

LA TERAPIA PARODONTALE: COSA POSSIAMO E COSA POTREMO FARE?

Relatore: Prof. Roberto Weinstein (Milano)

Le ricerche sulla malattia parodontale nel paziente anziano sono state attuate da diverse discipline, che oggi stanno assumendo sempre più una caratterizzazione tecnologica quali:

- ❑ la MICROBIOLOGIA che ha studiato le modificazioni della flora batterica orale influenzate dall'invecchiamento, dalle malattie sistemiche e/o locali, dagli interventi medici
- ❑ l'IMMUNOLOGIA che ha studiato il problema dell'immunosenescenza, cioè la diversa risposta immunitaria influenzata dall'invecchiamento e si è proposta di scoprire se "il segreto immunologico" dei pazienti centenari fosse genetico o dipendente dalle interazioni ambientali.
- ❑ l'EPIDEMIOLOGIA che si è proposta di analizzare le modificazioni nelle abitudini di vita, i fattori di rischio parodontali per attuare un adeguato protocollo profilattico (gli specialisti vedono in questo campo il futuro della parodontologia)
- ❑ l'IMPLANTOLOGIA che ha studiato nuove soluzioni terapeutico-riabilitative, analizzando i vantaggi e gli svantaggi delle classiche soluzioni protesiche e dandone un taglio prettamente tecnologico, in quanto, per la sperimentazione dei carichi implantari, si è tralasciata l'analisi su modello animale (perché impensabile dal punto di vista della trasferibilità clinica) per quella su modello matematico, tramite l'ausilio della bioingegneria.
- ❑ la BIOINGEGNERIA che si propone di applicare le più avanzate tecnologie per la risoluzione di problematiche terapeutiche
- ❑ la FARMACOGENETICA e la FARMACOGENOMICA che, studiando l'interazione individuale alle diverse terapie, si propone di creare una terapia su misura, rispetto al patrimonio genetico dei singoli pazienti, al fine di ottenere l'optimum soggettivo dei risultati.
- ❑ la MEDICINA MOLECOLARE che si sta attuando per scoprire la terapia parodontale a livello cellulare, poiché quella è l'origine della patologia.
- ❑ l'INGEGNERIA TISSUTALE associata alla CHIRURGIA PARODONTALE che, a cavallo tra bioingegneria e biotecnologia si propongono di attuare la rigenerazione tissutale in vitro, utilizzando nella pratica clinica dei bioreattori, ancora da determinare.

Nell'ambito del paziente anziano parodontopatico tali studi hanno rilevato dei dati parziali dovuti a problemi metodologici, per carenze di dati, per limitata evidenza, per inconsistenza delle ricerche poiché le popolazioni studiate non risultano essere standard.

I pochi dati disponibili riguardo all'evoluzione del parodonto nel paziente anziano descrivono l'esistenza di un'alta percentuale di soggetti anziani con moderati livelli di perdita di attacco clinico (CAL)

La perdita di attacco risulta essere invece elevata in una bassa percentuale di soggetti.

In entrambi i casi riguarda solo pochi siti orali; solo il 20% dei soggetti anziani presenta una perdita di attacco generalizzata.

Per quanto riguarda l'incidenza di tale segno clinico, il relatore riporta che nella parodontite cronica dell'adulto si ha una perdita di attacco tra il 50% ed il 75%: parte di questi pazienti

subisce una recessione addizionale repentina di 2-3mm, parte sviluppano nuove lesioni comuni alla normale progressione della patologia, di questi ultimi fanno parte i soggetti anziani.

Se il paziente è un soggetto affetto da malattia parodontale, questa si aggraverà con l'avanzare dell'età. In un paziente da sempre affetto da parodontite cronica si potranno evidenziare lesioni gravi localizzate senza reali cause acute, bensì per una perdita di un delicato equilibrio che caratterizza il nostro organismo.

Quindi tali pazienti dal punto di vista della evidenza clinica della patologia non hanno nulla di diverso rispetto all'adulto in sé, ma semplicemente vanno valutati più attentamente per quanto riguarda la psicologia, l'aspettativa di vita e la riduzione degli handicap dei possibili trattamenti.

Conosciamo bene la malattia parodontale come espressione di molteplici variabili che compongono il quadro della patologia, tra queste, citiamo le abitudini di vita, la situazione orale e sistemica, il sistema immunitario, la genetica, i batteri presenti e l'età del soggetto.

Differenze salienti sono state riportate relativamente alle modificazioni nella flora batterica del soggetto anziano. Tali modificazioni sono associate alla comparsa di patologie locali e/o sistemiche correlate alla vecchiaia e all'assunzione di farmaci per le relative terapie; al processo di invecchiamento del sistema immunitario (immunosenescenza) caratterizzato dal deficit della capacità immunitaria delle cellule T, alla tendenza alla malnutrizione, alla presenza di patologie quali polmoniti, con conseguente veicolazione dei patogeni polmonari dal sito infettivo al cavo orale) e diabete.

Chiaramente una situazione aggravante in presenza dei tipici fattori di rischio individuati:

- età
- sondaggio grave
- presenza di recessioni
- presenza di perdita di attacco
- mobilità
- tipologia dei batteri patogeni
- elementi persi
- fumo.

L'approccio alle tecniche terapeutiche per rispondere ad uno specifico problema parodontale potrà non subire variazioni significative, qualora ci si trovi di fronte ad un paziente anziano.

Ciò che invece dovrà essere accuratamente rivalutato e "tailorizzato" sulle esigenze e sulle caratteristiche cliniche sistemiche del paziente sarà il piano di trattamento, gli obiettivi perseguibili e le tecniche operative (post-operatorio più confortevole, riduzione delle perdite ematiche, minor utilizzo di FANS, correzione della posologia delle terapie antibiotico-profilattiche, ecc.).

Il primo step è dunque quello che provvede all'eliminazione della condizione infiammatoria, successivamente la terapia degli esiti verterà sull'eliminazione delle tasche parodontali, alla chirurgia plastica e all'implantologia.

Quest'ultima soluzione terapeutica si adotta quando gli esiti della patologia hanno portato alla perdita della gran parte degli elementi dentari.

L'implantologia nell'anziano parodontopatico richiede, prima della sua attuazione, un'attenta valutazione anamnestica del paziente in riferimento alle condizioni sistemiche, alle esigenze individuali, che devono essere rispettate, e, in una seconda fase, un approccio terapeutico che tenda alla semplificazione nel numero e nelle modalità delle procedure terapeutiche. Il tutto al fine di ridurre morbilità, complicanze e costi.

Viene presentato a titolo esemplificativo un caso clinico di un paziente parodontopatico di 70 anni al quale viene presentata come possibilità terapeutica l'avulsione dei pochi elementi dentari mandibolari (poiché parodontalmente molto compromessi e quindi non sottoponibili a cure endodontiche e/o conservative) seguita da una riabilitazione protesica fissa, tipo Toronto Bridge, montata su 6 impianti corti (<10mm) che esulano la zona extraforaminale. I risultati dei controlli a distanza dimostrano l'assenza di modificazioni e un'accettabile guarigione dei siti chirurgici.

Oggi la protesi fissa tipo Toronto nel mascellare inferiore è considerata il *gold standard* per questi pazienti.

L'evoluzione sempre tesa a ridurre le tempistiche, si propone di utilizzare le tecniche *all on four* ed *all on six* (proposte dal Dott. Malò) che risolvono il problema della mancata stabilità degli impianti a carico immediato. Si tratta di una metodica che comprende l'esecuzione di estrazione degli elementi dentari considerati persi, l'inserimento di impianti ed il carico immediato dei medesimi, nella stessa seduta operatoria.

Viene illustrato l'esempio dei 4 elementi implantari mandibolari distribuiti 2 paralleli (ciascuno a lato della sinfisi mentoniera) e 2 inclinati tra 30° e 45° (ciascuno anteriormente ai forami mentonieri), sottolineando la possibilità di evitare rialzi di cresta, aumenti di volume anteriori, limitanti sia per le tempistiche, sia per i materiali che per i costi biologici.

Il risultato è una soluzione protesica con invasività minima, molto semplice e facilmente mantenibile dal soggetto anziano.

Ricerche effettuate su pazienti sottoposti ad interventi con lembi di accesso mandibolare per tali soluzioni terapeutiche, dimostrano, infatti, che nel 10% dei casi si verificano parestesie o anestesi permanenti al nervo alveolare inferiore.

Il futuro tende alla ulteriore diminuzione nel numero degli impianti da 4 a 3, dove la sostituzione avviene con l'utilizzo di 1 elemento mandibolare centrale associato ai 2 laterali inclinati.

Il Prof. Weinstein conclude affermando l'importanza dell'inscindibilità tra l'*evidence based dentistry*, il buon senso dello specialista ed il giusto discernimento clinico nel trattamento del paziente anziano parodontopatico che deve avere come fine ultimo la risoluzione al meglio della patologia, non dimenticando però l'aspettativa di vita del paziente.
