



sanofi aventis

La salute, la cosa piú importante

Effetto videogame

I giochi elettronici violenti sono pericolosi?
Opinioni, ricerche, luoghi comuni e consigli

da pagina 7 a 9



sanofi aventis

La salute, la cosa piú importante

anno 13 n. 535

10 maggio 2007

la Repubblica Salute

Il settimanale di chi vuole vivere bene

● 500

Sono i capelli che crescono in un centimetro quadrato della testa

● 250.000

Sono i capelli che, in media, abbiamo in testa

Capelli protetti

Dalla scelta dello shampoo alla tintura come salvaguardare la nostra chioma

da pagina 28 a 30

● 30-50

È il numero di capelli che fisiologicamente cadono ogni giorno

MEDICINA

Biomateriali o trapianto d'osso per un sorriso

da pagina 10 a 12



RICERCA

Banche del cordone, il vantaggio di averle pubbliche

a pagina 20



ALIMENTAZIONE

Zafferano & Curcuma la strana coppia che tinge di giallo

alle pagine 40 e 41

A MONTECARLO DA OGGI SINO A SABATO GLI SPECIALISTI ANALIZZANO LE ULTIME SOLUZIONI DELLA TECNOLOGIA ODONTOIATRICA. ECCO ALCUNE ANTICIPAZIONI

Denti nuovi e meno cari.

Implantologia, in arrivo i biomateriali

di Annamaria Messa

Sempre più impianti dentali nel sorriso degli italiani. A costo di grosse spese (a totale carico del paziente), pratiche più o meno invasive, eventuale ricovero, interventi complicati anche con prelievo di osso dall'anca se in bocca non ce n'è abbastanza.

«Lo sviluppo dell'implantologia in odontoiatria non deve distogliere dall'obiettivo del paziente, di mettere cioè i denti con l'intervento più semplice, meno invasivo, con minori complicanze», precisa Tiziano Testori, Implantologia e Riabilitazione Orale Istituto ortopedico Galeazzi, Un. Milano, e presidente della Società Italiana di Chirurgia Orale. Mini invasività, rispetto del paziente... ma i dentisti amano la chirurgia e a volte perdono di vista gli interessi dei pazienti, specie se la quantità di osso sembra insufficiente. Ci sono però tecniche (come la "Toronto Modified Bridge" della Scuola di Roberto Weinstein, Odontoiatria, un. Milano, Galeazzi) che consentono «di riabilitare un'intera arcata con solo quattro impianti sfruttando l'osso che nel 95% dei casi già c'è. Senza aggiungerne altro, senza rigenerazioni, con minore morbilità del paziente e minori spese».

Quando osso proprio non ce n'è, «in Italia si utilizza molto l'innesto di osso autologo ma tutto il mondo va verso i biomateriali (cellule staminali, ossa di banca da donatori, dispositivi medici di origine sintetica o animale) che funzionano bene per piccole rigenerazioni implantari, ricostruzioni tridimensionali di grosse mancanze d'osso dopo traumi, problemi oncologici, uso prolungato di protesi mo-

bili e per la chirurgia del seno mascellare» precisa l'esperto.

Tra presente e futuro, per avvicinare scienza ed esigenze concrete del chirurgo orale, da oggi fino a sabato 12 nel "V International Osteology Symposium" a Montecarlo scienziati e docenti universitari documentano e validano tecniche esistenti ed emergenti, uso di fattori di crescita per curare parodontopatie (piorrea) e rigenerare tessuto osseo, miglioramenti di tecniche chirurgiche. Il simposio è organizzato dalla Fondazione Osteology, nata nel 2003 da medici e dall'azienda Geistlich, per promuovere la ricerca scientifica e clinica nella rigenerazione dei tessuti con biomateriali rendendo disponibili tecnologie e prodotti innovativi per i pazienti con piorrea grave, esiti di traumi, resezioni tumorali, malformazioni congenite. Nella nuova ingegneria tessutale i fattori di crescita sono in primo piano.

«Sono due, ampiamente testati, approvati dalla Food and Drug Administration, già presenti sul mercato americano e presto in Europa: il PDGF, fattore di crescita di derivazione piastrinica (stimola la formazione di osso se innestato sull'osso) e le BMP2 (bone morphogenetic protein), proteine morfogenetiche dell'osso, piccole molecole essenziali per stimolare la crescita di osso anche in zone diverse dal distretto osseo, per esempio in un muscolo», spiega Massimo Simion, Un. di Milano, coordinatore scientifico Fondazione Osteology.

Si preparano specifiche formine riempite di biomateriale impregnato di proteine morfogenetiche che stimolano la crescita d'osso del paziente e si applicano in

una sede diversa dalla bocca. «Si parte dalla Tac per fare il modellino e si procede facendo crescere la mandibola nel muscolo della schiena. Quando è pronta la si innesta in bocca», chiarisce Testori.

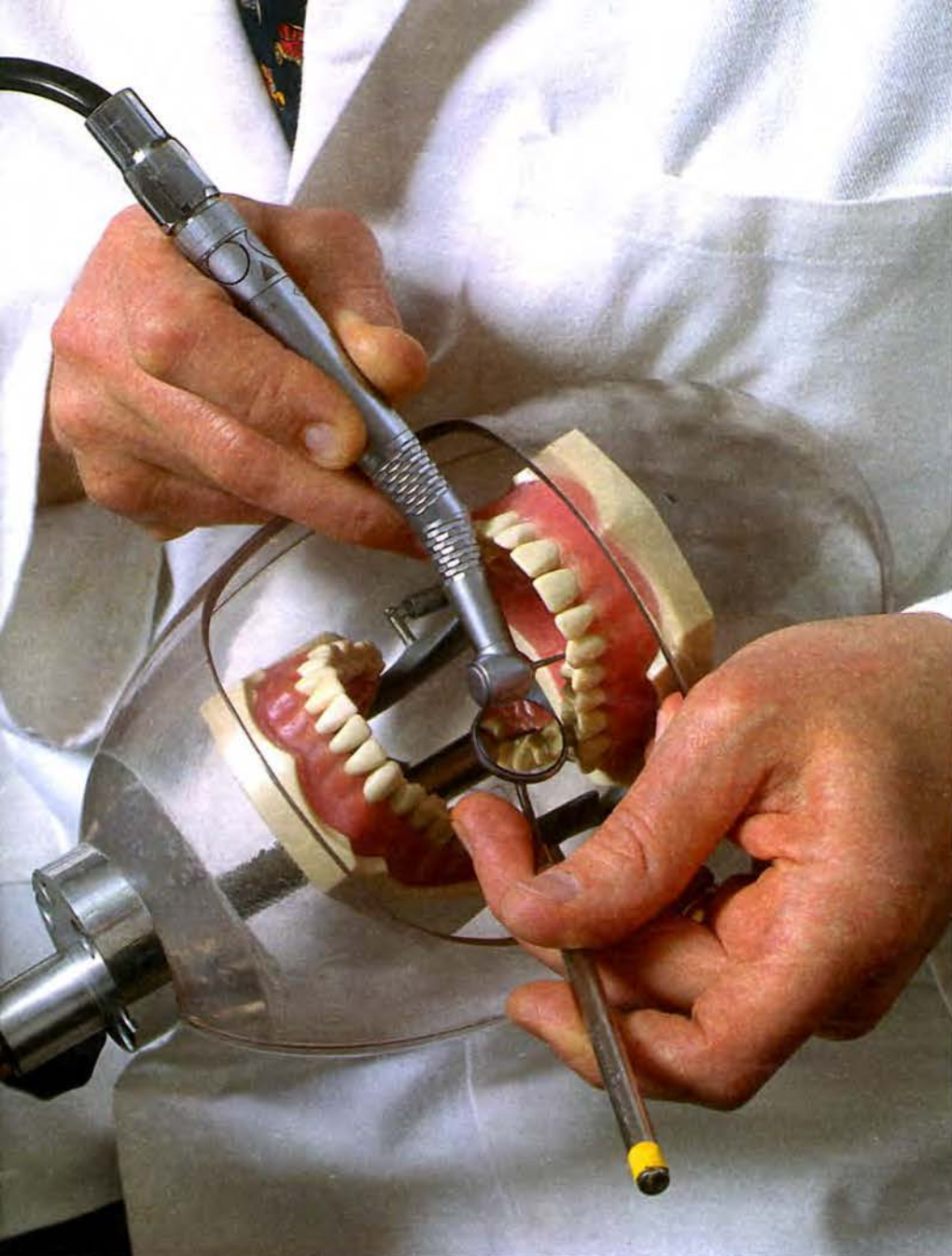
Novità anche con il sostituto dell'osso bovino deproteinizzato, «già in uso e senza rischi di trasmissione di malattie tipo "mucca pazza": potrà essere combinato con i fattori di crescita», puntualizza Simion. Si studia anche una membrana al collagene di origine suina: «quando sarà testata, potrà essere utilizzata per aumentare quantità e qualità di tessuti molli e gengive».

Altro trend di ricerca, il biomateriale impregnato con cellule staminali del paziente: da vedere quando entrerà nella pratica professionale.

Modello di bocca

Apparecchio che simula la dentatura per consentire al dentista di acquisire pratica





5 milioni

le persone nel mondo che hanno sostituito finora uno o più denti persi con altrettanti impianti

1 milione

e centomila impianti si vendono in Italia all'anno, mentre negli Usa, nonostante la maggiore quantità di popolazione, non si arriva neanche al milione

400 aziende

e più gestiscono il giro d'affari nazionale (molte più aziende che negli Usa, in Giappone e in Scandinavia) Solo 6 multinazionali, le altre italiane

1 su 2

dei 51 mila dentisti italiani afferma di praticare implantologia con varie metodiche procedure e costi

Prevenzione

Prima di tutto l'igiene orale

L'IGIENE orale comincia spazzolando già il primo dentino che spunta al lattante. L'indicazione rientra nelle "Linee Guida per la Prevenzione della Carie Dentale" presentate nel 14° congresso romano Collegio Docenti Odontoiatria. Due anni di lavoro multidisciplinare di un apposito gruppo di studio schierato dalla SIOI, Società Italiana Odontoiatria Infantile, specialisti di sanità pubblica, in

collaborazione con GABA Vebas, sulla prevalenza di carie da 0 a 12 anni. Obiettivo: dare a pediatri, scuole, famiglie, istituzioni pubbliche un modo univoco per migliorare la salute orale del bambino. «Tra i criteri seguiti quello di adattare i protocolli di prevenzione al livello di rischio di carie individuale individuato sulla base delle abitudini d'igiene orale, della dieta, dello stato socio-economico, delle eventuali

malattie intercorrenti, per poter ottimizzare i processi e dare linee guida distinte per livello di rischio ed età», precisa Livia Ottolenghi, odontoiatria preventiva e di comunità, Un. La Sapienza, Roma. «La ricerca ha prodotto una tale quantità di nuove conoscenze da rendere difficile per il dentista prendere decisioni terapeutiche fondate sulle prove scientifiche disponibili, a meno che non operi in un ambito molto specialistico», spiega Guglielmo Campus, dell'università di Sassari, coordinatore dello studio. La prima mossa da compiere nella lotta alle carie è quella di spazzolare i denti dopo ogni pasto

principale. «Fino a 4 anni di età basta una piccola dose (quanto un pisello) di dentifricio con fluoro da mettere sullo spazzolino». Ci sono spazzolini educativi per bambini con testina piccola e al centro un colore diverso per indicare quanto dentifricio mettere. Essenziale poi il controllo periodico dell'odontoiatra. «I genitori vanno motivati a portare i figli al controllo periodico dal dentista. L'igienista spiega poi come usare correttamente il filo interdentale, lo scovolino, e come praticare la pulizia se sono

» segue a pagina 12



Una odontoiatra mostra ad una paziente la lastra del suo esame ortopantomorico, un esame radiologico che permette di indagare contemporaneamente ambedue le arcate dentarie

segue da pagina 11

applicare le macchinette ortodontiche. **Importante la sigillatura profilattica dei solchi:** «I primi molari permanenti sono i più a rischio di sviluppare carie per la forma anatomica e perché il bambino non riesce a pulirli bene», puntualizza Alessandra Majorana dell'università di Brescia e presidente della SIOI.

Pediatra in primo piano per abituare madri e figli all'igiene corretta. «È il primo medico a vedere il bambino», ricorda Campus. Alimentazione variata e niente zuccheri facilmente fermentabili, tipo caramelle: la carie, ben si sa, è associata ad alte concentrazioni nella placca dentaria di batteri che producono sostanze acide, in particolare gli *Streptococchi mutans* e i *Lactobacilli*.

Per quanto riguarda la fluoroprofilassi è bene fare chiarezza: «I pediatri consigliano il fluoro dato per bocca. Abbiamo ribaltato questa indicazione perché il bambino prende la pastiglia di fluoro nelle dosi consigliate, ma nello stesso tempo beve acqua minerale, biscotti, altri cibi arricchiti di fluoro, ingerisce il dentifricio con fluoro... si crea un accumulo e un rilascio lento che si somma al continuo apporto della pastiglia», spiega Majorana. «Secondo noi invece, bastano le applicazioni locali conseguenti all'uso di un dentifricio caricato nella giusta dose di fluoro a seconda delle diverse età». Ben altra situazione, ricorda Campus, nei paesi in via di sviluppo dove serve la somministrazione sistemica del fluoro, tanto che viene consigliata dall'Oms. Anche in gravidanza niente fluoro, ma regole igieniche.

(annamaria messa)

Impianti

Chiedete la certificazione

«IL PAZIENTE deve chiedere al suo dentista quale specifico biomateriale gli viene messo in bocca, da quando è sul mercato, se c'è letteratura scientifica, documentazione clinica, se è utilizzato in centri universitari, ospedali dove è richiesta la certificazione, il dossier "efficacia e sicurezza" riconosciuto da organismi internazionali», avverte Tiziano Testori. Importante anche dove ci si sottopone alle procedure chirurgiche: «bisogna stabilire quel che si può fare in ambiente protetto (ospedale, centri universitari) dove ci sono sale operatorie, personale specializzato, controlli delle infezioni e quel che si può fare in ambiente non protetto come lo studio professionale dove, per esempio, non è in genere opportuno fare prelievi d'osso», ricorda Testori. Attualmente in Italia basta il marchio CE che garantisce solo la qualità merceologica del prodotto. Non ci sono obblighi di standard di sicurezza nella metodica operatoria, nelle procedure. «L'osso di banca, quello da cadavere, è lavorato nelle banche dei tessuti che ne certificano la qualità sulla base della direttiva 2004/23/CE. Dal '99, con la legge sui trapianti, è stata predisposta una lista di banche d'osso che lavorano con tutte le garanzie. Se un dentista utilizza qualcosa di diverso ne risponde in proprio violando anche l'obbligo di consenso informato», spiega Stefano Fiorentino, avvocato esperto in biotecnologie e rigenerazione tessuti. Al di là di un contenzioso, in casi del genere un consenso informato risponde anche a ragioni etiche e religiose del paziente.

(a. m.)

La ricerca

Celiachia, si scopre in bocca

DALLA BOCCA si potrà forse diagnosticare la celiachia, evitando la biopsia intestinale. All'università di Foggia e di Palermo si studia la possibilità di anticorpi markers di celiachia su campioni di mucosa orale.

«Con il semplice esame obiettivo della bocca si possono accertare ipoplasia e altre malformazioni dello smalto, le lesioni sui tessuti duri e della mucosa orale, l'alterazione del colore della mucosa, il bruciore nel contatto con sostanze acide riferito dai pazienti», afferma Giuseppina Campisi dell'università di Palermo e segretaria della SIPMO, Società Italiana di Medicina e Patologia Orale.

All'università La Sapienza di Roma la ricerca è sulla valutazione ultrastrutturale dello smalto in età pediatrica identificando differenze tra le lesioni dello smalto in soggetti celiaci e non. «Nei bambini celiaci le macchie hanno particolari caratteristiche: simmetriche e distribuite in bocca in modo particolare. Per una valutazione si può prelevare lo smalto da lesioni cariose o utilizzare i denti da latte, che si perdono naturalmente. Le anomalie dello smalto sono frequentissime, non si possono distinguere clinicamente», spiega Antonella Polimeni, direttore della Pedodonzia, Un. La Sapienza, Roma.

(a. m.)

Linee guida

Quando usare i colluttori

SI USANO come fossero mentine per completare l'igiene orale quotidiana e rinfrescare l'alito. In Usa si spendono 500 milioni di dollari l'anno per prodotti che mascherano, non curano, l'alitosi. Il consumo del collutorio è tanto in aumento che arriva al 9% della spesa europea per l'igiene orale. Per una bocca pulita gli Italiani nel 2005 hanno speso 96,59 milioni di euro. Dopo un anno di lavoro gli esperti del Collegio dei Docenti in Odontoiatria con le Associazioni di dentisti e igienisti, hanno lanciato le IMG, Italian Mouthwash Guidelines, Linee Guida sull'utilizzo collutori: indicazioni basate sulle migliori evidenze disponibili, su uso ed efficacia di questi prodotti.

«Ogni ditta dice che il suo è quello giusto ma il collutorio per essere valido deve avere precise proprietà: astringente, realmente disinfettante, non deve inibire la saliva. Le linee guida dicono come dev'essere, sta alle ditte uniformarsi», commenta Guido Goracci, del centro collaboratore per la Salute Orale dell'Oms. «Se per molti il collutorio è un rinfrescante, la letteratura dimostra che non è solo quello. Non è proprio un farmaco, ma agisce per prevenire il rischio di una malattia o arrestarne la progressione», spiega Andrea Pilloni, Parodontologia, Università La Sapienza, Roma, coordinatore dello studio. «Ci sono collutori utili, inutili, a volte dannosi. Il cittadino non può abusarne, deve sapere se, quando e per quanto tempo deve usarlo, tenendo conto che in gran parte d'infezioni della bocca se ne può fare a meno».

Sul mercato ce ne sono un'infinità, «quelli utili davvero pochi, neanche una trentina», afferma l'odontoiatra. «Il lavoro è stato capillare per tradurre in linee guida la valutazione di ricerca scientifica su questi sciacqui».

«La prevenzione dell'arrossamento delle gengive, a esempio, avviene con un percorso terapeutico che si avvale di vari strumenti non col collutorio e basta» continua Pilloni. È il medico a scegliere e, con l'aiuto delle linee guida, spiega modi e tempi d'uso del prodotto indicato, effetti collaterali. «Vorremmo arrivare, come avviene negli Stati Uniti, alla prescrizione da parte del dentista per un controllo più diretto, teso ad ottenere un giusto uso e evitare l'abuso».

Il collutorio insomma non va comprato e usato sempre insieme al dentifricio!

(a. m.)