

Informazioni in frequenza

Notizie e commenti dal mondo della
Odontoiatria laser assistita
a cura del direttivo AIOLA

RIORGANIZZATA LA SEGRETERIA

NUOVA SEDE LOGISTICA

L'efficienza nella comunicazione e la possibilità di rispondere in tempo pressoché reale alle esigenze logistiche ed amministrative sono da sempre uno degli obiettivi dell'Accademia.

A partire dal primo Gennaio 2007 le funzioni amministrative pertinenti alla Segreteria/tesoreria sono state affidate alla Pacini Service s.r.l. di Milano, che avrà il compito di gestire ed organizzare i rapporti con i Soci (archivio, emissione documenti contabili,

mailing etc.)

La sede ufficiale continua ad essere a Bergamo, in Via Zelasco 1, che resta comunque il centro decisionale ed operativo al quale fare riferimento, così come è invariato l'indirizzo e-mail della segreteria, segreteria@aiola.it

UFFICIO DEL SEGRETARIO TESORIERE

Dr. **Maurizio Maggioni**
Via Zelasco 1—24121 Bergamo

Reperibilità: da lunedì a venerdì, 9-12,30/14,30-17

Telefono 035.222115 Telefax: 035.237517

E.mail : segreteria@aiola.it maggioni@aiola.it

SEGRETERIA AMMINISTRATIVA E LOGISTICA

c/p **PACINI SERVICE** s.r.l.
Via Pacini 62—20131 Milano
www.paciniservice.it



Reperibilità Martedì 14-16

Giovedì 10-12 14-16

Telefono 0226684002 Telefax 0270058853

E.mail : segreteria@aiola.it



INIZIATIVE PER I SOCI

Una Associazione a carattere scientifico, come AIOLA è, vive essenzialmente grazie al volontariato ed alla disponibilità dei soci nel condividere le proprie conoscenze ed esperienze, contribuendo così a costituire un patrimonio comune in grado di arricchire tutti.

Gli strumenti a disposizione vengono gestiti con criteri di efficacia e di economicità, sia in termini di costi che di risorse umane a disposizione.

Attualmente AIOLA offre ai Soci l'abbonamento gratuito alla rivista **DoctorOs**, che ospita, tra l'altro, le pagine dedicate alla Vita Associativa realizzate in collaborazione con SILO.

Lo strumento potenzialmente più versatile è il sito web, www.aiola.it, dove il materiale raccolto può essere organizzato e pubblicato in tempo pressoché reale. Paradossalmente è sottoutilizzato, pur offrendo numerose opportunità, tra le quali:

- inserimento nel Database dei Soci con motore di ricerca accessibile a tutti
- Documentazione sulla vita associativa
- Riferimenti bibliografici
- Pubblicazione di case reports ed articoli
- Rubrica "cerco ed offro"
- Consulenza in tema tecnologico e sicurezza
- Canale diretto tramite la casella postale info@aiola.it
- Corsi e congressi

La stessa **Newsletter** può rappresentare un mezzo di comunicazione rapida ed efficace e spazio a disposizione per comunicazioni ed iniziative.

Ribadiamo quindi l'invito ad utilizzare gli strumenti a disposizione ed a contribuire attivamente al loro funzionamento ed arricchimento.

A questo proposito AIOLA lancia un'iniziativa, le cui motivazioni sono dettagliate nelle pagine seguenti: una **raccolta dati multicentrica** che permetta di avere un'idea dello stato dell'arte e della diffusione della tecnologia laser nel nostro paese.

Abbiamo elaborato un modulo, stampabile direttamente da questa newsletter oppure scaricabile prossimamente dal nostro sito e quanto prima disponibile anche nella versione on line.

I moduli cartacei potranno essere inviati a : **AIOLA- c/o Pacini Service srl**
Via Pacini 62 -20131 Milano

n. fax 0270058853 - segreteria@aiola.it

I prossimi mesi, in attesa della Assemblea Annuale che probabilmente si svolgerà a Roma in occasione del Congresso del collegio dei docenti, ci vedranno impegnati nella implementazione ed aggiornamento del sito, e nella strutturazione di una Segreteria logistica rapida ed efficiente.

Bozza della nuova tessera che
verrà inviata ai Soci



Laser ed EBM:**Iniziativa AIOLA**

Al giorno d'oggi le possibilità di accedere a documentazione sono realmente impressionanti. Si calcola che ogni anno, per ogni branca specialistica, vi sono ben 500 sperimentazioni/studi clinici pubblicati in più di 50 riviste diverse; il che vuol dire una cosa come circa 10 nuovi articoli a settimana. Questi numeri, in buona misura derivanti dall'avvento di internet e dalla quantità e complessità di informazioni disponibili in campo biomedico, tendono ad incrementarsi dal 10 al 20% anno (Niederman et al., 2002). Se a questo aggiungiamo la necessità di adeguarsi a parametri positivi del rapporto costo-beneficio anche in termini economici, la maggiore consapevolezza e conoscenza dell'utenza, la difficoltà di passaggio dalla ricerca alla clinica si può ben comprendere quanto sia difficile aggiornarsi in modo efficace.

Oggi viviamo l'epoca della EBM, evidence based medicine, o meglio EBD, evidence based dentistry, ossia "odontoiatria basata sull'evidenza"

David Sackett, pioniere della EBM, la definì come "un approccio alla pratica clinica dove le decisioni cliniche risultano dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze scientifiche disponibili, mediate dalle preferenze del paziente". Infatti partendo da ciò l'ADA definisce l'EBD come segue:

"è un approccio alla salute orale che richiede la giudiziosa integrazione tra il sistematico accertamento della evidenza clinica e della rilevanza scientifica, messo in relazione alla storia ed alla condizione orale e medica del paziente, con l'esperienza clinica del dentista e con quello che è il trattamento che il paziente necessita e preferisce.

Il nuovo codice deontologico medico, all'articolo 6, si riferisce alla "efficacia" delle cure, ed è quindi evidente, al di là del gioco di parole, l'importanza della definizione

di EBM.

Da un punto di vista pratico si tratta di un processo suddiviso in gradi, 4 per la precisione, così definiti:

- 1) Fare le giuste domande.
La pratica clinica porta alla necessità di informazioni ed alla formulazione di quesiti clinici.
- 2) Condurre ricerche inerenti ai risultati che si vogliono ottenere.
Parte il processo di raccolta delle informazioni, ricercando le evidenze disponibili che, sempre secondo Sackett "riguardano l'accuratezza dei test diagnostici (inclusi la storia e l'esame fisico), la potenza dei fattori prognostici, l'efficacia e sicurezza dei trattamenti preventivi, terapeutici e riabilitativi".
- 3) Le evidenze rese disponibili vengono esaminate e valutate criticamente cioè analizzate e distillare i risultati per determinare il più efficace metodo clinico.
- 4) Le evidenze vengono applicate nella pratica clinica professionale.

A questi se ne potrebbe aggiungere un altro:

- 5) misurare i risultati sia clinici che economici.

Appare chiaro che lo schema nella sua apparente staticità lascia margine alla discrezionalità, integrando il prezioso patrimonio della esperienza personale con le condizioni ambientali e le aspettative e preferenze del paziente, adeguatamente informato: è il cosiddetto "giudizio clinico", a nostro parere il vero valore della medicina intesa in senso olistico. Una accettazione acritica delle evidenze disponibili porterebbe ad una visione "integralista", rimettendo ogni decisione alle indicazioni dell'opinion leader di turno. (Vengono identificati due fruitori della EBM: gli "users", che si rifanno a fonti secondarie, ed i "practitioners" che la praticano passo passo)

Non citiamo l'argomento a caso, considerando come lo scetticismo sulle applicazioni laser in odontoiatria sia alimentato dalle critiche di chi sostiene la non eviden-

za dei risultati basandosi sulla scarsa attendibilità della letteratura a disposizione, e che spesso accetta senza discussione quanto scritto su altre branche.

La ricerca basata sull'evidenza usa standard internazionali per progettare e valutare studi clinici concernenti la salute dei pazienti. Gli standards includono requisiti come:

- campioni di pazienti presi a caso
- alta percentuale o completezza dei risultati.
- Uso di un processo in doppio cieco

Il tutto mirato a ridurre la deviazione dei risultati e ad incrementare la probabilità di conseguirne di validi ed affidabili.

È paradossale come vengano acriticamente accettati non solo i risultati, ma la metodologia di ricerca, che già di per sé contiene elementi relativamente invalidanti. Infatti spesso gli esperimenti sono condizionati non solo da scelte a volte indirizzate, ad esempio, alla necessità di pubblicazione, ma anche dai criteri di scelta dei casi, spesso omogenei, escludendo quelli limite o complessi, alla ricerca della situazione ideale, e soprattutto con l'intervento di operatori con particolare esperienza. Si può così giungere a stabilire un'efficacia (efficacy) che difficilmente può essere trasferita con eguale successo (effectiveness) nella pratica clinica, dove questi criteri di esclusione o ideali non sono oggettivamente operativi.

In quest'ottica riteniamo sia importante una raccolta multicentrica di case report, capace, per numeri e variabili, di intercettare trasversalmente tutte le realtà cliniche e di valutare la reale efficacia nella pratica, e quindi l'"effectiveness", dei protocolli utilizzati.

Ed è su questa base che ci proponiamo di introdurre un modello che tenga conto di questi valori nella raccolta dati, in maniera tale da averne un riscontro più ampio rispetto a quello che potrebbe essere uno studio fatto su pochi casi e soprattutto mirati.

**Ercole Romagnoli
Riccardo Destro**

Codice **RACCOLTA DATI MULTICENTRICA SULL'UTILIZZO DEL LASER IN ODONTOIATRIA**

Struttura: _____

Operatore: _____

Data: _____

Paziente ____ Età _____ Maschio Femmina

Anamnesi _____

Patologia _____

Caratteristiche della lesione (diametro, profondità etc.) _____

Lesione già trattata in passato: sì no Se sì come ?
_____Lunghezza d'onda utilizzata : 532 635 810 980 1064 2790 2940 _____

Marca Laser _____

Fibra _____ diametro _____

Manipolo a contatto Manipolo focalizzato Tip usato _____Manipolo defocalizzato Distanza di lavoro cm _____Manipolo collimato Diametro mm _____

Schema passaggio (griglia, spirale etc) _____

Potenza impostata _____ Watt Emissione: Continua Interrotta Impulsata

Frequenza _____ Hz

Duty cycle _____ % Durata impulso μ sec _____ Fluenza _____ J/cm²

Tempo di applicazione _____

Frequenza trattamenti _____

Anestesia : si no

Se sì : 1) Topica : pomata spray (marca e dosaggio) _____

2) Infiltrazione con senza vasocostrittore
tipo (articaina, mepivacaina etc.) _____ quantità ml _____

Descrizione
intervento _____

Terapia farmacologica _____

Documentazione fotografica Filmato

Controlli: giorni 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

Settimana 1 2 3 4 5 6 7 8 Mesi 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Osservazioni e/o complicanze

Considerazioni del paziente sul trattamento eseguito. (livello di confort: dolore , fastidio etc.
durante e nel post-intervento

ABSTRACTS

Effects of Diode Laser Irradiation on Smear Layer Removal from Root Canal Walls and Apical Leakage after Obturation.

Xiaogu Wang, D.D.S., Yichao Sun, D.D.S., Yuichi Kimura, D.D.S., Ph.D., Jun-Ichiro Kinoshita, D.D.S., Ph.D., Nelson Tatsunari Ishizaki, D.D.S., and Koukichi Matsumoto, D.D.S., Ph.D.

Photomedicine and Laser Surgery vol. 23, n° 6, 2005 pp. 575-581

Recensione: **Dott. Michele Paradiso**

Sommario: l'obiettivo di questo studio è di valutare l'aumento di temperatura della superficie radicolare durante e immediatamente dopo l'irraggiamento con un laser a diodo, osservare i cambiamenti morfologici delle pareti canalari e valutare l'infiltrazione apicale dopo l'irraggiamento ed otturazione in vitro. La metodica utilizzata in questo studio prevede l'utilizzo di 66 denti umani estratti a singola radice ai quali viene asportata la corona e strumentati fino a un diametro di 60 K-file. La lunghezza di lavoro è valutata visivamente ad un millimetro più corto del forame apicale; i canali vennero irrigati con 3ml di NaOCl 5% e H2O2 3% alternativamente dopo ogni strumento e a fine lavoro si utilizzano 3ml di acqua sterile dopo di che i canali sono asciugati con punte di carta. I denti vengono divisi casualmente in tre gruppi di 22 denti ciascuno. Il gruppo 1 e 2 viene irradiato con un laser a diodo al 5 W in modalità continua per sette secondi usando una fibra ottica con un diametro di 550 e 365 micrometri, rispettivamente. La tecnica di irraggiamento prevedeva l'inserimento della fibra ottica fino al contatto più apicale con le pareti canalari e l'applicazione del raggio per due secondi allo stop apicale e per i successivi cinque secondi la rimozione della fibra dal canale con movimento rotatorio. Il gruppo 3 viene utilizzato come controllo. L'aumento di temperatura sulla superficie dei denti nei gruppi 1 e 2 viene misurata mediante termografia sette secondi durante l'irradiazione e 13 secondi dopo con un aumento massimo di temperatura di 8,1 °C nel gruppo 1. Lo smear layer viene esaminato macroscopicamente tramite stereo microscopio sezionando sei denti in ciascun gruppo longitudinalmente; esso, nei campioni trattati con laser, appare evaporato e rimosso, con una migliore pulizia delle pareti canalari, significativamente superiore al gruppo di controllo. Il grado di infiltrazione apicale viene valutato sezionando trasversalmente e longitudinalmente i campioni in esame i quali vengono otturati ed immersi in soluzione di Rodamina B. Normalmente viene utilizzato il colorante come indicatore, negli studi in vitro, per valutare il grado di penetrazione e quindi di infiltrazione tra otturazione e parete canalare. Tale infiltrazione viene valutata morfologicamente tramite sezione orizzontale o trasversale. In questo studio, per maggior precisione, vengono utilizzati entrambe le sezioni. Dopo l'otturazione i gruppi trattati con laser mostrano significativamente minore infiltrazione apicale del gruppo di controllo ma non esistono differenze tra i due gruppi trattati con laser. Questi risultati indicano che il laser a diodo 960 nano metri è utile nel rimuovere lo smear layer e detriti dalle pareti canalari, riducendo l'infiltrazione apicale dopo otturazione in vitro e suggerisce che potrebbe essere utile per i trattamenti canalari in ambito clinico.

Osservazioni: i limiti di questo studio sono essenzialmente determinati dal ridotto numero degli elementi dentali esaminati nonché dal fatto che esso non è uno studio in doppio cieco, quindi è possibile che il risultato sia stato influenzato dall'operatore. Inoltre non viene spiegato per quale motivo l'infiltrazione apicale risulti minore nei denti trattati con laser.

Esistono pochi lavori sul trattamento canalare mediante laser a diodo di lunghezza d'onda a 980 nano metri e questo ha il merito di essere tra i primi a valutare gli effetti della laser a diodo 980 nano metri in ambito endodontico pur con tutti i difetti di uno studio in vitro.

Tra le varie banche dati disponibili su internet una delle più interessanti è sicuramente



<http://www.medscape.com>

Il sito offre la possibilità di accedere a risorse gratuite full text su numerosi argomenti in campo medico e farmacologico, l'accesso a Medline per la ricerca di articoli ed abstracts, la possibilità di ricevere con una semplice registrazione Medscape's MedPulse una newsletter settimanale con le novità nei settori richiesti.

Per commenti e suggerimenti sulla Newsletter scrivi a: romagnoli@aiola.it