



Corso di Aggiornamento - "DALLA TERAPIA NON CHIRURGICA ALLA TERAPIA CHIRURGICA E IMPLANTARE. LE APPLICAZIONI CLINICHE DELL'EVIDENZA SCIENTIFICA"
Parma, 28 - 29 Ottobre 2005

DALLA TERAPIA NON-CHIRURGICA ALLA TERAPIA CHIRURGICA: IL LEMBO PER ACCESSO

Relatore: Dott. S. Chieffi (Firenze)

Il lembo di accesso si può riassumere come l'approccio chirurgico diretto al trattamento di una tasca dove l'obiettivo principale non è tanto l'eliminazione della tasca quanto permettere l'accesso alla radice al fine di levigarla, cercando inoltre di ridurre al minimo la contrazione dei tessuti.

Il lembo di accesso non è in grado di asportare la placca aderente che si insinua all'interno dell'epitelio sulcolare poiché non elimina alcuna porzione dei tessuti molli.

La terapia parodontale non chirurgica viene influenzata negativamente da:

- fattori meccanici quali:

- profondità della tasca
- forma delle radici e conformazione delle forcazioni
- spazio tra radice e osso nel punto più apicale del difetto

-fattori microbiologici:

- presenza di *Actinobacillus Actinomycetemcomitans* nell'epitelio della tasca
- ricolonizzazione batterica da lingua, tonsille, placca sopragengivale

In tutti i lavori esaminati in letteratura, in tasche medie e gravi, la terapia chirurgica ha determinato maggior riduzione dei difetti rispetto alla terapia non chirurgica.

Dai dati della letteratura nelle tasche profonde l'efficacia nella riduzione del difetto è:

chirurgia ossea > lembo di Widman modificato > scaling e root planing.

Secondo altri lavori (Ramfjord '87) non ci sono differenze significative tra le tecniche sopra citate se la tasca è minore di 7 mm.

In conclusione:

- si ottiene una riduzione del sondaggio in tutte le terapie esaminate
- suddividendo in fasce le tasche sondate (3-5 mm, 5-7 mm, oltre i 7 mm), la chirurgia ossea si rivela più efficace nelle tasche profonde
- la chirurgia ossea resettiva è la modalità con risultati migliori, ma è scarsamente estetica

La profondità e la forma del difetto, influenzano la prognosi della terapia parodontale.

Per quale motivo si deve utilizzare un lembo di accesso rispetto alla terapia non chirurgica?

- la detersione e la decontaminazione sono migliori
- si ottiene una riduzione del sondaggio più significativa
- è possibile compiere eventualmente una modifica dei tessuti duri
- i difetti ossei a tre pareti vanno generalmente incontro a remineralizzazione

Riassumendo le indicazioni generali per la scelta della terapia:

- tasche sovraossee in dentatura naturale e zona estetica > lembo di accesso
- tasche infraossee lievi senza compromissione della forcazione > lembo a riposizionamento apicale con chirurgia ossea resettiva
- difetto osseo infraosseo grave > terapia rigenerativa.

Il lembo a riposizionamento apicale elimina le tasche: la rimozione dell'epitelio e del tessuto di granulazione con un'incisione paramarginale determina la contrazione dei tessuti.

Ciò va tenuto attentamente in considerazione nelle zone estetiche.

La terapia con lembo d'accesso da risultati differenti a seconda della forma della radice, facilità di sondaggio e spessore dei tessuti parodontali. Si ricorda che in questa tecnica il margine del lembo viene sempre riposizionato nella posizione pre-operatoria.

Il lembo per accesso viene diviso in due grandi gruppi:

- lembo di Widman modificato
- tecniche di conservazione dei tessuti interprossimali:
 - lembo di Kirkland
 - lembo di Takey
 - MPPT (Modified Papilla Preservation Technique)
 - SPPT (Simplified Papilla Preservation Technique).

Il lembo descritto originariamente da Widman è disegnato da due incisioni verticali di scarico ai limiti della zona da trattare e da un'incisione paramarginale a 1 mm dal margine gengivale libero, è concessa un leggera osteoplastica al fine di accollare perfettamente il lembo.

Nel lembo di Widman modificato il tessuto del margine gengivale viene asportato da due incisioni parallele tra di cui una sulculare. Lo scollamento dei tessuti molli arriva fino al margine della cresta ossea. L'indicazione del lembo di Widman modificato è limitata alla presenza di piccoli crateri ossei.

Le tecniche di conservazione dei tessuti interprossimali si differenziano tra loro a seconda della linea d'incisione nella zona della gengiva interdentale:

- Lembo di Takey: incisione perpendicolare all'asse della papilla sul versante palatale
- MPPT: incisione perpendicolare all'asse della papilla sul versante vestibolare
- SPPT: incisione obliqua interprossimale

Una volta elevato il lembo scelto e resa accessibile la zona da trattare, si effettua l'asportazione della placca e del tartaro sub-gengivali e la levigatura delle radici utilizzando le curettes e successivamente gli strumenti a ultrasuoni; le frese diamantate a diversa granulometria tipo Perio-Set vengono utilizzate solo in caso di necessità.

Non è consigliabile sondare i siti trattati con un lembo d'accesso per i 6 mesi successivi all'intervento.

Dalla letteratura si evidenzia che nelle tasche tra 4 e 6 mm le percentuali delle recidive tra root planing e il lembo di Widman modificato sono simili. La chirurgia ossea presenta una percentuale di recidive inferiore nelle tasche di 5-6 mm rispetto a root planing e lembo di Widman modificato.

Le percentuali di recidive dopo aver effettuato la chirurgia ossea nelle tasche oltre i 7 mm si sono rivelate inferiori rispetto al lembo di Widman modificato, le cui percentuali sono a loro volta inferiori rispetto alla terapia non chirurgica.

Studi longitudinali hanno paragonato l'insorgenza di recidive in lembi a riposizione apicale con e senza chirurgia ossea: la tecnica senza resezione ossea ha presentato una frequenza di recidive inferiore nelle zone interprossimali.

Bibliografia consigliata

Palcanis K.G.

Surgical Pocket Therapy

Annals of Periodontology, vol.1, No.1 Nov 1996.

Papapanou P., Tonetti M.

Diagnosis and epidemiology of periodontal osseous lesions.

Periodontol 2000. 2000 Feb;22:8-21.

Lang N.P.

Focus on intrabony defects. Conservative therapy

Periodontol 2000. 2000 Feb;22:51-8.

Caton J., Zander H.A.

Osseous repair of an infrabone pocket without new attachment of connective tissue.

J Clin Perio 1976, 3, 54-58.

Kaldahl W.B., Kalkwarf K.L., Patil K.D., Molvar M.P., Dyer J.K.

Long term evaluation of periodontal therapy: I. Response to 4 therapeutic modalities.

J Periodontol. 1996 Feb;67(2):93-102.

Kaldahl W.B., Kalkwarf K.L., Patil K.D., Molvar M.P., Dyer J.K.

Long term evaluation of periodontal therapy: II. incidence of sites breaking down.

J Periodontol. 1996 Feb;67(2):103-8.