

Editore: Phoebus Madianos *Direttore, Commissione Affari Scientifici EFP*

Vice editore: Lior Shapira *Vicepresidente, Commissione Affari Scientifici EFP*

Traduttore: Alessia De Vit *MDS e CAGS in Parodontologia conseguite presso Boston University, USA*

Supervisore versione italiana: Cosimo Loperfido *Clinical teacher, Dipartimento di Parodontologia, Guy's and St. Thomas' Dental Institute, King's College, Londra*

ESTENSORI

Cecilia Hansson, Amina Basic, Anna Ydenius Alian, e Anna Trullenque-Eriksson con il Dottor Ingemar Abrahamsson e il Professor Tord Berglundh

AFFILIAZIONE

Specializzandi del programa di specializzazione in Parodontologia, Accademia di Sahlgrenska, Università di Gothenburg, Svezia

titolo

Morbilità a seguito di rialzo di seno mascellare con accesso transcrestale e laterale: uno studio randomizzato

Roberto Farina, Giovanni Franceschetti, Domenico Travaglini, Ugo Consolo, Luigi Minenna, Gian Pietro Schincaglia, Orio Riccardi, Alberto Bandieri, Elisa Maietti, Leonardo Trombelli

J Clin Periodontol 2018 Sep;45 (9):1128-1139

Riassunto dall'articolo originale con il permesso di Wiley Online Library

Copyright 1999-2018 John Wiley & Sons, Inc. All rights Reserved

JCP Digest 09, pubblicato dall'EFP a settembre 2019

BACKGROUND

I rialzi di seno mascellare con approccio laterale (ISFE) o transcrestale (tSFE) sono tecniche di aumento del volume osseo usate per ottenere un incremento verticale della dimensione dell'osso alveolare nella mascella posteriore edentula. I tassi di sopravvivenza degli impianti inseriti in siti aumentati con entrambe le tecniche sono alti.

Con entrambe le tecniche chirurgiche, è stato riportato in letteratura un grado variabile di morbilità intra- e postoperatoria. I segni includono gonfiore, ematoma, e secrezione/sanguinamento nasale. Alcuni studi hanno riportato differenze nella morbilità tra i due approcci, ma mancano o di un disegno randomizzato o della comparazione di scenari clinici differenti (per es. diverse altezze residue di osso (RBH), procedura a uno o due stadi, o un numero diverso di impianti inseriti per paziente).

Senza dati comparativi di alta qualità sulla morbilità intra- e postoperatoria di ISFE e tSFE, è difficile estrapolare potenziali differenze nei risultati e nel rischio di complicanze quando queste vengono applicate in scenari clinici simili.

SCOPO

Lo scopo di questo studio clinico randomizzato (RCT) è di comparare la morbilità postoperatoria a seguito di tSFE o ISFE con concomitante inserimento di impianti in siti con una limitata RBH (3-6 mm).

METODI

- Uno studio randomizzato controllato a singolo cieco (RCT) con disegno parallelo è stato condotto in due centri in Italia.
- Pazienti sani non fumatori con necessità di inserimento di impianti nella parte posteriore della mascella, con RBH da 3 a 6 mm e una larghezza ossea residua che consenta l'inserimento di impianti di diametro $\geq 3,5$ mm.
- tSFE: la tecnica transcrestale è stata usata in combinazione con un tappo in matrice di collagene (Mucograft Seal) e osso bovino deproteinizzato (DBBM; Bio-Oss) come materiale di innesto.
- ISFE: l'accesso laterale alla mascella è stato creato con frese rotanti diamantate e/o strumenti piezoelettrici, e la finestra è stata o completamente abrasa, rimossa, o introflessa nel seno. L'innesto è stato eseguito con DBBM e la finestra è stata coperta con una membrana in collagene riassorbibile (Bio-Gide).
- Gli impianti (SPI Inicell Element) sono stati inseriti immediatamente dopo l'innesto con un protocollo di guarigione o sommerso o transmucoso. Sono stati caricati tra le 24 e le 32 settimane seguenti.
- I pazienti del gruppo ISFE hanno ricevuto un'iniezione intramuscolare di 8 mg di desametasone nel massetere laterale al sito chirurgico.
- In entrambi i gruppi, sono stati somministrati antibiotici un'ora prima della procedura chirurgica, fino a sei giorni dopo la chirurgia. Sono stati prescritti anti-infiammatori da usare al bisogno durante il decorso postoperatorio.
- Le misure dei risultati sono state: (i) complicanze postoperatorie (come fallimento implantare precoce) e (ii) esiti riferiti dal paziente, incluso il livello di dolore, livello di discomfort, limitazioni nelle attività quotidiane, segni e sintomi postoperatori, e intenzione di rifare lo stesso tipo di chirurgia. Il livello di dolore è stato registrato usando una scala visuale analogica (VAS) di 100 mm.
- Il dolore VAS è stato considerato come risultato primario. Il paziente è stato considerato come unità statistica, e sono stati usati metodi statistici non parametrici.

risultati

- Ventinove pazienti sono stati inclusi nel gruppo tSFE e 28 nel gruppo ISFE.
- **Aspetti chirurgici:** Sono state trovate differenze statisticamente significative tra i due gruppi. ISFE ha richiesto una dose maggiore di anestetico, le incisioni di rilascio sono state eseguite con maggior frequenza, è stato inserito più materiale di innesto nel seno, e la durata delle procedure è stata maggiore. Non vi è stata differenza statisticamente significativa nella lunghezza degli impianti nei due gruppi.
- **Complicanze postoperatorie:** Due impianti nel gruppo ISFE sono stati persi prima del carico, e un paziente del gruppo ISFE ha avuto un enfisema sotto-cutaneo orbitale e sotto-orbitale. Non vi sono state differenze statisticamente significative relativamente all'incidenza di perforazione di membrana (due casi nel gruppo tSFE contro cinque nel gruppo ISFE), e tutti i casi hanno potuto essere

trattati, procedendo con l'inserimento dell'impianto come pianificato.

▪ **Esiti riferiti dal paziente:**

- Entrambi i gruppi hanno riportato valori bassi nella scala VAS (<15 mm). Il livello di dolore e il consumo di analgesici è stato significativamente più alto nel gruppo tSFE nel Giorno 0. Ad ogni modo, solo il gruppo ISFE ha riportato livelli di discomfort alti o molto alti al Giorno 2, e il consumo di analgesici è stato maggiore nel gruppo ISFE nel Giorno 3.
- Il gruppo tSFE ha avuto una minore morbilità postoperatoria (incidenza di gonfiore, ematoma, e secrezione/sanguinamento nasale), e un corso postoperatorio più tollerabile (gonfiore limitato, attività quotidiane inalterate, come mangiare, parlare, aprire la bocca e continuare con attività scolastiche o lavorative).
- Non vi erano differenze nell'intenzione di sottoporsi nuovamente alla procedura, ove necessario.

**LIMITAZIONI**

- L'assegnazione ai gruppi è stata celata solo fino alla fine dell'appuntamento di screening, cosa che può implicare un rischio di bias.
- Non vi sono informazioni su possibili differenze nell'assegnazione ai due tipi di trattamento nei due centri.
- Sette diversi chirurghi hanno eseguito le procedure. In aggiunta, vi erano differenze nelle tecniche per ISFE e negli strumenti usati. Queste variazioni potrebbero aver avuto un impatto nella morbilità postoperatoria.
- Un'iniezione intramuscolare di desametasone è stata somministrata immediatamente dopo la chirurgia nel gruppo ISFE. Il desametasone riduce il dolore postoperatorio, questo può aver avuto effetto nell'outcome principale di questo studio.
- Lo studio potrebbe essere sottodimensionato per alcune delle variabili degli esiti riportate.

**CONCLUSIONI**

- In siti mascellari posteriori edentuli con RBH da 3 a 6 mm in pazienti sani, non fumatori, ISFE è stato associato a un minor dolore nel giorno della chirurgia, mentre tSFE, secondo i parametri misurati, ha dimostrato minor morbilità postoperatoria e un decorso postoperatorio più tollerabile.

**IMPATTO**

- Riguardo alla morbilità postoperatoria, tSFE può essere un'alternativa a ISFE in presenza di limitata RBH.
- Anche se il dolore è risultato maggiore al giorno della chirurgia, il decorso postoperatorio sembra essere più rapido e presentare minori complicanze.
- Ad ogni modo, sono necessari dati comparativi dei risultati a lungo termine di entrambi gli approcci per valutare se uno sia superiore all'altro.



PER L'ARTICOLO ORIGINALE CLICCHI IL SEGUENTE LINK:

www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.12985

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