

Comunicato
Scientifico della
Federazione Europea
di Parodontologia



Traduttore: Filippo Graziani
Professore Associato dell'Università di Pisa e
Honorary Senior Clinical Lecturer presso l'University
College di Londra.

Stesori:
Carra, M., C., Rangé, H., with Bouchard, P.

Affiliazione: Preparato da due
specializzandi in Parodontologia e
Università Diderot-Paris 7 Parigi,
Rothschild Hospital, Parigi.

Per l'articolo originale clicchi il seguente link:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.12426/abstract>
Accesso tramite la pagina personale:
<http://www.efp.org/members/jcp.php>

Titolo:



Gestione della malattia parodontale in pazienti sottoposti a terapia con inibitori dei canali del calcio – ipertrofia gengivale, farmaci prescritti, risposta al trattamento e costi addizionali di trattamento.

Fardal, Ø., Lygre, H.

J Clin Periodontol 2015:42 (7) 640–646.

Riassunto dall'articolo originale per gentile concessione di Wiley Online Library

Copyright © 1999-2015 John Wiley & Sons, Inc. All Rights Reserved

Background:

L'ipertrofia gengivale (IG) occorre nel 6.3% -83% di pazienti sottoposti a terapia con inibitori dei canali del calcio (CCB) per patologia cardiovascolare. La IG CCB-indotta è caratterizzata da un accumulo di matrice extracellulare nel tessuto gengivale che solitamente

inizia nel primo mese di somministrazione del farmaco. Sono state suggerite sia l'etiologia infiammatoria che non-infiammatoria ma il meccanismo specifico rimane poco chiaro. Poco è saputo della gestione di tali pazienti se sottoposti a terapia parodontale.

Scopo dello studio:

Valutare l'influenza della prescrizione di CCB sulla frequenza e la severità di IG, farmaci prescritti, risposta al trattamento e costi addizionali di trattamento.

*Comunicato
Scientifico della
Federazione Europea
di Parodontologia*

Metodi:

Tutti i volontari hanno ricevuto una diagnosi per parodontite ed usato CCB durante il trattamento parodontale e/o durante la terapia di supporto (SPT). Tutti i pazienti hanno completato un trattamento iniziale simile, costituito da trattamento non-chirurgico e/o terapie chirurgiche. La diffusione di IG così come la guarigione dopo terapia sono state utilizzate per determinare se la cessazione di CCB o la loro sostituzione sono stati efficaci quando decisi. Tutti i pazienti sono stati inclusi in una terapia di mantenimento. Ritattamento è stato eseguito quando si sono verificati siti con PPD \geq 7 mm con

sanguinamento al sondaggio (BoP) e casi con profondità di sondaggio incrementale e BoP in tre visite successive. Tali siti con incremento di PPD o IG sono stati trattati con scaling and root planning ripetuto o chirurgia (es. gengivectomia, lembo di Widman modificato, laser e/o chirurgia elettrica). Gli antibiotici sono stati utilizzati nei casi di ascessi parodontali. Il grado e la severità di IG sono stati utilizzati per calcolare l'indice di IG (IGI). Inoltre si sono calcolati i costi aggiuntivi dovuti al IG CCB-derivata.

Risultati:

La popolazione in oggetto consisteva di 103 pazienti (55 soggetti di sesso femminile) in terapia pregressa con CCB. L'età media era 66,5 anni (range 42-88) e il tempo di osservazione media 11,3 anni (range 1-27). Ottanta-nove pazienti (86,4%) mostravano IG e 75 hanno necessitato di trattamento per tale patologia. L'interruzione o la sostituzione dei CCB ha determinato una riduzione significativa di IG e IGI 3,45 a 1,45 ($p=0.00016$) e da 3,20 a 1,84 ($p=0.00068$) rispettivamente. L'igiene orale, il dosaggio dei farmaci e le combinazioni di farmaci non hanno mostrato influenza su IG. La terapia chirurgica è stata più efficace del trattamento non chirurgico nel ridurre IG. Cinquanta-cinque

pazienti hanno avuto bisogno di essere ritrattati durante il follow-up. Solo due dei 55 pazienti hanno mostrato risultati soddisfacenti nella guarigione/riduzione della crescita successiva alla terapia non chirurgica, i rimanenti hanno avuto bisogno d'intervento chirurgico. Circa 3,11 (range 1-8) interventi chirurgici per pazienti sono stati eseguiti. Quaranta-due pazienti hanno mostrato ricorrenza di IG durante il follow-up. I costi aggiuntivi nel ritattamento sono stati 1530€ al valore del 2014. I costi anticipati aggiuntivi per anno per controllare la IG sono pari a 490 € (valore del 2014). I pazienti in terapia di CCB hanno perso in media 0,11 denti per anno, che è circa tre volte tanto quanto riportato dai pazienti della stessa clinica e privi di IG.

Comunicato
Scientifico della
Federazione Europea
di Parodontologia

Limitazioni, le conclusioni e impatto:

Limiti:

- Il disegno retrospettivo e i potenziali fattori confondenti non permettono di determinare se la perdita dentaria aumentata era causato dai CCB o semplicemente un'associazione.
- Una notevole eterogeneità è stata osservata nei vari tipi di trattamento e gestione del paziente (igiene orale, bisogno della chirurgia e ritrattamento).
- Una limitazione è stata anche l'assenza di un gruppo controllo.

Conclusioni:

Più del 75% dei pazienti con parodontite cronica sottoposti a CCB hanno avuto bisogno di terapia per la IG. Frequentemente sono stati necessari degli interventi chirurgici e spesso si è dovuto ritrattare i pazienti. Sostituzione o cessazione dei farmaci hanno migliorato la IG ma la ipertrofia non è stata risolta completamente suggerendo un effetto irreversibile di questi farmaci. Inoltre, in molti casi, i clinici/pazienti potrebbero non potere o volere un cambio di trattamento. Pertanto, in una clinica specialistica, la terapia attiva e di supporto in pazienti con CCB determina dei costi aggiuntivi ed un rischio aumentato di perdita dentari e costi aumentati.

Impatto:

Visto il numero consistente di pazienti in CCB ed il lungo follow-up dopo terapia parodontale, questo studio fornisce delle informazioni importanti per i clinici che gestiscono la parodontite cronica in soggetti in terapia con CCB.

Inoltre, a nostro parere un altro dato importante è che il cambio di terapia o la sua cessazione hanno mostrato una riduzione significativa di IG. Gli effetti secondari della IG sono gestiti principalmente con terapie.



Fig. 1. ipertrofia indotta da Ciclosporina e Amlodipina (inibitore del canale del calcio).



Fig. 2. Lo stesso paziente dopo riduzione chirurgica e cessazione della terapia con amlodipina - 10 anni dopo il trattamento.