

In tema di perimplantiti

L'attività clinica e di ricerca di Andrea Edoardo Bianchi, oggi Presidente per il biennio 2011-2012 della Società Italiana di Chirurgia Orale e Implantologia, è testimonianza dell'impegno profuso per l'affermazione di questa disciplina.

Specializzato a Milano prima in Chirurgia Generale e quindi in Chirurgia Maxillo-Facciale, consegue il Master in Biomateriali presso il Centro Interuniversitario per la Ricerca dei Materiali Biomedici. Nel 1999 è autore del volume "Implantologia e Implantoprotesi", nel quale sintetizza lo stato dell'arte di questa tecnica riabilitativa attraverso la rivisitazione dei principi biologici e biomeccanici che la sottendono, sotto il profilo sia biologico sia biomeccanico. Divenuto Responsabile del Reparto di Parodontologia e Implantologia II dell'Istituto Stomatologico Italiano di Milano, vince lo European Prize 2002 of Osseointegration e dal 2005 è docente al CLID e Direttore Scientifico del Corso di Perfezionamento in Chirurgia Implantare all'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano, diretti dal Prof. Enrico Gherlone.

Il Corso di Aggiornamento della SICOI "Focus sulle perimplantiti: qual è il trattamento più razionale", che si è tenuto a Verona il 29 gennaio 2011, ci dà modo di affrontare un tema molto discusso e di grande attualità per la professione.



Ogni anno in Italia e all'estero vengono posizionati migliaia di impianti osteointegrati a fine protesico riabilitativo.

Nonostante questa modalità terapeutica sia descritta come predicibile, oggi giorno sappiamo dai dati della letteratura che può andare incontro a una certa percentuale di complicanze più o meno gravi e talvolta anche a insuccesso.

Che cosa ci può dire riguardo il reale andamento delle patologie perimplantari?

Secondo i dati emersi durante la Consensus Conference sulle malattie perimplantari, tenutasi nel corso del Sesto Seminario Europeo di Parodontologia nel febbraio 2008 a Ittingen in Svizzera, abbiamo testimonianza che le malattie perimplantari hanno un trend da non sottovalutare. Dai dati oggi presenti in letteratura, la mucosite, cioè la malattia che interessa i soli tessuti molli perimplantari, coinvolge l'80% circa dei soggetti e il 50% dei siti implantari. La perimplantite, vale a dire la medesima patologia che è progredita fino a interessare l'osso perimplantare, si presenta, con percentuali piuttosto discordanti a seconda degli studi condotti, con valori comunque compresi tra il 28% e il 56% se si considerano i soggetti affetti

e valori tra il 12% e il 43% quando si considerano i siti implantari coinvolti.

Quale agente eziologico e quali fattori di rischio sono coinvolti nelle malattie perimplantari?

I fattori di rischio delle malattie perimplantari sono ormai pressoché assodati e il consenso a riguardo è unanime. Le malattie perimplantari hanno chiaramente eziologia microbiologica ed è quindi nella carenza di igiene orale che va ricercata la causa principale. Va comunque sottolineato il fatto che esiste una sufficiente evidenza scientifica a testimoniare un sensibile aumento di rischio nei soggetti con storia di pregressa parodontite, oltre tutto con una permanenza dei patogeni nel cavo orale fino a un anno dall'atto chirurgico dell'edentulizzazione in quelli affetti da diabete e nei fumatori. Altri fattori, come il consumo di alcool (ancora più grave in associazione al fumo) e una predisposizione ereditaria, sembrano svolgere un ruolo importante, sebbene ancora oggi non esistano sufficienti elementi per determinarne la reale valenza in termini quantitativi nel processo di accelerazione della progressione della malattia.

Alla luce di queste conoscenze, quali obiettivi si propone il trattamento delle malattie perimplantari?

Uno dei fattori chiave per il successo a lungo termine degli impianti dentali è una corretta diagnosi sull'opportunità di finalizzare una riabilitazione implantare piuttosto che una protesi tradizionale, in base a tutti quegli elementi oggettivi, ma anche soggettivi che ho descritto. Il mantenimento dello stato di salute dei tessuti attorno agli impianti è quindi in relazione all'aver intrapreso un piano di trattamento "sostenibile". Questo assume un ruolo fondamentale non in un secondo tempo, ma già nello screening del paziente da candidare a una terapia di elezione. Poiché l'accumulo di placca batterica induce stati infiammatori nei tessuti molli perimplantari e può condurre a un interessamento anche dei tessuti profondi, con distruzione degli stessi fino al fallimento nel tempo, la terapia di mantenimento del paziente dovrà essere effettuata non attraverso un recall "forzato", ma mediante il raggiungimento della compliance del paziente stesso ottenuta con la collaborazione di tutto il team odontoiatrico. Pertanto, gli obiettivi di trattamento non possono che essere orientati alla risoluzione dello stato infiammatorio, ma ancora prima occorre fare in modo che la patologia perimplantare non si manifesti. L'intercettazione delle perimplantiti in senso lato richiede comunque la messa in atto di diverse strategie ormai note di trattamento, anche se ancora oggi non è chiaro quali debbano ritenersi di maggiore efficacia. Si può asserire in generale che gli sforzi terapeutici sono stati da sempre mirati in primis alla rimozione della causa eziologica, cioè il biofilm batterico, e quindi alla prevenzione della mucosite. Qualora invece la patologia si sia già espressa e abbia superato il sigillo mucoso, ci si dovrà avvalere di una serie di schemi terapeutici come la decontaminazione e il condizionamento della superficie dell'impianto; la correzione dei siti ossei interessati attraverso protocolli chirurgici resettivi o rigenerativi in relazione non solo alla forma del difetto, ma soprattutto all'area e al coinvolgimento o meno dell'estetica del sorriso; l'istituzione di un regime di controllo di placca efficace una volta che si siano ripristinate condizioni loco-regionali di salute.

Quali sono gli orientamenti terapeutici attuali nella risoluzione delle malattie perimplantari?

Nell'ultimo decennio lo scenario terapeutico delle malattie perimplantari è stato dominato da una strategia definita *Cumulative Interceptive Supportive Therapy* (CIST), che suggerisce un organigramma strutturato di diagnosi, stadiazione e trattamento di queste malattie. Il protocollo CIST si basa sul rilevamento degli indici perimplantari di profondità e sanguinamento al sondaggio, nonché di perdita ossea. All'aumentare della gravità della patologia vengono introdotti in successione trattamenti sempre più specifici e complessi, senza escludere peraltro quelli intrapresi per gli stadi patologici meno gravi. A seconda del grado della malattia viene attivato un meccanismo a cascata che prevede la messa in atto di misure terapeutiche di rimozione meccanica della placca, disinfezione, antibiotico terapia locale e/o sistemica, chirurgia rigenerativa o resettiva ed espianto.

Nel corso dell'ultima manifestazione dell'Europeo, lo scorso anno a Stoccolma, è stato comunque evidenziato come l'approccio CIST si dimostri realmente efficace solo nel trattamento delle mucositi; discutibili, invece, appaiono i risultati di tale protocollo nel trattamento delle perimplantiti: gli effetti della messa in atto pressoché nella sua interezza della cascata terapeutica si dimostrano infatti di scarsa o addirittura dubbia utilità qualora sussistano in partenza indicazioni per il trattamento chirurgico della patologia. In questi casi, pertanto, è discutibile attivare il protocollo CIST per intero quando esclusivamente la chirurgia ha dimostrato di sortire alcuni effetti.

Quali sono le linee guida per il trattamento delle malattie perimplantari e quali le figure professionali coinvolte?

Mentre per la mucosite le misure terapeutiche sono ormai codificate, per la perimplantite non esistono vere e proprie linee guida, anche se sappiamo che il trattamento di qualche efficacia è chirurgico. Per questa patologia sono importanti quindi la prevenzione, la diagnosi precoce e il trattamento dei quadri anticipatori di mucosite.

Fondamentale è il ruolo preventivo e terapeutico svolto dall'igienista dentale, non solo nel reclutamento del corretto candidato alla terapia

impianto-protetica, ma anche nel paziente trattato per intercettare i soggetti a rischio, ponendo rimedio alle condizioni di scarsa igiene orale, fornendo istruzioni mirate al mantenimento della situazione specifica e suggerendo al paziente un regime di controllo periodico individualizzato. Assodato che la perimplantite non è sensibile di regressione con la sola terapia di supporto, diventa importante il ruolo dell'igienista nel trattare le mucositi affinché non evolvano in quadri più complessi e, soprattutto, nell'intercettare le perimplantiti allo stadio iniziale. L'odontoiatra, potendo contare sul supporto specialistico dell'igienista dentale, indirizzerà meglio anche il trattamento chirurgico, resettivo piuttosto

che rigenerativo, in relazione alla stadiazione della malattia e alla topografia del difetto attraverso i dati che questi operatori sono in grado di fornire in modo dettagliato.

Danilo Alessio Di Stefano

Professore a contratto, Titolare dell'insegnamento
di Chirurgia Odontostomatologica
presso l'Università Vita-Salute San Raffaele, Milano
Libero professionista, Milano
Direttore Scientifico di *Italian Oral Surgery*
e-mail: danilo.distefano@fastwebnet.it