

ESTENSORI

Ioanna Papalou, Laetitia Harmouche, Sonia Deschamps-Lenhardt, and Panagiota Vagia, con Henri Tenenbaum e Olivier Huck

AFFILIAZIONE

Preparato dagli studenti del dipartimento di Parodontologia, Facoltà di Odontoiatria, Università di Strasburgo

titolo

Perdita dentale in parodontite aggressiva generalizzata: fattori prognostici dopo 17 anni di terapia parodontale di mantenimento

Christian Graetz, Sonja Sälzer, Anna Plaumann, Peter Schlattmann, Maren Kahl, Claudia Springer, Christof Dörfer, e Falk Schwendicke
J Clin Periodontol 2017;44 (6) 612-619

*Riassunto dall'articolo originale per gentile concessione di Wiley Online Library
Copyright © 1999-2017 John Wiley & Sons, Inc. All Right Reserved
JCP Digest 06 in italiano pubblicato dalla EFP in aprile 2018*

BACKGROUND

La parodontopatia aggressiva (AgP) è una forma di malattia parodontale distruttiva multifattoriale, dove la predisposizione genetica gioca un ruolo significativo per l'instaurarsi e per la progressione (Genco & Borgnakke, 2013; Shaefer et al., 2014), essendo quest'ultima rapida e severa (Armitage, 1999). AgP è classificata in due forme: localizzata (LAgP) e generalizzata (GAgP).

Il trattamento più comune per AgP è la strumentazione meccanica (con o senza aggiunta di antibiotici), che sembra avere successo nella ritenzione a lungo termine dei denti coinvolti. Tuttavia, ci sono alcuni studi che riportano la sopravvivenza dei denti in un follow up a lungo termine e molti dei quali riportano però una popolazione mista con LAgP/GAgP.

Quindi, rimane incerto se i denti in pazienti con GAgP possano sopravvivere per lunghi periodi o per tutta la vita. L'identificazione dei fattori associati alla perdita dentale nei pazienti con GAgP è necessario per ottenere i principi per il trattamento individualizzato di AgP.

SCOPO

Analizzare il rischio di perdita del dente ed identificarne i fattori prognostici in pazienti con GAgP che si sottopongono a terapia parodontale.

METODI

Questo studio retrospettivo longitudinale include 57 pazienti con GAgP trattati dal 1982 al 1998 nella Università di Kiel (Germania). Sono stati esaminati prima (T0) a dopo (T1) terapia parodontale attiva (APT) ed anche dopo (T2) terapia di mantenimento (SPT).

Per essere inclusi nello studio, la perdita generalizzata di attacco interprossimale doveva interessare almeno tre denti permanenti, oltre che i molari ed gli incisivi, e la perdita ossea $\geq 50\%$ doveva essere presente in ≥ 2 denti. Sono stati inclusi solo i pazienti che avevano ricevuto SPT per ≥ 9 anni con ≥ 1 visita/anno incluso un sondaggio parodontale annuale ed un controllo radiografico a T0 ed a T2. APT (durata = $1,3 \pm 0,8$ anni) consisteva in terapia non chirurgica (scaling e root planing, SRP) in combinazione con eventuale terapia antibiotica (metronidazolo/amoxicillina) se la distruzione parodontale di grado severo ed infiammazione residua dopo SRP era presente. Trattamento chirurgico aggiuntivo (debridement a cielo aperto, resezione radicolare, e tunnellizzazione) era eseguito se indicato. Non è stata eseguita alcuna terapia di eliminazione della tasca, chirurgia ossea, riempimento di difetti intraossei, o terapia rigenerativa. Splintaggio di denti mobili è stato effettuato in qualche caso. Tunnellizzazione o resezione radicolare è stata effettuata solo in forcazioni non pulibili (grado II/III) che mostravano infiammazione persistente. SPT (durata = $17,4 \pm 4,8$ anni [range 9-28]) includeva sedute d'igiene orale, motivazione, SRP di tasche residue, e -se necessario- debridement a cielo aperto con eventuale terapia antibiotica. Per valutare i fattori prognostici di perdita dentale 10 variabili sono state prese in considerazione per l'analisi: età a T1, genere, fumo a T1, numero dei denti a T1, profondità di tasca massima (PPD) a T1, arcata dentale, mobilità, perdita ossea, coinvolgimento della forcazione e terapia antibiotica durante ATP.

risultati

- 57 pazienti con età media di 34,7±8,0 anni a T0 hanno partecipato nello studio e 1.505 denti (1.016 non-molari, 489 molari) sono stati considerati. Durante APT, quattro pazienti sono stati trattati solo non chirurgicamente e 53 chirurgicamente dopo aver completato la terapia non chirurgica. Ventiquattro pazienti hanno ricevuto terapia antibiotica sistemica aggiuntiva durante APT (n=15) e SPT (n=13).
- In tutto, solo il 9,5% dei denti sono stati persi durante il follow up a lungo termine di questo studio, con un basso tasso di perdita dentale annua (0,14 ±0,18 denti per anno e per paziente). Durante SPT, tre pazienti (5%) hanno perso ≥10 denti, 14 (25%) hanno perso 4-9 denti, e 40 (70%) hanno perso 0-3 denti. La PPD di tutti i denti è diminuita durante la durata dello studio. La media PPD dei denti superstiti a T0 (5,8±2,1mm) e T1(3,5±1.1mm) era minore a confronto di quella dei denti persi (T0=7,16±2,18mm, T1=4,63±1,66mm). Denti estratti sono stati persi con una PPD media di 6,49±2.53mm.
- Pazienti che hanno ricevuto terapia antibiotica aggiuntiva durante ATP mostravano PPDs più alte a T0 in confronto ai pazienti che avevano ricevuto solo strumentazione meccanica. Un totale di 34,6% dei denti sopravvissuti durante SPT hanno mostrato una perdita ossea (BL) > 50% iniziale, in confronto a 70% per i denti persi durante SPT. A T2, solo il 30% dei denti sopravvissuti - ma il 68% degli estratti - hanno mostrato BL>50%.
- Cinque di 10 variabili indipendenti incluse nell'analisi regressiva hanno mostrato un'associazione significativa con la perdita dentale: arcata superiore (HR=1,94), tasca residua (HR=1,41) coinvolgimento della forcazione (I:HR=4,04, II:H=R4,44, III:HR=4,00), aumentata mobilità (III: HR05,39), e fumo (HR=4,94).



LIMITAZIONI

- Questo era uno studio retrospettivo dove i risultati del trattamento (perdita dentale o ritenzione) non erano soltanto il risultato della malattia ma anche di decisioni individuali e di procedure spesso non calibrate.
- Lo studio non è stato in grado di discriminare la perdita dentale causata da motivi parodontali.
- Non era possibile investigare la differenza del tasso di perdita dentale nei pazienti persi durante il follow-up.
- Un numero relativamente grande di pazienti non era stato incluso nello studio per mancanza di dati.
- Non è possibile confrontare i trattamenti conservativi applicati con altri principi di trattamento parodontale.
- Dato il campione specifico di pazienti "compliant" trattati in un ambiente specialistico ed universitario la generalizzazione dei risultati può solo essere parziale.



CONCLUSIONI

- Lo studio ha dimostrato la bassa percentuale di perdita dentaria in pazienti diligenti con GAgP (0,14 perdita per anno per paziente) ed il lungo periodo e la possibilità di ritenzione a vita della maggior parte dei denti.
- Rischio di perdita dentale era significativamente maggiore per i denti dell'arcata superiore, denti con PPD residua >6mm, denti con forcazioni coinvolte, denti con aumentata mobilità, ed in fumatori attivi.



IMPATTO

- L'impatto clinico di questo studio è che ogni estrazione precoce di denti in pazienti con GAgP deve essere evitata (o almeno post-posta fino al compimento dell'APT) quando i possibili fattori prognostici possono essere esaminati complessivamente.
- L'identificazione dei fattori di rischio può aiutare l'implementazione di piani di trattamento individualizzati.



PER L'ARTICOLO ORIGINALE CLICCHI IL SEGUENTE LINK:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.12691/full>

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