

ESTENSORI

Nagore Ambrosio e Honorato Ribeiro-Vidal, con David Herrera

AFFILIAZIONE

Preparato dagli studenti del Post-Graduate Programme in Parodontologia, Facoltà di Odontoiatria, Università Complutense di Madrid, Spagna.

titolo

Rigenerazione parodontale a confronto con lembo di accesso chirurgico in difetti infraossei umani, follow-up a 20 anni di uno studio clinico randomizzato: ritenzione di denti, ricorrenza di parodontite e costi

Pierpaolo Cortellini, Jacopo Buti, Giovanpaolo Pini Prato,
Maurizio S. Tonetti
J Clin Periodontol 2017;44 (12):58-66

*Riassunto dall'articolo originale per gentile concessione di Wiley Online Library
Copyright © 1999-2017 John Wiley & Sons, Inc. All Right Reserved
JCP Digest 01 in italiano pubblicato dalla EFP in gennaio 2018*

BACKGROUND

Le tasche parodontali profonde persistenti associate a difetti infraossei rappresentano un rischio aumentato di perdita di elementi dentari e ricorrenza e progressione della parodontite. Nel tempo sono stati proposti differenti approcci di trattamento, inclusi chirurgia a lembo e rigenerazione parodontale, ed è stato osservato che gli approcci rigenerativi possono ottenere maggiore guadagno nel livello di attacco clinico (CAL) e riduzione di profondità di tasca (PPD). Tuttavia, la stabilità dei risultati ottenuti con modalità di trattamento rigenerativi e non rigenerativi non sono stati confrontati su un periodo di follow-up più lungo di 15 anni.

SCOPO

- Confrontare la stabilità clinica di tre modalità di trattamento (due differenti approcci rigenerativi e sola chirurgia a lembo) per i difetti infraossei, su un periodo di follow-up di 20 anni di terapia parodontale di supporto (SPT).
- Eseguire un'analisi di ricorrenza per valutare i costi dei reinterventi necessari per ciascun gruppo.

METODI

Questo articolo descrive il follow-up a 20 anni dei partecipanti a un precedente studio clinico randomizzato (RCT), pubblicato per la prima volta da Cortellini et al. (1995). Dopo la terapia parodontale di base, 45 pazienti con 45 difetti intra-ossei (senza coinvolgimento di forcazione) sono stati assegnati in modo randomizzato a tre modalità di trattamento: (1) membrane di e-politetrafluoroetilene (e-PTFE) rinforzate con titanio e tecnica modificata di conservazione della papilla (Gruppo MPPT Tit); (2) membrana e-PTFE con lembo di accesso (gruppo Flap e-PTFE); e (3) solo lembo di accesso (gruppo Flap). La SPT è stata eseguita ogni mese durante il primo anno e ogni tre mesi durante il follow-up di 20 anni in uno studio privato. La recidiva di patologia nei denti trattati è stata presa in considerazione quando è stato rilevato un aumento di PPD ≥ 2 mm con sanguinamento persistente al sondaggio dagli igienisti nelle visite SPT e quando è stata confermata la perdita di CAL ≥ 2 mm da un esaminatore calibrato. Questi siti hanno ricevuto terapie aggiuntive, non chirurgiche (scaling and root planing) o chirurgiche (lembo di accesso o chirurgia rigenerativa). Sono state eseguite analisi statistiche descrittive e analitiche e le principali variabili di esito erano variazioni medie del CAL, cambiamenti medi di PPD e perdita di elementi dentari. Sono stati anche valutati il numero di recidive in ciascun gruppo e il costo dei trattamenti aggiuntivi.

risultati

Baseline - un anno:

- Nessuna differenza statisticamente significativa è stata rilevata alla baseline.
- Dopo un anno, il guadagno di CAL era maggiore per il gruppo "MPPT Tit", seguito da "Flap e-PTFE" e "Flap". La PPD residua era più alta nel gruppo "Flap" rispetto a "MPPT Tit" e "Flap e-PTFE" (Cortellini et al., 1995).

Risultati a 20 anni:

- Quattro pazienti sono stati persi al follow-up (uno nel gruppo "MPPT Tit", uno nel gruppo "Flap-alone" e due in "Flap e-PTFE"). Tutti i pazienti rimanenti hanno aderito al programma SPT di tre mesi.
- Perdita di denti: sono stati persi solo due denti, entrambi nel gruppo con solo lembo.
- Variazioni CAL: il gruppo "Flap" ha mostrato una perdita CAL maggiore statisticamente significativa rispetto a "MPPT Tit" ($1,4 \pm 0,4$ mm; $p=0,008$) e "Flap e-PTFE" ($1,1 \pm 0,4$ mm; $p=0,029$); nessuna differenza è stata osservata tra i due gruppi con approcci rigenerativi.
- Ricorrenza di patologia è stata rilevata in tutti i gruppi, ma era più frequente nel gruppo "Flap" (15 eventi in otto pazienti), rispetto a "MPPT Tit" (cinque eventi su quattro pazienti) e "Flap e-PTFE" (sei eventi su cinque pazienti). Quando la recidiva è stata stratificata in base alla PPD residua di un anno, è stata osservata una correlazione tra siti con PPD ≥ 5 mm e una maggiore frequenza di recidive che richiedevano il reintervento ($p=0,0024$, $R^2=0,31$).
- Necessità di reintervento: 26 recidive hanno richiesto reintervento con SRP (21/26), chirurgia a lembo (2/26), chirurgia rigenerativa (1/26) o estrazione del dente (2/26). Il numero più alto di reinterventi è stato nel gruppo "Flap" (15/26), seguito dai gruppi "Flap e-PTFE" (6/26) e "MPPT Tit" (5/26). Le Odds Ratio (OR) che qualsiasi visita richieda un reintervento sono state confrontate e il gruppo "Flap" ha mostrato un OR=3.4 ($p=0.013$) rispetto al gruppo "MPPT Tit", e OR=2.6 ($p=0.042$) rispetto al gruppo "Flap e-PTFE". Non sono state rilevate differenze statisticamente significative tra i due gruppi rigenerativi.
- Costi medi: entrambi gli approcci rigenerativi hanno comportato costi più elevati (€ 1183) all'intervento iniziale rispetto al solo lembo (€ 549). Tuttavia, i costi medi per il reintervento erano più alti per il gruppo "Flap" (€ 501,27 \pm € 210,54), rispetto a "Flap e-PTFE" (€ 159,00 \pm € 88,95) e "MPPT Tit" (€ 99,79 \pm € 54,14).



LIMITAZIONI

- Validità esterna, poiché lo studio rappresentava uno scenario ottimale (soggetti altamente motivati, per lo più non fumatori, trattati in un contesto clinico privato con un elevato standard di cure parodontali). Di conseguenza, saranno necessari gruppi più grandi e diverse impostazioni cliniche.
- I risultati sono di natura "pilota", quindi dovranno essere confermati in studi più ampi.



CONCLUSIONI

- Tre modalità di trattamento chirurgico possono avere successo nel trattamento dei difetti profondi infraossei e i risultati possono essere mantenuti per 20 anni con SPT regolare. Tuttavia, i siti trattati con la rigenerazione erano clinicamente più stabili, mentre quelli trattati con la sola chirurgia a lembo da erano associati a più episodi di recidiva.
- La rigenerazione ha fornito migliori benefici a lungo termine sulla base di un maggior guadagno di CAL a breve termine, assenza di perdita dei denti, minore progressione della parodontite e minore necessità di reintervento.
- Il costo del trattamento iniziale era più alto per gli approcci rigenerativi. Ciononostante, il costo della reintervento diventa progressivamente più alto, su un periodo di 20 anni, per l'approccio con solo lembo rispetto alle procedure rigenerative.



IMPATTO

- Gli operatori clinici dovrebbero considerare i vantaggi a lungo termine dell'utilizzo della chirurgia rigenerativa nel trattamento dei difetti profondi infraossei.
- L'analisi dei costi cumulativi sottolinea che i costi, inizialmente più elevati, della rigenerazione parodontale sono in parte compensati dalla minore necessità e dai minori costi di ritrattamento.



PER L'ARTICOLO ORIGINALE CLICCHI IL SEGUENTE LINK:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.12638/full>

Accesso tramite la pagina personale: <http://www.efp.org/members/jcp.php>