

Riassunto da *Journal of Clinical Periodontology*, volume 48, edizione 12 (dicembre 2021), 1516-1527

Editori: Phoebus Madianos, Andreas Stavropoulos (commissione affari scientifici EFP)

Estensori:

Gilles Szotek insieme a Isabelle Laleman e Prof France Lambert

Affiliazione:

Programma post laurea in parodontologia, EFP certificato, Università di Liegi, Belgio

Traduttore:

Giorgio Stroppa Professore invitato master in parodontologia e implantologia, Università Internazionale di Catalogna, Barcellona

studio

Confronto tra procedura *full-mouth* e strumentazione a quadranti nel trattamento non chirurgico della parodontite di stadio III e IV

Autori:

Jamal M. Stein, Stefan Reichert, Stephanie Wied, Sareh Said Yekta-Michael, Florian Schittenhelm, David Kupietz, Henrik Dommisch, Adrian Kasaj, Octavia-Carolina Vela, Stefan-Ioan Stratul

Background

Il concetto di disinfezione in un'unica fase di trattamento, come soluzione al problema della rapida ricolonizzazione delle tasche recentemente trattate da parte degli agenti patogeni parodontali dalle tasche ancora da trattare, è stato introdotto più di 25 anni fa. L'obiettivo di questo protocollo è stato quello di ridurre al minimo il rischio di ricontaminazione eseguendo tutta la strumentazione sottogengivale entro 24 ore insieme ad un'accurata disinfezione di tutte le nicchie orofaringee mediante l'utilizzo di clorexidina.

Da allora sono stati pubblicati diversi studi clinici i quali confrontano la strumentazione per quadrante con il trattamento *full mouth*. I risultati emersi sono stati eterogenei non riuscendo spesso a replicare i risultati dello studio originale. Una ragione di questi dati è che gli studi che utilizzano davvero il protocollo originale di disinfezione *full-mouth* sono scarsi.

Nella maggior parte degli studi è stato adottato un protocollo di strumentazione e non di disinfezione *full-mouth*; tralasciando quindi sciacqui con collutorio di clorexidina e applicazione di spray nelle tonsille prima della procedura, irrigazione subgengivale ripetuta con gel di clorexidina e sciacqui con clorexidina per due mesi post strumentazione.

Inoltre, sapendo che l'utilizzo di sistemi chimici migliorano i risultati della strumentazione sottogengivale, di recente è stato suggerito che la rimozione meccanica del biofilm sottogengivale potrebbe essere favorita mediante l'utilizzo di sistemi ad aria pressurizzata con polveri poco abrasive (esempio eritritolo).

Scopo

Questo studio clinico multicentrico randomizzato ha valutato i vantaggi clinici della strumentazione *full-mouth* rispetto a quella per quadrante (Q-SRP) nella parodontite di stadio III e IV. Sono stati studiati 3 diversi protocolli *full-mouth*: strumentazione *full-mouth* (FMS), disinfezione *full-mouth* (FMD) e FMD con utilizzo di polveri di eritritolo (FMDAP)

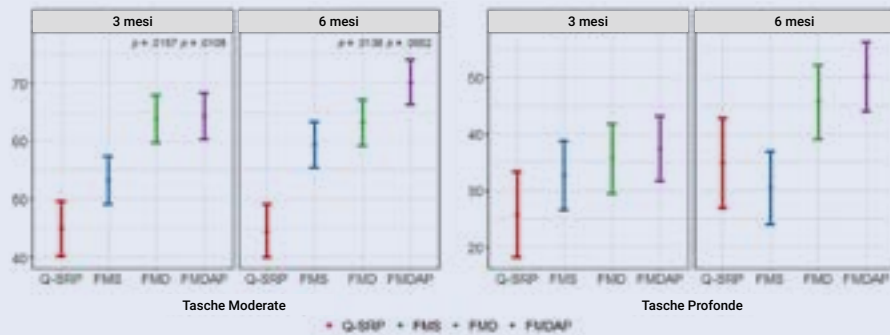
Materiali e metodi

- Studio randomizzato, prospettico, cieco, a quattro bracci paralleli, multicentrico, con un *follow-up* di sei mesi.
- Caratteristiche del paziente:
 - Parodontite non trattata, stadio III o IV.
 - Indipendentemente dallo stato di fumatore.
- Criteri di esclusione: strumentazione sottogengivale (SRP) nei 12 mesi precedenti, uso di collutori antimicrobici o assunzione di antibiotici sistemici nei quattro mesi precedenti; malattie sistemiche con interazioni note alla malattia parodontale o con necessità di antibiotici di profilassi; assunzione di farmaci con possibile impatto sui sintomi clinici della malattia parodontale e gravidanza.
- Svolgimento dello studio:
 - Fase 1 della terapia parodontale (strumentazione sopragengivale e istruzioni di igiene orale) prima della randomizzazione.
 - FMD: strumentazione sottogengivale *full-mouth* entro 24 ore, con applicazione aggiuntiva di clorexidina secondo il protocollo di Quirynen et al., 1998.
 - FMDAP: FMD, combinata con l'uso di airpolishing sottogengivale con eritritolo utilizzando *Airflow* e *Perioflow*.
- La strumentazione sottogengivale è stata eseguita dopo l'anestesia locale ed effettuata mediante ultrasuoni e curette di Gracey.
- Risultati dello studio:
 - Sono stati registrati: profondità di sondaggio (PPD), indice di placca (PI), sanguinamento al sondaggio (BoP), indice gengivale (GI) e perdita di attacco clinico (CAL).
 - Inoltre, è stato calcolato la percentuale di chiusura delle tasche parodontali (percentuale di siti modificata da PPD >4 mm a PPD residuo ≤4 mm senza BoP).
 - È stato valutato il tempo accumulato alla poltrona e l'efficienza del trattamento (tempo necessario per ottenere la chiusura di una tasca).

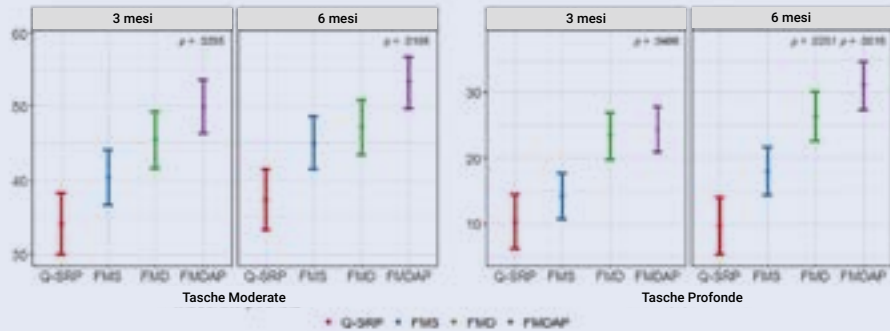
Denti monoradicolati

Figura:

Proporzione di tasche chiuse (%) dopo 3 e 6 mesi per tasche moderate con iniziale PPD di 5-6 mm e tasche profonde con PPD iniziale >6 mm in elementi dentali monoradicolati e pluriradicolati; i valori p indicano significative differenze comparati con Q-SRP.



Denti pluriradicolati



Risultati

- Da un totale di 190 pazienti sono stati randomizzati e analizzati finalmente i dati di 172 pazienti.
- È stata osservata una riduzione media significativa della PPD in tutti i gruppi.
- Il trattamento FMDAP ha registrato la più alta riduzione media della PPD ed è stato l'unico protocollo *full-mouth* che ha portato a una riduzione significativamente migliore della PPD rispetto a Q-SRP, sia per tasche moderate (PPD 4-6 mm) che tasche profonde (PPD >6 mm).
- FMD ha mostrato una riduzione della PPD significativamente migliore rispetto a Q-SRP solo per tasche profonde (PPD >6 mm).
- È stato osservato un aumento significativo di CAL in tutti i gruppi, senza differenze statisticamente significative tra i gruppi stessi.
- Gli indici PI, GI e BoP sono stati ridotti in tutti i gruppi, ma senza differenze statisticamente significative tra i gruppi.
- Sono state osservate le seguenti percentuali di chiusura delle tasche: 38% per Q-SRP, 46% per FMS, 49% per FMD e 55% per FMDAP.
- FMDAP è stato l'unico protocollo che ha mostrato risultati maggiormente significativi nella chiusura delle tasche rispetto a Q-SRP (sia denti monoradicolati che per pluriradicolati).
- FMD ha mostrato una chiusura delle tasche significativamente migliore rispetto a Q-SRP solo per denti monoradicolati.
- Il tempo alla poltrona è stato più lungo per Q-SRP rispetto a tutti i protocolli *full-mouth*, ma solo in comparazione al FMS ci sono stati risultati statisticamente significativi.
- Il tempo per ottenere la chiusura della tasca è stato inferiore per tutti i protocolli *full-mouth* rispetto a Q-SRP con risultati statisticamente significativi (6,3 minuti per FMDAP, 8,5 minuti per FMD e 9,5 minuti per FMS contro 17,8 minuti per Q-SRP).

Limitazioni

- C'è stato un significativo numero di abbandoni nel gruppo Q-SRP.
- Il follow-up è stato limitato a sei mesi.
- La pigmentazione con clorexidina nei gruppi FMD e FMDAP ha alterato l'oggettività dei valutatori. (studio cieco).
- Il tempo di valutazione dopo il trattamento non era lo stesso per Q-SRP con rispetto ad altri gruppi, a causa del tempo necessario per eseguire l'intera procedura

Conclusioni e impatto

- Dai protocolli esaminati, FMDAP ha portato alla più alta riduzione e chiusura della tasca ed è stato il trattamento più efficace. Anche FMD ha mostrato benefici statisticamente significativi nella riduzione e chiusura della tasca rispetto a Q-SRP.
- Tutti i protocolli *full-mouth* sono risultati più efficaci del Q-SRP in base al tempo necessario per ottenere la chiusura della tasca.
- Un problema importante con Q-SRP sono i molteplici appuntamenti che portano tempi di trattamento più lunghi e un maggior rischio di posticipo e/o annullamento dell'appuntamento stesso
- I protocolli di disinfezione *full-mouth* sembrano quindi di più facile utilizzo nella pratica quotidiana in termini di organizzazione e completamento del trattamento con migliori risultati.
- L'uso di sistemi ad aria pressurizzata durante il trattamento iniziale non chirurgico andrebbero ulteriormente studiati.



JCP Digest 96 è un riassunto dell'articolo "Confronto di tre procedure *full-mouth* per il trattamento non chirurgico della parodontite di stadio III e IV: Uno studio randomizzato controllato" J Clin Periodontol. 2021;48 (12): 1516-1527. DOI: 10.1111/jcpe.13548



<https://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.13548>



Accesso per i membri tramite il portale EFP : <http://efp.org/members/jcp.php>