

HYGIENE TRIBUNE

The World's Dental Hygiene Newspaper • Italian Edition

Aprile 2014 - anno VII n. 1

Allegato n. 1
di Dental Tribune Italian Edition - Aprile 2014 - anno X n. 4

www.dental-tribune.com

Full Mouth Instrumentation

L'efficacia in terapia antibiotica

M. Mensi, E. Scotti

Introduzione

La parodontite aggressiva è una patologia che colpisce i tessuti parodontali superficiali e profondi portando alla progressiva perdita di attacco e di supporto osseo intorno

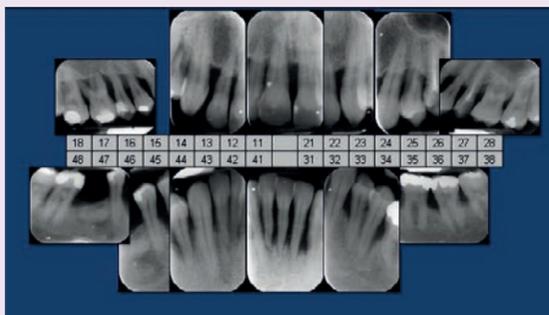


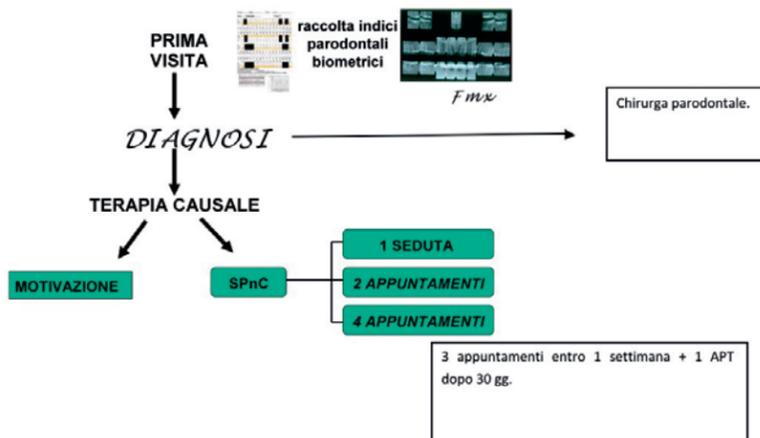
Fig. 1

agli elementi dentali. A livello clinico si presenta con tasche parodontali profonde (profondità di sondaggio: ≥ 5 mm), difetti ossei profondi e verticali, sanguinamento al sondaggio e presenza di essudato purulento (segno di ascesso parodontale in atto); tessuto gengivale infiammato (arrossato, edematoso, dolente e lasso) e compromissione degli elementi dentali coinvolti (perdita di attacco importante, mobilità dentale e compromissione delle forche degli elementi pluriradicolari). A livello radiografico si presenta con difetti stretti, profondi, verticali e crateri interprossimali. Nello schema (Fig. 1) viene riportata anche la possibilità di un unico appuntamento iniziale, che però è un'evenienza alquanto rara.

> pagina 17

Protocolli di trattamento parodontale non chirurgico

M. Roncati



Dopo la prima visita si propone al paziente un protocollo di trattamento. Come lo schema illustra (Fig. 1), previa diagnosi, se si decide di passare subito alla chirurgia, nel caso si opti per un intervento con tecniche rigenerative, in un settore ad alta valenza estetica, la sola zona dell'intervento non verrà sottoposta a strumentazione, viceversa si esegue l'igiene domiciliare, profonda, in tutte le altre aree della cavità

orale. In tutti gli altri casi, che sono nettamente prevalenti, si propone al paziente di iniziare la terapia causale, che comprende la motivazione del paziente e la strumentazione parodontale non chirurgica, e che si può articolare in un numero variabile di sedute, a seconda della necessità: da un minimo di due sedute a un massimo di quattro.

> pagina 20

Que in vis me con vis. Uteris peris vivivirma, scepectabus. Ox efex mo aeto dinatum

Dicivit atidentiac irmacta bunum sentpente de mo aeto dinatum dicivit atidenti pon. Magniametue te diam, verostie eugue dolore velis alit veliqui ssequatem incipsum ing ea.

pagina 3

Que in vis me con vis. Uteris peris vivivirma, scepectabus. Ox efex mo aeto dinatum

Dicivit atidentiac irmacta bunum sentpente de mo aeto dinatum dicivit atidenti pon. Magniametue te diam, verostie eugue dolore velis alit veliqui ssequatem incipsum ing ea.

pagina 3

GABA

SIDP
(IN ARRIVO)
P.18

PROMAU
(1/4 VERT)
156x185

Efficacia della Full Mouth Instrumentation in terapia antibiotica combinata

nel trattamento della parodontite aggressiva generalizzata

Magda Mensi*, Eleonora Scotti**

*Ricercatore Università degli Studi di Brescia, libera professione come consulente in chirurgia parodontale.

**Libera professionista e collaboratrice in terapia non chirurgica parodontale.

< pagina 15

È una patologia che si manifesta in genere in giovani adulti sani con familiarità per la malattia parodontale, caratterizzata da depositi di placca e tartaro non sufficienti a giustificare il grado di distruzione del tessuto parodontale, dalla predominanza nella flora orale di batteri patogeni parodontali anaerobi e, a livello istologico, da un'alterata funzione di fagociti e macrofagi con abnorme rilascio di prostaglandine e interleuchine. I fattori di rischio accertati sono il fumo e il diabete, che insieme al sanguinamento al sondaggio, la presenza di profondità di sondaggi > 5 mm e alla perdita ossea relativa all'età del paziente portano a una maggiore o minore probabilità di evoluzione della malattia^{2,3}.

Nel 1999 l'International Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions⁴ ha definito la AgP generalizzata in base alle seguenti caratteristiche:

- manifestazione in pazienti in buono stato di salute generale;
- rapida perdita di attacco e distruzione ossea;
- aggregazione familiare;
- coinvolgimento di almeno 3 denti permanenti oltre a un primo molare e a un incisivo;
- accumulo di placca non proporzionato alla distruzione ossea e tissutale.

Le implicazioni cliniche della malattia sono spesso devastanti, poiché

possono comportare la perdita della maggior parte degli elementi dentari. Questa patologia ha quindi anche un'implicazione socio-economica rilevante^{5,6}. Il primo step per il trattamento della patologia è un approccio non chirurgico, la cui efficacia nel trattamento della parodontite è ampiamente dimostrata in letteratura⁷⁻⁹. Esistono diversi metodi di terapia non chirurgica: si può effettuare una terapia a quadranti con richiami settimanali^{4,10}, favorevole per il confort del paziente e favorevole per l'operatore, che può monitorare la compliance del paziente nell'igiene domiciliare. Questa terapia potrebbe però essere meno efficace poiché si suppone che i batteri patogeni ricolonizzano e ricontaminano i siti appena trattati: traslocazione dei batteri patogeni da tasche non ancora trattate e dai reservoir intraorali (lingua, cripte tonsillari, mucosa)^{11,12}.

Altre tecniche per un approccio non chirurgico sono gli approcci Full Mouth (FM). Queste terapie possono essere effettuate in un'unica seduta (One Stage Full Mouth - OSFM), in due sedute nell'arco di 24/48 ore, o in 4 sedute in 4 giorni, a ognuna può essere associato (Full Mouth Disinfection - FMD) o meno (FMI) l'utilizzo di clorexidina quale agente antimicrobico di disinfezione del cavo orale secondo il protocollo di Quirynen del 1995³. Si evince dalla letteratura che per il trattamento di parodontiti croniche l'utilizzo di tecnica a quadranti piuttosto che

tecnica full mouth non ha risultati significativamente differenti^{14,15}, al contrario per quanto riguarda il trattamento di parodontiti aggressive le terapie a full mouth in associazione a doppia terapia antibiotica sono il trattamento d'elezione¹⁶⁻¹⁹. Diversi studi hanno dimostrato che associando a terapia parodontale non chirurgica (full mouth) una doppia terapia antibiotica (amoxicillina + metronidazolo) si ottengono significativi miglioramenti sia dal punto di vista clinico che microbiologico²⁰⁻²⁴. È stato avvalorato da diversi studi²⁵⁻²⁸ come l'associazione di due molecole quali amoxicillina e metronidazolo risulti la terapia d'elezione per il trattamento delle parodontiti aggressive in associazione a SRP sia per il suo largo spettro d'azione^{29,20,21,28,23}, sia per la maggior efficacia terapeutica, grazie al sinergismo delle azioni molecolari³⁰⁻³⁴, poiché i batteri coinvolti dalla patologia sono principalmente anaerobi (*Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Tannerella Forsythia*, *Treponema denticola*) sensibili al metronidazolo e aerobi facoltativi (*Aggregatibacter Actinomycetemcomitans*) sensibili all'amoxicillina. Non da ultimo, l'utilizzo di combinazioni di antibiotici riduce la possibilità di sviluppare resistenze batteriche. Le terapie causali in FM sono sicuramente più stressanti per il paziente ma più efficaci, sia per il controllo della traslocazione batterica, essendo breve il lasso di tempo in cui viene completato il trattamento,

sia per la doppia terapia antibiotica che va ad agire contro i batteri patogeni responsabili della patologia in grado di infiltrarsi nell'epitelio, nel connettivo subepiteliale e nel tessuto di granulazione dove quindi la terapia meccanica non riesce ad essere efficace.

Materiali e metodi

Il paziente, C.V., si presenta presso lo studio per risolvere la mobilità dentale, l'alitosi e la difficoltà nella masticazione. Riferisce inoltre che diversi odontoiatri gli hanno suggerito la bonifica totale e una riabilitazione completa su impianti e di sentirsi psicologicamente demoralizzato per questa diagnosi. In prima visita (tempo zero - To) si rilevano i dati anamnestici (Tab. 1), si effettua lo status parodontale (Fig. 1) e si registrano gli indici parodontali (Tab. 2): profondità di sondaggio (PPD), sanguinamento (BOP), mobilità, compromissione delle forche. Vengono inoltre eseguite fotografie extraorali e intraorali (Figg. 2a-n). Dai dati raccolti in prima visita emerge diagnosi di AgP³⁵. L'abbinamento a SRP della doppia terapia antibiotica può dare ulteriori benefici rispetto al solo SRP²⁴, soprattutto se eseguita in OSFM.

In questo case report il paziente viene sottoposto a One Stage Full Mouth Instrumentation (OSFMI) con doppia terapia antibiotica (amoxicillina + metronidazolo). Sono state eseguite due sedute di SRP da 3 ore ciascuna nell'arco di 24 ore, la terapia antibio-

RACCOLTA DATI ANAMNESTICI	
DOMANDE	RISPOSTE
Familiarità per la malattia parodontale?	Sì
Salute generale?	Buona
Diabete?	No
Fumo?	No
Assunzione regolare di farmaci?	No
Intolleranze/allergie?	No
Dieta equilibrata?	Sì
Alitosi?	Sì
Livello di stress (da 1 a 3)?	3
Regolare attività fisica?	No
Igiene professionale regolare?	No

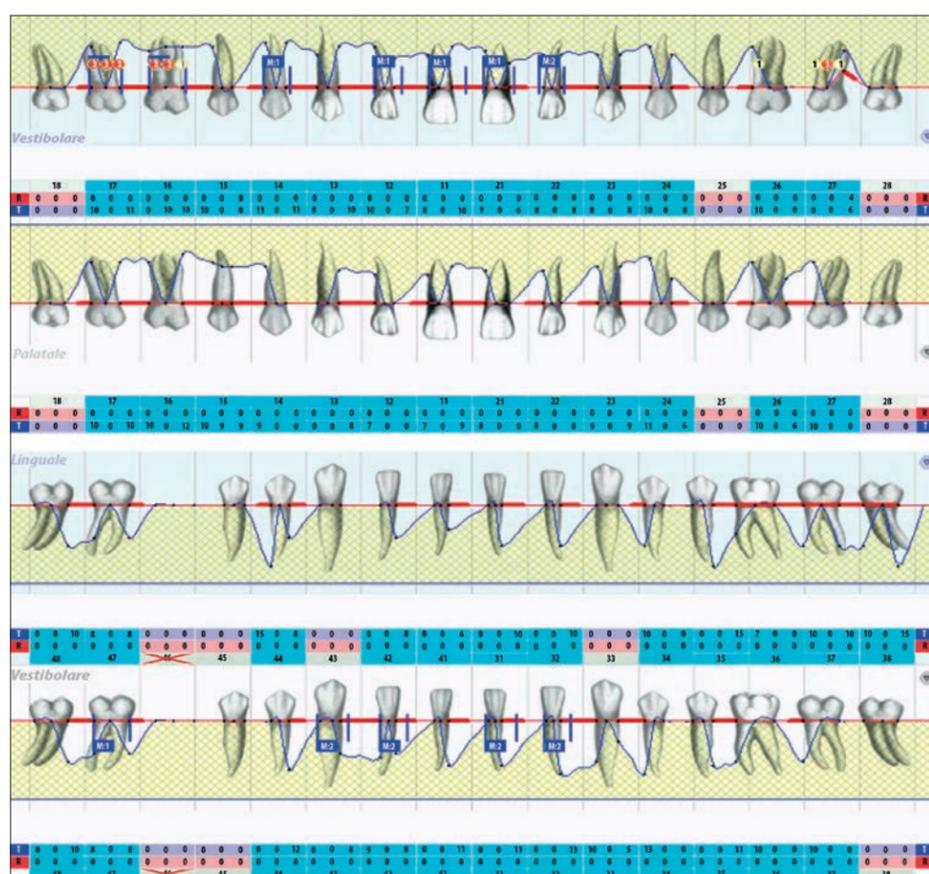
Tab. 1 - Raccolta dati anamnestici raccolti durante la prima visita parodontale.

POSOLOGIA E DOSAGGIO TERAPIA ANTIBIOTICA	
ANTIBIOTICO	
Zimox 500 mg	1 cp ogni 8 h per 7 gg
Flagyl 250 mg	1 cp ogni 12 h per 7 gg
ANTISETTICO ORALE	
Clorexidina 0,12%	Sciacqui puri da 60" 3 volte al dì per 15 gg
FERMENTI LATTICI	
Reuflor	5 gocce al mattino a stomaco vuoto

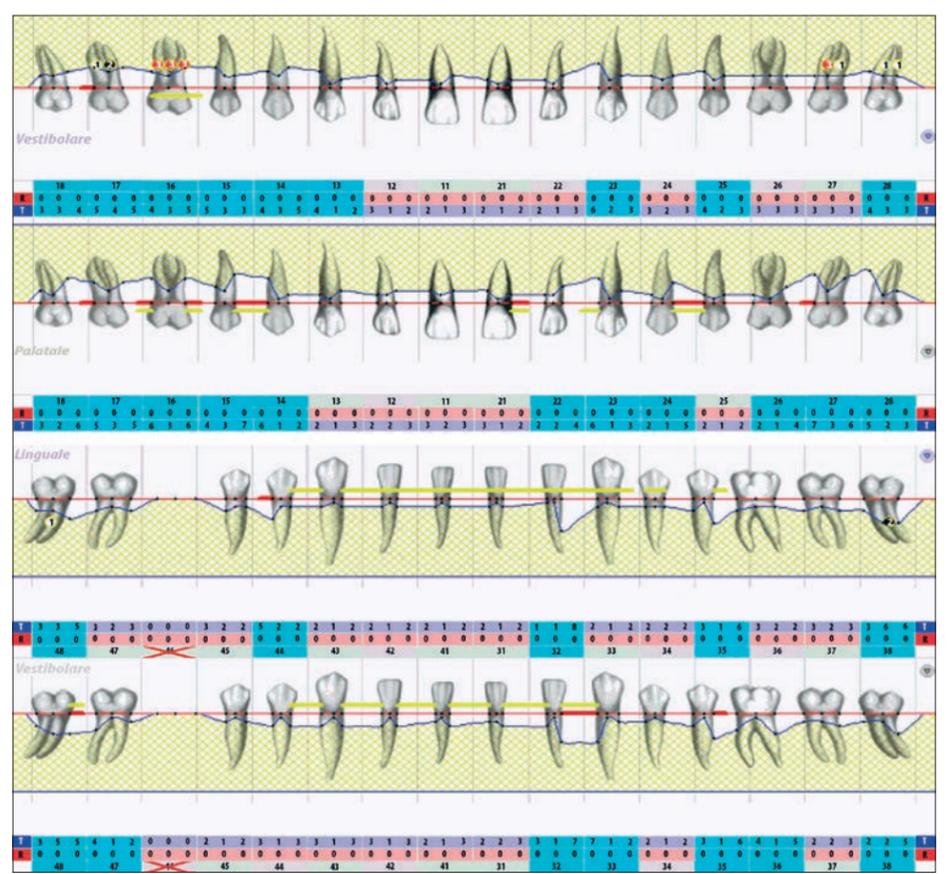
Tab. 3 - Dosaggio e posologia della terapia medica somministrata al paziente.

tica viene somministrata al paziente la mattina stessa della prima seduta secondo le posologie e le tempistiche riportate in Tab. 3.

> pagina 21



Tab. 2 - Cartella parodontale (PPD, BOP, mobilità e forche) in prima visita.



Tab. 4 - Cartella parodontale (PPD, BOP, mobilità e forche) a distanza di un anno e mezzo.

< pagina 20

Il paziente effettua uno sciacquo puro con clorexidina 0,2% per 60 secondi prima di iniziare la terapia per ridurre la carica microbica che può diffondersi nell'aerosol creato dall'azione degli strumenti meccanici. Durante il trattamento di SRP e curettage gengivale sono state decontaminate le tasche parodontali con strumenti piezoelettrici (Air Flow Master Piezon EMS®) e polvere abrasiva e antisettica a base di eritritolo e clorexidina 0,3% (Polvere PLUS EMS®) e strumenti manuali (mini curettes di Gracey Hu-Friedy® 1/2, 7/8, 11/12, 13/14), sotto anestesia mepivacaina con adrenalina 1 : 100.000, con tempistiche non predefinite in base alla gravità dei siti da trattare. Per migliorare la prognosi degli elementi frontali inferiori, data la loro importante mobilità (secondo grado di 3,1, 3,2, 4,2, 4,3) e la grave perdita di attacco, si è posizionato uno splintaggio in resina composita da 3,3 a 4,3. Il paziente è stato istruito all'igiene orale domiciliare: tecnica di spazzolamento a rullo e scovolini dedicati per la pulizia degli spazi interprossimali. Si è prescritta al paziente la clorexidina 0,12% in sciacqui per 60 secondi, 3 volte al giorno per 15 giorni. La rivalutazione eseguita a un mese dalla OSFMI ha evidenziato la presenza di siti con sondaggi superiori ai 6 mm nei settori posteriori dei quadranti 1, 2 e 3 dove si sono programmate chirurgie resettive e una terapia di supporto (TPS) professionale trimestrale. La chirurgia resettiva nel settore 1 (Fig. 3) è stata effettuata a 3 mesi dalla FMI. Per evitare l'estra-



Fig. 2a



Fig. 2b



Fig. 2c



Fig. 2d



Fig. 2e



Fig. 2f



Fig. 2g



Fig. 2h



Fig. 2i

zione dell'elemento 1.6 si è completata la tunnelizzazione delle forche (Fig. 4). L'elemento 1.6 si presentava

con radici molto divergenti, in rivalutazione non era presente mobilità e il paziente si era dimostrato estremamente compliant.

Questo ha giustificato la procedura chirurgica sopra descritta. Il paziente si è presentato solo al primo richiamo trimestrale, successivamente, per problemi di lavoro, non si è più presentato ai successivi richiami né ha accettato di terminare il trattamento chirurgico.

Il paziente si è presentato per un controllo a distanza di un anno e mezzo dalla prima visita. Durante questa visita sono stati nuovamente rilevati gli indici parodontali (PPD, BOP, mobilità e forche) (Tab. 4) e sono state eseguite nuove fotografie (Figg. 5a-i).

Risultati

La somministrazione della doppia terapia antibiotica non ha dato effetti avversi al paziente. La terapia (FMI + amoxicillina + metronidazolo) ha portato, con l'ausilio dell'unica chirurgia effettuata nel settore 1, a distanza di un anno e mezzo, a una diminuzione significativa di PPD tra i 2 e i 7 mm (il PPD dell'elemento 2.6 mesiovestibolare in prima visita era 10 mm e a un anno e mezzo di distanza risulta 3 mm) in ogni sito indagato (Tabb. 5a-d), una diminuzione del sanguinamento del 44%, ovvero da 98 siti su 186 (52,7%) a 15 siti su 186 (8%), e a un annullamento della mobilità dentale sugli elementi che la presentavano. Il paziente riferisce di aver risolto i problemi di alitosi, mobilità dentale e masticazione, di sentirsi fisicamente e psicologicamente meglio.

Conclusioni e discussioni

In questo case report la FMI ha per-



Fig. 2l



Fig. 2m

messo di ottenere un significativo miglioramento di tutti i parametri clinici parodontali a distanza di un anno e mezzo dalla terapia iniziale in un paziente affetto da AgP severa confermando l'efficacia di tale trattamento come riportato in letteratura³⁶. Il principale vantaggio dell'utilizzo della doppia terapia antibiotica è quello di essere un ottimo coadiuvante nel trattamento di tasche parodontali > di 6 mm in pazienti con diagnosi di AgP³⁶ e di facilitare la riduzione dell'infiammazione nel tessuto di granulazione e nei tessuti parodontali dove SRP non riesce, per motivi anatomici e di difficoltà di accesso, ad essere efficace²⁰. Gli antibiotici agiscono sui batteri patogeni (*Aggregatibacter Actinomycetemcomitans* e *Porphyromonas gingivalis*) che hanno la capacità di penetrare il tessuto connettivo subepiteliale.

TEPE
(1/4 VERT)
156x185

< pagina 21

In questo case report è stata utilizzata una doppia terapia antibiotica secondo Heller³⁷ che utilizza una moderata dose di metronidazolo 250 mg x 3, anche se altri trial clinici randomizzati^{20, 21} utilizzano metronidazolo a 500 mg x 3.

Attualmente, sottoponiamo i pazienti alla doppia terapia secondo Guerrero che nel lavoro del 2005²⁰ mostra una differenza statisticamente significativa nell'utilizzo della terapia antibiotica combinata con metronidazolo somministrato allo stesso dosaggio e posologia giornalieri dell'amoxicillina (1,5 gr die) rispetto ai dosaggi inferiori.

Il paziente, per motivi personali e lavorativi, non ha potuto presentarsi ai richiami trimestrali, nonostante ciò, grazie a un'ottima igiene orale domiciliare (condizione essenziale per il mantenimento a lungo termine dei risultati della FMI³⁸), la terapia effettuata (FMI sotto doppia terapia antibiotica) a un anno e mezzo di distanza ha permesso di mantenere buoni i risultati senza recidiva della patologia (AgP).

È consigliabile tuttavia richiamare i pazienti affetti da AgP trimestralmente, poiché è possibile mantenere sotto controllo i fattori di rischio primari e secondari, mantenere alta la motivazione e la compliance e soprattutto ridurre il rischio di recidiva in concomitanza a stress e/o a eventi avversi personali dei pazienti. È inoltre indispensabile la cessazione dell'abitudine al fumo soprattutto se il numero di sigarette giornaliere supera le 6-7, in quanto la risposta alla terapia nei pazienti fumatori è significativamente inferiore e l'incidenza di recidive è superiore.

La bibliografia è disponibile presso l'Editore.



Fig. 2n



Fig. 3

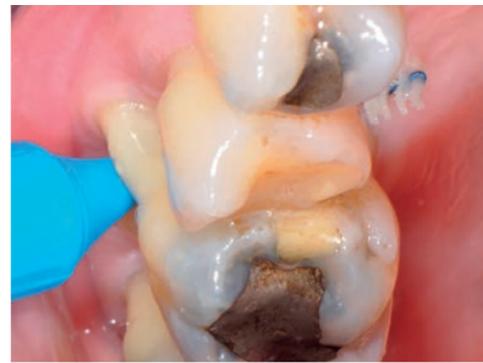


Fig. 4



Fig. 5a



Fig. 5b



Fig. 5c



Fig. 5d



Fig. 5e



Fig. 5f



Fig. 5g



Fig. 5h



Fig. 5i

