

La nuova Classificazione della
MALATTIA PARODONTALE





Nuova classificazione delle malattie parodontali e perimplantari

Il consenso del World Workshop di Chicago avrà un impatto globale sulla parodontologia.

La nuova classificazione delle malattie parodontali e peri-implantari del recente World Workshop di Chicago, avrà un impatto profondo e duraturo sulla pratica clinica in parodontologia e implantologia.

Ci sono stati grandi cambiamenti rispetto alla precedente classificazione del 1999, dovuti all'evoluzione della comprensione scientifica delle condizioni parodontali e peri-implantari.

Tra le differenze significative della nuova classificazione vi sono: l'inclusione per la prima volta di malattie e condizioni peri-implantari e la sostituzione della distinzione tra parodontite "cronica" e "aggressiva" con un modello che presenta stadi e gradi.

Il Workshop mondiale sulla Classificazione delle malattie e delle condizioni parodontali e peri-implantari, che ha avuto luogo a Chicago nel novembre 2017, è stata organizzata dall'American Academy of Periodontology (AAP) e dall'EFPP. Un totale di 110 esperti ha esaminato le prove scientifiche e ha sviluppato la nuova classificazione, che l'EFPP e l'AAP promuoveranno come una classificazione accettata a livello mondiale.

Le revisioni basate su prove e i rapporti di consenso del workshop, che vengono pubblicati simultaneamente sul Journal of Clinical Periodontology dell'EFPP e sul Journal of Periodontology dell'AAP, saranno presentati formalmente per la prima volta al congresso EuroPerio9 di Amsterdam il 22 giugno.

Questo numero speciale di Perio Insight 7- 2018 contiene articoli della rivista Partecipanti al World Workshop, Chicago, novembre 2017 Co-presidenti dell'EFPP dei quattro gruppi di lavoro del workshop.

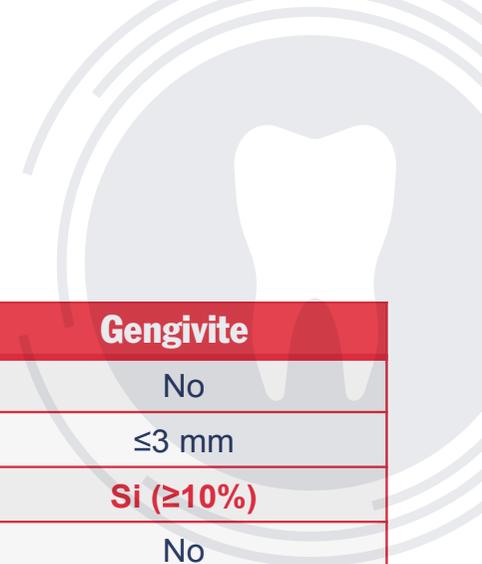
- 🦷 Iain Chapple, co-presidente del gruppo di lavoro 1, scrive sulla definizione della salute parodontale e sulla definizione delle malattie e delle condizioni gengivali.
- 🦷 Mariano Sanz, copresidente del gruppo di lavoro 2, discute la nuova categorizzazione della parodontite secondo quattro stadi e tre gradi.
- 🦷 Søren Jepsen, co-presidente del gruppo di lavoro 3, spiega le manifestazioni parodontali di malattie sistemiche, il loro sviluppo e condizioni acquisite.
- 🦷 Tord Berglundh, copresidente del gruppo di lavoro 4, delinea la classificazione delle malattie e delle condizioni peri-implantari.

L'idea del workshop congiunto sulla classificazione è stata proposta dai past presidenti dell'EFPP Phoebus Madianos e Søren Jepsen in un incontro con la leadership dell'AAP nel 2014.

"Siamo molto soddisfatti dell'esito di questo importante sforzo congiunto con i nostri partner e amici dell'AAP", ha dichiarato il Prof. Jepsen, uno dei co-presidenti del World Workshop e della cattedra scientifica EuroPerio9. "EuroPerio9 offre un'opportunità unica di presentare e condividere la nuova classificazione con i nostri colleghi di tutto il mondo. Siamo convinti che sarà accettata a livello globale e porterà ad una cura del paziente ancora migliore".



 **Tabella di consultazione per la pratica clinica:
diagnosi di salute gengivale o gengivite indotta da placca batterica¹**



Parodonto intatto	Stato ottimale di salute	Gengivite
Perdita di attacco del dente al sondaggio	No	No
Profondità delle tasche (considerando nessuna pseudo-tasca)	≤3 mm	≤3 mm
Sanguinamento al sondaggio (pressione leggera)	<10%	Si (≥10%)
Perdita ossea radiologica (analisi radiologica)	No	No
Parodonto ridotto in paziente non parodontale	Stato ottimale di salute	Gengivite
Perdita di attacco del dente al sondaggio	Si	Si
Profondità delle tasche (considerando nessuna pseudo-tasca)	≤3 mm	≤3 mm
Sanguinamento al sondaggio (pressione leggera)	<10%	Si (≥10%)
Perdita ossea radiologica (analisi radiologica)	Possibile	Possibile
Paziente parodontale stabile trattato con successo	Stato ottimale di salute	Gengivite
Perdita di attacco del dente al sondaggio	Si	Si
Profondità delle tasche (considerando nessuna pseudo-tasca)	≤4 mm	≤3 mm
Sanguinamento al sondaggio (pressione leggera)	<10%	Si (≥10%)
Perdita ossea radiologica (analisi radiologica)	Si	Si

1. Chapple I, et al. J Clin Periodontol. 2018; 45(Suppl 20): S68–S77.





GRUPPO DI LAVORO 1

Definire la salute, definire le malattie e le condizioni gengivali

Di Iain Chapple, copresidente.

Le malattie parodontali umane comprendono un ampio spettro delle condizioni: alcune si riferiscono alla formazione di placca di biofilm e altre sorgono indipendentemente dall'accumulo di biofilm e possono essere modificate dal biofilm o non influenzate da esso.

Il sistema di classificazione del 1999 è stato il primo a riconoscere la necessità di classificare le malattie gengivali, ma la sua classificazione delle condizioni gengivali includeva stranezze, come "diabete mellito associato alla gengivite" e "gengivite da carenza di acido ascorbico" (Armitage 1999). Non c'è stato alcun tentativo di definire la "salute" - chiaramente un fattore critico nella definizione dei casi di malattia - e la classificazione delle gengiviti era inutilmente complesso, incorporando nella diagnosi sia fattori predisponenti che modificanti. Il gruppo di lavoro 1 del World Workshop 2017 ha deciso di dare una chiara definizione di salute parodontale - sia dal punto di vista istologico che clinico - e ha ridotto le definizioni di gengivite a due categorie: gengivite indotta da placca biofilm e malattie gengivali non placca biofilm-indotte.

Consenso del World Workshop

Un fattore critico nella definizione di salute è il riconoscimento che la salute parodontale può esistere a livello sia del sito che dell'intera bocca e su un parodonto intatto o ridotto.

Un parodonto intatto è un parodonto senza perdita clinica di attacco o perdita ossea, mentre **un parodonto ridotto può verificarsi sia in un paziente non parodontale (ad esempio, pazienti con alcune forme di recessione gengivale o a seguito di un intervento di allungamento della corona) o in un paziente con storia di parodontite.** Per tutti e tre

gli scenari sono state quindi stabilite definizioni di salute e gengivite. **La decisione fondamentale successiva ha riguardato il concetto di salute "incontaminata" rispetto a quella "clinica", come nella medicina "normalità" è definito come il 95% della popolazione che corrisponde alla definizione di "salute clinica".**

È stato evidente dalla letteratura che i cambiamenti istologici della microvascolarizzazione gengivale si presenta quasi immediatamente dopo l'eruzione dentale e che un infiltrato infiammatorio è parte della normale sorveglianza immunitaria, quindi la salute "incontaminata" è in gran parte vista solo nei libri di testo. È stato quindi stabilito un caso di salute gengivale clinica su un parodonto intatto e ridotto in un paziente non parodontale come $\leq 10\%$ dei siti di sanguinamento su sondaggio (BoP) e profondità di sondaggio di $\leq 3\text{mm}$. Il parodonto intatto non presentava alcuna perdita di attacco, mentre il parodonto ridotto presentava un'evidente perdita di attacco.

Nel parodonto ridotto in un paziente trattato con successo si arriva a sondare profondità fino a 4 mm, abbracciando così il concetto di salute, ma non ci deve essere nessuna BoP in quanto ciò rappresenterebbe la probabilità di parodontite ricorrente, indicando la necessità di un intervento correttivo.

Gengivite: Definire la gengivite indotta dalla placca su un parodonto ridotto è stato il concetto più impegnativo per raggiungere il consenso. Ciò è dovuto al riconoscimento che le conseguenze della parodontite sono irreversibili e che il paziente che sviluppa la parodontite rimane ad alto rischio. Indipendentemente dal fatto che essi siano attualmente in buona salute grazie al successo del trattamento, possono presentare





GRUPPO DI LAVORO 1

Definire la salute, definire le malattie e le condizioni gengivali

Di Iain Chapple, copresidente.

siti individuali di infiammazione gengivale definita da BoP in siti poco profondi $\leq 3\text{mm}$, o siti di 4mm non sanguinanti in “tasche chiuse”.

Si è quindi convenuto che, una volta diagnosticata la parodontite, il paziente rimane un paziente con parodontite a vita, ma può rappresentare un caso di “salute” o di “infiammazione gengivale” in qualsiasi momento nonostante una terapia di successo. In questo contesto, il termine “infiammazione gengivale” è stato utilizzato piuttosto che “gengivite”. Anche se tecnicamente significano la stessa cosa, si è pensato che non si può avere un paziente con parodontite che ha anche una diagnosi di gengivite.

Tuttavia, un paziente con parodontite può avere siti di infiammazione gengivale al momento del sondaggio e profondità $< 3\text{mm}$ dopo il trattamento, ma questi pazienti non necessitano di levigatura radicolare, ma piuttosto di un rinforzo dell’igiene orale e della rimozione della placca per gestire l’infiammazione gengivale localizzata.

Un’ulteriore complicazione è nata dalla necessità di individuazione di protocolli e gestione clinica per evitare trattamenti eccessivi in pazienti con parodontite gestita con successo.

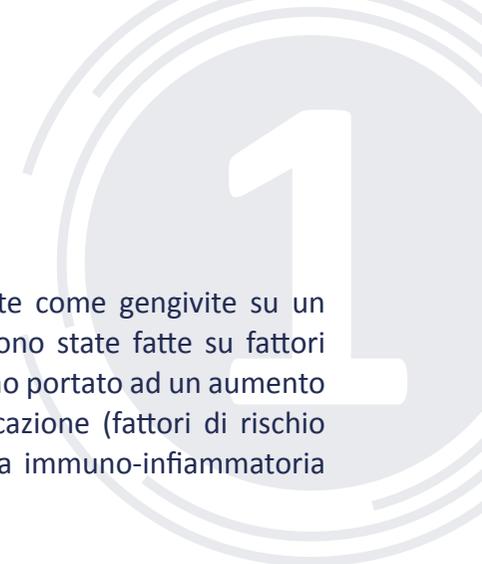
La soglia per definire lo stato di salute su un parodonto ridotto in un paziente con parodontite trattata per le indagini epidemiologiche è stato quindi fissato a $\leq 3\text{mm}$, mentre per le cure cliniche è stato fissato a $< 4\text{mm}$ (ma senza BoP).

La gengivite è stata classificata semplicemente come gengivite su un parodonto intatto o ridotto e le definizioni sono state fatte su fattori predisponenti (fattori di rischio locali) che hanno portato ad un aumento dell’accumulo di placca e di fattori di modificazione (fattori di rischio sistemici) che alterano la natura della risposta immuno-infiammatoria alla placca.

Le condizioni gengivali e le **lesioni non indotte da placca sono state stratificate in otto gruppi, differenziandole dalle condizioni parodontali non indotte da placca:**

- a) genetico/sviluppo;
- b) infezioni specifiche;
- c) infiammatorie/immunitarie;
- d) reattive;
- e) neoplasie;
- f) endocrine, nutrizionali e metaboliche;
- g) traumatico;
- h) pigmentazione.

Infine, è stato riconosciuta la necessità di sviluppare una sonda parodontale a forza costante ISO-standard, per non rendere inutili le definizioni dei casi basati su differenze di 1 mm.





GRUPPO DI LAVORO 2

Parodontite: Da “CRONICO” e “AGGRESSIVO” a stadi e gradi

Di Mariano Sanz, copresidente.

La parodontite è una malattia infiammatoria cronica multifattoriale associata a biofilm di placca disbiotica e caratterizzata dalla progressiva distruzione dell'apparato di supporto del dente. Le sue caratteristiche principali includono la perdita del supporto del tessuto parodontale, che si manifesta attraverso la perdita clinica di attacco (CAL), la perdita di osso alveolare valutata radiograficamente, la presenza di tasche parodontali e il sanguinamento gengivale. Secondo il precedente schema di classificazione internazionalmente accettato (Armitage 1999), la parodontite è stata ulteriormente suddivisa in: parodontite cronica (forme di malattia parodontale distruttive che sono generalmente caratterizzate da una progressione lenta o moderata) e parodontite aggressiva (un gruppo eterogeneo di forme altamente distruttive di parodontite che colpisce soprattutto i giovani), comprese le condizioni precedentemente classificate come parodontite a esordio precoce e parodontite a rapida progressione.

Consenso del World Workshop

Il gruppo di lavoro 2 ha convenuto unanimemente che l'attuale evidenza non supporta **la distinzione tra parodontite cronica e parodontite aggressiva come due malattie distinte. Tuttavia, esiste una sostanziale variazione nelle manifestazioni cliniche in termini di estensione e gravità nell'arco di tutta la durata della malattia, suggerendo che ci sono sottoinsiemi di popolazione con differente andamento della malattia causate da differenze di esposizione e/o suscettibilità.**

Sulla base di queste evidenze, è stato adottato un nuovo schema

di classificazione della parodontite, in cui le forme di malattia precedentemente riconosciute come “CRONICHE” o “AGGRESSIVE” sono ora raggruppate sotto l'unica categoria di “parodontite” e ulteriormente caratterizzate sulla base di un sistema di stadiazione e classificazione multidimensionale.

L'evidenza attuale non supporta la distinzione tra parodontite cronica e parodontite aggressiva come due malattie distinte.

Nell'ambito di questo nuovo sistema di classificazione, i pazienti dovrebbero essere prima identificati come affetti da parodontite per la presenza di perdita dell'attacco clinico interdentale.

Questo caso individuale di parodontite deve essere ulteriormente caratterizzato utilizzando una semplice matrice che descrive lo stadio e il grado della malattia.

Lo “**STADIO**” dipende in gran parte dalla gravità della malattia quando si presenta e dalla complessità di gestione e comprende una descrizione dell'estensione e distribuzione della compromissione dentale.

“**GRADO**” fornisce informazioni supplementari sulle caratteristiche biologiche della malattia e comprende un'analisi basata sull'anamnesi del tasso di progressione della parodontite; valutazione del rischio di ulteriore progressione; analisi dei possibili scarsi risultati del trattamento; e valutazione del rischio che la malattia o il suo trattamento possa influire negativamente sulla salute generale del paziente.





GRUPPO DI LAVORO 2

Parodontite: Da “CRONICO” e “AGGRESSIVO” a stadi e gradi

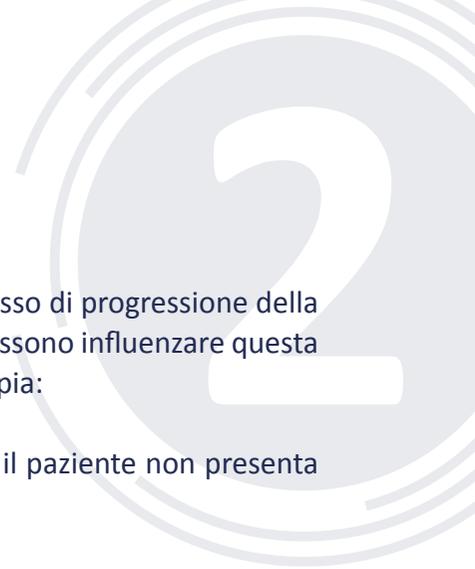
Di Mariano Sanz, copresidente.

- 🦷 **STADIO I:** una parodontite iniziale con perdita di attacco clinico e perdita ossea limitata alla porzione più coronale della radice. In questa fase, i pazienti non presentano tasche parodontali e non hanno subito perdite di elementi dentari.
- 🦷 **STADIO II:** la distruzione parodontale colpisce il terzo coronale della radice ed è caratterizzata dalla presenza di tasche parodontali moderate ($\leq 5\text{mm}$) e il paziente non ha ancora perso elementi a causa della parodontite. Questi primi due stadi possono essere gestiti in modo semplice, principalmente attraverso approcci non chirurgici, e la loro prognosi a lungo termine è molto buona, **a condizione che il paziente rispetti le pratiche di igiene orale e le misure di prevenzione professionale.**
- 🦷 **STADIO III:** parodontite avanzata con distruzione dei tessuti parodontali oltre la metà della lunghezza del dente. In genere si è già verificato un numero limitato di perdite dentarie e la presenza di forcazioni e lesioni intraossee è comune. Tutti questi aspetti rendono il trattamento di questa fase complessa e di solito sono necessari interventi chirurgici.
- 🦷 **STADIO IV:** aumenta la gravità e la complessità dello stadio precedente con un aumento della perdita dentale (>5 denti) e la presenza di disfunzione masticatoria, che di solito richiede un trattamento multidisciplinare complesso al di là della terapia parodontale.

Il nuovo sistema di classificazione definisce il tasso di progressione della malattia e la presenza di fattori di rischio che possono influenzare questa progressione e la risposta del paziente alla terapia:

- 🦷 **GRADO A:** il tasso di progressione è basso e il paziente non presenta fattori di rischio.
- 🦷 **GRADO B:** è prevista progressione.
- 🦷 **GRADO C:** il paziente ha evidenti fattori di rischio e vi è un alto rischio di progressione parodontale.

Combinando questi stadi e gradi definiti, possiamo individuare le modalità e le sequenze delle terapie esistenti, il che ci permetterà di valutare meglio i loro risultati.





Classificazione della parodontite in gradi che riflettono le caratteristiche biologiche della malattia²

			GRADO A Progressione lenta	GRADO B Progressione moderata	GRADO C Progressione veloce
Criteria primari	Evidenze dirette	Dati longitudinali (perdita d'osso radiografica o di attacco clinico)	Nessuna perdita in 5 anni	<2 mm in 5 anni	≥2 mm in 5 anni
	Evidenze indirette	% perdita d'osso/età	<0,25	0,25 – 1,0	>1,0
		Fenotipo	Depositi pesanti di biofilm con basso livello di distruzione	Livello di distruzione commisurato ai depositi di biofilm	Livello di distruzione superiore alle attese in base ai depositi di biofilm
Alteratori di grado	Fattori di rischio	Fumo	Non fumatore	<10 sigarette/die	≥10 sigarette/die
		Diabete	Normoglicemico / non diagnosi di diabete	HbA1c* <7,0% in pazienti con diabete	HbA1c* ≥7,0% in pazienti con diabete

*HbA1c: emoglobina glicata

2. Papapanou PN, et al. J Clin Periodontol. 2018; 45(Suppl 20): S162–S170.



Classificazione della parodontite in base agli stadi di gravità²

	STADIO I	STADIO II	STADIO III	STADIO IV
Perdita di attacco clinico (CAL)*	1-2 mm	3-4 mm	≥5 mm	≥5 mm
Perdita d'osso radiografica	Limitata al terzo coronale (<15%)	Limitata al terzo coronale (15-30%)	Estesa fino al terzo medio o apicale della radice	Estesa fino al terzo medio o apicale della radice
Perdita dei denti	Nessuna perdita di denti dovuta a parodontite	Nessuna perdita di denti dovuta a parodontite	Perdita di denti dovuta a parodontite: ≤4 denti	Perdita di denti dovuta a parodontite: ≥5 denti

* Nel sito maggiormente danneggiato.

2. Papapanou PN, et al. J Clin Periodontol. 2018; 45(Suppl 20): S162–S170.





GRUPPO DI LAVORO 3

Manifestazioni parodontali di malattie sistemiche e di sviluppo e di condizioni acquisite

Di Søren Jepsen, copresidente.

Numerosi disturbi sistemici possono influenzare l'inizio e la progressione della parodontite o possono avere un impatto negativo sulle strutture parodontali. Vi è un'alta prevalenza di deformità mucogengivali e, in particolare, di recessioni gengivali.

Queste sono spesso associate a ipersensibilità, carie e lesioni cervicali non cariose sulla superficie radicolare esposta e possono essere di interesse estetico.

Le forze occlusali possono danneggiare i denti e l'apparato di attacco parodontale. Le condizioni di sviluppo o acquisite associate a denti o protesi possono predisporre a malattie del parodonto. Il gruppo di lavoro 3 ha rivisto e aggiornato la classificazione del 1999 per quanto riguarda queste malattie e condizioni, sviluppando definizioni di casi e considerazioni diagnostiche.

Manifestazioni parodontali di malattie e condizioni sistemiche:

Esistono rari disturbi sistemici, come la sindrome di Papillon-Lefèvre, che si traducono nella presentazione precoce di parodontite grave. Tali condizioni sono raggruppate sotto il nome di "parodontite come manifestazione di malattia sistemica".

La loro classificazione si basa sulla malattia sistemica primaria. Altre condizioni sistemiche, come le malattie neoplastiche, possono colpire i tessuti parodontali indipendentemente dall'infiammazione indotta dal biofilm.

Esse sono classificate anche in base alla malattia sistemica primaria e sono ora raggruppate come malattie sistemiche o condizioni che colpiscono i tessuti di supporto parodontale.

D'altra parte, ci sono malattie più comuni, come il diabete mellito, che sono importanti modificatori del decorso della parodontite.

Tuttavia, la parodontite associata al diabete non dovrebbe essere considerata una diagnosi distinta - il diabete è ora incluso nella nuova classificazione clinica della parodontite come fattore importante nel processo di classificazione.

In modo simile, il fumo - ora considerato come dipendenza da nicotina e come disturbo medico recidivante cronico con importanti effetti negativi sul parodonto - è ora incluso anche nella diagnosi clinica della parodontite come il diabete.

Condizioni mucogengivali: Nel contesto delle condizioni mucogengivali, è ora riconosciuta l'importanza del fenotipo gengivale, compresi lo spessore e la larghezza gengivale ed è stata introdotta una nuova classificazione per le recessioni gengivali. Questo combina parametri clinici come il fenotipo gengivale, la perdita di attacco interprossimale e le caratteristiche della superficie radicolare esposta.

Trauma occlusale e forze occlusali traumatiche: La forza occlusale traumatica, che sostituisce il termine "eccessiva forza occlusale", è qualsiasi forza occlusale che provoca lesioni ai denti (come un'eccessiva





GRUPPO DI LAVORO 3

Manifestazioni parodontali di malattie sistemiche e di sviluppo e di condizioni acquisite

Di Søren Jepsen, copresidente.

usura o frattura) e/o all'apparato di attacco parodontale.

Trauma occlusale è un termine istologico per descrivere la lesione dell'apparato di attacco parodontale. Non ci sono prove da studi sull'uomo che le forze occlusali traumatiche portino alla perdita dell'attacco parodontale, a lesioni cervicali non cariose ed a recessioni gengivali. Le forze occlusali traumatiche portano alla mobilità adattiva nei denti con supporto normale e alla mobilità progressiva nei denti con supporto ridotto, che di solito richiedono uno splintaggio.

Protesi e fattori legati al dente: Questa sezione è stata ampliata nella nuova classificazione. Il termine ampiezza biologica è stato sostituito dal termine attacco di tessuto sopracrestale, costituito da epitelio giunzionale e tessuto connettivo sopracrestale.

Prove di studi sull'uomo indicano che la violazione dei margini di

restauro all'interno del tessuto connettivo sopracrestale è associata ad infiammazione e/o perdita del tessuto di supporto parodontale.

Tuttavia non è chiaro se tali effetti negativi siano stati causati da biofilm dentale, traumi, tossicità dei materiali utilizzati, o una combinazione di questi fattori.

D'altra parte, alcuni fattori anatomici correlati al dente - come la proiezione dello smalto, le perle, le fratture radicolari e la vicinanza - sono legati all'infiammazione gengivale indotta dal biofilm dentale e alla perdita dei tessuti di supporto parodontale.

Si spera che la classificazione aggiornata delle manifestazioni e delle condizioni parodontali che influenzano il decorso della parodontite, insieme alla classificazione aggiornata dello sviluppo e delle condizioni acquisite, possa facilitare la diagnosi clinica e il processo decisionale.





GRUPPO DI LAVORO 4

Condizioni e malattie peri-implantari - classificate per la prima volta

Di Tord Berglundh, copresidente.

Per la prima volta ad un workshop mondiale di parodontologia, è stata presentata una classificazione delle malattie e delle condizioni peri-implantari. Oltre alla definizione dei casi, il gruppo di lavoro 4 si è occupato anche delle caratteristiche della salute peri-implantare, della mucosite, della peri-implantite e delle carenze di tessuti molli e duri.

Salute dell'impianto

È stato concordato che la salute peri-implantare è caratterizzata dall'assenza di segni clinici di infiammazione, compresi sanguinamento/suppurazione al sondaggio (BoP).

Non è tuttavia possibile definire una gamma di profondità di sondaggio compatibile con la salute. Inoltre, può esistere una salute peri-implantare intorno agli impianti con supporto osseo ridotto.

Di conseguenza, la definizione di "salute peri-implantare" include:

- 🦷 Assenza di segni clinici di infiammazione, compresa la BoP.
- 🦷 Nessun aumento della profondità di sondaggio rispetto agli esami precedenti.
- 🦷 nessuna perdita ossea al di là delle variazioni crestali del livello osseo derivanti dal rimodellamento osseo iniziale.

Mucosite peri-implantare

La mucosite peri-implantare è una lesione infiammatoria dei tessuti molli che circondano un impianto endosseo in assenza di perdita dell'osso di sostegno. La lesione si trova lateralmente all'epitelio giunzionale/tasca, ma non si estende nella zona del tessuto connettivo

sopracrestale, "apicale" dell'epitelio giunzionale/tasca. **La principale caratteristica clinica della mucosite peri-implantare è il sanguinamento con un sondaggio delicato, mentre possono manifestarsi anche altri segni clinici di infiammazione.**

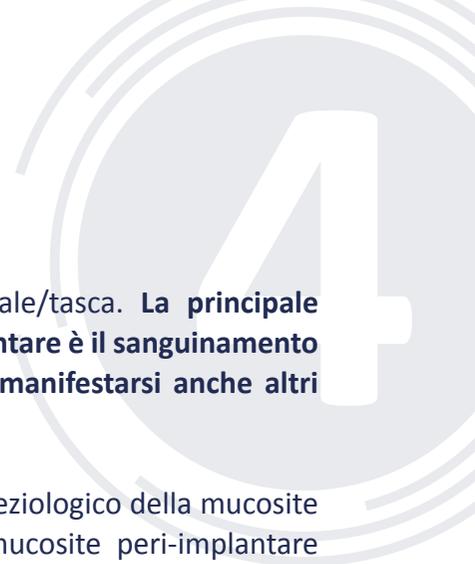
Vi sono forti evidenze che la placca è il fattore eziologico della mucosite peri-implantare. La definizione del caso di mucosite peri-implantare include:

- 🦷 Sanguinamento e/o suppurazione con un sondaggio delicato.
- 🦷 Nessuna perdita ossea al di là delle variazioni del livello osseo crestale derivanti dal rimodellamento osseo iniziale.

Peri-implantite

La peri-implantite è una condizione patologica associata alla placca che si verifica nei tessuti intorno agli impianti dentali, caratterizzata da infiammazione della mucosa peri-implantare e perdita dell'osso di sostegno. Le lesioni peri-implantari si estendono apicalmente all'epitelio giunzionale/tasca e sono più grandi rispetto a quelli dei siti di che presentano mucosite. **I siti di con peri-implantite presentano segni clinici di infiammazione, tra cui sanguinamento e/o suppurazione, maggiore profondità di sondaggio oltre alla perdita di osso valutata radiograficamente.**

La progressione della peri-implantite è più rapida di quella osservata nella parodontite, si manifesta in modo non lineare e presenta un **pattern di rapida progressione**. L'associazione tra placca e peri-implantite è





GRUPPO DI LAVORO 4

Condizioni e malattie peri-implantari - classificate per la prima volta

Di Tord Berglundh, copresidente.

sostenuta da prove che dimostrano che i pazienti con scarso controllo igienico che non seguono una terapia di mantenimento regolare sono ad alto rischio di sviluppare la peri-implantite e che le strategie di trattamento sono efficaci nell'arrestare la progressione della malattia. Vi sono anche forti evidenze di un aumento del rischio di peri-implantite in pazienti che hanno una storia di parodontite grave.

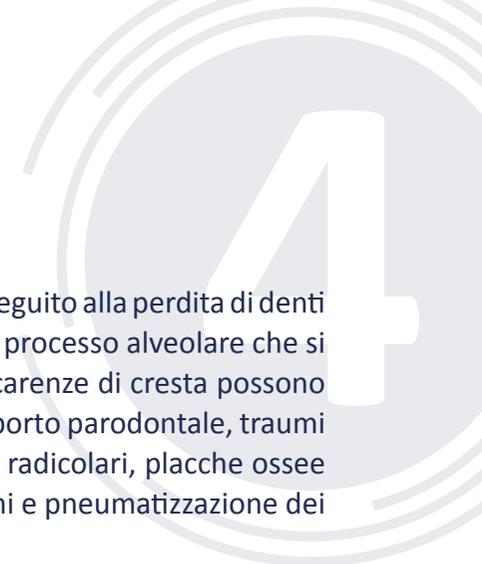
La definizione del caso di peri-implantite include:

- 🦷 **Sanguinamento e/o suppurazione con un sondaggio delicato.**
- 🦷 **Maggiore profondità di sondaggio rispetto agli esami precedenti.**
- 🦷 **Perdita ossea oltre i cambiamenti crestali del livello osseo derivanti dal rimodellamento osseo iniziale.**

In assenza di dati di esami precedenti, la diagnosi di peri-implantite può essere basata sulla combinazione di sanguinamento e/o suppurazione con un sondaggio delicato, **profondità di sondaggio >6mm e livelli ossei >3mm apicalmente alla porzione più coronale della parte intraossea dell'impianto.**

Difetti dei tessuti duri e molli: La guarigione in seguito alla perdita di denti porta ad una diminuzione delle dimensioni del processo alveolare che si traduce in carenze dei tessuti duri e molli. Le carenze di cresta possono verificarsi in siti associati a grave perdita di supporto parodontale, traumi da estrazione, infezioni endodontiche, fratture radicolari, placche ossee buccali sottili, cattiva posizione dei denti, lesioni e pneumatizzazione dei seni mascellari.

Osservazioni finali: Il gruppo di lavoro ha sottolineato che le definizioni dei casi proposti devono essere considerate nel contesto in cui non esiste un impianto "generico" e che esistono numerosi disegni di impianti con diverse caratteristiche di superficie e diversi protocolli chirurgici e di carico. Le raccomandazioni ai medici hanno affrontato la necessità di sondare i tessuti peri-implantari per valutare il sanguinamento durante il sondaggio e i cambiamenti. È stato inoltre raccomandato ai medici di raccogliere misurazioni radiografiche e di sondaggio al baseline.



Commenti sulla nuova classificazione

Con la nuova classificazione della malattia parodontale si è voluto sottolineare il concetto che la **malattia parodontale è una malattia cronica e multifattoriale**.

La nuova classificazione aiuta a distinguere differenti andamenti della patologia in individui diversi e le eventuali differenti risposte ai principi standard di prevenzione e trattamento della patologia stessa. **La classificazione ha suddiviso in 4 stadi e 3 gradi la patologia parodontale.**

Gli stadi 1 e 2 possono essere facilmente mantenuti e trattati dal dentista esperto coadiuvato dalla figura dell'igienista dentale. Gli stadi 3 e 4 potrebbero necessitare trattamenti più complessi e un follow-up adeguato ad essi.

La sostanziale differenza tra lo stadio 1 e 2 della patologia e il 3, 4 è sottolineato dal fatto che nei primi due non vi è presente la perdita di alcun elemento dentale causato dalla patologia parodontale.

Raggiungere un consenso sulla definizione di gengivite indotta dalla placca su un parodonto ridotto è stato lo step più impegnativo.

Poiché si è dovuto riconoscere che le conseguenze della parodontite sono irreversibili e che il paziente che sviluppa la parodontite rimane ad alto rischio, è nata la necessità di individuazione di protocolli e gestione clinica per evitare degli "over-treatment" in pazienti con parodontite gestita con successo. **La soglia per definire lo stato di salute su un parodonto ridotto in un paziente con parodontite trattata per le indagini epidemiologiche è stato quindi fissato a $\leq 3\text{mm}$, mentre per le cure cliniche è stato fissato $< 4\text{mm}$ ma senza sanguinamento al sondaggio.**

In questo contesto, nella classificazione è stato utilizzato il termine

"infiammazione gengivale" piuttosto che "gengivite". Praticamente un paziente con parodontite può avere siti di infiammazione gengivale al momento del sondaggio con profondità $\leq 3\text{mm}$ dopo il trattamento, essi però non necessitano di levigatura radicolare, ma piuttosto di un rinforzo dell'igiene orale e della rimozione della placca per gestire l'infiammazione gengivale localizzata.

La classificazione del 1999 si basava soprattutto sulla gravità della distruzione dei tessuti parodontali avvenuta nel passato. In quella del 2017 si evidenzia questa gravità ma oltre a questo **indice di severità della patologia** vengono considerati anche altri parametri quali: **la perdita di elementi dentali, la complessità di gestione del caso clinico e la stima del rischio futuro di progressione della patologia e dell'efficacia della terapia standard.** Infine viene considerata la potenziale **influenza della patologia parodontale sulla salute sistemica.**

Alla luce di queste considerazioni, il clinico dovrà prestare attenzione a questi fattori: l'età del paziente, i fattori di rischio quali il diabete, patologie cardiache, il fumo, ecc..

Inoltre il dentista dovrà valutare alcuni fattori dello status radiografico quali l'estensione e il grado di localizzazione suggerita dalle aeree in cui si evidenzia la perdita ossea, se quest'ultima è localizzata o generalizzata ed infine se è una perdita di tipo orizzontale o verticale. Infine si deve tenere conto della valutazione dei dati ricavati dal charting, il numero di denti persi a causa della patologia parodontale, la mobilità dentale, la migrazione degli elementi, la presenza di forcazioni e della loro gravità.



Commenti sulla nuova classificazione

Il **principale vantaggio** di questa classificazione si evidenzia nella **successiva stesura del piano di trattamento** poiché ti permette di prevedere il decorso della patologia soprattutto nei pazienti portatori di patologie sistemiche.

Lo scopo del clinico è quello di preservare e mantenere la dentatura del paziente il più a lungo possibile. La storia clinica della parodontologia ci insegna che con un adeguata terapia e un adeguato mantenimento vi è la possibilità di mantenere gli elementi dentali a lungo. La nuova classificazione aiuta nel raggiungimento di questo scopo poiché può essere in grado di predire la progressione della patologia e in generale la risposta al trattamento.

Per la prima volta ad un workshop mondiale di parodontologia, è stata presentata una classificazione delle malattie e delle condizioni peri-implantari.

Salute dell'impianto: È stato concordato che la salute peri-implantare è caratterizzata dall'assenza di segni clinici di infiammazione, compresi sanguinamento/suppurazione al sondaggio (BoP). Non è tuttavia possibile definire una gamma di profondità di sondaggio compatibile con la salute. Può infatti esistere "una salute peri-implantare" anche negli impianti che presentano supporto osseo ridotto.

Di conseguenza, la definizione di "salute peri-implantare" include:

-  Assenza di segni clinici di infiammazione, compresa la BoP.
-  Nessun aumento della profondità di sondaggio rispetto agli esami precedenti.
-  Nessuna perdita ossea al di là delle variazioni crestali derivanti dal rimodellamento osseo iniziale.

