

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: Alotaibi, M., Al Ghazal, L.,  
Mullane, S., con Harrison, P.**

Per l'articolo originale clicchi il seguente link:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.12451/abstract>  
Accesso tramite la pagina personale:  
<http://www.efp.org/members/jcp.php>

**Affiliazione:** Preparato dagli  
specializzandi in Parodontologia,  
Dipartimento di Odontoiatria  
Restaurativa e Parodontologia,  
Ospedale Universitario Di Dublino,  
Trinity College, Irlanda.

**Titolo:**



## Reazione di Fase acuta dopo terapia parodontale non-chirurgica full-mouth verso quadrante. Un clinical trail randomizzato.

Graziani, F., Cei, S., Orlandi, M., Gennai, S., Gabriele, M., Filice, N., Nisi, M., D'Aiuto, F.  
*J Clin Periodontol* 2015 Aug; 42(8):843-852.

Riassunto dall'articolo originale per gentile concessione di Wiley Online Library  
Copyright © 1999-2015 John Wiley & Sons, Inc. All Rights Reserved

### Background:

La terapia parodontale non chirurgica (PT) ha mostrato di essere efficace in termini di outcome parodontali e collegati ai pazienti. Esistono numerosi protocolli di PT ma non vi è molta evidenza sul loro possibile impatto sistemico. Un protocollo intensivo, Full-Mouth Scaling and Root Planing (FM - SRP), è stato associato con un brusco aumento di molecole infiammatorie di breve durata; si ritiene che questo

sia dovuto al trauma operatorio ed alla batteriemia post-operatoria. Dato che i markers infiammatori sono stati collegati ad un aumento del rischio di mortalità e di patologia cardio-vascolare, la pratica di protocolli intensivi di PT potrebbe determinare un rischio elevato per i pazienti con co-morbidità non controllate come le patologie cardiovascolari.

### Scopo dello studio:

Comparare la terapia non chirurgica a quadrante (Q-SRP) verso il FM-SRP in termini di variazioni di molecole infiammatorie e di funzione endoteliale sul breve e medio-periodo in risposta al trattamento.

### Metodi:

38 pazienti hanno partecipato in questo studio a singolo-centro con 3 mesi di follow-up. Pazienti con perdita di attacco interprossimale  $\geq 3$ mm in  $\geq 2$  denti non-adiacenti, BOP  $\geq 25\%$  e segni radiografici di perdita ossea sono stati inclusi. Prelievi di sangue e segni vitali sono stati rilevati a baseline. Inoltre, si è misurato la profondità di sondaggio della tasca (PPD), recessione, sanguinamento e placca. I prelievi ematici sono stati effettuati a digiuno e si è analizzato le frazioni lipidiche, la CRP, alcuni biomarkers infiammatori (IL-6, IL-8, IL-10, IL-12, IFN- $\gamma$ , TNF- $\alpha$ ) e markers di trauma endoteliale (E-selectina, P-selectina, ICAM-3 e trombomodulina). I pazienti sono stati allocati random a Q-SRP (n = 19) o FM-SRP (n = 19).

PT è stato effettuato tramite debridement sia sopra che sotto gengivale da un singolo parodontologo. I pazienti del gruppo FM-SRP hanno ricevuto il trattamento nell'arco di 24 ore in due sessioni separate. I pazienti del gruppo Q-SRP hanno ricevuto 4 sessioni di trattamento costituite da trattamento di un singolo quadrante ogni settimana. I pazienti sono stati ri-esaminati 1, 7 e 90 giorni dopo il trattamento (Giorno 1 nel gruppo FM-SRP era 24 ore dopo il completamento del trattamento mentre per il gruppo Q-SRP, Giorno 1 era 24 ore dopo il completamento del primo quadrante). Prelievi ematochimici, storia medica e segni vitali sono stati raccolti ad ogni visita. I parametri parodontali sono stati registrati al Giorno 90.

*Continua* . . .

*Comunicato  
Scientifico della  
Federazione Europea  
di Parodontologia*

**Risultati:**

Entrambi i trattamenti hanno prodotto dei benefici significativi in termini di salute parodontale 90 giorni dopo il trattamento; nessuna differenza significativa è stata osservata fra i due protocolli. Si è rilevato una differenza statisticamente significativa dei livelli sierici di CRP, IL-6, e TNF- $\alpha$  al Giorno 1 fra i due gruppi. I markers infiammatori sono tornati a livello identico al baseline dopo tre mesi.

I livelli di CRP e IL-6 al Giorno 1 si sono mostrati fortemente correlati con il tempo totale di trattamento ed il numero di tasche  $\geq 6$ mm; i livelli di CRP sono stati altamente correlati con il tempo di trattamento indipendentemente dal protocollo utilizzato. Un aumento statisticamente significativo della temperatura corporea è stato notato nel gruppo FM-SRP al Giorno 1.

**Limitazioni,  
le conclusioni  
e impatto:****Limiti:**

- Piccolo gruppo di pazienti.
- Tutti i partecipanti erano sani da un punto di vista sistemico. E' pertanto poco chiaro se i pazienti con co-morbidità risponderrebbero similmente.
- I partecipanti non sono stati valutati tra il Giorno 1 ed il Giorno 7. La durata della reazione di fase acuta è pertanto poco chiara.

**Conclusioni:**

Il FM-SRP determina una risposta di fase acuta moderata che dura per lo meno 24 ore rispetto al Q-SRP. Questo potrebbe essere dovuto alla batteriemia e/o al trauma tissutale dei tessuti molli, possibilmente associati ad un trattamento di lunga durata. Le risposte cliniche ed infiammatorie dopo FM-SRP sono comparabili al Q-SRP dopo 90 giorni.

**Impatto:**

La reazione di fase acuta dopo strumentazione non-chirurgica su rilevante dopo un protocollo intensivo come il FM-SRP. Nei pazienti con storia medica complicata e/o co-morbidità non controllate, potrebbe essere prudente per i clinici di seguire una terapia convenzionale a quadrante.