

RAPPORTEURS

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

AFFILIATION

Prepared by postgraduate students from the Department of Periodontology, Dental Faculty, University of Strasbourg, France

המחקר

Tooth loss in generalised aggressive periodontitis: prognostic factors after 17 years of supportive periodontal treatment

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

Summarised from original article with kind permission from Wiley Online Library
Copyright © 1999-2014 John Wiley & Sons, Inc. All Rights Reserved
JCP Digest 06 was published by the EFP in December 2018

שיטות:

מחקר רטרופקטיבי ארוכי שכלל 75 חולי GAgP שטופלו בין 1982-1998 במחלקה לפריודונטיה באוניברסיטת קייל בגרמניה (University of Kiel-Christian-Albrechts). החולים נבדקו לפני (To) ואחרי (T1) הטיפול הפריודונטלי הפעיל TPA ולאחר (T2) טיפול תחזוקה פריודונטלי TPS. קריטריוני ההכללה כללו אובדן תמיכה אינטרפרוסימלי ממושט שהשפיע לפחות על 3 שיניים קבועות שאינן טוחנות או חותכות, אובדן גרמי $\geq 50\%$ ב-2 שיניים לפחות. כמו כן, רק מטופלים שעברו SPT במשך 9 שנים לפחות עם ביקורת שנתית אחת לפחות שכללה צ'ארט פריודונטלי והערכה רנטגנית ב-To וב-T2 נכללו במחקר. APT (משך זמן של 1.3 ± 0.8 שנים) שכלל ניקוי לא ניתוחי (SRP) בשילוב עם מרשם אנטיביוטי (פלג'יל/מוקסיפון) במיקרים של הרס פריודונטלי חמור ובמיקרים שנתרה דלקת לאחר SRP. טיפול ניתוחי (Open-flap, debridement, Root resection, Tunneling) בוצע במידה ונדרש. לא בוצעו ניתוחים מסוג צמצום כיסים, ניתוח רסקטיבי, ניתוח רגנרטיבי או אוגמנטציה של פגמים תוך גרמיים. בוצע קיבוע של שיניים ניידות בחלק מהמיקרים. רסקציית שורש או Tunneling בוצע רק במיקרים של מעורבות מסעף (דרגה 2-3) שאינה ניתנת לניקוי שהציגה דלקת מתמשכת. טיפול התחזוקה SPT (משך 17.4 ± 4.8 שנים בטווח 9-28) כלל עידוד להגינה אורלית, SRP בכיסים שארתיים ובמידת הצורך ניתוח OFD עם מתן אנטיביוטיקה. על מנת להעריך את הגורמים הפרוגנוסטיים לאובדן שיניים, התחשבו ב-10 משתנים בנייתוח התוצאות: גיל ב-T1, מגדר, סטאטוס עישון ב-T1, מספר שיניים ב-T1, כיס מקסימלי ב-T1, קשת השיניים, ניידות, מעורבות מסעף, וטיפול אנטיביוטי במהלך הטיפול הפריודונטלי הפעיל APT.

רקע לביצוע המחקר:

פריודונטיס אגרסיבי (AgP) היא סוג של מחלה פריודונטלית הרסנית מולטיפקטוריאלית, בה המרכיב הגנטי ממלא חלק משמעותי בהתפתחות ובהתקדמות המחלה. AgP מסווגת ל-2: מופע מקומי (LAgP) ומופע ממושט (GAgP). הפרוטוקול הטיפולי הנפוץ ביותר ב-AgP הוא ניקוי מכאני לא ניתוחי (עם וללא אנטיביוטיקה), שנמצא מוצלח בשימור ארוך טווח של השיניים הפגועות. עם זאת, קיים מספר מועט של מחקרים המדווח על שרידות שיניים לאורך תקופת מעקב ארוכה, ורובם דן באוכלוסייה נבדקת מעורבת LAgP/GAgP. לפיכך, עדיין לא ברור האם השיניים של חולי GAgP ניתנות לשימור לתקופה ארוכה או אפילו לאורך כל תקופת החיים. על מנת לבנות תכנית טיפול אישית עבור חולי GAgP יש לזהות את הגורמים הקשורים לאובדן שיניים.

מטרות המחקר:

להעריך את הסיכון לאובדן שיניים ולזהות את הגורמים הפרוגנוסטיים בחולי GAgP המקבלים טיפול פריודונטלי.

- 57 מטופלים, בגיל ממוצע של 34.7 ± 8.0 שנים To, השתתפו במחקר ו-1,505 שיניים (489 טוחנות ו-1,016 שאינן טוחנות) נכללו. במהלך הטיפול הפריודונטלי הפעיל APT, 4 מטופלים בלבד טופלו באופן שמרני ו-53 באופן ניתוח לאחר השלמת הטיפול הלא ניתוחי. 24 מטופלים קיבלו טיפול ללא באנטיביוטיקה סיסטמית במהלך APT (n=15) ובמהלך SPT (n=13).
- סה"כ אבדו 5.9% מהמשיניים לאורך תקופת המעקב של המחקר, עם שיעור אובדן שיניים שנתי נמוך (0.14 ± 0.18).
- שיניים לשנה ולמטופל). במהלך טיפול התחזוקה הפריודונטלי SPT, 3 מטופלים (5%) איבדו לפחות 10 שיניים, 14 מטופלים (52%) איבדו 4-9 שיניים 401 מטופלים (70%) איבדו 0-3 שיניים. עומק הכיסים PPD של כל השיניים ירד במהלך המחקר. עומק כיס ממוצע של השיניים ששרדו במטופלים T1 $PPD = 3.5 \pm 1.1 \text{ mm}$ ובT2 $PPD = 5.8 \pm 2.1 \text{ mm}$ היה נמוך יותר בהשוואה לעומק הכיסים הממוצע של השיניים שאבדו To $PPD = 4.63 \pm 1.66 \text{ mm}$ ובT1 $PPD = 7.16 \pm 2.18 \text{ mm}$.
- ממוצע עומק הכיסים של השיניים שנעקרו היה $PPD = 6.49 \pm 2.53 \text{ mm}$. מטופלים שקיבלו טיפול אנטיביוטי במהלך הטיפול הפריודונטלי הפעיל APT הציגו כיסים עמוקים יותר To בהשוואה למטופלים שקיבלו טיפול מכאני בלבד. 43.6% מהשיניים ששרדו במהלך הטיפול התחזוקה הפריודונטלי SPT הציגו אובדן גרמי $BL > 50\%$ בבדיקה הראשונית To בהשוואה ל-70% מהשיניים שאבדו במהלך SPT. בזמן T2 רק 30% מהשיניים ששרדו הציגו אובדן גרמי $BL > 50\%$ לעומת 68% מהשיניים שנעקרו.
- 5 מתוך 10 המשתנים הבלתי תלויים שנכללו במודל הרגרסיה הראו קשר משמעותי עם אובדן שיניים: שיניים בלסת עליונה ($HR = 1.94$), כיסים שאריים ($HR = 1.41$), מעורבות מסעף (דרגה 3: $HR = 4.00$, דרגה 2: $HR = 4.44$, דרגה 1: $HR = 4.04$) ניידות מתגברת (דרגה 3: $HR = 5.39$) ועישון ($HR = 4.94$).



מגבלות, מסקנות והשפעה: והשפעה:

זהו מחקר רטרוספקטיבי שבו תוצאות הטיפול (אובדן שיניים או שימור שיניים) לא נבעו רק מהמחלה אלא גם כתוצאה מקבלת החלטות אישית לרוב ללא כוול. המחקר לא הבדיל בין אובדן שיניים שנגרם מסיבות פריודונטליות לאחרות. לא ניתן היה להעריך את ההבדל בין שיעור אובדן השיניים בנבדקים שנותרו לבין הנבדקים שאבדו במהלך תקופת המעקב. מספר גדול יחסית של נבדקים לא נכללו במחקר מטעמים של מחסור בנתונים. לא ניתן להשוות את הטיפול השמרני שבוצע עם טיפולים פריודונטליים אחרים. המדגם שנכלל היה של חולים עם הענות לטיפול שטופלו במסגרת התמחות אוניברסיטאית ולפיכך ניתן להסיק מהמצאים רק באופן חלקי לגבי הכלל.



מסקנות:

המחקר מציג שיעור נמוך של אובדן שיניים בחולי GAgP עם היענות לטיפול (0.14) שיניים אבדו בשנה ובמטופל) ושימור לטווח ארוך (או אף לאורך כל החיים) של מרבית השיניים. הסיכון לאובדן שיניים היה גבוה באופן משמעותי בלסת עליונה, בשיניים עם כיס שארי $PPD > 6$ מ"מ, שיניים עם מעורבות מסעף, שיניים עם ניידות מתגברת ובמעשנים.



השפעה:

ההשפעה הקלינית של מחקר זה היא כי יש להימנע מעקירות של שיניים בחולי GAgP בשלב מוקדם או לפחות לדחות אותן עד להשלמת הטיפול הפריודונטלי הפעיל APT, כאשר ניתן להעריך באופן מקיף את הגורמים הפרוגנוסטיים האפשריים. זיהוי גורמי הסיכון יכול לסייע ביישום תוכניות טיפול אישיות.



LINK TO ORIGINAL JCP ARTICLE:

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

Access through EFP 'members' page login: <http://www.efp.org/members/jcp.php>