

PRIMUL CABINET DIN ȚARĂ CU PRACTICĂ LIMITATĂ LA ENDODONȚIE

SCM Lumident Timișoara
B-dul Tinereții nr. 5
e-mail: endo.lumident@gmail.com

La finele anului 2005, în orașul de pe Bega, a luat ființă prima clinica privată cu practică limitată la endodonție, la noi în țară. Este un nou semnal că, iată, și în România, există dorința și capacitatea de a evolua, de a căuta atingerea excelenței într-o ramură a medicinei dentare.

Ș. I. dr. med. Luminița NICA,

Disciplina de odontoterapie restaurativă
și endodonție,

prep. univ. dr. med. Camil IANES,

Disciplina de odontoterapie restaurativă
și endodonție,

dr. med. Zeno FLORIȚA,

Facultatea de Medicină Dentară,
UMF "Victor Babeș" Timișoara

Întâmplător sau nu, pe meleagurile noastre, se pare că revoluțiile încep din Banat, așa că și "Revoluția endodonției" a debutat tot la Timișoara. Am considerat oportună prezentarea acestui eveniment în paginile revistei noastre. În acest interviu dorim să oferim cititorilor noștri câteva informații privind acest prim pas în domeniul endodonției realizat de data aceasta în practica privată.

Din nefericire, această ramură cu tradiție a medicinei dentare, care există ca specialitate de sine stătătoare, încă din anul 1963, în SUA, face doar pași mărunți pe bătrânul continent în practica privată, puține fiind în Europa clinicile și medicii care au practica limitată la endodonție. Așa cum știm cu toții, un dinte care necesită tratament endodontic și acesta fie nu este realizat corect, fie nu este deloc efectuat, este un dinte condamnat extracției. Însă timpul, energia și costurile necesare tratamentului unei edentații depășesc cu mult ceea ce ar presupune un tratament endodontic corect realizat de un medic dentist cu experiență în domeniul endodonției, urmat apoi de o restaurare coronară. Logica ne spune că tocmai în zonele geografice unde puterea financiară a pacienților este mai redusă tratamentele endodontice trebuie să fie la un nivel calitativ ridicat și numeroase, deoarece alternativele sunt mult mai

costisitoare și mai neconservatoare. Realitatea însă pare a infirma de multe ori ceea ce pare logic și rațional. Dar cu bucurie am aflat că, în Timișoara, prin crearea unui centru privat de endodonție, apreciat de noi ca de excelență, atât medicii dentiști, dar și pacienții pot apela la servicii profesionale în această specialitate. Să sperăm că exemplul va fi urmat și de alte centre din România și conceptul de interdisciplinaritate și cooperare intercolegială să depășească stadiul de simplu slogan așezat pe hârtie.

- De ce un cabinet de medicină dentară cu practica limitată la endodonție ?

- Specializarea "îngustă" nu este ceva nou. În prezent, în toate domeniile, nu numai în medicina dentară, schimbările au loc cu o viteză uluitoare. Concepte sau tehnici considerate „de vârf” cu numai câțiva ani în urmă sunt azi abandonate. Dorința fiecăruia dintre noi, ca și clinician, este de a ține pasul cu progresul științei, pentru a putea oferi pacienților cea mai bună variantă de tratament disponibilă. Din nefericire, la un moment dat, constăți că nici timpul și nici resursele materiale nu îți permit să faci performanță în toate domeniile medicinei dentare, oricât de mult ai dori acest lucru. Poate că pentru medicina dentară specializarea pare o idee revoluționară, dar dacă ne gândim, nu mai departe de colegii noștri de la medicina generală, putem înțelege ușor acest fenomen. După absolvirea Facultății de Medicină Generală, care oferă o instruire de ansamblu, fiecare medic se specializează într-un anumit domeniu. Cum nu poți fi simultan, de exemplu, și cardiolog, și nefrolog, și neurochirurg, nici în medicina



dentară nu poți să le știi la fel de bine pe toate. SUA și țările occidentale au introdus specializarea și în medicina dentară, nu dintr-un moft, ci din necesitate. De exemplu, în SUA, specializarea în endodonție presupune încă 2 ani de studiu după absolvirea facultății, toată instruirea fiind focalizată strict pe acest domeniu. Bine, dar atunci o să întrebați ce îi mai rămâne de făcut medicului dentist generalist, dacă există proteisticieni, parodontologi, chirurghi, ortodonți, endodonți etc. Nici o lege nu îi interzice acestuia să facă manopere din aceste specialități, ba, din contră, procentual, generalistii efectuează cele mai multe tratamente comparativ cu specialiștii. Însă există un "dar", că standardul de calitate pe care trebuie să îl respecte oricare manoperă este fixat de asociația specialiștilor în acel domeniu, nu de generalisti. Astfel, când generalistul se

confruntă cu o situație specială, care îi depășește nivelul de competență și nu poate atinge standardul de calitate, trimite pacientul la specialist. Acesta din urmă rezolvă problema, după care pacientul revine la generalist pentru continuarea tratamentului. Dacă în loc să trimită pacientul la specialist, generalistul insistă să facă tratamentul, rezultând un eșec, el este singurul care răspunde pentru aceasta. Și acest lucru înseamnă complicații, timp pierdut, pacienți nemulțumiți și pierderi financiare. De aceea, generalistul preferă să evite astfel de situații neplăcute și colaborează cu specialiștii. Acest sistem nu numai că funcționează, dar aduce eficiență, calitate și satisfacții tuturor celor implicați. Totdeauna vei face mai bine, mai repede și cu mai multă plăcere ceea ce te pricepi.... Iar la finalul tratamentului, pacientul va aprecia atenția deosebită pe care întreaga echipă i-a arătat-o. Cu timpul se va implementa, credem noi, acest sistem, și în țara noastră, în mediul universitar făcându-se deja, la ora actuală, eforturi în acest sens. Însă, bineînțeles că aceste schimbări nu pot avea loc peste noapte.

- Cum a pornit această idee? Care au fost pașii pe care i-ați parcurs pentru a ajunge aici?

- Faptul că ne-am limitat practica doar la endodonție a venit într-un fel de la sine. Bineînțeles, la început am făcut și noi de toate și am încercat să le facem bine. Însă, după un timp, pasiunea pentru endodonție a învins, în sensul că toată atenția, timpul și investițiile s-au concentrat pe acest domeniu. A trebuit să renunțăm la celelalte manopere din motive obiective. Adică, după ce ai stat concentrat două ore la un tratament endodontic, este foarte greu să dai totul de o parte și să te apuci, de exemplu, de o obturație. În plus, endodonția de performanță necesită foarte multe instrumente și materiale pe care trebuie să le ai la îndemână, nu poți alerga prin tot cabinetul să cauți prin sertare. Din acest motiv, cabinetul trebuie organizat ergonomic, fiecare etapă fiind riguros planificată. Se lucrează la patru mâini, asistenta fiind și ea specializată. Datorită faptului că există anumite secvențe standard, ea le poate memora mai ușor. Astfel crește eficiența. Cu timpul apare o rutină. Nu în sensul că fiecare caz este la fel. Datorită variației anatomice mari, în endodonție nici un caz nu seamănă cu celălalt. Însă anumite etape ale tratamentului fiind standard, în timp le faci mai ușor și mai repede.



O altă problemă care impune această limitare este faptul că nu poți lucra sub presiunea unei săli de așteptare plină. La noi în cabinet, pentru o după-amiază de lucru sunt planificați maxim doi pacienți. Nu în ultimul rând, investiția în echipamente și materiale dedicate este foarte mare. Aceasta se justifică doar dacă este utilizată la maximum.

- De cât timp v-ați dedicat pasiunii pentru endodonție?

- Cum am mai spus deja, la început am făcut și noi de toate. Microbul endodonției ne-a prins însă cu timpul din ce în ce mai tare. La început am cumpărat un sistem de digă, apoi un apexlocator și acum, o să râdeți, ne-am trezit la un moment dat cu cabinetul plin de aparate și materiale pentru endodonție. Pentru că așa se întâmplă, faci ceva nou, îți reușește și atunci vrei din ce în ce mai mult. Te gândești, de exemplu, cum ar fi dacă ai putea scoate și acele rupte din canale? Sau dacă, în loc de compactare laterală, aș face și verticală? Și tot așa, încetul cu încetul, pasiunea pentru endodonție crește. Dacă îți place ceea ce faci, atunci vrei mereu să încerci ceva nou, ai succes și nu te mai poți opri. Astfel am ajuns astăzi să împlinim patru ani pe "baricadele" endodonției. Drumul nu este ușor, ai multe bucurii, dar și frustrări. Important e să fii convins că merită.

- Este în anul 2006 piața românească de medicină dentară pregătită să accepte ideea apariției unor clinici sau a unor medici dentiști cu practica limitată la endodonție?

- Piața actuală românească este în creștere. Sigur că ea nu este la fel cu cea occidentală, unde aceste schimbări s-au petrecut mai demult. Însă și la noi cineva trebuie să facă primul pas. În timp, se vor convinge și pacienții din România că merită să investești într-un tratament endodontic de calitate. E o investiție pe termen lung, rezultatele nu se văd imediat. Și chiar dacă inițial costul pare ridicat, trebuie să ne gândim că cel mai scump tratament este de fapt cel care trebuie refăcut la nesfârșit. Important este faptul că endodonția actuală oferă o rată de succes foarte crescută, un dinte tratat corect, cu o restaurare bună, putând funcționa pe arcadă încă cel puțin 20 de ani. În plus, aria contraindicațiilor a scăzut mult, orice dinte putând beneficia de tratament endodontic atâta timp cât este restaurabil și are o implantare bună.

- Cum priviți relația pe care o aveți și care va trebui dezvoltată cu colegii cu care colaborați? Există o oarecare rețineră a acestora de a trimite pacienții care necesită un tratament endodontic mai complex?

- Având practica limitată la endodonție, noi depindem de colegii din alte specialități, care ne trimit pacienții. Ca lucrurile să funcționeze, trebuie îndeplinite câteva condiții. Poți convinge prin calitate, promptitudine și prin faptul că, după ce ai finalizat tratamentul endodontic, îndrumi pacientul înapoi la medicul care l-a trimis. Colegii noștri, cu care colaborăm, știu ce putem face, au încredere în noi. Și această încredere este transmisă automat pacientului.

Dacă medicul care trimite nu este convins că a trimite este cea mai bună opțiune și că este în beneficiul pacientului său, pacientul nu va putea fi convins. Unii medici ezită să trimită pentru că încă nu știu, de exemplu, că la ora actuală, datorită unor tehnici speciale, se poate scoate un instrument rupt din canal, se poate salva un dinte cu o perforație etc. Alții cred că, trimitându-l la endodont, pacientul îi va considera incompetent. S-a dovedit însă că pacientul apreciază faptul că medicul său îi oferă cea mai bună variantă de tratament disponibilă trimitându-l la un cabinet specializat.

Specialistul nu trebuie văzut de generalist ca un concurent, ci ca un sprijin, cineva pe al cărui ajutor te poți baza oricând într-o situație dificilă.

- Am remarcat existența unui microscop operator în clinica dumneavoastră, o noutate în domeniul medicinei dentare. V-aș ruga să explicați pentru cititorii noștri beneficiile utilizării acestuia în tratamentul endodontic. În ce etape ale tratamentului este necesar? Sunt necesare cursuri de pregătire? Poate fi amortizată această investiție?

- Microscopul operator endodontic putem spune că a revoluționat această specialitate, care astfel nu mai este o terapie oarbă. Privind prin oculare, ai o cu totul altă perspectivă, ajungi în altă lume. Profesorul S. Kim spune că poți trata numai ceea ce vezi. Microscopul



îți oferă lumină de mare intensitate și mărire între 3 și 20 de ori. Întregul tratament se desfășoară astfel sub control vizual. Canalul radicular nu mai este acea gaură neagră de pe podeaua camerei pulpare. Privind prin microscop, ai impresia că te plimbi în camera pulpară, că pătrunzi în canal ca într-o peșteră. Toate etapele tratamentului sunt perfect controlate și predictibile. De la deschiderea exactă a camerei pulpare cu sacrificiu minim de țesuturi dure, la identificarea tuturor canalelor, la prepararea și curățarea lor, urmate de obturarea lor etanșă, în toate aceste etape utilizarea microscopului oferă posibilitatea atingerii calității maxime. Succesul este aproape de neatins în cazul retratării unor eșecuri fără utilizarea microscopului operator. Recuperarea unui fragment de instrument sau alt corp străin din canal, repararea unei perforații, extragerea unui dispozitiv radicular fracturat sau permeabilizarea unui canal înfundat cu un ciment dur nu se pot realiza predictibil și într-un timp acceptabil clinic fără control vizual direct. Nu în ultimul rând, utilizarea microscopului în timpul tratamentului endodontic oferă confort clinicianului. Acesta stă în permanență așezat pe scaun, cu coloana vertebrală dreaptă, primind toate instrumentele direct în mână de la asistentă. Nu te mai apleci, nu te mai rotești etc.

Într-adevăr, se fac cursuri speciale de pregătire, la început e mai greu până te obișnuiești cu anumite deprinderi. Însă în momentul în care ți le-ai format, poți lucra mult mai relaxat și mai eficient decât fără microscop.

Investiția inițială este mare, depinde și de accesoriile pe care le dorești. De exemplu, sistemul video cu care poți fotografia ce lucrezi aduce costuri în plus. Însă costul unui microscop este

echivalent cu al unui unit dentar de calitate medie. În timp, el se amortizează. Și fără, nu se poate, din păcate... Ca o ultimă precizare, deși endodontia este cea care în medicina dentară beneficiază cel mai mult de pe urma microscopului operator, acesta poate fi utilizat și în odontologia restaurativă, parodontologie, protetică și chirurgie orală.

- Puteți să faceți pentru cititorii noștri o succintă descriere a dotărilor clinicii dumneavoastră?

- Deși există numeroase instrumente, aparate și accesorii utile unui cabinet de endodontie, nu este neapărat necesar să le ai pe toate de la început. Poți face endodontie bună și fără investiții enorme. Depinde însă foarte mult ce manopere vrei să faci. Cum am mai spus deja, atunci când treci în sfera retratamentelor, anumite situații clinice, cum ar fi de exemplu extragerea corpurilor străine, te obligă la investiții suplimentare.

Cabinetul nostru, fiind unul dedicat, are o dotare completă, care ne ajută să facem față oricărei situații clinice. Piesa de bază este microscopul operator, pe care îl utilizăm la toate tratamentele. În rest, ca în oricare alt cabinet de endodontie din lume, nu lipsește apexlocatorul, motorul dedicat endodontic pentru sistemele de instrumente rotative din NiTi, sisteme de obturare cu gutapercă termoplasticitată (System B și Obtura II), aparat cu ultrasunete și anse speciale, sisteme de digă și multe alte accesorii mărunte.

- Din punct de vedere al ergonomiei, ce trebuie respectat în endodontie?

- Utilizarea microscopului impune anumite poziții de lucru. Ținând cont de faptul că o ședință de tratament durează două ore, trebuie asigurat atât confortul pacientului, cât și al persona-



lului medical. Pacientul este complet culcat, iar izolarea se realizează întotdeauna cu diga. Medicul și asistenta stau și ei în permanență așezați pe scaun, toate instrumentele și materialele necesare fiind la îndemână.

- De ce unii pacienți preferă ca alternativă de tratament extracția ?

- Explicația este destul de simplă, endodontia nu este ceva care se vede. Rezultatul ei devine evident pe termen lung. De aceea, pentru ca ea să fie apreciată de pacient, acesta trebuie informat și educat în acest sens. Este datoria medicului să explice pacientului rolul și beneficiile tratamentului endodontic. Extracția este soluția de tratament rapidă și ieftină, însă pe termen lung...

- În condițiile în care aparatura, instrumentarul și consumabilele necesare practicării unei endodonții de excelență sunt strict din import, la prețuri pe care le știm ca fiind foarte ridicate, este posibil să oferi un tratament de calitate la tarife reduse ?

- La această întrebare se poate răspunde și da, și nu. Depinde de standardul de calitate pe care vrem să-l atingem. Dar nu dotarea e cea care atâră cel mai greu în balanță. Foarte mult depinde de priceperea clinicianului. Unul foarte iscusit poate face minuni și cu instrumente și materiale ieftine dacă stăpânește bine principiile fundamentale. La fel de bine, cea mai scumpă dotare poate duce la eșec atunci când nu este utilizată corect.

Ca regulă general valabilă, un tratament devine mai mare consumator de timp și resurse materiale și, implicit, determină costuri mai ridicate pentru pacient cu cât s-a intervenit de mai multe ori fără succes și situația s-a agravat în timp.

- În „bugetul” unui tratament endodontic, ce ocupă cea mai mare pondere? Consumabile, costul pe oră de întreținere a clinicii, remunerația medicului și a personalului auxiliar ?

- Costul unui tratament este suma consumabilelor, cheltuielilor de întreținere a cabinetului, amortizării investițiilor și instruirea și timpul de lucru al personalului. Dintre acestea, deși nici celelalte nu sunt neglijabile, timpul de lucru, care este foarte mare, manoperele fiind migăloase, atâră cel mai greu în balanță. Nu poți lucra “pe bandă” fiindcă nu poți obține calitate. Și ca în toate domeniile, un produs individualizat impune costuri crescute.

- Probabil că știți de vâlva creată în SUA, în 2004, de articolul unui medic dentist generalist din Texas, Scott Perkins, care afirma că, printr-o ergonomie ce tinde la perfecțiune, el poate realiza tratamentul endodontic al unui molar într-o ședință de 15 minute. Care este opinia dumneavoastră cu privire la aceste tendințe, care, probabil, nu au foarte multe în comun cu calitatea actului medical, ci, mai degrabă, cu eficiențizarea economică ?

- Cred că am răspuns deja la această întrebare. Poate viitorul va aduce și viteză, însă cu tehnologia actuală este imposibil de atins un asemenea timp de tratament. Este de ajuns dacă ne gândim la faptul că hipocloritul de sodiu trebuie să stea, pentru a fi eficient, minimum 30 de minute în canale și trebuie reîmprospătat la 5 minute. Această problemă nu poate fi rezolvată prin ergonomie.

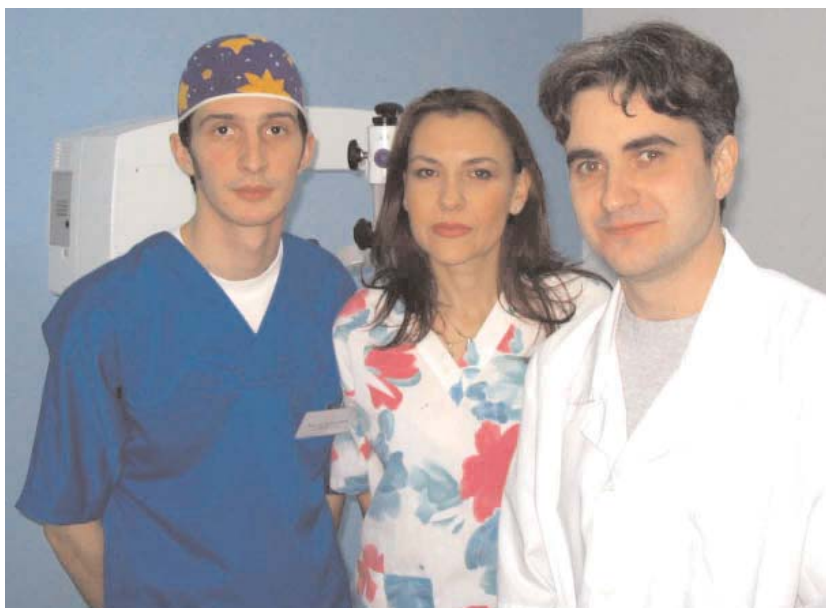
- Ce atitudine terapeutică adoptați la dinții cu leziuni periapicale cronice la care interveniți prin tratament endodontic ortograd, nechirurgical? Mă refer acum nu la metode de preparare sau tip de medicație interimară, ci doar la numărul mediu de ședințe de tratament.

- Timpul de tratament nu este dat de diagnostic. Adică și o gangrenă sau o parodontită apicală cronică pot beneficia de tratament într-o singură ședință dacă putem prepara, iriga și obtura adecvat canalele. Singura contraindicație a tratamentului într-o singură vizită

este un dinte simptomatic. Ceea ce v-am spus este o problemă controversată în cercurile endodontice. Unii preferă tratamentul într-o singură ședință, în timp ce alții îl efectuează în două, utilizând între o etapă de medicație interimară. Depinde foarte mult de convingerile și experiența clinicianului. Nu s-a stabilit încă cine deține adevărul, ambele tabere având și succese, și eșecuri. Așteptăm studii care să arate superioritatea netă a unui concept sau a celuilalt.

- Care este abordarea echipei dumneavoastră în ceea ce privește algoritmul de tratament al dinților cu leziuni periapicale cronice și ce loc ocupă intervenția endodontică chirurgicală în acest algoritm? Puteți enunța succint opinia dumneavoastră referitor la intervențiile chirurgicale endodontice (resecții apicale) efectuate la dinții care nu au beneficiat în prealabil de tratament endodontic ortograd ?

- Resecția apicală are locul ei precis în arsenalul terapeutic. În prezent, și ea a devenit o tehnică microchirurgicală. Datorită posibilităților de retratament pe cale ortogradă, indicațiile acesteia s-au restrâns foarte mult în ultimii ani. Suntem nevoiți foarte rar să apelăm la bisturiu. Există consens cu privire la faptul că, întotdeauna, se va încerca tratamentul ortograd înainte de a se lua decizia de intervenție chirurgicală. De ce? Radiografic și clinic, nu se poate pune diagnosticul de granulom sau chist, ci doar histologic. Procesul periapical este efectul iritativ al microorga-



nismelor din sistemul de canale și nu cauza. Este un țesut de apărare și reparație, nu un proces patologic de sine stătător. În momentul în care este îndepărtată adevărata cauză, adică după ce microorganismele au fost îndepărtate din canal, iar acest spațiu mort, nevascularizat, este eliminat din circuitul biologic prin umplerea etanșă cu material de obturație, sistemul imun al organismului are singur grijă de leziunea periapicală. Și după un timp, cel puțin 6 luni, se poate observa dispariția sau măcar reducerea procesului periapical. Simpla rezeecție apicală și obturația retrogradă elimină doar efectul, nu cauza. Canalul este la fel de contaminat. Iar dacă obturația retrogradă nu este etanșă sau există canale accesorii sau laterale, în continuare sistemul endodontic va comunica cu spațiul periodontal, determinând recidiva sau apariția unui proces periradicular nou.

- Datorită revoluției tehnologice, suntem asaltați, zi de zi, de noi dispozitive, aparate și instrumente dedicate endodonției. Frecvent, însă, este uitat primul pas necesar după stabilirea diagnosticului, elaborarea planului de tratament și realizarea anesteziei, adică izolarea câmpului operator cu sistemul de digă. În acest context, aș dori să ne spuneți cum priviți ideea unui tratament endodontic realizat cu instrumentar rotativ din NiTi, foramen locator, eventual și microscop operator, dar fără digă ?

- Este o problemă controversată care naște multe divergențe de opinie. Și aici nu vrem să impunem, pentru că adoptarea unei atitudini trebuie să vină din convingere, nu din constrângere. Diga nu este cel mai scump accesoriu al unui cabinet de endodonție, ba poate chiar cel mai ieftin. Specialiștii în endodonție utilizează întotdeauna diga, deoarece beneficiile pe care le aduce,

și aici vorbim de izolarea foarte bună, reducerea contaminării, confortul operator sporit, vizibilitate și multe altele, sunt mult mai mari decât inconveniențele. Cu mici excepții, timpul de aplicare nu este mai mare de 5 minute. Fiecare trebuie să încerce măcar o dată să lucreze cu digă, după care poate spune dacă îl ajută sau nu. Noi am constatat că ne este utilă, iar la microscop nu poți lucra fără ea.

- Știu că acum nu voi putea primi un răspuns foarte sincer, însă, totuși, v-aș întreba, la acest debut de carieră cu practica limitată doar la endodonție, cu cine aveți unele probleme mai "spinoase" de comunicare, cu pacienții sau cu medicii dentiști, neobișnuiți încă, poate, cu ideea de a trimite cazurile mai complexe direct la dumneavoastră ?

- Din nou, o idee, ca să fie acceptată, nu trebuie impusă. Orice început este greu. Endodonția nu trebuie privită ca ceva exclusivist, pe care un grup de indivizi are monopol. Nu, fiecare are dreptul să încerce, să facă, să vadă, să aleagă. Noi ne bucurăm enorm când întâlnim și alți colegi pasionați de această frumoasă specialitate. Un coleg care dorește să colaboreze cu noi este bine venit oricând. Dar noi nu vrem să impunem nimănui acest lucru. De asemenea, apariția cabinetului nostru nu înseamnă că de acum înainte toată patologia endodontică a Timișoarei este obligatoriu să fie rezolvată aici. Nu, scopul nostru este să existăm ca alternativă, ca sprijin pentru colegii noștri, în situații dificile. Și pentru că numărul cazurilor care necesită un tratament special, depășește cu mult posibilitățile unui singur cabinet de endodonție, așteptăm să apară și altele.

- V-aș ruga, în final, să acceptați provocarea unui "test fulger", un set de întrebări la care răspunsurile să fie la fel de sincere, însă

foarte scurte.

1. Ce tratament endodontic vă place cel mai mult ?

- Un caz complex, pe care îl ducem cu bine la bun sfârșit și știm că pacientul se va servi mulți ani de acest dinte.

2. Ce tratament endodontic vă displace cel mai mult ?

- Retratamentul dificil, cu corectarea a numeroase iatrogenii, la care prognosticul este foarte rezervat.

3. Când este necesar ca un medic dentist generalist să trimită pacientul la un cabinet specializat ? Ce trebuie să facă în prealabil ?

- Medicul dentist generalist trebuie să știe să evalueze foarte bine cazul. Dacă constată că îi este imposibil să rezolve situația în condiții optime, este preferabil să nu intervină deloc, pentru a evita complicațiile. Indiferent de curbura unui canal, acesta poate fi preparat și obturat până la urmă. În schimb, treburile se complică dacă mai avem de luptat și cu un instrument rupt sau un prag.

4. Care este cea mai importantă calitate pentru un medic care dorește să se dedice doar endodonției ?

- Trebuie să posede multă răbdare și voință și să îi placă ceea ce face.

5. Care ar fi cel mai mare pericol în cariera de endodont ?

- Nu există pericole majore, dacă îți place ce faci, mergi înainte. Însă trebuie în permanență să ai în minte faptul că faci parte dintr-o echipă, rezultatul final depinde de munca fiecăruia. Nu tratezi doar o rădăcină, ci un om. Nu poți zice că nu te interesează ce urmează după ce ai rezolvat tu partea ta.

6. Ce v-ar determina să reveniți la a realiza toată gama de tratamente dentare, a căror competență o aveți câștigată o dată cu dreptul de liberă practică ?

- Poate că într-o zi nu va mai fi nevoie de endodonție... După ce ai pornit pe un drum, e destul de greu să te întorci înapoi.

7. Stând față în față cu viitorul, câți ani pariți că vor fi necesari până când, și în țara noastră, se va implementa mentalitatea de colaborare interdisciplinară, în sensul că dinții cu tratamente endodontice mai dificile vor fi direcționați direct către clinicieni care practică doar endodonție ?

- Este greu de dat un prognostic, important e că a început să funcționeze, iar viitorul este înainte.

