

ESTENSORI

Anat Ben-Dor, Andreas Efsthathiou e Hadar Zigdon con Eli Machtei

AFFILIAZIONEDipartimento di Parodontologia, Scuola di Odontoiatria
Specialistica Rambam, Haifa, Israele

titolo

Impianti dentali corti (6mm) contro impianti dentali lunghi (11-15mm) con concomitante rialzo del pavimento del seno mascellare: risultati a tre anni di un trial clinico multicentrico, randomizzato e controllato

Veronika Pohl, Daniel S. Thoma, Katarzyna Sporniak-Tutak, Abel Garcia-Garcia, Thomas D. Taylor, Robert Hass, and Christoph Hammerle
J Clin Periodontol 2017;44 (4):438-445

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

Copyright © 1999-2017 John Wiley & Sons, Inc. All Right Reserved

JCP Digest 04 in italiano pubblicato dalla EFP in marzo 2018

BACKGROUND

Gli impianti corti sono utilizzati frequentemente nella parte posteriore del mascellare superiore al fine di evitare procedure chirurgiche accessorie.

Mentre alcuni autori hanno descritto un successo simile tra gli impianti corti e quelli di una lunghezza di 10mm o più, altri hanno riportato un tasso di fallimento a cinque anni più alto con gli impianti di 6mm rispetto a quelli di lunghezza maggiore.

SCOPO

Questo studio clinico randomizzato (RCT), multicentrico a tre anni aveva come obiettivo quello di comparare la sopravvivenza degli impianti corti contro quella di impianti più lunghi con concomitante grande rialzo di seno eseguito con finestra vestibolare.

METODI

Centouno pazienti parzialmente edentuli, che necessitavano di sostituire i propri denti posteriori mancanti, sono stati arruolati in questo studio. Questi pazienti avevano un'altezza della cresta ossea residua di 5-7mm e sono stati assegnati in modo randomizzato a: gruppo corti (GC), ricevente impianti di 6mm di lunghezza e 4mm di diametro, o gruppo innesto (GI), ricevente impianti più lunghi (11mm, 13mm, o 15mm con 4mm di diametro) con concomitante rialzo di seno per via laterale. Gli impianti sono stati fatti guarire in maniera transmucosa e le corone definitive sono state consegnate sei mesi dopo. Radiografie endorali venivano eseguite al momento del posizionamento implantare, a quello della consegna del restauro protesico e poi annualmente fino a tre anni. L'obiettivo primario era il tasso di sopravvivenza implantare, mentre le variabili degli obiettivi secondari includevano profondità di sondaggio (PPD), sanguinamento al sondaggio (BoP), cambiamenti del livello osseo marginale (MBL), registrazioni del livello di controllo di placca (PCR) e eventi avversi.

risultati

- 94 pazienti e 129 impianti sono stati valutati al controllo a tre anni di distanza (FU-3).
- Il tasso di sopravvivenza implantare cumulativa (CSR) corrispondeva al 100% in entrambi i gruppi.
- PCR e BoP registrati a FU-3 erano simili tra i gruppi.
- MBL a FU-3 era 0.44mm per GC e 0.45mm per GI. Misurando dal posizionamento implantare a FU-3, MBL mostrava un riassorbimento osseo statisticamente significativo per entrambi GC ($-0.44 \pm 0.56\text{mm}$) e GI ($-0.43 \pm 0.58\text{mm}$). Misurando dalla ricostruzione protesica finale (PR) a FU-3, MBL mostrava una perdita statisticamente significativa solo per GI ($0.25 \pm 0.58\text{mm}$) ma non per GC ($-0.1 \pm 0.54\text{mm}$).
- Eventi avversi non hanno mostrato alcuna differenza statisticamente significativa tra i gruppi ($p=0.654$).



LIMITAZIONI

- Escludendo i pazienti che hanno abbandonato lo studio, 21% dei pazienti era fumatore, ma la loro percentuale relativa era differente in ciascun gruppo (16% in GC, 26% in GI). Questo dato potrebbe spiegare il maggiore MBL nel gruppo con innesto (GI). Lo stesso vale per gli ex fumatori che costituivano il 25% di tutti i pazienti (20% in GC, 29% in GI).
- Gli impianti utilizzati erano OsseosSpeed di Astra Tech Implant System, che sono caratterizzati da una superficie di titanio moderatamente ruvida. Questo implica che ogni paragone con altre superfici potrebbe essere a rischio di bias.
- Un solo diametro (4mm) è stato utilizzato in questo studio, il che potrebbe limitare le conclusioni riguardo a casi di creste strette.
- Il follow-up (3 anni) è breve in termini di terapia implantare e non consente alcuna conclusione riguardo i risultati del trattamento nel lungo termine.



CONCLUSIONI

- Lo studio presenta un tasso di sopravvivenza implantare del 100% in entrambi i gruppi analizzati. Questi dati sono in accordo con i tassi di sopravvivenza implantare del 97-100% riportati dopo periodi di osservazione media di 8-18 mesi e significativamente migliori dei tassi di sopravvivenza 80-90% riportati per impianti $\leq 7\text{mm}$ in una recente revisione sistematica (Karthikeyan et al., 2012).
- A differenza di altri studi, nei quali la perdita di impianti corti è avvenuta soprattutto durante la fase di guarigione, prima del carico protesico; non si osservava alcuna perdita di impianti né in GC né in GI. Questo può essere spiegato grazie alla stringente selezione dei pazienti e all'esperienza clinica.
- Al follow up a tre anni, c'era un tasso di abbandono dello studio del 6% (GC 8%, GI 4%), che è comparabile a quello che si tratta in altri RCT.
- Riguardo i parametri perimplantari registrati, le misure del PPD a FU-3 erano significativamente minori in GC ($2.8 \pm 0.9\text{mm}$) contro GI (3.0 ± 0.76). Tuttavia, il PPD complessivo in entrambi i gruppi era accettabile per successo implantare.
- Per mascellari superiori posteriori atrofici con un'altezza della cresta residua di 5-7mm, una possibile opzione terapeutica è quella di posizionare impianti corti (6mm) invece di usare impianti lunghi con simultaneo aumento di seno mascellare.



IMPATTO

- In casi di 5-7mm di altezza ossea residua, l'uso di impianti corti (6mm) potrebbe essere una buona soluzione alternativa all'aumento di volume del seno mascellare e successivo posizionamento di impianti più lunghi.
- I vantaggi di usare impianti corti sono numerosi e includono: trattamento più rapido, più semplice e meno costoso che è associato a una morbilità minore.
- Gli impianti corti possono essere una soluzione per pazienti con patologie sinusali dove sarebbe difficile effettuare un rialzo di seno per via laterale.



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>