

SESSIONE “PREMIO H.M. GOLDMAN 2018”

Rimini, 15 marzo 2018

XX CONGRESSO NAZIONALE SIdP

MORBIDITÀ DEL PAZIENTE DOPO PRELIEVO EPITELIO CONNETTIVALE DAL PALATO CON O SENZA COPERTURA CON MEMBRANE DI PRF: UNO STUDIO COMPARATIVO RANDOMIZZATO

Gatti Fulvio, Scaramuzza Eliam, Matteo Chiapasco

Unità di Chirurgia Orale, Clinica Odontostomatologica, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Milano, Direttore Prof. M Chiapasco

Riassunto

Obiettivo: valutare l'insorgenza di complicanze e la morbidità post-operatoria di pazienti sottoposti a prelievo epitelio-connettivale dal palato con o senza membrane autogene di PRF (Platelet Rich Fibrin) per la copertura della ferita in sede di prelievo.

Materiali e Metodi: Pazienti che necessitavano di un prelievo epitelio-connettivale dal palato per il trattamento di recessioni su denti naturali di I o II classe di Miller sono stati considerati idonei per lo studio. Nel gruppo test è stato raccolto sangue venoso per realizzare membrane di PRF da porre sulla ferita palatale. Il gruppo controllo prevedeva la copertura con mezzi emostatici a base di cellulosa ossidata e rigenerata.

La morbidità post-operatoria è stata riportata dal paziente utilizzando una scala VAS (Visual Analogic Scale). Guarigione clinica e complicanze sono state valutate da un operatore cieco.

Risultati: sono stati coinvolti nello studio 42 pazienti, 21 test (età media 35,4 anni) e 21 controlli (età media di 38,4 anni). La differenza tra i due gruppi risulta statisticamente significativa a favore del gruppo test per stress post-operatorio (mediana 2,10 cm, gruppo test versus 5,00 cm, gruppo controllo) e il dolore nel sito di prelievo palatino (mediana 2,00 cm, gruppo test versus 6,20 cm, gruppo controllo).

Conclusione: le membrane di PRF possono ridurre la morbidità post-operatoria del paziente dopo prelievo epitelio-connettivale dal palato senza condizionare i tempi d'intervento.

Introduzione

Le recessioni gengivali possono essere definite come la migrazione del margine gengivale apicalmente alla giunzione amelo-cementizia, con la conseguente esposizione della superficie radicolare.

La letteratura scientifica ha evidenziato che le recessioni gengivali possono essere trattate con diverse tecniche chirurgiche¹. La scelta della tecnica dipende da alcuni fattori locali come le dimensioni della recessione, la presenza o meno di gengiva cheratinizzata adiacente alla recessione, la presenza di frenuli, la profondità del vestibolo e l'altezza dei tessuti molli interdentali.

Tuttavia, i dati presenti in letteratura sembrano indicare che l'aggiunta di un innesto connettivale (Connective Tissue Graft, CTG) ad un lembo riposizionato coronalmente incrementerebbe la probabilità di successo a lungo termine, soprattutto nei pazienti con biotipo sottile².

Diverse tecniche di prelievo connettivale sono state proposte per ottenere una guarigione per prima intenzione del sito di prelievo palatale, tra cui la tecnica *Trap-door*³ e la tecnica a singola incisione^{4,5}. Le caratteristiche comuni a queste tecniche sono l'elevazione di un lembo a spessore parziale, il prelievo del tessuto connettivale e la completa chiusura della ferita palatale tramite la sutura del lembo d'accesso.

SESSIONE “PREMIO H.M. GOLDMAN 2018”

Rimini, 15 marzo 2018

XX CONGRESSO NAZIONALE SIdP

Un'alternativa proposta in letteratura riguarda il prelievo epitelio-connettivale, disepitelizzato prima del suo utilizzo (De-epithelialized gingival grafts, DGG)^{6,7}, con successiva guarigione per seconda intenzione della ferita palatina.

Le tecniche *Trap-door* ed a singola incisione, richiedendo l'esecuzione di un lembo primario di accesso, consentono il prelievo di un connettivo più profondo che può comprendere tessuto adiposo e ghiandolare col rischio di ridurre l'efficacia dell'intervento di ricopertura radicolare. Inoltre, lo spessore della fibromucosa palatale deve essere adeguato per evitare la necrosi o la deiscenza del lembo durante la guarigione a causa di un lembo primario di accesso troppo sottile^{6,8,9}.

Invece, per il prelievo epitelio-connettivale è necessario un minore spessore della fibromucosa palatina per ottenere un innesto connettivale denso e stabile, indicato per una ricopertura radicolare⁶.

Solo pochi studi^{4,10,11} hanno indagato la morbidity post-operatoria mettendo a confronto le guarigioni per prima o seconda intenzione. Questi studi riportano risultati peggiori con tecnica DGG piuttosto che CTG ad esclusione dei casi in cui si siano verificati eventi come la necrosi o la deiscenza dei lembi di accesso. Tuttavia, il limite di questi studi è dovuto all'assenza di dati sulle dimensioni dei prelievi eseguiti dal palato.

Zucchelli e co-autori nel 2010 hanno dimostrato che la morbidity post-operatoria delle tecniche CTG e DGG non presenta differenze statisticamente significative⁷. Gli stessi autori hanno evidenziato che i fattori che influenzano il consumo postoperatorio di antidolorifici sono l'altezza e la profondità del prelievo e non il tipo di guarigione (primaria o secondaria) della ferita sul palato⁷. Inoltre, le tecniche CTG prevedono tempi di intervento più lunghi⁷, fattore che è stato correlato ad un maggior dolore post-chirurgico^{2,10}.

A partire dal 1988, allo scopo di ridurre la morbidity post-operatoria e favorire i meccanismi di guarigione delle ferite, in molti campi della medicina è stato proposto l'utilizzo di concentrati piastrinici.

In odontoiatria solo pochi autori hanno indagato l'utilizzo di concentrati piastrinici nei siti donatori palatali a seguito di prelievo connettivale, allo scopo di ridurre le complicanze e migliorare la morbidity postoperatoria^{12,13}, e nessuno utilizzando il PRF (Leucocyte and Platelet Rich Fibrin)^{14,15}.

Obiettivo dello studio è quello di valutare l'insorgenza di complicanze e la morbidity post-operatoria del paziente sottoposto a prelievo epitelio-connettivale dal palato con o senza membrana autogena di PRF per la copertura della ferita nella sede di prelievo.

Materiali e Metodi

Lo studio è stato disegnato come uno studio randomizzato controllato a gruppi paralleli e in doppio cieco; gli operatori in cieco erano rappresentati dall'esaminatore adibito alla valutazione post-operatoria dei segni clinici di guarigione e dallo statistico designato per l'analisi dei dati.

Tutti i pazienti che necessitavano di un prelievo epitelio-connettivale dal palato per il trattamento di recessioni su denti naturali di I o II classe di Miller sono stati considerati idonei per lo studio e consecutivamente arruolati presso il reparto di Chirurgia Orale, della Clinica Odontoiatrica G.Vogel, Ospedale San Paolo, Milano. La tecnica di ricopertura della ferita palatina con membrane di PRF (gruppo test) è stata confrontata con quella di impacco tradizionale con mezzi emostatici a base di cellulosa ossidata (gruppo controllo) per valutare l'eventuali differenze nella guarigione e nella morbidity post-operatoria nei due gruppi.

SESSIONE “PREMIO H.M. GOLDMAN 2018”

Rimini, 15 marzo 2018

XX CONGRESSO NAZIONALE SIdP

Lo studio è stato approvato e autorizzato dal Comitato Etico Milano Area 1 con delibera num. 1822.

Tutti i pazienti hanno accettato di partecipare allo studio e per essere definitivamente coinvolti dovevano soddisfare i seguenti criteri di inclusione: età compresa tra i 18 e i 60 anni, igiene orale compatibile con il mantenimento di un adeguato livello di salute orale (FMPS e FMBS < 20%), presenza di 2 recessioni adiacenti su denti naturali, con profondità ≥ 2 mm e di I o II classe di Miller. Sono stati esclusi dallo studio i pazienti con compliance inadeguata (patologie psichiatriche), utilizzatori di sostanze stupefacenti, con abitudine al fumo (>10 sigarette al giorno), affetti da patologie sistemiche non compensate (diabete, ipertensione, insufficienza renale, insufficienza epatica, insufficienza respiratoria, altre patologie disendocrine, di-smetaboliche), che assumono farmaci che interferiscono con la salute o la guarigione parodontale, affetti da patologie della coagulazione o alterazioni della coagulazione (congenite, acquisite o da farmaci) e affetti da patologie autoimmuni, immunodepressi o in terapia con immunosoppressori.

Sono stati inoltre esclusi i pazienti con recessioni appartenenti alla terza classe di Miller, recessioni di profondità ≤ 2 mm, recessioni su molari, presenza di parodontite attiva e igiene orale inadeguata e incompatibile con un adeguato livello di salute orale (FMPS/ FMBS > 20%).

DIMENSIONE DEL CAMPIONE E RANDOMIZZAZIONE

Per il calcolo della dimensione del campione tale da determinare una potenza statistica pari all'80%, è stato considerato un livello di significatività α (alfa) di 0,05 e un errore probabile β (beta) di 0,8, derivato questo dallo studio comparativo randomizzato di Wessel & Tatakis¹¹ che aveva la morbilità del paziente come outcome primario. Allo scopo di soddisfare i parametri impostati sono necessari un minimo 18 pazienti per gruppo studio. Si è deciso di arruolare 21 pazienti considerando eventuali drop-out.

La randomizzazione dei pazienti è stata effettuata in modo digitale tramite computer e il risultato è stato inserito in una busta chiusa. L'operatore che ha eseguito il prelievo ematico (ES) è differente da quello che ha eseguito l'intervento chirurgico (FG).

Prima di iniziare l'intervento, il responsabile del prelievo ha aperto la busta determinando il gruppo di appartenenza del paziente. Se il paziente apparteneva al gruppo test, veniva sottoposto al prelievo di sangue necessario per la realizzazione del concentrato piastrinico. L'equipe chirurgica invece è venuta a conoscenza del gruppo di appartenenza del paziente solo al momento della sutura, dopo il prelievo epitelio-connettivale.

Protocollo di preparazione del concentrato piastrinico (PRF)

Il sangue venoso del paziente è stato raccolto per mezzo di un ago butterfly in due provette (Venosafe ref: VF- 109SP, Venosafe™, Terumo, Roma, Italia) da 10 ml senza l'utilizzo di anti-coagulanti o altri additivi chimici.

A seguito del prelievo le provette destinate alla produzione di PRF sono state immediatamente centrifugate a bassa velocità (3000 rpm) per 10 minuti (Hettich Zentrifugen EBA 20 - HETTICH ITALIA SRL - Via Prestinari, 4 - 20158 Milano, Italia).

Al termine della centrifugazione nella provetta si osservano 3 differenti strati: situato sul fondo si osserva lo strato di globuli rossi, in mezzo alla provetta il coagulo fibrinico di PRF e in superficie lo strato di plasma acellulare. Mediante una pinzetta sterile è stato rimosso il coagulo di PRF dalla provetta e con forbici sterili si taglia la porzione di globuli rossi che rimane adesa alla base del coagulo.

SESSIONE “PREMIO H.M. GOLDMAN 2018”

Rimini, 15 marzo 2018

XX CONGRESSO NAZIONALE SIdP

Il PRF ottenuto è stato avvolto in una garza sterile e posizionato tra due piastre di vetro sterilizzate; la compressione eseguita dalle piastre consente il rilascio del siero e di ottenere una membrana di PRF.

La membrana di PRF così realizzata è stata direttamente impiegata nel sito chirurgico senza ulteriori modifiche.

PROTOCOLLO CHIRURGICO

Previa Anestesia locale per infiltrazione con mepivacaina 2% + adrenalina 1:100.000 è stato eseguito il lembo che prevedeva un'incisione orizzontale estesa per 3 mm in senso distomesiale a partire dal versante mesiale della recessione più mesiale a una distanza dal vertice della papilla anatomica pari alla profondità della recessione + 1mm. Un' Incisione orizzontale estesa per 3 mm in senso mesio-distale a partire dal versante distale della recessione più distale a una distanza dal vertice della papilla anatomica pari alla profondità della recessione + 1mm. La recessione più profonda delle due determinava la posizione dell'incisione orizzontale compresa tra i due denti/impianti affetti da recessione, la dimensione mesio-distale di quest'incisione orizzontale dipendeva dalla distanza dei denti adiacenti ma era sempre ≥ 3 mm. Dopo l'esecuzione di 2 incisioni verticali bisellate che si estendevano nella mucosa alveolare è stato elevato un lembo a spessore misto per consentire la dislocazione coronale del lembo. La disepitelizzazione delle papille anatomiche è avvenuta tramite forbici da microchirurgia; le superfici radicolari sono state trattate con punte ultrasoniche ed esposte a EDTA 24% per 2 minuti.

I prelievi palatali sono stati eseguiti in sede controlaterale rispetto a quella di innesto, in modo che il paziente potesse distinguere più facilmente la morbidità legata all'innesto rispetto a quella legata al prelievo.

Il prelievo palatale è stato eseguito seguendo una dima monouso rettangolare dalle dimensioni di 20 x 6 mm che permettesse il sondaggio in 5 punti ripetibili.

La dimensione standard della dima è stata ottenuta stimando una quantità media necessaria per il trattamento dei difetti muco-gengivali inclusi nello studio.

E' stato eseguito un sondaggio preliminare con un ago da anestesia con stop in silicone che permettesse di ottenere lo spessore del palato nei 5 punti sondati.

La misurazione è stata eseguita nuovamente negli stessi punti sull'innesto prelevato in modo che si potesse registrare lo spessore dell'innesto connettivale e conoscere lo spessore del tessuto residuo sul palato ottenuto per differenza.

Previa Anestesia locale per infiltrazione con mepivacaina 2% + adrenalina 1:100.000, con una lama 15c è stato prelevato un innesto epitelio-connettivale seguendo la dima posizionata in regione premolare-molare mantenendo l'incisione più coronale 1-1,5 mm apicale al margine dei tessuti molli del dente adiacente. Lo spessore dell'innesto è stato mantenuto il più uniforme possibile durante la procedura di prelievo.

La disepitelizzazione dell'innesto è avvenuta con una lama 15c; la differente consistenza e rifrazione della luce tra tessuto connettivale e epiteliale ha consentito la disepitelizzazione dell'innesto.

Le superfici dentali esposte sono state ricoperte dall'innesto connettivale ancorato al tessuto residuo interdentale con un filo riassorbibile Vycril 6/0.

L'innesto posizionato è stato ricoperto mediante l'avanzamento coronale del lembo e la sutura con punti singoli a livello delle incisioni di rilascio mentre a livello delle papille è stata effettuata una sutura sospesa ancorata al cingolo palatale dei denti interessati dalla recessione. Al momento della sutura il lembo doveva ricoprire completamente l'innesto ed essere circa 1mm coronale alla CEJ dei denti coinvolti nel disegno del lembo.

SESSIONE “PREMIO H.M. GOLDMAN 2018”

Rimini, 15 marzo 2018

XX CONGRESSO NAZIONALE SIdP

A questo punto l'operatore veniva a conoscenza del gruppo di appartenenza del paziente. Per il gruppo “controllo” sono stati applicati punti di sutura a materassino sul palato con seta 5/0 per stabilizzare i mezzi emostatici a base di cellulosa ossidata e rigenerata (TABOTAMP; Ethicon Sarl. Rue de Puits Godet, 20. 2000 Neuchatel. Switzerland).

Nel gruppo “test” sono state suturate e stabilizzate con la stessa tecnica le membrane di PRF precedentemente ottenute.

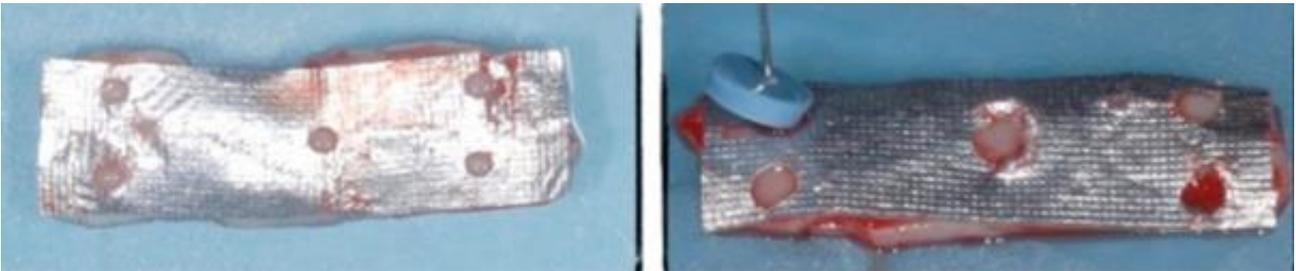
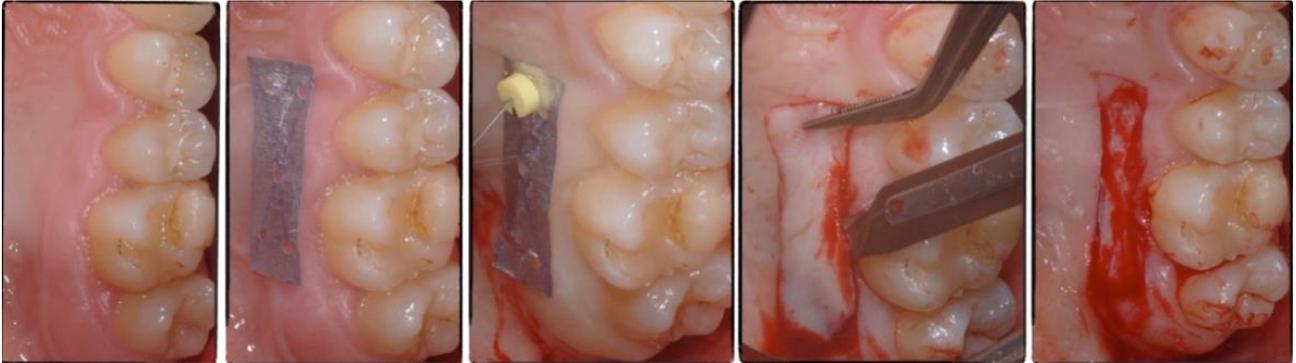


Figura 1 : è stata realizzata una dima monouso 20 x 6 mm per la dimensione del prelievo; attraverso il sondaggio in 5 punti ripetibili con ago da anestesia con stop in silicone si è potuto ottenere lo spessore medio del palato

SESSIONE “PREMIO H.M. GOLDMAN 2018”

Rimini, 15 marzo 2018

XX CONGRESSO NAZIONALE SIIdP

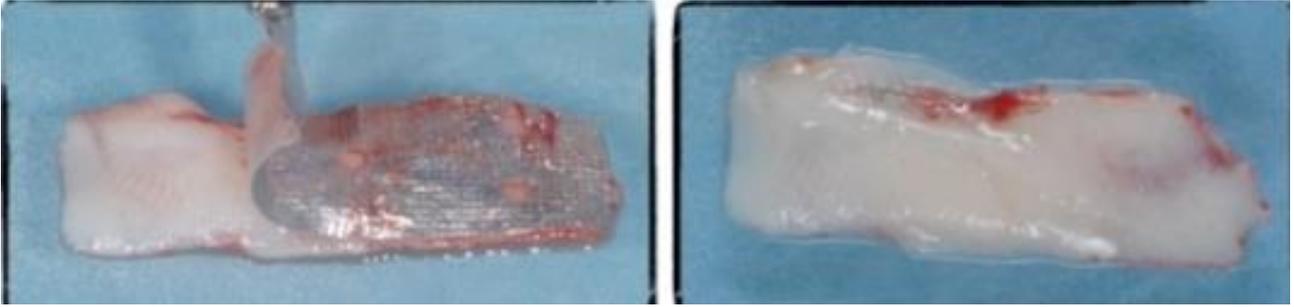


Figura 2: lo spessore dell'innesto prelevato è stato misurato negli stessi punti attraverso i fori della dima; per differenza tra le misure precedenti è stato possibile stimare lo spessore del tessuto residuo sul palato

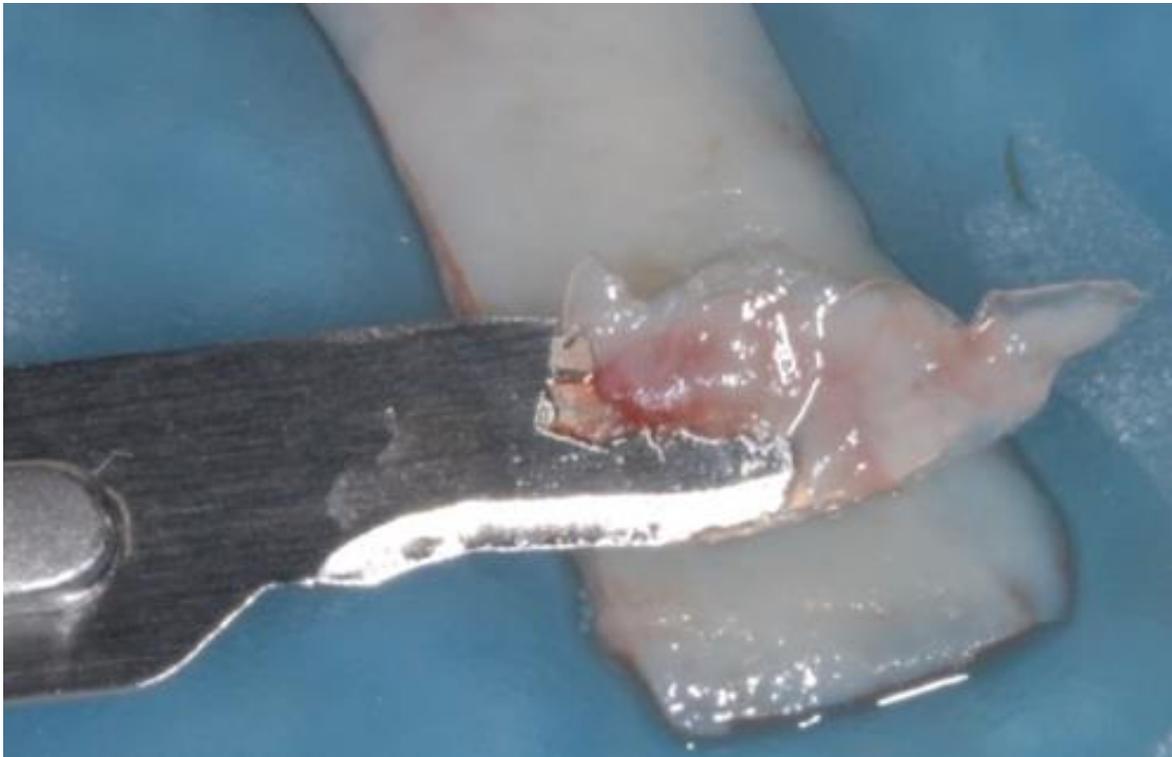
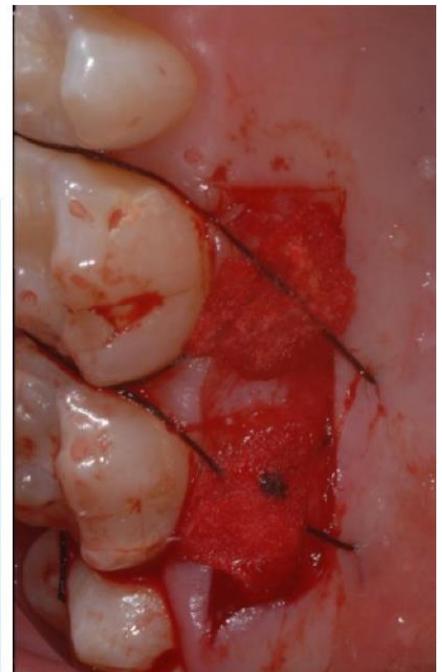


Figura 3 : la differente consistenza e rifrazione della luce tra tessuto connettivale ed epiteliale ha consentito la disepitelizzazione dell'innesto per mezzo di una lama 15c.



Figura 4 : il sangue venoso del paziente è stato raccolto con ago butterfly. Con una pinzetta si è rimosso il coagulo di PRF dalla provetta e con forbici è stata tagliata la porzione di globuli rossi rimasta adesa alla base del coagulo.

Figura 5 : la compressione del PRF tra 2 piastre ha consentito il rilascio del siero e di ottenere una membrana di PRF. I punti di sutura sono stati posizionati sul palato con seta 5/0 per stabilizzare le membrane ottenute.



SESSIONE “PREMIO H.M. GOLDMAN 2018”

Rimini, 15 marzo 2018

XX CONGRESSO NAZIONALE SIdP

Protocollo post chirurgico

Tutti i pazienti sono stati trattati con 2g amoxicillina + acido clavulanico 1 ora prima della chirurgia e 1g 6 ore dopo; la terapia è prescritta per 5 giorni successivi con assunzione di 1 gr ogni 12 ore.

In caso di allergie alle penicilline, i pazienti sono stati trattati con Claritromicina 500 mg un'ora prima della chirurgia, 250 mg 6 ore dopo e 250 mg ogni 12 ore per i successivi 5 giorni. I pazienti hanno assunto Ibuprofene 600 mg dopo l'intervento chirurgico come terapia antiinfiammatoria e analgesica; il resto delle eventuali assunzioni è avvenuta al bisogno e registrata nella scheda di raccolta dati. Nessun paziente riferiva di essere allergico al farmaco.

La terapia di igiene orale domiciliare prevedeva l'utilizzo di Clorexidina 0,12 % per 1 minuto 3 volte al giorno e la sospensione delle manovre di spazzolamento nelle zone operate fino alla rimozione delle suture dopo 14 giorni. Successivamente al paziente si permetteva di spazzolare le sedi trattate chirurgicamente con spazzolino ultramorbido e filo fit-floss per le successive 4 settimane.

Per i successivi 2 giorni dopo l'intervento veniva consigliata una dieta semiliquida per poi continuare con una dieta composta di cibi morbidi e non taglienti per altri 14 giorni.

OUTCOME VALUTATI:

Principali

- La morbidity post-operatoria è stata valutata mediante scala VAS (Scala visuo-analogica) dal paziente. La scala VAS è caratterizzata da un segmento orizzontale di 10 cm alle cui estremità si collocano gli estremi del dolore, il paziente segna con un punto il livello di intensità percepita¹⁶.

Con questa scala sono stati valutati i seguenti parametri:

- a) Il dolore post-operatorio: si valuta quanto il paziente riesce a discriminare il dolore percepito nel sito di innesto da quello di prelievo.
- b) Discomfort: è definito come il livello di indolenzimento provato dal paziente durante la prima settimana post-operatoria dovuto alla ferita palatale. Si considera quanto risulti condizionato il sonno, l'umore e la capacità lavorativa.
- c) Inabilità alla masticazione: è in relazione ai cambiamenti nelle abitudini alimentari del paziente causate dalla ferita palatale.
- d) Stress: si basa sul livello di apprensione e paura provati dal paziente in relazione alla compromissione dell'integrità del palato.

- Sanguinamento post-operatorio: il paziente ha inoltre registrato quante volte e per quanto tempo si è verificato il sanguinamento dal sito di prelievo palatale.

- Consumo di antidolorifici (Ibuprofene 600 mg compresse). Al paziente è stata consegnata una scatola integra ed è stato chiesto di portare la scatola con se al controllo, contando le pillole assunte.

- Valutazione clinica e registrazione degli eventi avversi durante la guarigione della ferita di prelievo palatale. La guarigione clinica del sito di prelievo è stata valutata da un operatore (AT) non a conoscenza dei gruppi di appartenenza dei pazienti visitati a 3, 14, 30 e 90 giorni dall'intervento. La rimozione sutura è avvenuta al 14° giorno. Sono state scattate fotografie cliniche dei siti di prelievo e sono state registrate le eventuali complicanze quali: necrosi del tessuto marginale, ematoma, infezione e alterazioni della sensibilità a livello palatale.

Secondari

- Valutazione dei tempi medi delle procedure di prelievo di tessuto connettivale dal palato dall'iniezione dell'anestetico locale all'ultimo punto di sutura.

SESSIONE “PREMIO H.M. GOLDMAN 2018”

Rimini, 15 marzo 2018

XX CONGRESSO NAZIONALE SIdP

- Valutazione dello spessore dell'innesto epitelio-connettivale prelevato e stima del tessuto connettivale residuo sul palato. E' stato eseguito un sondaggio preliminare con un ago da anestesia con stop in silicone che permettesse di ottenere lo spessore del palato nei 5 punti sondati tramite i fori della dima utilizzata. La misurazione è stata eseguita nuovamente negli stessi punti sull'innesto prelevato in modo che si potesse registrare lo spessore dell'innesto connettivale e conoscere lo spessore del tessuto residuo sul palato ottenuto per differenza.

Analisi statistica

L'analisi dei dati è stata svolta in accordo con un piano d'analisi prestabilito. Uno statistico con esperienza in campo odontoiatrico ha analizzato i dati usando SPSS per Windows release 18.0 (SPSS, Chicago; IL, USA) senza conoscere i gruppi di appartenenza dei pazienti coinvolti. Il paziente era l'unità statistica dell'analisi svolta. La differenza delle medie per il consumo di antidolorifici è stata comparata con un t test per campioni indipendenti.

E' stato usato il test di Mann-Whitney U per confrontare le mediane dei due gruppi per quanto riguarda il dolore post-operatorio del sito di prelievo e del sito di innesto, il discomfort post-operatorio, l'incapacità alla masticazione, lo stress e il sanguinamento post-operatorio. È stata inoltre calcolata la mediana ed i valori degli interquartili (IRQ) allo scopo di fornire una descrizione migliore dei dati presentati.

Tutte le comparazioni statistiche sono state condotte con un livello di significatività di 0,05.

Risultati

Sono stati coinvolti nello studio 42 pazienti, 21 nel gruppo test (9 femmine, 12 maschi di età media di 35,4 anni \pm 6) e 21 nel gruppo controllo (15 femmine e 6 maschi di età media di 38,4 \pm 5).

Tutti i pazienti di entrambi i gruppi hanno completato lo studio presentandosi regolarmente ai controlli clinici e compilando le schede di raccolta dati come da programma prestabilito.

Il dolore nella sede di prelievo è stato: mediana 2,00 cm (I IRQ 1,20 – III IRQ 2,90) nel gruppo test; mediana 6,20 cm (I IRQ 3,30 – III IRQ 8,00) nel gruppo controllo. La differenza tra le mediane dei 2 gruppi è risultata statisticamente significativa (P = 0,027).

Il dolore nel sito di innesto era: mediana 2,00 cm (I IRQ 1,10 – III IRQ 5,20) nel gruppo test; mediana 1,90 cm (I IRQ 1,00 – III IRQ 4,90) nel gruppo controllo. La differenza tra le mediane dei 2 gruppi non risultava essere statisticamente significativa (P = 0,9045).

Lo stress post-operatorio è risultata essere di: mediana 2,10 cm (I IRQ 1,00 – III IRQ 4,99) nel gruppo test; mediana 5,00 cm (I IRQ 2,90 – III IRQ 6,20) nel gruppo controllo. La differenza tra le mediane dei 2 gruppi risultava essere statisticamente significativa (P = 0,0083).

L'incapacità alla masticazione è risultata essere di: mediana 6,00 cm (I IRQ 3,90 – III IRQ 7,00) nel gruppo test; mediana 6,00 cm (I IRQ 5,90 – III IRQ 8,00) nel gruppo controllo. La differenza tra le mediane dei 2 gruppi risultava non essere statisticamente significativa (P = 0,9362).

Il discomfort post-operatorio è risultato essere di: mediana 3,90 cm (I IRQ 2,10 – III IRQ 4,00) nel gruppo test; mediana 6,00 cm (I IRQ 4,00 – III IRQ 8,00) nel gruppo controllo. La differenza tra le mediane dei 2 gruppi risultava non essere statisticamente significativa (P = 0,50926).

Il sanguinamento post-operatorio riportato dal paziente è risultato essere di: mediana 1,00 cm (I IRQ 0,00 – III IRQ 3,00) nel gruppo test; mediana 2,00 cm (I IRQ 1,00 – III IRQ 3,00)

SESSIONE “PREMIO H.M. GOLDMAN 2018”

Rimini, 15 marzo 2018

XX CONGRESSO NAZIONALE SIdP

nel gruppo controllo. La differenza tra le mediane dei 2 gruppi risultava non essere statisticamente significativa ($P = 0,62414$).

Il consumo di antidolorifici durante il decorso post-operatorio riferito dai pazienti è stato in media di 1400,00 mg ($\pm 1,613$ DS) nel gruppo test e di 1982,75 mg ($\pm 2142,93$ DS) nel gruppo controllo. La differenza tra le medie dei 2 gruppi risultava non essere statisticamente significativa ($P = 0,3255$).

Tra i risultati secondari, nessun evento avverso (necrosi, ematoma, infezione, alterazioni della sensibilità) è stato riportato dall'esaminatore indipendente durante i controlli clinici avvenuti a 3, 14, 30 e 90 giorni.

Il tempo chirurgico non ha presentato differenze significative tra i due gruppi dello studio. Nel gruppo Test il tempo di intervento medio è stato di 50 ± 5 minuti mentre nel gruppo Controllo di 48 ± 6 minuti ($P > 0,05$).

Lo spessore medio del palato non ha mostrato nessuna differenza statisticamente significativa: $2,35 \pm 0,5$ mm Gruppo Test e $2,30 \pm 0,5$ mm Gruppo Controllo ($P > 0,05$).

Tra i due gruppi studio non c'è alcuna differenza statisticamente significativa in relazione a ogni dimensione relativa al prelievo connettivale. Nel gruppo Test lo spessore medio dell'innesto è stato di $1,4 \pm 0,2$ mm mentre nel gruppo controllo di $1,43 \pm 0,3$ mm ($P > 0,05$).

Tab 1: dati relativi alla morbidità post-operatoria del paziente

Parametri	Gruppo TEST	Gruppo CONTROLLO	p value
Dolore sito innesto*	2,00 (1,10 - 5,20)	1,90 (1,00 - 4,90)	NS
Dolore sito prelievo*	2,00 (1,20 - 2,90)	6,20 (3,30 - 8,00)	p = 0,027
Discomfort*	3,90 (2,10 - 4,00)	6,00 (4,00 - 8,00)	NS
Stress*	2,10 (1,00 - 5,00)	5,00 (2,90 - 6,20)	p = 0,0083
Inabilità alla masticazione*	6,00 (3,90 - 7,00)	6,00 (5,90 - 8,00)	NS
Sanguinamento (giorni) [°]	1,00 (0,00 - 3,00)	2,00 (1,00 - 3,00)	NS
Pain killers [§]	1400,00 \pm 1,613	1982,75 \pm 2142,93	NS

* VAS Median (I IRQ – III IRQ)

[°] Giorni

[§] mg Mean \pm SD

Conclusione

I risultati riportati in questo studio non evidenziano differenze statisticamente significative tra il gruppo test ed il gruppo controllo per ciò che riguarda l'inabilità alla masticazione e il

SESSIONE “PREMIO H.M. GOLDMAN 2018”

Rimini, 15 marzo 2018

XX CONGRESSO NAZIONALE SIdP

dolore in corrispondenza del sito d'innesto; quest'ultimo risultato era prevedibile in quanto il trattamento nel sito di innesto è stato il medesimo in entrambi i gruppi.

Risulta invece statisticamente significativa a favore del gruppo test la differenza tra i due gruppi per ciò che concerne lo stress post-operatorio e il dolore nel sito di prelievo palatino. Tutti gli altri parametri analizzati mostrano risultati a favore del gruppo test anche se le differenze non sono statisticamente significative.

Sono necessari ulteriori studi per confermare l'ipotesi che le membrane di PRF possano ridurre la morbilità post-operatoria del paziente dopo prelievo epitelio-connettivale dal palato senza condizionare i tempi d'intervento.

Bibliografia

1. Wennstrom, J. L. (1994) Proceedings of the 1st European workshop on periodontology. In: Mucogingival surgery, eds. Lang, N. P. & Karring, T., pp. 193–209. Berlin: Quintessence Publishing Co.
2. Cortellini P, Tonetti M, Baldi C, Francetti L, Rasperini G, Rotundo R, Nieri M, Franceschini D, Labriola A, PiniPrato GP. Does placement of a connective tissue graft improve the outcomes of coronally advanced flap for coverage of single gingival recessions in upper anterior teeth? A multi-centre, randomized, double-blind, clinical trial. *J Clin Periodontol* 2009;36:68-79.
3. Edel, A. (1974) Clinical evaluation of free connective tissue grafts used to increase the width of keratinised gingival. *Journal of Clinical Periodontology* 1, 185–196.
4. Hurzeler, M. B. & Weng, D. (1999) A single-incision technique to harvest subepithelial connective tissue grafts from the palate. *The International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry* 19, 279–287.
5. Lorenzana, E. R. & Allen, E. P. (2000) The single-incision palatal harvest technique: a strategy for aesthetics and patient comfort. *The International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry* 20, 297–305
6. Harris RJ. Histologic evaluation of connective tissue grafts in humans. *Int J Periodontics Restorative Dent.*2003 Dec;23(6):575-83.
7. Zucchelli G, Mele M, Stefanini M, Mazzotti C, Marzadori M, Montebugnoli L, de Sanctis M. Patient morbidity and root coverage outcome after subepithelial connective tissue and de-epithelialized grafts: a comparative randomized-controlled clinical trial. *J Clin Periodontol* 2010; 37: 728–738.
8. Del Pizzo, M., Modica, F., Bethaz, N., Priotto, P. & Romagnoli, R. (2002) The connective tissue graft: a comparative clinical evaluation of wound healing at the palatal donor site. A preliminary study. *Journal of Clinical Periodontology* 29: 848–854.
9. Jahnke, P. V., Sandifer, J. B., Gher, M. E., Gray, J. L. & Richardson, A. C. (1993) Thick free gingival and connective tissue autografts for root coverage. *Journal of Periodontology* 64,315–322.
10. Griffin TJ, Cheung WS, Zavras AI, Damoulis PD (2006) “Post-operative complications following gingival augmentation procedures. *J Periodontol*”77(12):2070–2079

SESSIONE “PREMIO H.M. GOLDMAN 2018”

Rimini, 15 marzo 2018

XX CONGRESSO NAZIONALE SIdP

11. Wessel JR1, Tatakis DN. Patient outcomes following subepithelial connective tissue graft and free gingival graft procedures. *J Periodontol.* 2008 Mar;79(3):425-30. doi: 10.1902/jop.2008.070325 .
12. Shayesteh YS, Eshghyar N, Moslemi N, Dehghan MM, Motahhary P, Ghobadi Z, Golestan B. The effect of platelet-rich plasma on healing of palatal donor site following connective tissue harvesting: a pilot study in dogs. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2012 Jun;14(3):428-33. doi: 10.1111/j.1708-8208.2009.00263.x. Epub 2010 Feb 3.
13. Yen CA, Griffin TJ, Cheung WS, Chen J. Effects of platelet concentrate on palatal wound healing after connective tissue graft harvesting. *J Periodontol.* 2007 Apr;78(4):601-10.
14. Choukroun J, Diss A, Simonpieri A, Girard MO, Schoeffler C, Dohan SL, Dohan AJ, Mouhyi J, Dohan DM. (2006) Platelet-rich fibrin (PRF): a second-generation platelet concentrate. Part IV: clinical effects on tissue healing. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006 Mar;101(3):e56-60.
15. Giannini S, Cielo A, Bonanome L, Rastelli C, Derla C, Corpaci F, Falisi G. Comparison between PRP, PRGF and PRF: lights and shadows in three similar but different protocols. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2015;19(6):927-30. Review.
16. Hjerstad MJ1, Fayers PM, Haugen DF, Caraceni A, Hanks GW, Loge JH, Fainsinger R, Aass N, Kaasa S; European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC). Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review. *J Pain Symptom Manage.* 2011 Jun;41(6):1073-93. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.08.016.