Kistler



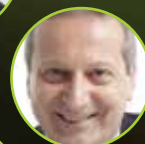
Dr. Stavros Pelekanos



Dr. Bratu Emanuel



Dr. Marco Esposito



Dr. Nigel Saynor



Dr. Mykhaylyuk Nazariy



Dr. Alessandro Ponte



Dr. Oleg Solomon



Dr. Sorin Mihali



Dr. Francesco Mangano



Dr. Fabrizia Luongo



Dr. Cafadaru Mihnea



Dr. Florin Lazarescu



Dr. Ugo Covani



## Taxă participare Congres

Înscrieri până la	Membri	Medici	Rezidenți	Studenti*
	SRSD	nemembri		
1 iunie	650	850	500	400
1 august	810	1050	650	500
15 septembrie	1000	1300	850	600
25 octombrie	1200	1500	1100	700
26-28 octombrie	1600	1600	1600	1600

Detalii și înscrieri: 0736 648 643 | office@srsd.eu | www.srsd.eu

Taxele sunt în lei.

Prețurile nu includ participarea la petrecere – 240 lei. Ne rezervăm dreptul de a refuza înscrieri în ziua congresului, din cauza inconvenientelor organizatorice (porții, pauză de cafea, meniuri, locuri în sală).

\*Studenti, la prima facultate, cu carnet vizat pentru anul universitar 2017-2018.

# Recuperarea odontală a cazurilor cu fractură cuspidiană prin intermediul preparării verticale fără utilizarea mijloacelor chirurgicale adiționale

EDUCAȚIE PROFESIONALĂ



Dr. Vasile Cîrîmpei

1996-2001 – Gimnaziul George Meniuc, or. Chișinău  
2001-2004 – Colegiul Financiar Bancar  
2004-2009 – Facultatea de stomatologie USMF \*Nicolae Testemițanu\*  
2009-2012 – Rezidențiatul Stomatologie  
2013-prezent teza de doctor în medicină – Evaluarea stabilității parodontale după procedee chirurgicale proprotetice. Catedra Parodontologie Membru EADPH din 2010 – Fondatorul Asociației Studenților Stomatologi, autor al 17 articole în domeniul stomatologiei și 4 în medicină generală

Prepararea unui bont dentar a reprezentat și probabil va reprezenta încă mult timp o filozofie, un concept și presupune înțelegerea stomatologiei ca disciplină.

În ziua de azi putem spune că există un flux abundent de date prezente în articole, tratate și cărți destinate stomatologiei ortopedice fixe. Generic vorbind, există două concepte mari asupra modalităților de preparare a bonturilor dentare, așa cum sunt descrise și în literatură<sup>1</sup>: prepararea pe orizontală (ceea ce în slang-ul zonei noastre este adesea denumit și prepararea cu prag, un lexicon care generează multe neînțelegeri) cu foarte multe variații: rounded shoulder, straight shoulder, chamfer, shoulder with bevel, chamfer with bevel, 135/Kuwata etc.<sup>2</sup>; precum și prepararea pe verticală, care este denumită și prepararea fără prag, având variațiile sale: knife edge, feather edge, iar mai nou - shoulderless.

Existând aceste două concepte în prepararea unui bont dentar, practicienii sunt catalogați drept „orizontaliști” (cei ce prepară cu prag) și „verticaliști” (cei ce prepară fără prag).

Mult timp prepararea tangentă a fost considerată prepararea cea mai nefastă pentru parodontiu, deseori catalogată ca fiind practică de cei care nu o cunosc pe cea orizontală și nu o pot aplica. Prepararea pe orizontală este singura care ar putea garanta succesul în ceea ce privește integrarea unei restaurări de tip full jacket, deoarece o face aplicabilă, sigură și cel mai important, integrată cu fluxul de laborator al acestei metode. Articolul de bază ține să demonstreze exact opusul.

Primul aspect pe care trebuie să-l luăm în considerare privind alegerea variantei optime de preparare este evaluarea rezultatului final. O atenție deosebită ar trebui acordată selecției uneia dintre cele două metode, care să ne ghideze în alegerea tehnicii de tratament și evaluarea outcome-ului (rezultatul tratamentului). Ca membru a grupului Tomorrow Tooth, promovăm un concept privind individualizarea rezultatului pe pacient (patient centered outcome). Criteriul cel mai frecvent pe care îl evaluează pacienții este durata de lucru pe care a avut-o restaurarea,

lipsa de simptome clinice și estetica atunci când aceasta are un rol important. Majoritatea practicienilor se axează pe rezultatul etapelor efectuate (process based outcome), de exemplu irigarea, temperatura folosită și dispozitivele utilizate pentru a obține vindecarea unei leziuni endodontice. Tehnicile folosite ar trebui să inducă un outcome mai bun, dar clinic nu avem același rezultat favorabil. Între cele două concepte este o diferență foarte fină, dar totodată vizibilă. În opinia autorului, diferențele rezultatului final asupra longevității coroanelor ce sunt preparate tangențial, au un fundament esențial mecanic și ingineresc, care este foarte frecvent limitat de bazele biologice și fiziologice ale unui dinte – zona pericervicală.

Al doilea concept este continuumul endodontic – endorestorativ – protetic, efectul de ferule înțeles în trei planuri, și cel mai important în dentina pericervicală. Aceste concepte au fost introduse recent de către J. Khademi și D. Clark<sup>3</sup>, iar ceea ce observă toți practicienii este că dinții destinați extracției sunt de obicei dinții care sunt „slăbiți” exact în această regiune – zona de colet, acolo unde grosimea dentinei este cea mai mică, astfel dințele fiind expus la fractură. Scopul nostru de bază este de a păstra intactă, pe cât posibil, această zonă, unica modalitate fiind diminuarea conicității spațiului endodontic în timpul preparării mecanico-chimice a canalului radicular și de a prepara în sens vertical, păstrând astfel efectul de ferule.

Pacienta A. s-a prezentat cu acuze dure-roase după ce a suferit un accident și anume, și-a pierdut conștiința în urma unei hipoxii, iar în urma căzăturii a suferit un traumatism mandibular. În urma acestei traume cei doi dinți intacti de pe hemiarcadă s-au fracturat, iar din păcate fragmentele nu au fost recuperate, dinții fiind ulterior restaurați cu materiale compozite. Primul premolar a suferit o fractură fiind apoi tratat endodontic, deoarece era cea mai slabă verigă din lanț (imaginea 1-3). Fractura dată a condiționat cel mai probabil o populare microbiană pe segmentul detașat, care ulterior s-a manifestat clinic printr-un abces de pe fața vestibulară.



Fractura parțială a acestui dinte a fost produsă doar pe porțiunea vestibulară (imaginea 5-6), fiind apoi înlăturat cu ușurință. Segmentul detașat a prezentat semne de fractură de 3 mm sub joncțiunea smalț-cement (imaginea 9).

„Ce este de făcut?”. Dintele este compromis din punct de vedere structural și parodontal, însă doar aparent, întrucât compromiterea parodontală a fost condiționată de factorul favorizant a colonizării microbiene: fractura. Compromiterea structurală (deși nu este catastrofală), și anume peretele palatinal, precum și creasta marginală medială, erau încă integre. O porțiune din aspectul vestibular va putea fi recuperat prin intermediul preparării verticale, deoarece prepararea în sens orizontal ar fi decimat și puținul din substratul odontal. De menționat că orice dinte tratat endodontic (mai ales cei din grupul lateral) au nevoie de protecție cuspidiană, care la rândul său conferă o șansă mai mare de supraviețuire a acestor dinți, schimbând zona de stres mecanic la nivelul restaurării, putând fi reaplicată la nevoie.

În urma preparării verticale a dintelui, acesta a fost reorganizat în vederea recăpătării sensului de ferule. Așa cum poate fi evidențiat în imaginile 7 și 8, dintele a fost reparaat pentru reajustarea geometriei bontului, deci implicit a fost efectuată odonto- și radiculoplastia.

De menționat că limitele preparării au fost păstrate în smalț pe porțiunea mediană și palatinală, așa cum poate fi observat în imaginea 10, dar ulterior a fost fixată o coroană temporară din acrilat pentru o perioadă de jumătate de an, astfel pacienta fiind monitorizată în scopul evoluției cazului – imaginea 11. De asemenea, poate fi observată și nuanța de alb pal a gingiei ortocheratinizate, condiționată de ischemia rezultată de către lucrarea protetică.





9



10



11



12



13



14

Imaginea 12 prezintă aspectul clinic la controlul de 6 luni. Este evidențiată textura și culoarea gingiei, având un climat parodontal sănătos cu aspect de coajă de portocală și culoarea roz pală. Odată ce coroana temporară a fost înlăturată, un acces vizual direct către zona subgingivală a fost posibil (imaginea 13 și 14). Prezența semnelor minore de inflamație gingivală au fost evidențiate, per total climatul parodontal este unul favorabil restaurării funcționale, iar apoi s-a dat undă verde restaurării definitive. Imaginea 15 prezintă bontul demontabil și aspectul bontului odontal în proiecția mezio-distală în tehnica preparării odontale BOPT, descrisă de Loi și Di Felice<sup>4</sup>.

Imaginea 16 reprezintă coroana de înveliș pe bontul demontabil, iar imaginea 17 reprezintă coroana de disilicat de litiu (Emax) non stratificată deci monolită, caracterizată doar cu pigmenti. Imaginea 18 reprezintă coroana imediat după fixare.



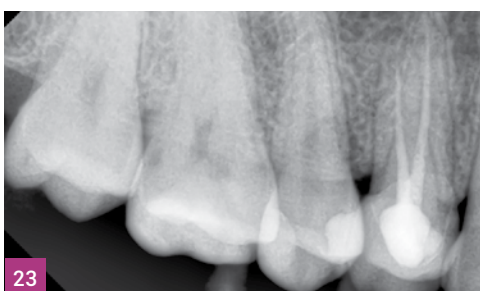
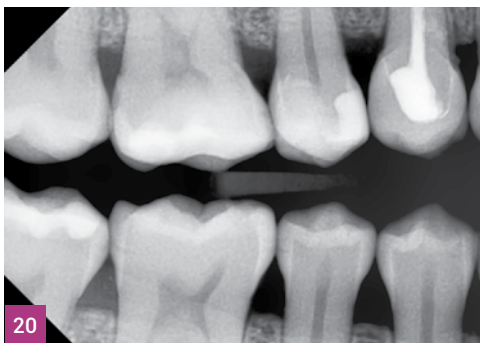
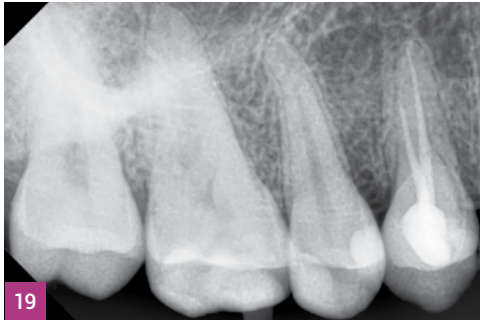
15



16



17



Imaginile 19 și 20 sunt clișeele radiologice, radiografia retroalveolară denotă lipsa radiotransparențelor, se pot evidenția semne de patologie posibil cauzate de spațiul endodontic. Radiografia în film mușcat poate presupune semne de patologie parodontală. Imaginea 21 reprezintă statusul intraoral per ansamblu.

Imaginile 22, 23, 24 reprezintă Recall la 12 luni.

### CONCLUZII

Prepararea tangentă a fost considerată o perioadă mai lungă de timp drept prepararea cea mai nefastă pentru climatul parodontal. Cazul descris mai sus ține să contrazică această teorie, deoarece prepararea tangentă poate oferi rezultate clinice excelente, conferind conservări odontale majore, în mod special acolo unde efectul de ferule este compromis din start.

### BIBLIOGRAFIE

1. Precision In Dental Esthetics: Clinical Procedures Domenico Massironi Quintessence Pub Co; 1 edition (February 28, 2005)
2. Herbert T. Shillingburg Fundamentals of teeth preparation fourth edition Quintessence Pub 2005
3. Modern Molar Endodontic Access and Directed Dentin Conservation David Clark, John Khademi, DDS, MS DOI: dx.doi.org/10.1016/j.cden.2010.01.001 DCNA April 2010 Volume 54, Issue 2, Pages 249-273
4. Loi Il, Di Felice A. Biologically oriented preparation technique (BOPT): a new approach for prosthetic restoration of periodontally healthy teeth. Eur J Esthet Dent. 2013 Spring;8(1):10-23.



# AJUTAȚI-VĂ PACIENȚII SĂ-ȘI MĂNȚINĂ DRUMUL SPRE GINGII SĂNĂTOASE

ESTE DOVEDIT CLINIC CĂ PASTA DE DINȚI PARODONTAX® REDUCE NIVELUL PLĂCII BACTERIENE, SÂNGERĂRILE GINGIVALE ȘI INFLAMAȚIA

de  
**4X**

mai eficient în  
îndepărtarea plăcii  
bacteriene\*<sup>1</sup>

Reducere cu  
**48%**

a sângerărilor  
gingivale\*<sup>1</sup>

**Recomandați pasta de dinți parodontax®  
pacienților dumneavoastră pentru a-i ajuta să-și  
mențină sănătatea orală optimă între controalele  
stomatologice**



\*pastele de dinți parodontax® Flouride, Extra Fresh, Classic și Ultra Clean înlătură mai multă placă bacteriană decât o pastă de dinți fără bicarbonat de sodiu, după curățare profesională și periaj de 2 ori pe zi, timp de 24 de săptămâni. Studiu sponsorizat de GSK (SUA, 216 pacienți, 2015).

Referințe: 1. Date GSK, Studiu RH02434, Ianuarie 2015.

parodontax® este marcă înregistrată a grupului de companii GlaxoSmithKline  
Eventualele reacții adverse se pot raporta la [farmacovigilenta.romania@gsk.ro](mailto:farmacovigilenta.romania@gsk.ro)

CHRO/CHPAD/0027/16/sept

## Simpozion de formare cu parteneri din 21 de țări

### La VOCO se reunesc dentiști din toată lumea

„A fost o super ocazie să mă întâlnesc cu colegii și prietenii mei”, „Mulțumesc pentru experiențele extraordinare și pline de inspirație”, „Una din cele mai importante zile din viața mea” sau „Mă întorc mereu cu plăcere aici” – cam în acest gen s-au exprimat cei 40 de medici dentiști care au participat timp de patru zile la „International Fellowship Symposium” (simpozionul internațional de formare), desfășurat în Cuxhaven (Germania) la centrala firmei VOCO. Ei au venit cu plăcere, chiar dacă unii au trebuit să vină de foarte departe. În definitiv, nu se reunesc prea des dentiști din Europa, America de Nord și de Sud, Asia sau chiar din Australia, pentru a face prezentări, pentru a face schimb de experiență cu colegii sau pur și simplu pentru a mai schimba personal o vorbă cu „Dentaliștii” de la VOCO.

Încă din prima zi a manifestării, pe agendă a figurat un punct deosebit de important. Deoarece după cuvântul de bun venit al șefului firmei Olaf Sauerbier a luat cuvântul dl. Prof. Dr. Richard Price. Universitarul canadian conduce departamentele de științe stomatologice și tehnică biomedicală la universitatea Dalhousie din Halifax. Acolo, în laboratorul său el studiază duranța materialelor compozite de obrucărie la dinții molari, intensitatea luminoasă a lămpilor de polimerizare de uz stomatologic precum și avantajele unei fotopolimerizări rapide comparativ cu una lentă, la restaurările de dinți. El a prezentat participanților la simpozion câteva din rezultatele cercetărilor sale, în cadrul prezentării cu titlul „Valoarea unei bune lămpi de fotopolimerizare”.

### O multitudine de teme

Apoi vorbitorii s-au succedat la microfon la fiecare 15 minute. Au fost abordate teme variate, dintre care putem menționa prezentări ca „Proprietățile estetice ale materialului Admira Fusion”, „Fluxul cotidian de lucru cu materiale compozite”, „Sigilarea fisurilor”, „Utilizarea pivotului fascicular din material compozit armat cu fibră de sticlă” sau „Materiale siliconice de amprentare”. Cei din sală, mai imortalizau din când în când și câte o informație de pe ecran cu smart-phone-ul sau cu aparatul foto.

Nu doar dentiștii participanți au ținut prezentări de specialitate, ci și dl. Prof. Dr. Reinhard Maletz, șeful Departamentului de cercetare și dezvoltare de la VOCO. În prezentarea sa despre Grandio blocs el a punctat cele mai recente realizări ale cercetării din domeniul materialelor compozite pentru tehnologia CAD/CAM. Atât despre aceasta teamă, cât și despre multe altele din domeniul stomatologiei, discuțiile dintre colegi nu s-au limitat doar la timpul de după prezentări, ci ele au continuat și în pauzele de după.

După manifestările intensive cu multe prezentări, dentiștii participanți și-au întregit șederea în Germania cu o excursie la Hamburg.



40 de medici dentiști s-au reunit la „International Fellowship Symposium” – organizat de departamentul de comunicare științifică.



Cu toate că programul a fost intens, atât înainte cât și în timpul prezentărilor sau după, între participanții la simpozion s-a putut remarca o atmosferă degajată. Cine dorea putea nu doar să stea de vorbă cu colegii, ci și să afle noutăți despre anumite produse.

**Producător:**  
**VOCO GmbH,**  
**Anton-Flettner-Straße 1-3,**  
**27472 Cuxhaven, Germania**  
[www.voco.com](http://www.voco.com)  
[info@voco.com](mailto:info@voco.com)



<b>22-25.02</b>	<b>TTRI</b>	Târgul de turism al României	<a href="http://www.targuldeturism.ro">www.targuldeturism.ro</a>
<b>22-25.03</b>	<b>CONSTRUCT EXPO</b>	Târg internațional de tehnologii, echipamente, utilaje și materiale pentru construcții	<a href="http://www.constructexpo.ro">www.constructexpo.ro</a>
	<b>AMBIENT EXPO</b>	Târg internațional de produse și sisteme pentru amenajări interioare și exterioare, decorațiuni, mobilier și piscine	<a href="http://www.ambient-expo.ro">www.ambient-expo.ro</a>
	<b>ROMTHERM</b>	Expoziție internațională pentru instalații, echipamente de încălzire, răcire și de condiționare a aerului	<a href="http://www.romtherm.ro">www.romtherm.ro</a>
	<b>ROMENVIROTEC</b>	Expoziție internațională pentru tehnologii și echipamente de protecția mediului	<a href="http://www.romenvirotec.ro">www.romenvirotec.ro</a>
	<b>EXPOENERGIE</b>	Târg internațional de energie regenerabilă, energie convențională, echipamente și tehnologii pentru industria de petrol și gaze naturale	<a href="http://www.eee-expo.ro">www.eee-expo.ro</a>
	<b>MOBILA EXPO</b>	Târg de mobilă cu vânzare	<a href="http://www.mobila-expo.ro">www.mobila-expo.ro</a>
	<b>EXPO FLOWERS &amp; GARDEN</b>	Expoziție internațională de flori, amenajări peisagistice, horticultură și grădinărit	<a href="http://www.expoflowers.ro">www.expoflowers.ro</a>
	<b>ANTIQU MARKET I</b>	Târg de obiecte de artă și antichități	<a href="http://www.antiquemarket.ro">www.antiquemarket.ro</a>
	<b>MODEXPO I</b>	Expoziție internațională de țesături textile, îmbrăcăminte, pielărie, blănărie, încălțăminte și marochinărie, accesorii	<a href="http://www.modexpo.ro">www.modexpo.ro</a>
<b>23-25.03</b>	<b>RAW LIFE &amp; STYLE</b>	Târg pentru o viață verde	<a href="http://www.rawlife.ro">www.rawlife.ro</a>
<b>19-21.04</b>	<b>ROMMEDICA</b>	Târg internațional de medicină și farmacie	<a href="http://www.rommedica.ro">www.rommedica.ro</a>
	<b>DENTA I</b>	Expoziție internațională de produse și echipamente pentru medicină și tehnică dentară	<a href="http://www.denta.ro">www.denta.ro</a>
	<b>ROMHOTEL</b>	Expoziție internațională de echipamente, mobilier și dotări pentru hoteluri și restaurante	<a href="http://www.romhotel.ro">www.romhotel.ro</a>
	<b>EXPO DRINK &amp; WINE</b>	Târg de vinuri, băuturi alcoolice și non-alcoolice	<a href="http://www.expodrink.ro">www.expodrink.ro</a>
<b>16-19.05</b>	<b>PACK EXPO</b>	Expoziție pentru industria ambalajelor	<a href="http://www.pack-expo.ro">www.pack-expo.ro</a>
<b>31.05-03.06</b>	<b>TIBCO</b>	Târg internațional de bunuri de larg consum	<a href="http://www.tibco.ro">www.tibco.ro</a>
	<b>SENIOR EXPO</b>	Târg dedicat seniorilor	<a href="http://www.senior-expo.ro">www.senior-expo.ro</a>
	<b>EXPO FUNERARE</b>	Salon pentru servicii funerare	<a href="http://www.expofunerare.ro">www.expofunerare.ro</a>
<b>12-16.09</b>	<b>BIFE-SIM</b>	Târg internațional de mobilă, echipamente și accesorii	<a href="http://www.bife-sim.ro">www.bife-sim.ro</a>
	<b>ANTIQU MARKET II</b>	Târg de obiecte de artă și antichități	<a href="http://www.antiquemarket.ro">www.antiquemarket.ro</a>
<b>13-16.09</b>	<b>COSMETICS BEAUTY HAIR</b>	Expoziție internațională de produse și echipamente pentru cosmetică, îngrijire corporală și coafură	<a href="http://www.expocosmetics.ro">www.expocosmetics.ro</a>
<b>28-30.09</b>	<b>RAW LIFE &amp; STYLE</b>	Târg pentru o viață verde	<a href="http://www.rawlife.ro">www.rawlife.ro</a>
<b>10-13.10</b>	<b>TIB</b>	Târgul Tehnic Internațional București	<a href="http://www.tib.ro">www.tib.ro</a>
	<b>INVENTIKA</b>	Salon de invenții și inovații	<a href="http://www.expoinventika.ro">www.expoinventika.ro</a>
<b>18-21.10</b>	<b>TTRI</b>	Târgul de turism al României	<a href="http://www.targuldeturism.ro">www.targuldeturism.ro</a>
	<b>MODEXPO II</b>	Expoziție internațională de țesături textile, îmbrăcăminte, pielărie, blănărie, încălțăminte și marochinărie, accesorii	<a href="http://www.modexpo.ro">www.modexpo.ro</a>
<b>31.10-04.11</b>	<b>INDAGRA</b>	Târg internațional de produse și echipamente din domeniul agriculturii, horticulturii, viticulturii și zootehniei	<a href="http://www.indagra.ro">www.indagra.ro</a>
	<b>INDAGRA FOOD</b>	Târg internațional pentru industria alimentară	<a href="http://www.indagra-food.ro">www.indagra-food.ro</a>
<b>14-16.11</b>	<b>DENTA II</b>	Expoziție internațională de produse și echipamente pentru medicină și tehnică dentară	<a href="http://www.denta.ro">www.denta.ro</a>
<b>07-09.12</b>	<b>TÂRGUL CADOURILOR DE CRĂCIUN</b>	Târg de cadouri, decorațiuni și suveniruri	<a href="http://www.expo-cadou.ro">www.expo-cadou.ro</a>
	<b>ANTIQU MARKET III</b>	Târg de obiecte de artă și antichități	<a href="http://www.antiquemarket.ro">www.antiquemarket.ro</a>

# Al 16-lea Congres Internațional al Academiei Internaționale de Parodontologie

ACTUALITĂȚI

În perioada 27-29 aprilie 2017 a avut loc cel de Al 16-lea Congres Internațional de Parodontologie, organizat de Academia Internațională de Parodontologie (International Academy of Periodontology - IAP), în frumosul oraș Bașov din România.

Un program încărcat de subiecte de mare importanță în domeniul parodontal a atras un nr. de 546 participanți, din 18 țări (SUA, Brazilia, Egipt, Japonia, Palestina, Anglia, Italia, Spania, Franța, Germania, Elveția, Polonia, Ucraina, Suedia, România, Republica Moldova, Turcia, Ungaria).

Evenimentul științific a început cu două ateliere practice (workshopuri) susținute de parodontologi consacrați internațional, Prof. Dr. Giulio Rasperini, Italia (workshopul: Terapia parodontală regenerativă) și Prof. Dr. Giovanni Zucchelli, Italia (workshopul: Terapia chirurgicală estetică muco-gingivală). Diverse tehnici chirurgicale parodontale s-au exersat pe mandibule de porc și au fost prezentate lambouri special concepute pentru a obține rezultate regenerative predictibile. De asemenea, au fost explicate câteva tipuri de lambou pentru îmbunătățirea situațiilor inestetice în zone frontale tratate implantar. S-a subliniat importanța respectării tuturor protocoalelor indicate de către cei doi profesori universitari fără de care nu se pot obține rezultatele dorite.

În același timp a avut loc un workshop teoretic privind terapia fotodinamică în parodontologie și implantologie. Prof. Dr. Anton Sculean (Elveția), Prof. Dr. Alpdogan Kantarci (USA) și Dr. Florian Obădan (România) au argumentat beneficiile considerabile ale acestei terapii aduse teratamentului anti-infecțios parodontal și peri-implantar, reprezentând o posibilă alternativă la administrarea locală de antibiotice.

În cadrul Simpozionului pre-congres „Conexiunea Orto-Paro” organizat tot în prima zi a congresului, au fost abordate teme interdisciplinare între Parodontologie și Ortodontie. Dialogul, moderat de către Prof. Dr. Lior Shapira (Israel), a cuprins prezentări de cazuri și protocoale ale tratamentelor ortodontice cu implicare parodontală ținute de parodontologii Dr. Vincenzo Iorio-Siciliano (Italia), Prof. Dr. Alpdogan Kantarci (SUA), Prof. Dr. Andreas Stravropoulos (Suedia), Prof. Dr. Anton Sculean precum și de ortodontii Prof. Dr. Christos Katsaros (Elveția), Dr. Anca Nenovici (București) și Dr. Friedrich Widu (Germania). Concluziile acestor debateri au fost, printre altele, posibilitatea realizării terapiei ortodontice la pacienții afectați parodontal – chiar și în cazul parodontopatiilor avasate, folosindu-se atât terapia clasică cu aparat ortodontic fix, cât și cea inovativă digitală.

În 28 aprilie, congresul a fost deschis oficial de către președintele IAP, Prof. Dr. Ajay Kakar (India).

În prima sesiune de conferințe, moderată de renu-

mitul Prof. Dr. Thomas van Dyke (SUA), Prof. Dr. George Hajishengallis (SUA) a subliniat importanța controlului inflamației țesutului parodontal cu scopul de a inhiba leziunile tisulare pe de o parte și de a suprima printr-o igienă orală eficientă prezența unui mediu nutrițional favorabil disbiozei.

De asemenea, Prof. Dr. Alpdogan Kantarci a subliniat în prezentarea lui aspecte diferite ale relației gazdă-microb în mediul parodontal și modul în care microorganismele, factorii de mediu și cei genetici modifică procesele celulare și biochimice în țesuturile parodontale ducând la distrucția țesutului parodontal.

„Este boala parodontală o boală care progresează”? Prof. Dr. Ricardo Teles (SUA) a dezbătut această problemă prezentând rezultatele unui studiu încă în desfășurare, care are ca scop relevarea biomarkerilor inflamatori prezenți în evoluția bolii parodontale. O identificare a etapelor evolutive ale bolii parodontale și a subiecților cu risc de a dezvolta boala parodontală poate duce la redefinirea principiilor diagnostice, precum și la aplicarea unei terapii parodontale personalizate. Într-o altă prezentare a Prof. Dr. Jörg Meyle (Germania), au fost discutate formele inițiale ale bolii parodontale, subliniind faptul că etiologia parodontitei se află în modificările răspunsului imun cauzat de însăși reacția inflamatorie alături de factorii genetici.

Subiectul bolii parodontale în contextul bolilor sistemice – o sesiune moderată de către Prof. Dr. Aswatha Kumarswamy (India), a fost abordat de Prof. Dr. Steven Offenbacher (SUA) care a prezentat o nouă metodă de clasificare a bolilor parodontale cu ajutorul analizei de clasă latentă (latent class analysis - LCA), clasificare care îmbunătățește modelele de risc pentru pierderea dinților, a pierderii de atașament parodontal și pentru boală sistemică. În aceeași sesiune, Prof. Dr. Phoebus Madianos (Grecia) a subliniat legătura dintre boala parodontală și boala cardiovasculară. Se cunoaște efectul creșterii markerilor inflamatori sistemici în boala parodontală (spre exemplu Proteina C reactivă și disfuncția endotelială), care sunt totodată factori de prognoză a bolilor cardiovasculare.

Sef. Lucr. Dr. Raluca Cosgarea (România) a deschis sesiunea terapiei parodontale nechirurgicale, subliniind importanța terapiei antiinflamatorii înainte de orice alte proceduri chirurgicale parodontale. Ea a prezentat avantajele, dezavantajele și indicațiile diverselor tehnici și instrumente pentru realizarea detartrajului și surfasajului radicular cu instrumente manuale, sonice și ultrasonice, sistemul Vector, terapia fotodinamică sau laserul.

Pe aceeași tematică, prezentarea doamnei Prof. Dr. Magda Feres (Brazilia) a cuprins administrarea antibioticelor ca adjuvant în terapia parodontală nechir-

rurgicală. S-au discutat dozele de antibiotice, durata tratamentului și momentul cel mai potrivit pentru administrarea antibioticelor, în raport cu tratamentul mecanic nechirurgical.

După o zi încărcată de noi informații științifice, prima zi a congresului s-a încheiat festiv cu o cină colegială la „Hanul Domnesc”.

A doua zi a congresului a fost destinată terapiei chirurgicale, iar prima sesiune deschisă de prezentarea domnului Prof. Dr. Giovanni Zucchelli, deși plasată la o oră matinală, a reușit să adune toți participanții în sala de congres. Acesta a propus noi tehnici de lambouri pentru acoperirea retracțiilor gingivale în zone estetice frontale atât la dinți, cât și la implanturi.

A urmat prezența D-lui Prof. Dr. Mark Bartold (Australia) care a discutat despre progresele majore privind înțelegerea efectelor biologice și clinice ale regenerării parodontale.

Prof. Dr. Ștefan Stratul (România) a prezentat o largă cazistică a terapiei parodontale convenționale chirurgicale cu efecte benefice regenerative. Acesta a fost urmat de Prof. Dr. Andreas Stavropoulos care a subliniat importanța sursei celulare osoase pentru obținerea regenerării parodontale, prezentând și cele mai indicate materiale regenerative în diferite situații clinice.

Discuțiile privind terapiile peri-implantare au fost moderate de către Prof. Dr. Ahmed Gamal (Egipt). În această sesiune, Prof. Dr. Giulio Rasperini a explicat noi tehnici chirurgicale, cum ar fi soft tissue wall, pentru a obține un perete stabil pentru regenerarea defectelor osoase în situații clinice unde lipsesc mai mulți pereți osoși.

Pentru acoperirea predictibilă a retracțiilor gingivale multiple, Prof. Dr. Anton Sculean a prezentat noi abordări care includ combinația de țesut conjunctiv cu materiale biologice sau aplicarea diferitelor tipuri de colagen. În plus, acesta a explicat și exemplificat detaliat tehnică tunelizării avansate coronal modificată (Modified Coronally Advanced Tunnel, MCAT) precum și noua tehnică dezvoltată de dânsul: tehnica tunelizării deplasată lateral (Laterally Moved Double Tunnel, LMDT).

Ulterior, Prof. Dr. Giovanni Salvi (Elveția) a subliniat importanța terapiei de menținere a zonelor tratate implantare, explicând faptul că distrugerea țesuturilor peri-implantare se realizează mai rapid și mai extins în comparație cu distrugerea țesuturilor din jurul dintelui natural. De asemenea, Prof. Dr. Jamil Shibli (Brazilia) a prezentat câteva concepte clinice privind tratamentul peri-implantitei, ținând cont de starea de sănătate a pacienților.

În final, vestitul Prof. Dr. Niklaus Lang (Elveția) a dezbătut în prezentarea sa aspecte legate de decizia menținerii dinților compromiși parodontal sau de înlocuirea

acestora cu implanturi dentare. Dânsul a menționat argumentat în favoarea terapiei de menținere parodontală, prezentând o cazistică impresionantă întinsă pe trei decenii și demonstrând că adaptarea individuală a planului de tratament poate aduce beneficii extraordinare pacienților.

În cadrul congresului IAP, tinerii cercetători din diferite țări, din centre universitare sau din mediul privat au avut posibilitatea de a prezenta cercetările lor sub formă de poster. Cele mai bune lucrări au fost premiate:

#### **Categoria Cercetare Fundamentală:**

**Locul 1:** lucrarea cu titlul: HYDROXYAPATITE CRYSTAL PARTICLES INDUCE CELL DEATH IN THE HSC-2 ORAL EPITHELIAL CELL LINE

**Autorii:** Ziauddin SM, Atsutoshi Yoshimura, Jorge Luis Montenegro Raudales, Yukio Ozaki, Takashi Kaneko, Kanako Higuchi, Chiaki Shiraishi, Akiko Kuramoto, Yuzo Takamori, Yasunori Yamashita, Hiroki Kobayashi, Takasi Ukai, Yoshitaka Hara

**Locul 2:** lucrarea cu titlul: EXPRESSION OF NEPRILYSIN IN PERIODONTITIS-AFFECTED GINGIVAL TISSUES

**Autorii:** Arata Nezu, Takehiko Kubota, Satoshi Maruyama, Masaki Nagata, Makoto Horimizu, Kaname Nohno, Takahiro Hokari, Toshiya Morozumi, Hiromasa Yoshire

#### **Categoria Cercetare Clinică:**

**Locul 1:** Lucrarea CLINICAL, IMMUNOLOGICAL AND MICROBIOLOGICAL EVALUATION AFTER PERIODONTAL THERAPY IN PATIENTS WITH AND WITHOUT RHEUMATOID ARTHRITIS

**Autorii:** Roxana Elena Tristiu, Anton Sculean, Raluca Bianca Dumitru, Nicole Birgit Arweiler, Simona Rednic, Cristina Ioana Sirbu, Liana Lascu, Sigrun Eick, Raluca Cosgarea

**Locul 2:** lucrarea EFFECT OF SERUM 25(OH)D LEVELS IN PATIENTS WITH CHRONIC PERIODONTITIS AND WELL-CONTROLLED TYPE-2 DIABETES MELLITUS,

**Autorii:** Gülnihal Eren, Oya Türkoğlu, Şevki Çetinkalp, Harika Atmaca, Gül Atilla

Cu ocazia acestui congres, membri consiliului IAP și-au ales un nou președinte, la încheierea mandatului D-lui Prof. Dr. Ajay Kakar. Acesta a fost urmat de către Prof. Dr. Magda Feres.

**Raluca Cosgarea,  
Aura Bodea**

CCIA



ARAD

Camera de Comerț, Industrie și Agricultură a județului Arad

# AR-MEDICA® ro

Târg internațional de medicină

## Salon Beauty

Eveniment specializat în medicină estetică, produse, echipamente și servicii cosmetice, întreținere corporală

## Salon de Medicină Veterinară

2 - 4 noiembrie 2017

Expo Arad

Tel.: +40.257.208 800, Mobil: +40.730.188 290, Email: [ccia@ccia-arad.ro](mailto:ccia@ccia-arad.ro)  
[facebook.com/armedica.arad](https://facebook.com/armedica.arad)

# Cursul "Concepte de terapie parodontală convențională pentru practica de zi cu zi" - Lector: Prof. Dr Ștefan-Ioan Stratul

30 septembrie 2017, Drobeta Turnu Severin

ACTUALITĂȚI

În data de 30 septembrie 2017, Prof. Dr Ștefan-Ioan Stratul a revenit la Drobeta Turnu Severin pentru a susține cursul „Concepte de terapie parodontală convențională pentru practica de zi cu zi”.

Cursul s-a desfășurat într-o atmosferă lucrativă, beneficiind pe de o parte de un lector dispus să transmită cât mai multe informații și pe de altă parte de participanți dornici de a le acumula.

## Cursul a fost structurat în două părți:

### Partea I: Conceptul FMD de terapie inițială parodontală - 20 de ani de succes clinic

Prezentarea a încercat să răspundă într-un mod accesibil la mai multe întrebări: care este importanța terapiei parodontale non-chirurgicale? Care este locul acesteia în cadrul planului de tratament parodontal? Care sunt conceptele actuale de preparare radiculară? Care este conținutul conceptului OSFMD? Care este rolul adjuvant al substanțelor antimicrobiene? Care sunt dovezile pro și contra conceptului OSFMD? Există o relevanță clinică a conceptelor de debridare radiculară?

### Partea a II-a: Chirurgia parodontală convențională – statusul actual

Prezentarea a revenit asupra tehnicilor clasice în chirurgia de reducere a pungilor, procedurile "distal wedge" și chirurgia osoasă rezectivă, așa cum sunt ele utilizate în practica clinică zilnică și așa cum sunt ele reflectate în literatura de cercetare clinică.

Metodele de chirurgie parodontală convențională trebuie evaluate în baza potențialului lor de a facilita înlăturarea depozitelor subgingivale și a auto-controlului plăcii, în așa fel încât să îmbunătățească preservarea pe termen lung a parodontiului.

Cu toate că sunt mai puțin spectaculoase decât terapia regenerativă, procedurile din chirurgia parodontală convențională și-au menținut de-a lungul anilor o poziție de vârf în planul general de tratament al pacienților cu parodontită cronică. În timp ce operațiile cu lambou de acces și terapia chirurgicală a furcațiilor sunt privite ca proceduri terapeutice adiționale terapiei inițiale cauzale, alungirile coronare se bucură astăzi de o renaștere metodică și de o poziție privilegiată în stomatologia estetică.

Mulțumim participanților pentru prezență, profesorului Ștefan-Ioan Stratul pentru informațiile transmise și dr. Cristian Crețan și dr. Ameda Cernescu, reprezentanții Centrului Județean Mehedinți al AMSPPR, pentru organizarea acestui curs.



# DENTA, noutăți în stomatologia românească

COMUNICAT DE PRESĂ



Între 23 și 25 noiembrie a.c., la Romexpo, va avea loc cea de-a 36-a ediție a Expoziției internaționale de produse și echipamente pentru medicină și tehnică dentară – DENTA, cel mai reprezentativ eveniment de profil din România.

Pe parcursul ediției de toamnă DENTA 2017, vizitatorilor specialiști li se vor prezenta echipamente și tehnologii noi, dezvoltate în domeniul medicinei și tehnicii dentare. Publicul de profil va avea posibilitatea de a se informa și achiziționa: aparatură, echipamente, accesorii, materiale, produse de igienă orală și produse chimico-farmaceutice pentru medicină dentară, la prețuri speciale, oferite doar pe parcursul expoziției.

La eveniment sunt așteptate să expună peste 100 de companii, provenite din: China, Germania, Ungaria, Italia, Letonia, Pakistan, România.

Diversitatea tematicii DENTA 2017 este dată de progresul înregistrat în stomatologia românească și nevoile unei piețe în continuă creștere. Astfel, la Romexpo, pe perioada expoziției, își prezintă noutățile și ofertele speciale producători, importatori și distribuitori de:

- cabinete de medicină dentară și de produse necesare acestora: echipamente, instrumentar, accesorii, materiale, produse chimico-farmaceutice;
- echipamente, instalații, materiale, instrumentar pentru laboratoare de tehnică dentară;
- produse de igienă orală.

De la expoziție nu lipsesc companiile care oferă: servicii pentru echipamente, sisteme de procesare date clienți, sisteme de organizare a cabinetelor și laboratoarelor dentare, media, publicitate, literatură de specialitate.

Pe lângă componenta expozițională, DENTA cuprinde și partea de simpozioane, conferințe și seminarii menite să informeze personalul medical din stomatologie despre noutățile din domeniu.

Atfel, în cadrul DENTA se vor desfășura o serie de conferințe, cursuri teoretice cu demonstrații practice și hands-on, la care vor fi abordate subiecte de actualitate, privind tendințele și viitorul stomatologiei. Aceste evenimente conexe au loc cu participarea unor lectori de prestigiu din țară și din străinătate.

Mai multe informații despre ediția de toamnă DENTA, inclusiv programul manifestărilor conexe (conferințe, seminarii, prezentări și demonstrații practice) evenimentului se regăsesc pe [www.denta.ro](http://www.denta.ro) și pe pagina de Facebook Denta.Romexpo

#### Program de vizitare DENTA:

23-25 noiembrie (joi-sâmbătă) 2017  
între orele 10.00 și 18.00

**Bilet intrare:** 10 lei/zi

**Acces pietonal:** Porțile A, B, C și D, cu intrare dinspre: Piața Presei Libere, Bulevardul Expoziției și Strada Parcului;

**Acces auto:** Porțile B, C și D, cu intrare dinspre: Bulevardul Expoziției și Strada Parcului (tarif parcare: 3 lei/oră).



# DENTA

Expoziție internațională de produse și echipamente  
pentru medicină și tehnică dentară

23 - 25 NOIEMBRIE 2017

**ROMEXPO**  
[www.denta.ro](http://www.denta.ro)



Centrul Expozitional Romexpo  
**Pavilioanele C2, C4-C5**

Organizator:



Co-organizator:



# Cursul „Restaurări protetice din ceramică pe bază de disilicat de litiu”

14 octombrie, Sfântu Gheorghe, jud Covasna

ACTUALITĂȚI

Sâmbătă 14 octombrie a.c. a avut loc la Sfântu Gheorghe cursul „Restaurări protetice din ceramică pe bază de disilicat de litiu” organizat de către AMSPPR în parteneriat cu Colegiul Medicilor Dentiști din jud Covasna, cu intenția declarată de a dinamiza activitatea din filiale.

Lector ne-a fost doamna Conf. Univ. Dr. Anca Frățilă de la Universitatea Lucian Blaga din Sibiu, specialitatea Medicină Dentară.

A fost o plimbare relaxată prin lumea ceramicii dentare abordând aspecte legate de diagnostic, indicații, preparare, amprentare, cimentare, cu exemple concrete, cu cazuis-tica proprie, precum și cu date de actualitate sau de ultima oră, cu multe tabele comparati-ve pentru stabilirea corectă a indicațiilor.

Participanții într-un număr destul de mare au fost atât din județul Covasna, din județele

limitrofe și chiar din București.

La sfârșitul cursului creditat de către CMDR cu 8 puncte EMC am obținut promisiu-nea doamnei Conf. Dr Anca Frățilă că va pune și orasul Sibiu pe harta localităților partici-pante la Ziua Mondială a Sănătății Orale din 20 Martie 2018, antrenând studenții dumnea-ei în activitatea de profilaxie dentară.

Firma Colgate, căreia îi mulțumim, ne-a fost alături și la această manifestare, ca de fiecare dată, cu materiale promoționale (pli-ante, borșuri, afișe) și mostre de pastă de dinți pentru pacienții medicilor participanți la ma-nifestare.

Un gând bun dorim să adresăm și perso-nalului Hotelului Șugas din Sfântul Gheorghe care a pus la dispoziție sala Kupola și dotă-rile aferente pentru ca manifestarea să se desfășoare în cele mai bune condiții.



# 20 martie, ZIUA MONDIALĂ A SĂNĂTĂȚII ORALE

Ca în fiecare an, la **20 martie 2018**, cu ocazia **Zilei Mondiale a Sănătății Orale**, **AMSPPR** cu sprijinul membrilor, al sponsorilor și al partenerilor noștri va celebra această zi prin organizarea unor de manifestări: cursuri de profilaxie, concursuri pe teme de igienă orală, concursuri de desen, etc.

Invităm membrii asociației noastre care doresc să desfășoare - în școli, grădinițe sau alte locații propice unor astfel de activități - diverse manifestări specifice acestei zile să trimită o solicitare în acest sens la sediul central al asociației ([amsppr@dental.ro](mailto:amsppr@dental.ro)) până la data de 10 decembrie 2017 pentru a fi cuprinși în program și a beneficia de sprijinul partenerilor noștri la această acțiune.

Federația Dentară Internațională, inițiatorul acestei acțiuni pune la dispoziția tuturor celor interesați prin site-ul:

[www.worldoralhealthday.org](http://www.worldoralhealthday.org)

posibilitatea de a intra în posesia resurselor necesare campaniei pentru promovarea unei sănătăți orale prin viață.



# Congresul FDI 2017

## Madrid, Spania

ACTUALITĂȚI

În perioada 29 august – 1 septembrie 2017 s-a desfășurat la Madrid, Spania, Congresul mondial al Federației Dentare Internaționale.

Acest eveniment a fost organizat având trei secțiuni distincte majore: congresul științific, adunarea generală a FDI și a Organizației Regionale Europene (constituind parlamentul stomatologiei mondiale) și expoziția. Evenimentul s-a desfășurat în complexul expozițional FERIA de Madrid, o impresionantă și modernă locație.

Ce a însemnat Parlamentul stomatologiei mondiale? Adunarea Generală a FDI, a avut în componență 3711 de delegați\* din 126 de țări\*, România fiind prezentă cu un delegat în persoana dr. Panțel Marton Gyorgy – Președinte AMSPPR și un delegat observator, dr. Vlad Cristian Deac – Vicepreședinte AMSPPR. În acest an a fost preluată președinția FDI de către dr. Kathryn Kell de la American Dental Association, iar în urma alegerilor desfășurate, Președinte ales pentru următorul mandat va fi dr. Gerhard Konrad Seeberger, Associazione Italiana Odontoiatri.



Banner Congres Madrid 2017



Dr. Patrick Hescot fost președinte și dr. Kathryn Kell actualul președinte

De interes au fost declarațiile adoptate de Adunarea Generală a FDI pe care le vom publica pe larg în revistă, dar și lansarea Zilei Mondiale a Sănătății Orale 2018.

Manifestările științifice reprezentate de cursuri, workshopuri, ateliere, au fost susținute de un număr de 130 de lectori\* din peste 30 de țări\*, întrunind pe întreaga perioadă a congresului un număr de 8000 de participanți\*.

În cadrul expoziției, desfășurată în paralel cu lucrările Congresului, au expus 232 de companii\* care au avut un număr total de 8307 vizitatori\*.

Anul viitor, Congresul FDI se va desfășura tot într-o țară latină, la Buenos Aires, Argentina.

\* Sursa: FDI  
dr. Vlad Cristian DEAC



Aspecte din complexul expozițional



Inaugurarea



Deschiderea festivă



Echipe de organizare



Aspecte din sală



Expo



Lector



Stomatologie IT



Stand FDI Expo

# New FDI strategy sets the scene for my Presidency

28 September 2017

PAGINA FDI



**Dr. Kathryn Kell**  
President of the FDI

I was honoured to formally take up my position as President of FDI during the World Dental Congress in Madrid in September and am excited by the challenges that lie ahead. To date, FDI has created and sustained programmes important to our members and the people in the countries we serve. We've united regions, and achieved financial sustainability. We've secured new partnerships, grown our reserves, and ensured that we have the resources we need to accomplish our goal of "leading the world to optimal oral health". I now look forward to working with FDI Leadership, Committees, Task Teams, Working Groups Partners and Members to deliver the 2018–2021 Strategic Plan, which outlines the strategic goals and priorities that will drive FDI's work going forward, and was approved by the General Assembly during the World Dental Parliament in September.

It is good to be "doing well", but now we must focus on "doing good". This is my motto and this is what we all want: to do good work for our membership, in our role as good advocates for oral health, and to share the knowledge we have in order to do "good work" for our membership. Our new strategic plan will guide us through the next

three years. Our members approved the three pillars of this plan – membership, advocacy, and knowledge transfer – and these areas are where we will put our resources.

Our membership goal means that we will develop programmes and activities to meet the needs of our members and help raise the profile of oral health at national levels. Our membership is key to everything we do. With a strong membership we can truly be the worldwide, authoritative voice of dentistry and oral health, for our members and for the public.

We listened to our members in the survey responses sent to us earlier in the year and heard that the membership needs better communication, more support, and more global advocacy to be able to bring ideas and programmes to their countries while advocating for oral health on a global level.

Second, our advocacy goal means we will work to be a leader in improving oral health literacy, and achieving political commitment and action for oral health in all countries. Advocacy impacts membership when we discuss issues affecting our patients and our profession. FDI is the unified voice of dentistry and advocacy at an international level is key but it is important that our efforts are aligned with needs at a national level. We need to be ahead of and identify emerging challenges to the profession before they occur.

Wherever discussions about oral health occur, FDI will be there. We will be there when standards are being developed – not just as a messenger after the fact, but as a voice during the development process, working side-by-side with our affiliate members and other international health organizations. We will be there at the World Health Organization, the World Health Professions Alliance, and the Non-Communicable Disease Alliance meetings to let them know that oral health is an essential component of overall health and work towards implementing integrated strategies.

Finally, our knowledge transfer goal means we will work to foster best practices in oral health science and education, and share knowledge in preventative care and treatment to advance the art, science, and practice of dentistry. This is how we will promote oral health over the next years of our plan and

roll out programmes of importance to the oral health community, members and their patients.

Our members, our strength

FDI is a federation of more than 130 member countries around the world. Together we represent 200 member organizations. FDI is where members meet and collaborate. Every member country, every region is important in that collaboration. Every member has a need we must recognize and serve, and we take this responsibility very seriously.

And in today's world, the role of global organizations like FDI are more important than ever. We play an essential role that isn't being filled by national or local governments. Politically in our world today there is a pullback from globalization. There's a movement to look inward, instead of being open and working together. But in healthcare, globalization thrives. One of the ways this has revolutionized the industry is by making it possible for everyone to access information. That access enables patients to care for their oral and overall health better than ever before.

Working together to break down barriers to oral health

Whilst much progress is being made in oral health we are still faced by borders that are very real, and I'm not just talking about geographic ones. There are borders between countries, yes. There are also borders between people who have access to good healthcare and those who do not.

Our job – as global leaders in oral health – is to recognize these borders, to understand the needs and problems faced by all of our countries, and to look for ways to tear those borders down.

Oral health issues affect more people than any other disease, and yet it has less funding, less advocacy, and less awareness than other diseases. This must change. We all know the value of good oral health, and the problems that poor oral health can cause. It's up to us to use FDI's influence to elevate the role oral health plays in medicine and in overall healthcare.

To accomplish this, we need to continue our world-class programmes and include our members in these programmes, where pos-

sible, so that the interests of all the world's dentists can be represented. There aren't any one-size-fits-all solutions, no silver bullets. But at their core, our global strategies should acknowledge this diversity, and demonstrate respect for all.

Healthcare globally is undergoing dramatic changes: changes in procedures, financing, as well as how we access and share information between colleagues, specialists and patients. Social media has affected our practices and changed what our patients expect from us. Health and oral health are highly affected by what takes place beyond our operatories. Societal changes and cost shifting dictate that prevention is now the goal versus what we have done in the past to only correct problems that occur.

Working together is the only way we will address a disease that today affects nearly 100% of adults worldwide. We can do it. Our organization's mission is a bold one: to be the global voice of dental professionals, and to work with and through our member organizations to improve the oral health of people worldwide. And I'm looking forward to fulfilling that bold mission together with you.

Sursa: [www.fdiworldental.org](http://www.fdiworldental.org)

# Publicitatea în stomatologie

## DECLARAȚIE ADOPTATĂ de către Adunarea Generală a Federației Dentare Internaționale (FDI) în August 2017 la Madrid, Spania

PAGINA FDI

### CONTEXT

Politicile și reglementările referitoare la publicitatea în domeniul stomatologic diferă foarte mult între țări. Publicitatea în domeniul stomatologic este interzisă în unele țări, în timp ce în alte țări reglementările privind publicitatea în domeniul stomatologic variază de la stricte la foarte indulgente. În absența unor reglementări stricte privind publicitatea în domeniul stomatologic, riscurile publice sunt induse în eroare de revendicări prefăcute și false. Aceasta prezintă o preocupare deosebită în ziua de astăzi, deoarece mesajele publicitare din domeniul stomatologic pot fi comunicate în mod liber publicului prin intermediul paginilor web, prin e-mail și prin diverse forme de social media.

Publicitatea în domeniul stomatologic are potențialul de a avea impact asupra tuturor dentiștilor și a percepției pacienților asupra stomatologiei ca profesie. Profesia medicală dentară se bucură de o poziție specială de încredere și respect în cadrul societății. În schimb, profesia se angajează să adere la standarde etice ridicate. În acest sens, publicitatea etică în domeniul stomatologic înseamnă a oferi pacientului informații exacte, plasând mai întâi interesele pacientului și promovând respect reciproc între membrii profesiei medicale dentare.

### Definiții

#### Publicitatea în domeniul stomatologic

Orice informații și/sau materiale legate de promovarea serviciilor stomatologice ale unui cabinet stomatologic sau ale persoanei implicate în furnizarea îngrijirii. Publicitatea în domeniul stomatologic include: fluturași, pagini web, postări în social media, bloguri, advertoriale, buletine informative, cărți de vizită, articole de papetărie, sigle, semne, anunțuri sau alte informații legate de practica dentistului/dentară, indiferent de forma de distribuire.

### Principii

Principiile de bază ale regulamentelor privind publicitatea în domeniul stomatologic ar trebui:

- să protejeze sănătatea și bunăstarea publicului.
- să asigure că orice revendicări comunicate sunt susținute de fundamente științifice. Pacienții au dreptul la protecție împotriva publicității înșelătoare.
- să susțină demnitatea și integritatea profesiei.
- să fie în deplină conformitate cu codul profesional de etică.
- să respecte legile și reglementările corespunzătoare.

### Politică

#### Publicitatea în domeniul stomatologic trebuie:

- a. să fie exactă;
- b. să fie faptică, adică să fie susținută mai degrabă de fapte, decât de sentimente, credințe, opinii sau interpretări personale;
- c. să prezinte o imagine profesională a dentistului și a profesiei dentare;
- d. să fie echilibrată în ceea ce privește avantajele și dezavantajele tratamentului propus.

#### Publicitatea în domeniul stomatologic nu trebuie:

- a. să fie falsă, neclară, exagerată, înșelătoare, frauduloasă;
- b. să fie comparativă sau să discrediteze alți medici dentiști;
- c. să solicite sau să îndemne pentru a atrage pacienți;
- d. să încerce să convingă sau să înfrumusețeze;
- e. să utilizeze termeni superlativi sau comparativi, care să sugereze o calitate superioară în raport cu serviciile, echipamentele, tehnologia utilizată sau produsele sau persoanele care furnizează serviciile;

- f. să provoace îngrijorări sau suferințe inutile;
- g. să genereze așteptări nerealiste.

Asociațiile Stomatologice Naționale din cadrul FDI (Federația Dentară Internațională) sunt încurajate să își stabilească propriile reguli și reglementări privind publicitatea.

### Cuvinte cheie

Publicitate în domeniul stomatologic, Îngrijire dentară, Interes public.

### Declarație de renunțare

Informațiile din această Declarație de Politică s-au bazat pe cele mai bune dovezi științifice disponibile la momentul respectiv. Aceasta poate fi interpretată astfel încât să reflecte sensibilitățile culturale și constrângerile socio-economice predominante.

### Lecturi suplimentare

- Principiile eticii și codul de conduită profesională. Asociația Dentară Americană. Noiembrie 2016. ([http://www.ada.org/~media/ADA/Member%20Center/Files/2016\\_ADA\\_Code\\_Of\\_Et...](http://www.ada.org/~media/ADA/Member%20Center/Files/2016_ADA_Code_Of_Et...) accesat la \_\_\_\_ 2017).
- Ghid privind utilizarea rețelelor sociale. Colegiul Regal al Chirurgilor Dentari din Ontario. Consiliere pentru practicarea profesiei. Noiembrie 2015. (<http://www.rcdso.org/save.aspx?id=4ea7eacd-abfe-4fcb-be3d-abf45b3484fe>, accesat la \_\_\_\_ 2017).
- Publicitate profesională. Consiliere pentru practicarea profesiei. Colegiul Regal al Chirurgilor Dentari din Ontario. Noiembrie 2012. ([http://www.rcdso.org/Assets/DOCUMENTS/Professional\\_Practice/Practice\\_Adv...](http://www.rcdso.org/Assets/DOCUMENTS/Professional_Practice/Practice_Adv...), accesat la \_\_\_\_ 2017).
- Lumea publicității se schimbă cu noile tehnologii, dar reglementările provinciale de publicitate sunt încă aplicabile și astăzi. Colegiul Regal al Chirurgilor Dentari din Ontario. 2013. (<http://www.rcdso.org/KnowledgeCentre/DispatchMagazine/OnlineDispatchArch...>, accesat la \_\_\_\_ 2017).
- Roucka TM, Donate-Bartfield E, Zarkowski P. În epoca social media, fiți atenți la ce spuneți. Gen Dent. 2014;62(1):19–21.

# Centrul de la margine. Însemnări, meditații, aforisme.

Autor: Vasile Muscă

RECENZII

"Lumea finită, închisă, a Antichității și a Evului Mediu, avea un centru fix, precis determinat, în opoziție de care se conturau niște margini precis stabilite și acestea. Opoziția centru-margine nu prezenta doar semnificații spațiale, ci avea și certe conotații valorice: o veche prejudecată cu rădăcini mitice stabilea superioritatea centrului în raport cu marginile, a unității față de diversitate", notează autorul.

Mai mult decât o carte de aforisme, "Centrul de la margine" vine parcă să susțină ideea unității în diversitate (motto al Uniunii Europene), opunându-i modelul antic al unității față de diversitate. Centrul, în accepțiunea autorului reprezintă o valoare certă, impunându-se tocmai prin aceasta.

Autorul, Vasile Muscă, profesor emerit al Universității clujene Babeș-Bolyai, a predat filosofia la prestigioasa instituție aproape 50 de ani, având în spate o bogată experiență de cercetare filosofică și o activitate publicistică substanțială, fiind chiar unul dintre traducătorii marilor filosofi precum Schelling, Nietzsche sau Scheler.

Cartea este ușor de parcurs și o recomand cu caldură pentru a face parte din biblioteca personală a oricărui cititor; o puteți găsi și comanda pe site-ul editurii "Școala Ardeleană" din Cluj <http://scoalaardeleanacluj.ro>

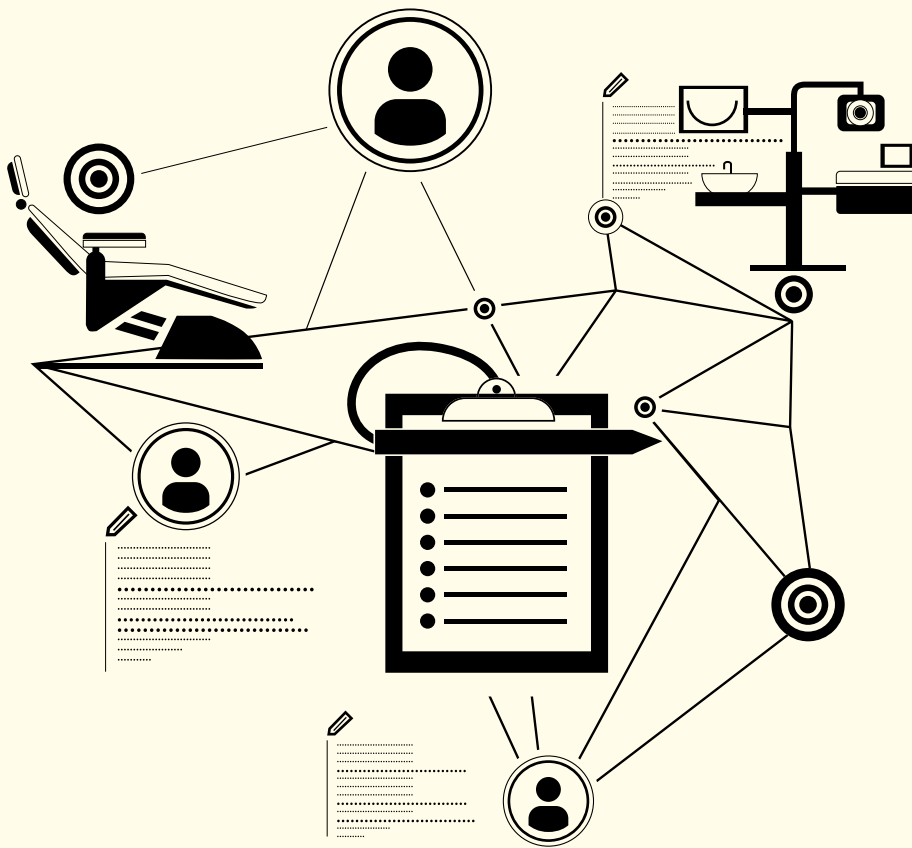
**dr. Vlad Cristian DEAC**



# PAGINI JURIDICE

---

---



După cum v-am obișnuit, atragem atenția asupra formularelor preformate care trebuie să se regăsească în dosarul pacientului pentru că sunt parte din managementul riscului de malpraxis și că, mai ales de când au fost instituite prin norme, formularele - model, pot fi privite ca veritabile instrumente juridice de comunicare eficientă între medici și pacienți.

În opinia noastră, relaționarea eficientă medic - pacient este atunci când relația socio-profesională în cauză se finalizează cu un bilanț de tip win - win, în care pacientul este beneficiarul unui act medical de calitate, iar medicul este profesionistul care, de regulă în schimbul unui onorariu, a furnizat servicii medicale de calitate care îi conturează cu succes aria de expertiză.

La baza relaționării eficiente stau două componente indispensabile: o comunicare reală și adecvată și cunoașterea și exercitarea drepturilor și a obligațiilor conferite prin lege medicului dentist, pe de o parte și pacientului, pe de altă parte.

Cunoașterea propriilor drepturi și obligații, ca și cunoașterea drepturilor și obligațiilor pacientului, de către medicul dentist, este o condiție fundamentală pentru o relaționare eficientă cu pacientul.

În prezentul articol parcurgem aspecte esențiale privind cadrul legal și instrumentele juridice de comunicare eficientă pentru ca relația medic dentist - pacient să conducă la o finalitate de tip *win - win*.



Av. Luciana Mihai

Pentru că AMSPPR dorește să sprijine profesia de medic dentist și din punct de vedere al conformării de legalitate, vă invităm să ne adresați întrebările dvs. pe teme de management juridic medical pe adresa de e-mail: [lucianamihai@gmail.com](mailto:lucianamihai@gmail.com).

## Relația medic dentist - pacient din perspectiva cadrului legal; instrumente juridice de comunicare eficientă

Cu certitudine premisa relației medic-pacient este obiectivul comun asumat de ambele părți - un act medical de calitate. Acesta poate fi atins numai în condițiile unei comunicări adecvate medic - pacient, în limitele impuse de cadrul legal care reglementează domeniul medical, respectiv stomatologic.

Relația medic dentist - pacient presupune și o componentă juridică, întocmai ca o veritabilă relație contractuală, bazată pe un raport juridic în care fiecare dintre părți este titular de drepturi și obligații.

Medicul este titular de drepturi și obligații specifice în relația cu pacientul.

Cunoașterea obligațiilor legale și deontologice ce îi revin este impusă prin norme legale și de reglementare internă stabilită de ordinul profesional.

Cunoașterea drepturilor este o opțiune personală, o metodă de prevenție, care asigură medicului dentist o conduită corectă și adecvată, o premisă a relaționării eficiente cu pacienții săi.

Tot cadrul legal este cel care oferă instrumente juridice de preconstituire a dovezilor că standardul legal al relaționării a fost respectat prin formularele preformate

impuse de norme legale.

Dincolo de obligația medicului de a deține și utiliza în practica sa curentă aceste formulare, prin faptul că ele constituie veritabile dovezi privind acordul pacientului în efectuarea actului medical, au și rolul de a reprezenta veritabile instrumente juridice de comunicare eficientă în relația medic - pacient.

Principiul fundamental al acestei relații este dat chiar de legea sănătății, adică, L. nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, art. 481, care stipulează că **independența profesională conferă medicului dentist dreptul de inițiativă și decizie în exercitarea actului medico-dentar și deplina răspundere a acestuia.**

În exercitarea profesiei medicul dentist trebuie să dovedească disponibilitate, corectitudine, devotament și respect față de ființa umană, iar prin natura umanitară și liberală a profesiei sale se distinge caracterul de a nu putea fi considerat funcționar public.

Codul deontologic al medicului dentist (art. 5 alin. 2) stipulează că medicul dentist are libertatea alegerii investigațiilor, manoperelor de diagnostic și tratament și a prescripțiilor medicale pe care urmează să le aplice pacientului.

Conținutul acestui drept este limitat numai de componenta științifică a cunoștințelor de specialitate și de consimțământul pacientului la aplicarea unei metode de diagnostic, prevenție și tratament.

În ceea ce privește componenta științifică avem în vedere ghidurile și protocoalele de practică medico-dentară, atunci când există, și standardele ce rezultă din literatura de specialitate, în lipsa unor ghiduri adoptate și asumate la nivel de autoritate de stat.

Aceste limitări de ordin științific ale conținutului dreptului medicului la independență profesională cu consecințele ce rezultă sunt stipulate în art. 666 din L. nr. 95/2006 republicată, care prevede obligația aplicării standardelor terapeutice stabilite prin ghiduri de practică în specialitatea respectivă, aprobate la nivel național, sau în lipsa acestora, standardelor recunoscute de comunitatea medicală a specialității respective.

Comunicarea medic - pacient este în mod indubitabil legată și de consimțământul pacientului informat asupra actului medical la care urmează să fie supus, în baza actelor normative incidente care instituie dreptul pacientului de a accepta sau de a refuza o intervenție medicală.

Medicul dentist este cel care trebuie să îi solicite acordul scris pacientului pentru a fi supus la metode de prevenție, diagnostic și tratament cu potențial de risc.

În exercițiul acestui drept medicul dentist trebuie să acționeze cu tact în explicațiile pe care le oferă pacientului, în special cu privire la diagnostic și metodele de tratament la care urmează a fi supus, la riscurile și beneficiile aplicării acelei metode de tratament, la alternativele de tratament, dacă acestea există, cu riscurile și beneficiile respective, folosind un limbaj care să se adreseze gradului de înțelegere a pacientului.

În situația în care pacientul nu este de acord cu planul terapeutic indicat de către medicul dentist, luând act de riscurile la care se supune prin neaplicarea tratamentului, are dreptul de a refuza acea conduită terapeutică.

În această situație medicul dentist îi va cere pacientului ca acest refuz să fie consemnat în scris, în formularul **Acordul pacientului informat**, prevăzut în anexa la decizia C.M.D.R. nr. 15/2016, cât și în Anexa nr. 1 la **Normele metodologice de aplicare a titlului XVI**.

Reamintim că în urma adoptării actelor normative de mai sus, formularul **Acordul pacientului informat** se structurează în **acord** propriu-zis (când pacientul informat este de acord cu actul medical propus) și **refuz** al actului medical (când pacientul refuză actul medical recomandat de medic).

În acest ultim caz medicul dentist nu poate fi tras la răspundere pentru că răspunderea pentru refuzul actului medical indicat revine pacientului.

La polul opus se află situația în care, la cererea pacientului medicul își modifică conduita terapeutică, în sensul că acceptă o altă variantă de tratament decât cele propuse de el, pe considerentul că „așa dorește pacientul.”

Dreptul legal la independență profesională presupune

## PAGINI JURIDICE

---

asumarea răspunderii pentru o anumită conduită terapeutică pe care pacientul o acceptă sau nu, ori acceptă una dintre opțiunile acordate de medicul curant. Odată ce medicul dentist acceptă variante de tratament „construite” de pacient împotriva propriilor prescripții se face un prim dar esențial pas către o posibilă culpă medicală.

Aceeași situație apare și când medicul dentist cedează presiunilor pacientului de a efectua tratamentul cât mai repede, pe motiv că are un eveniment la care urmează să participe ori alte cauze similare. Factorul „timp” poate fi variabil până la limita punerii în pericol a calității actului medical și nicidecum pe considerente de alte natură.

În măsura în care se solicită efectuarea de urgență a unei operațiuni medicul este responsabil în a stabili planificarea ședințelor. Faptul că pacientul solicită (chiar și în scris) efectuarea unui act terapeutic în timp scurt nu exonerează medicul de răspundere nici pentru rezultatul efectiv, nici pentru eventuale complicații ce ar surveni.

Așadar medicul dentist are drept de decizie în exercitarea actului medico-dentar iar pacientul are drept de opțiune: acceptă sau refuză.

Acceptul ori refuzul pacientului asupra actului medical indicat este comunicat și consemnat în formularul **Acordul pacientului informat**, care se anexează documentelor de evidență primară.

Formularul **Acordul pacientului informat**, veritabil instrument juridic de comunicare eficientă, impus de norme incidente ca înscris preconstituit pentru a face dovada informării pacientului de către medicul dentist asupra actului de prevenție, diagnostic ori tratament la care urmează să fie supus pacientul, trebuie să în deplinească, cel puțin, următoarele condiții:

- ca formă, acordul trebuie să fie dat în formă scrisă, semnat de către pacient și datat;

- pe fond, sintagma **consimțământ / acord informat** se referă la imperativul informării în prealabil a pacientului de către medic cu privire la actul medical de prevenție, diagnostic ori tratament pentru care pacientul trebuie să consimtă.

În temeiul legii trebuie ca aceste **informații** în mod cumulativ și sub sancțiunea vicerii acordului exprimat să se refere la:

- diagnostic;
- natura și scopul tratamentului;
- riscurile și consecințele tratamentului propus;
- alternativele viabile de tratament, riscurile și consecințele acestora;
- prognosticul bolii fără aplicarea tratamentului.

Urmând întocmai aceste puncte se realizează **descrierea pe scurt a informațiilor ce i-au fost furnizate pacientului de către medicul dentist.**

Alături de aceste elemente în **Acordul pacientului informat** în mod obligatoriu, trebuie să se stipuleze:

- numele, prenumele și domiciliul sau după caz reședința pacientului;
- actul medical la care urmează a fi supus, conform planului de tratament elaborat de către medicul dentist și explicat pacientului la un nivel rezonabil de înțelegere;
- acordul (sau refuzul) exprimat fără echivoc pentru efectuarea actului medical;
- semnătura și data exprimării acordului;
- tabelul cu personal medical care acordă îngrijirile medicale la care pacientul consimte.

În relația medic dentist - pacient poate fi sensibil **dreptul medicului de a fotografia ori filma pacientul.** Normele legale stabilesc ce drepturi și ce obligații are medicul și prin ce instrument juridic se exprimă acestea.

În baza art. 20 din L. nr. 46/2003 pacientul poate fi fotografiat sau filmat, fără a i se cere consimțământul în acest scop, numai în cazul în care imaginile sunt necesare diagnosticului sau tratamentului și evitării suspectării unei culpe medicale.

Limita acestui drept constă în respectarea scopului în care poate fi exercitat și pe cale de consecință imaginile obținute nu pot fi utilizate decât în scopul instituit de lege. Corelativ, pentru cazul în care filmarea ori fotografierea pacientului s-ar realiza **în alt scop decât cel medical, este necesar consimțământul pacientului.**

Acesta se exprimă în scris, prin completarea formularului **Acordul pacientului privind filmarea / fotografierea în incinta unității sanitare** - în scop nemedical - astfel cum este prevăzut de Anexa nr. 1 la O.M.S. nr. 1410/2016, adică de Normele de aplicare ale L. nr. 46/2003, legea drepturilor pacientului.

Formularul în sine face dovada consimțământului pacientului de a fi filmat sau fotografiat în alt scop decât cel medical (pentru care nu este necesar consimțământul) dacă respectă forma impusă de norme și este semnat de pacient și datat.

Actul medical este guvernat de **principiul confidențialității**, enunțat de prevederile art. 21 din L. nr. 46/2003, care instituie regula că toate informațiile medicale și datele personale ale pacientului sunt confidențiale.

În baza art. 23 din L. nr. 46/2003 se exprimă excepția că medicul poate furniza informații cu caracter confidențial altor furnizori de servicii medicale acreditați, implicați în tratamentul pacientului, fără a fi necesar consimțământul expres al acestuia.

Cum termenul "acreditați" nu este definit în lege, apreciem că aplicarea în practică este dificilă, prin riscul de a nu putea fi desemnate care sunt persoanele cărora le poate fi furnizată o informație confidențială.

În baza art. 25 alin. 2 din L. nr. 46/2003 rezultă și excepția că medicul dentist are un drept de imixtiune asupra vieții private, familiale a pacientului numai când pacientul reprezintă pericol pentru sine sau pentru sănătatea publică.

Regula în materie de confidențialitate este ca pacientul să își exprime acordul explicit pentru ca datele sale personale medicale să fie furnizate unei terțe persoane.

Acordul pacientului în acest sens se obține prin completarea de către pacient a formularului **Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale** astfel cum este prevăzut în Anexa nr. 5 la Normele de aplicare a L. nr. 46/2003, adoptate prin O.M.S. nr. 1410/2016.

Acest formular are caracter revocabil, în sensul că pacientul îl poate retrage când nu mai dorește ca o anumită persoană să fie informată asupra stării sale de sănătate.

Ca și celelalte formulare și acesta se anexează documentației primare a pacientului.

**Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale**, are ca temei legal art. 12 din L. nr. 46/2003, astfel cum a fost modificat de L. nr. 50/2016, care stipulează că pacientul sau persoana desemnată în mod expres de acesta are dreptul să primească, la cerere, un rezumat scris al investigațiilor medicale, respectiv o copie a acestora.

Un subiect delicat pentru medicul dentist se referă chiar la **regimul documentelor medicale** și / sau la dreptul de a reține radiografiile atunci când un pacient solicită returnarea acestora.

Trebuie subliniat că legea nu prevede expres acest drept al medicului. Legea prevede în schimb dreptul pacientului și al reprezentantului său, comunicat prin **Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale**, de a avea **acces la datele medicale personale** (art. 24 din L. nr. 46/2003).

Art. 9 - 11 din Norma de aplicare a Legii drepturilor pacientului, L. nr. 46/2003, adoptate prin O.M.S. nr. 1410/2016 instituie procedura prin care este pus în aplicare acest drept al pacientului de a avea acces la datele medicale personale și care este corelat cu obligația unităților sanitare de a asigura accesul neîngrădit al pacienților la datele medicale personale.

Deoarece reglementări specifice domeniului medico-legal obligă furnizorul de servicii medicale să pună la dispoziția autorității de medicină legală copii certificate de pe întreaga documentație medicală și există obligația medicului dentist de a întocmi pentru fiecare pacient documente de evidență primară, care trebuie păstrate timp de 5 ani (art. 20 alin. 1 și 2 din Codul deontologic al medicului dentist), procedura privind comunicarea datelor medicale personale are la bază principiul că pacientului i se eliberează o copie a acestor documente, respectând anumite termene și formalități, astfel că:

- unitatea medicală trebuie să furnizeze pacientului formularul **Solicitare privind comunicarea documentelor medicale personale**, al cărui model este prevăzut în Anexa nr. 3 la O.M.S. nr. 1410/2016, prin care pacientul solicită, în copie, documentele medicale personale care îl interesează;

- în termen de 48 de ore de la înregistrarea solicitării pacientului, unitatea eliberează documentele medicale solicitate, în copie;

- eliberarea copiilor documentelor medicale solicitate se face de către unitatea medicală numai după completarea de către pacient a formularului **Declarație privind comunicarea documentelor medicale personale**, prevăzut în Anexa nr. 4 la O.M.S. nr. 1410/2016.

În ceea ce privește radiografiile, reglementările în vigoare nu conțin dispoziții exprese dar apreciem că fiecare dintre părțile implicate este îndrăguit să dețină un exemplar al radiografiei și se supun aceluiași regim juridic.

Așadar putem conchide că **medicul are obligația de a păstra toate documentele de evidență primară iar la cererea pacientului este obligat să îi furnizeze o copie de pe acestea, conform procedurii legale.**

În baza prevederilor legale atragem atenția asupra **importanței reglementărilor interne proprii ale furnizorului de servicii medico-dentare**, reglementări care la rândul lor trebuie să fie edictate cu respectarea actelor normative incidente, trebuie afișate astfel încât să fie aduse la cunoștința pacienților și trebuie respectate de personalul medical.

În cele din urmă dar nu mai puțin important, reamintim că alături de formularele preformate se alătură ca instrument juridic de comunicare, dacă este cazul, și **asigurarea de malpraxis**.

Încheierea unei asigurări de malpraxis nu este doar o obligație legală pentru medicul dentist, ci este o formă de protecție juridică a medicului dar și a pacientului, cu real potențial de instrument juridic de comunicare.

Medicul, în calitate de asigurat, este protejat patrimonial prin încheierea contractului de asigurare iar pacientul prejudiciat are siguranța exigibilității sumei acordate cu titlu de daune.

Așadar pentru un medic stomatolog încheierea unei polițe de asigurare de malpraxis nu este un act pur formal și lipsit de consecințe juridice. Din contră, este un act juridic de protecție personală, atât profesional cât și patrimonial și de protecție a propriilor pacienți.

Pentru a fi eficientă din perspectiva medicului - beneficiar al asigurării de malpraxis trebuie ca prin polița pe care o încheie să fie îndeplinite cel puțin următoarele condiții:

- practica sa medicală conformă cu competențele oferite de titlul profesional pe care îl deține să corespundă tipului de asigurare pe care o încheie;
- suma - limită acoperită de asigurare (care este impusă în quantum de 37 000 euro pentru medicii dentiști care au contract cu casele de asigurări de sănătate) să acopere eventualitatea de litigii multiple, nu doar un caz de malpraxis pe an;
- în plata daunelor acoperite de asigurator să fie incluse și daune morale, nu numai daune materiale;
- clauza care prevede ca asigurarea să opereze indiferent de momentul formulării acuzației de malpraxis;

În cazul în care contractul de asigurare răspunde acestor cerințe minimale medicul dentist trebuie să îl și folosească în eventualitatea producerii unui incident de malpraxis.

Aceasta înseamnă ca, cel puțin,:

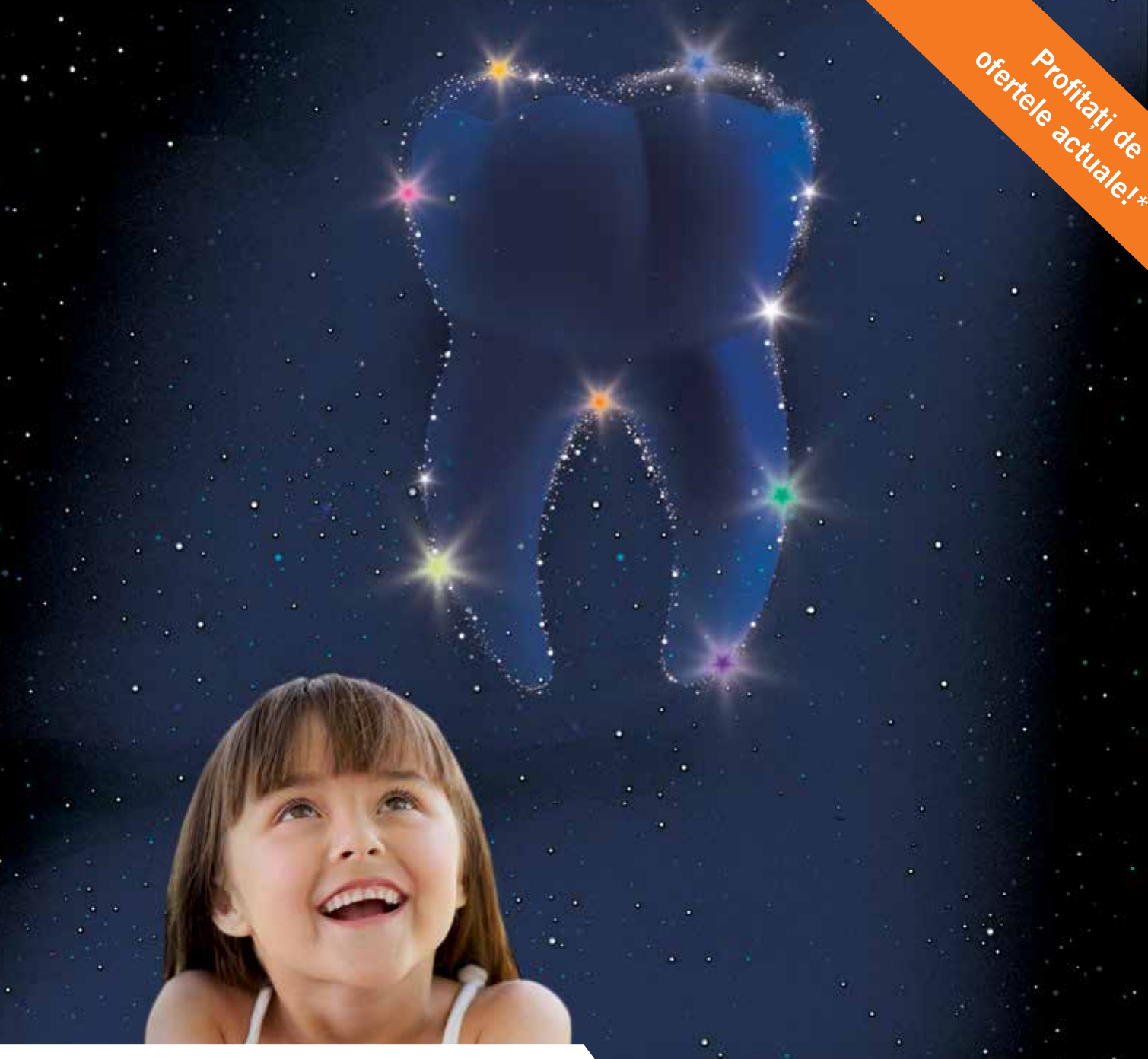
- să înștiințeze în scris asiguratorul despre existența unei acțiuni în despăgubire în termen de 3 zile lucrătoare de la data la care a luat cunoștință despre această acțiune, care poate însemna orice acuzație de malpraxis care i s-a adus la cunoștință;
- să remită o copie a poliței sale de asigurare autorității în fața căreia pacientul a formulat acuzația de malpraxis, respectiv cererea de despăgubire;
- să ceară asiguratorului să plătească despăgubirile stabilite pe cale amiabilă, dacă este cazul.

Art. 673 alin. (1) din L. nr. 95/2006 republicată, cu modificările și completările ulterioare prevede că despăgubirile se pot stabili și pe cale amiabilă, sau în urma procedurii de mediere, în cazurile în care rezultă cu certitudine răspunderea civilă a asiguratului.

Ceea ce este de semnalat în acest context este rezolvarea incidentului pe cale extrajudiciară, pentru a evita escaladarea unui conflict care odată externalizat instanței de judecată nu se poate finaliza niciodată cu o situație *win - win* medic - pacient, chiar dacă întregul prejudiciu este acoperit de poliță și achitat de asigurator, nu de către medic.

Informarea medicului asupra aspectelor care constituie cadrul legal al relației medic - pacient și respectarea cadrului legal în mod constant în practica curentă, prin instituirea de proceduri conforme standardului de legalitate, cu utilizarea instrumentelor juridice de comunicare, asigură atât gestionarea corectă a riscului de malpraxis dar și comunicarea eficientă cu pacientul.

Profitați de  
ofertele actuale!\*



## OBTURAȚII COLORATE CU EFECT DE STRĂLUCIRE

- Pentru restaurări pedodontice ale dinților de lapte
- Bazat pe tehnologia compomer VOCO verifi cătă
- Capacitate excelentă de lustruire
- Opt culori atrăgătoare cu efect de strălucire

## Twinky Star



\*Pentru ofertele curente vă rugăm să contactați reprezentantul VOCO zonal.

**Colgate®**



**ROMÂNIA  
MERITĂ ZÂMBETE  
COLGATE**

Misiunea Colgate este să aducă în România cât mai multe zâmbete. Pentru că merităm un zâmbet fără carii. Un zâmbet care topește inimi, unește oameni și ajută să ne îndeplinim visurile.

De aceea, alături de Crucea Roșie Română, organizăm programul Zâmbete Colgate.

Intrați pe pagina [www.zambetecolgate.ro](http://www.zambetecolgate.ro) și aflați în ce școală găzduim consultații stomatologice gratuite pentru cei mici.

**România merită zâmbete Colgate!**

