

Premio "Claudio Cevenini" 2023 per il miglior caso clinico di terapia parodontale non chirurgica - SIdP

L'alleanza terapeutica come elemento chiave per una terapia di successo: caso di Parodontite Stadio III Grado C generalizzata.

Autori

Daniela Vicentini*, Paolo Ghensi°

*Dental Hygienist (DH), Libero professionista, Trento

°DDS, Oral Surgery MClIn Dent, Clin MSc, PhD, Libero professionista, Trento

SCOPO DEL LAVORO

Lo scopo di questo lavoro è quello di evidenziare come la gestione della malattia parodontale richieda un'alleanza terapeutica e l'instaurazione di un rapporto di fiducia fra clinico e paziente fin dalla prima visita. Oltre ad una terapia parodontale non chirurgica efficace è fondamentale comunicare con il paziente, ottenendo una buona compliance ed istruendolo e motivandolo costantemente per ottenere una partecipazione attiva alla terapia.

MATERIALI E METODI

Una paziente donna di 37 anni si è presentata alla nostra osservazione in prima visita riferendo sanguinamento gengivale durante lo spazzolamento.

All'esame parodontale la paziente presentava uno scarso controllo placca (FMPS 59%) e un'inflammatione diffusa (FMBS 44%). Inoltre erano presenti tasche parodontali di 5 e 6 mm nei settori posteriori e perdita di attacco con conseguente coinvolgimento delle forcazioni di I e II grado. Veniva diagnosticata una parodontite di stadio III Grado C generalizzata.

Il piano terapeutico ha previsto l'istruzione e la motivazione della paziente all'igiene orale domiciliare e un appuntamento successivo in cui è stato valutato il raggiungimento di un indice di placca adeguato. Solo raggiunto un controllo adeguato del biofilm si è proceduto ad una Terapia Full Mouth Ultrasonic Debridement, eseguita in 2 sedute di 2 ore nell'arco di 24 ore.

La compliance della paziente è stata successivamente valutata a distanza di 4 e 8 settimane ed infine, a distanza di 12 settimane, si è proceduto ad una rivalutazione parodontale.

Durante tutto il percorso terapeutico la paziente è stata istruita e motivata costantemente affinché ottenesse e mantenesse un controllo placca < 20%.

RISULTATI E CONCLUSIONI

A 12 settimane dal trattamento la paziente ha ottenuto un buon controllo del fattore eziologico (FMPS 19%) ed è stata risolta l'inflammatione gengivale profonda (FMBS 1%).

Si è ottenuta una chiusura del 98% delle tasche parodontali presenti in prima visita e l'unica tasca residua presente è stata trattata con una chirurgia di tipo rigenerativo.

Eseguendo i 4 step previsti dalle Linee guida per il trattamento delle parodontiti di Stadio I-III si è riusciti ad arrestare la progressione della malattia parodontale e ridurre il rischio di perdita degli elementi. A distanza di due anni la situazione parodontale risulta stabile: sono stati mantenuti tutti gli elementi dentari ed è stata arrestata la progressione della malattia. La paziente ha compreso quanto sia importante la sua compliance e aderisce alla terapia di supporto in maniera adeguata e costante.

INTRODUZIONE

La parodontite è la sesta malattia cronica non trasmissibile più diffusa al mondo e la causa principale di perdita dei denti [1]. Mostra una prevalenza di oltre il 40% e un picco di incidenza intorno ai 38 anni (Fig.1) [2].

L'obiettivo terapeutico nel paziente con malattia parodontale è arrestare la progressione della malattia e ridurre il rischio di perdita dentale: questo può essere ottenuto solo grazie alla cooperazione clinico-paziente [3]. Nello specifico il paziente deve ottenere un adeguato controllo del fattore eziologico e dell'infiammazione superficiale e profonda raggiungendo Full Mouth Plaque Score (FMPS) < 20% e Full Mouth Bleeding Score (FMBS) < 20%, mentre il clinico ha il compito di controllare l'infezione sottogengivale eliminando i siti con PPD > 4mm [4,5]. Al raggiungimento degli obiettivi terapeutici il paziente dovrà aderire regolarmente alla terapia di mantenimento e l'igienista dentale avrà il compito di motivarlo e supportarlo costantemente durante questo percorso [6].

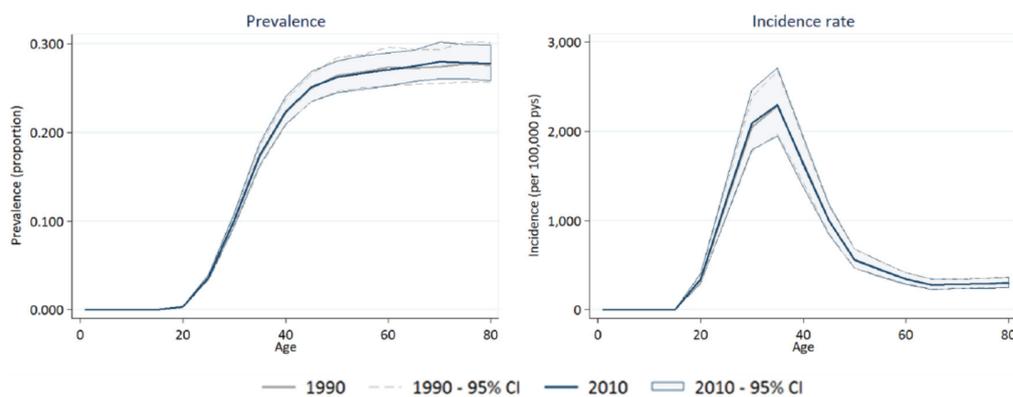


Fig.1 Prevalenza e incidenza della malattia parodontale fra il 1990 e il 2010.

MATERIALI E METODI

La paziente, avvocato di 37 anni, si è presentata alla nostra attenzione riferendo sanguinamento gengivale durante lo spazzolamento.

L'anamnesi medica è risultata negativa e la paziente ha riportato di non essere fumatrice, di non avere familiarità per la malattia parodontale e di avere un elevato grado di stress. La frequenza dei richiami di igiene orale professionale era per lei occasionale e l'ultima seduta risaliva a 6 anni prima: utilizzava uno spazzolino elettrico sonico 2 volte al giorno e non utilizzava regolarmente presidi per l'igiene orale interprossimale. Il suo atteggiamento si è dimostrato positivo e determinato a risolvere la situazione, nonostante non avesse il sospetto di essere affetta da malattia parodontale.

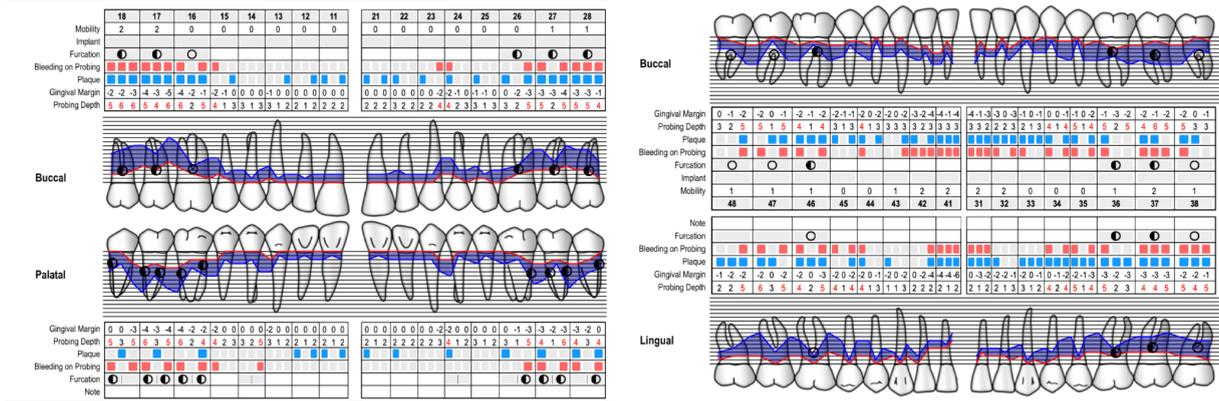


Fig. 2.1 Sondaggio parodontale iniziale, arcata superiore. - 2.2 Sondaggio parodontale iniziale, arcata inferiore.



Fig.3 Prima visita: fotografie intraorali e status radiografico.

Individuata la presenza di malattia parodontale si è effettuata la compilazione della cartella parodontale (Fig.2.1 e 2.2) e dello status radiografico (Fig.3).

Erano presenti 32 elementi dentari, di cui 14 con PPD \geq 5mm. La paziente presentava uno scarso controllo del fattore eziologico con un FMPS del 59% e un sanguinamento diffuso con un FMBS del 44%. Era presente perdita di attacco nei settori posteriori con conseguente mobilità degli elementi e coinvolgimento delle forcazioni di I e II grado. Tutti gli indici parodontali sono riportati nella Tabella 1 (Tab.1). È stata quindi diagnosticata una parodontite di Stadio 3 Grado C generalizzata [7].

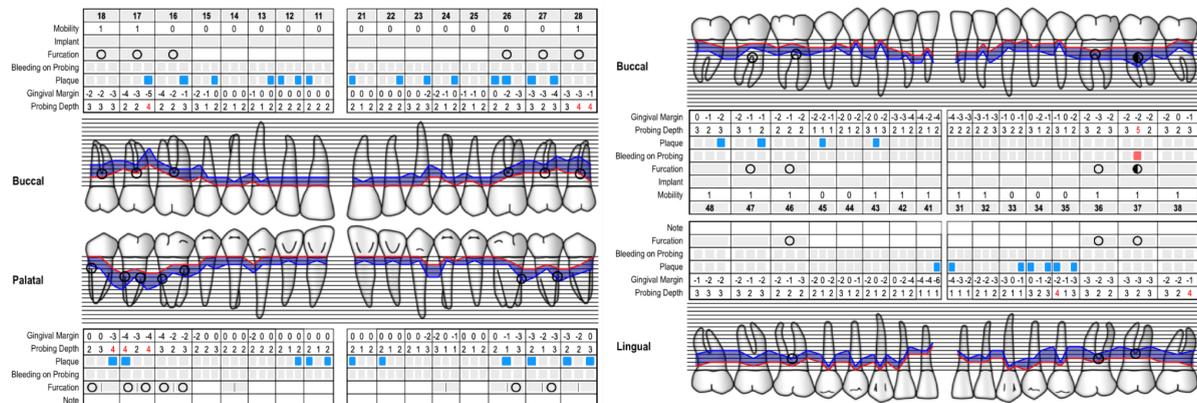
Nello Step 1 della terapia sono state fornite istruzioni ad un'adeguata igiene orale domiciliare. Utilizzando un rivelatore di placca bitonale e una tecnica tell-show-do è stata istruita all' utilizzo di uno spazzolino elettrico sonico e di scovolini interdentali di adeguato diametro, da utilizzare almeno due volte al giorno. Davanti ad uno specchio le è stato mostrato come utilizzare gli strumenti e le è stato chiesto di riprodurre le manovre di igiene in modo corretto. Sono state quindi eseguite una PMPR (Professional Mechanical Plaque Removal) ed una detartrasi sopragengivale per permettere alla paziente di cominciare fin da subito con le manovre di igiene orale domiciliare.

È stato effettuato un controllo placca a distanza di 2 settimane: sono stati registrati l'indice di sanguinamento superficiale (5%) e l'indice di placca (21%) e, dal momento che aveva raggiunto un buon controllo del fattore eziologico, si è passati alla seconda fase della terapia.

Si è effettuata quindi una Full Mouth Ultrasonic Debridement organizzata in due sedute di 2 ore nell'arco di 24 ore [8]. In ogni seduta è stata trattata un'arcata dentale: sono state utilizzate polveri a bassa abrasività (eritritolo) nell'area sopragengivale per la rimozione del biofilm, e strumenti ultrasonici PS per rimuovere i depositi di tartaro presenti nell'area sottogengivale. La compliance della paziente è stata monitorata con dei controlli placca a distanza di 4 e 8 settimane: non era presente sanguinamento superficiale e l'indice di placca era rispettivamente di 24% e 22%. Riscontrato uno scarso controllo placca sul versante linguale, la paziente è stata istruita all'utilizzo di uno spazzolino monociufo per accedere a questa zona e ottenere un FMPS < 20%.

Durante i controlli veniva utilizzato il rivelatore di placca, venivano registrati indice di placca e di sanguinamento superficiale e riviste le manovre di igiene domiciliare. Ciò apriva al dialogo e discussione con la paziente, che si è sentita partecipe alla terapia e sono state individuate insieme delle strategie di miglioramento. Registrare un indice numerico di placca diventava inoltre una sorta di sfida per la paziente per impegnarsi a casa e migliorare in vista degli appuntamenti successivi. Dopo ogni controllo veniva eseguito un deplaquing con polvere di eritritolo per rimuovere il biofilm residuo.

RISULTATI



È stata effettuata una rivalutazione con compilazione della cartella parodontale a distanza di 12 settimane. (Fig.4.1 e 4.2)

Si è ottenuta la chiusura del 98% delle tasche parodontali presenti in prima visita, sono stati mantenuti tutti gli elementi dentari ed è stata arrestata la progressione della malattia. È stato ottenuto un buon controllo del fattore eziologico con un FMPS del 19% ed è stata risolta l'infiammazione gengivale con un FMBS dell' 1%. C'è stato un miglioramento nel grado di coinvolgimento delle forcazioni e una riduzione della mobilità degli elementi in entrambe le arcate. (Tab. 1)

Era presente un' unico elemento con PPD ≥ 5mm [9]. L'elemento 37 presentava infatti una tasca residua di 5 mm con BoP+, dove era presente una forcazione vestibolare di II grado sottotipo B.

Lo Step 3 della terapia ha quindi previsto l'esecuzione di una chirurgia parodontale di tipo rigenerativo utilizzando una combinazione di gel di amelogenine (Emdogain – Straumann, Basilea, Svizzera) e osso bovino deproteinizzato arricchito con 10% di collagene (DBBM - C) (Geistlich Biomaterials, Wolhusen, LU, Switzerland) (Fig.5). A 6 mesi dalla chirurgia si è ottenuta la chiusura della tasca e una riduzione della compromissione forcale ad una forcazione di I grado sottotipo A.



Fig.5 Chirurgia rigenerativa dell'elemento 3.7.

Si è proseguito quindi con lo Step 4 della terapia: sulla base della valutazione individuale del rischio parodontale [10] si è programmata una terapia di supporto effettuando dei richiami trimestrali e una rivalutazione annuale.

A distanza di 2 anni si riconferma la stabilità parodontale (Fig.6.1 e 6.2): la paziente non ha perso elementi dentali, mantiene un alto controllo del fattore eziologico, dell'infiammazione superficiale e profonda ed aderisce alla terapia di supporto con costanza. (Fig.7) (Tab.1)

Dall' analisi del profilo di rischio parodontale è emersa la persistenza di un rischio medio-alto di progressione della malattia (Fig.8) e si sono mantenuti dunque appuntamenti di controllo placca trimestrali. Viene eseguita annualmente una rivalutazione parodontale con costante monitoraggio del suo rischio individuale.

INDICI PARODONTALI	INIZIALE	RIVALUTAZIONE	FOLLOW UP 2 ANNI
F.M.P.S.	59%	19%	27%
F.M.B.S.	44%	1%	0
N° BOP+	84	1	0
N° PPD≥5	38	1	0
N° Forcazioni I GRADO	6	19	18
N° Forcazioni II GRADO	19	1	0
N° Forcazioni III GRADO	0	0	0
N° Dentì M+I	8	14	4
N° Dentì M+II	7	0	0
N° Dentì M+III	0	0	0

Tab. 1 Confronto degli indici parodontali tra Prima visita, rivalutazione e follow up a 2 anni.

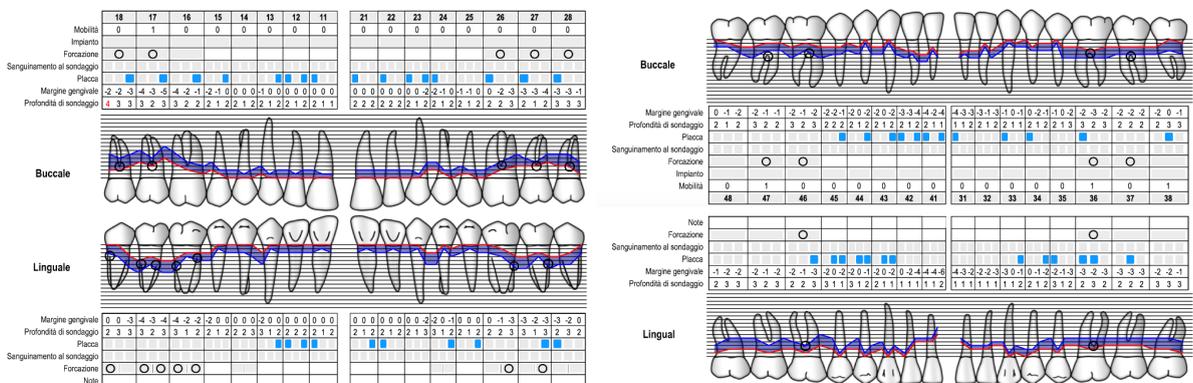


Fig.6.1 Sondaggio parodontale a 24 mesi arcata superiore - 6.2 Sondaggio parodontale a 24 mesi, arcata inferiore.

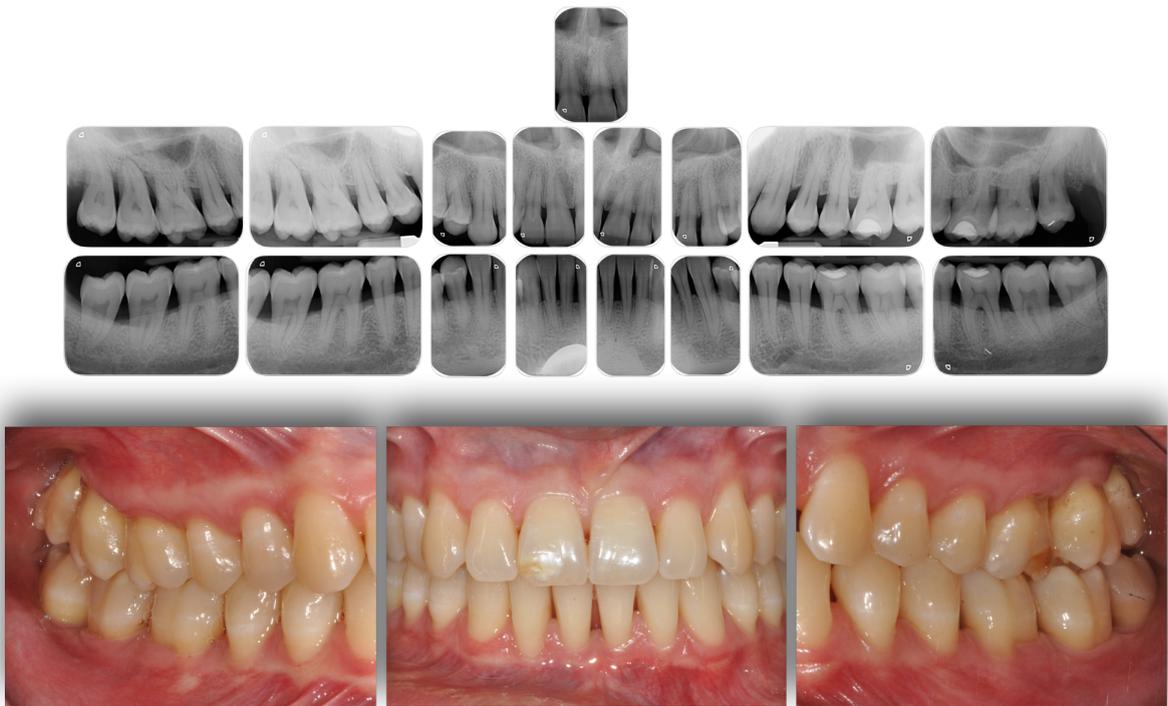


Fig.7 Follow up a 24 mesi: fotografie intraorali e status radiografico.

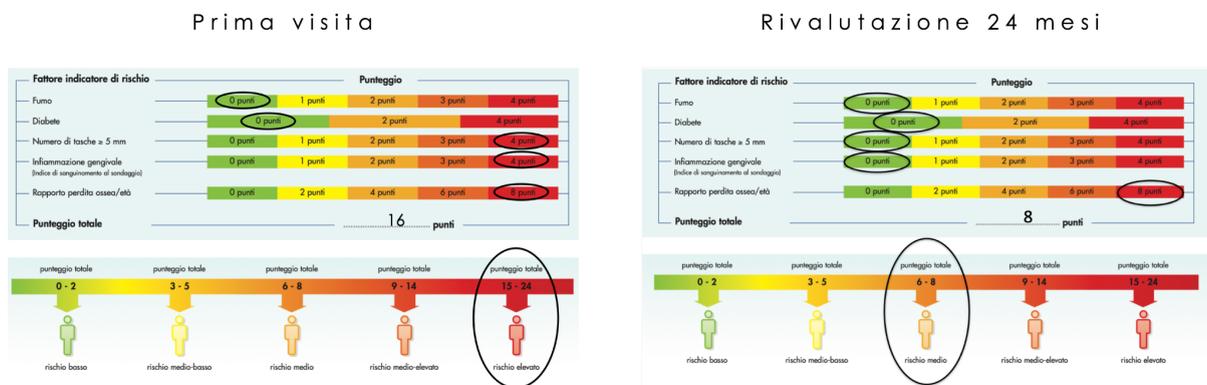


Fig.8 Valutazione del rischio di progressione della malattia parodontale: confronto Prima visita - 24 mesi

CONCLUSIONI

La compliance del paziente con malattia parodontale ha un ruolo fondamentale per l'esito dell'intervento terapeutico.

La letteratura scientifica mostra infatti come la terapia parodontale non chirurgica in assenza di un buon controllo placca, un intervento di istruzione e motivazione e il supporto costante al paziente non porti ad un controllo adeguato dell'infezione e alla stabilità dei siti trattati nel lungo termine.

Effettuare un controllo placca prima della terapia non chirurgica ha evidenziato come gli elementi chiave per il successo fossero la costanza e l'impegno nell'igiene orale domiciliare della paziente. Registrare l'indice di placca e sanguinamento durante i controlli ha permesso di creare un dialogo,

renderla partecipe alla terapia e l'ha resa consapevole della possibilità di arrestare la progressione della malattia grazie ad una cooperazione clinico-paziente.

L'alleanza terapeutica è quindi la chiave per il successo della terapia parodontale: la comunicazione efficace e il supporto costante dell'igienista dentale al paziente sono e devono essere parte della terapia che, senza di esse, non può avere successo nel breve e nel lungo termine.

Bibliografia

1. Tonetti MS, Jepsen S, Jin L, Otomo-Corgel J. **Impact of the global burden of periodontal diseases on health, nutrition and wellbeing of mankind: A call for global action.** J Clin Periodontol 2017;44(5):456-462.
2. Kassebaum NJ, Bernabè E, Dahiya M, Bhandari , Murray CJL , and Marcenes W. **Global Burden of Severe Periodontitis in 1990-2010: A Systematic Review and Metaregression.** J Dent Res 2014 93(11):1045-1053.
3. Liss A, Wennström JL, Welander M, Tomasi C, Petzold M, Abrahamsson KH. **Patient-reported experiences and outcomes following two different approaches for non-surgical periodontal treatment: a randomized field study.** BMC Oral Health 2021 Dec 15;21(1):645.
4. Kaldahl WB et al. **Evaluation of four modalities of periodontal therapy. Mean probing depth, probing attachment level and recession changes.** J Periodontol 1988 Dec;59(12):783-93.
5. Sanz M, Herrera D, Kebschull M, Chapple I, Jepsen S, Berglundh T et al. **Treatment of stage I-III Periodontitis - The EFP S3 level clinical practice guideline.** J Clin Periodontol 2020;47(Suppl 22):4-60.
6. Axelsson P, Nyström B, Lindhe J. **The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. Results after 30 years of maintenance.** J Clin Periodontol 2004 Sep;31(9):749-57.
7. Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. **Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition.** J Clin Periodontol 2018;45 Suppl 20:S149-S161.
8. Wennström JL, Tomasi C, Bertelle A, Dellasega E. **Full-mouth ultrasonic debridement versus quadrant scaling and root planing as an initial approach in the treatment of chronic periodontitis.** J Clin Periodontol 2005; 32: 851–859.
9. Heitz-Mayfield LJ, Lang NP. **Surgical and nonsurgical periodontal therapy. Learned and unlearned concepts.** Periodontol 2000 2013 Jun;62(1):218-31.
10. Trombelli L, Farina R, Ferrari S, Pasetti P, Calura G. **Comparison between two methods for periodontal risk assessment.** Minerva Stomatol 2009 Jun;58(6):277-87.

