

# APPLICABILITÀ CLINICA DELLA NUOVA CLASSIFICAZIONE (2017) DELLA MALATTIA PARODONTALE

di **Francesco Romano**

ODONTOIATRA

francescopaciromano@gmail.com



**P**erché fare diagnosi parodontale? Come fare diagnosi parodontale? Come la nuova diagnosi si inserisce nella nostra pratica clinica? In riferimento al lavoro di Caton et. al del 2018 (frutto del 2017 Word Workshop di Parodontologia tenutosi a Chicago). Lì è stata completamente cambiato il modo di fare diagnosi in parodontologia, che è cambiata. Avevamo appena cominciato questo lavoro, ma poi è scoppiata la pandemia e ora dobbiamo riprendere il discorso. Perché fare diagnosi di parodontite? Solo il 9% di italiani con parodontite sa di averla, questo dieci anni fa.

Il dato è simile a quello attuale. Un grande lavoro è servito per fare sì che 3 italiani su 4 sappiano cos'è la parodontite. Ma di questi, su 100 solo 9 sanno di averla loro. La parodontite, altro ri-

ferimento dato da Maurizio Tonetti, ha un costo, secondo l'Economist ("Periodontitis manifests across a spectrum of severity ranging from inflammation to disability"; The Economist, IU 2021) Gli Stati stanno sprecando alla rinfusa notevoli somme per arginare la sesta malattia cronica più diffusa al mondo. Prevenirla significa avere un ritorno di miliardi di euro l'anno.

Dobbiamo iniziare anche a parlare con i termini giusti: la salute orale deve essere riconosciuta come un diritto fondamentale umano. Non possiamo avere persone che rinunciano a sorridere o masticare bene. La perdita di denti crea una vera e propria disabilità. E quando parliamo di riabilitazione pensiamo che si tratta di un paziente che non ha un'abilità, dis-abile appunto, e noi dentisti dobbiamo riportarlo

all'abilità. La parodontite ha portato a cambiare lo stato di salute della bocca, ma è la mancata diagnosi a fare i danni maggiori.

La maggior parte dei pazienti che arrivano nel mio studio arrivano già in stadio avanzato (3 o 4), e hanno perso già alcuni denti a motivo della parodontite. L'ideale sarebbe che arrivassero pazienti allo stadio 1 o 2, o, meglio ancora, fare prevenzione evitando la parodontite. Ora però abbiamo gli strumenti per intercettare la malattia. L'impatto socioeconomico della parodontite non diagnostica è alto, ma spendiamo ancora pochissimo in prevenzione. E' solo il 9% di quello che viene speso per arginare e curare i danni della parodontite (impianti, protesi, ecc). Perché fare diagnosi parodontale, quindi? Per fare vivere più a lungo le persone. Si tratta, come odontoiatri, di intercettare, fare diagnosi, ridurre disabilità, migliorare la qualità di vita dei pazienti e migliorare la spesa pubblica.

Come fare diagnosi parodontale? Cosa è cambiato? Avevamo la classificazione ferma a due punti (quella del 1999): parodontite cronica o aggressiva. Una persona giovane che perdeva i denti aveva una parodontite aggressiva, una anziana ne aveva una cronica. La classificazione del 2017 ideata durante il Workshop a Chicago, cambia completamente il modo di diagnosticare. Da qui in poi noi sappiamo meglio di cosa stiamo parlando, classificando 4 stadi: parodontite iniziale, moderata, severa e severa malocclusione, anomalie causate dalla perdita di denti e necessità di riabilitazione protesica complessa.

Ma adesso vediamo più chiaramente anche dei fattori di rischio e parliamo, in base a questi, anche di grado. Quindi lo stadio individua lo stato delle cose nel momento in cui il paziente

si presenta dal dentista; questo, noi possiamo solo impedire che peggiori, ma non possiamo “riportarlo indietro”. Il grado invece, ossia la “cattiveria della patologia”, questo si può essere migliorato. Un paziente arriva spesso con un grado C, noi lo dobbiamo riportare a un grado A. Il grado riporta il livello di progressione e il rischio che corre quel paziente.

Si tratta di un cambiamento che va verso una nuova medicina, una medicina personalizzata e di precisione, come definita in ambito anglosassone precision medicine. Secondo questa moderna vision, ci si aiuta a gestire i pazienti orientando le risorse verso dove serve davvero, con interventi medici mirati a quella situazione. Un esempio è questo studio di Graetz et al. pubblicato sul Journal of Clinical Periodontology (2019). Gli Autori hanno preso tutti i pazienti classificabili come portatori di parodontite cronica - generalizzata/localizzata - e aggressiva secondo la vecchia classificazione (Armitage, 1999), ma, applicando la nuova classificazione, si vede in dettaglio che alcuni sono di stadio 1, altri sono 2, altri stadio 3 grado C, altri ancora sono stadio 4. Noi li classificavamo tutti allo stesso modo. Ora si specifica molto di più, si fa una diagnosi molto più precisa, con un controllo molto maggiore e quindi con maggiori possibilità di successo perché riusciamo ad applicare una terapia “su misura”.

In cosa consiste la nuova classificazione? Non è semplice, anche se lo sembra. Adottarla nella pratica clinica non è una cosa immediata. Richiede studio, e questo studio dobbiamo affrontarlo; anche perché i giovani professionisti la studiano già sui libri universitari. Nello stadio 1 e 2 il paziente non ha perso denti, nel 3 e 4 ha già perso 3 o 4 denti a motivo della parodontite. Le linee guida che ne stanno originando, avranno anche una ricaduta in campo medico legale. Il paziente andrà infatti informato, e se il paziente rifiuta un trattamento riabilitativo avrà firmato un documento consapevolmente dopo aver ricevuto una spiegazione della situazione. Noi siamo in dovere di dire al paziente il suo stato con la nuova classificazione.

Come si distinguono stadio 1 e 2? Si dà molta importanza alla perdita di attacco clinico. Il sito peggiore è quello che si prende da riferimento per classificare lo stadio. 5 millimetri di perdita di

attacco clinico nel sito maggiormente compromesso ci descrive un profilo di stadio 3, con perdita di denti e perdita di osso oltre il 33% della radice. Ma si comincia l'analisi del paziente sempre dalla perdita di attacco clinico. Poi ci sono altri fattori da prendere in considerazione: perdita di osso a livello radiografico (se limitato al terzo coronale della radice o al medio o all'apicale) e la perdita di denti. Ci sono poi dei fattori di rischio che aumentano la pericolosità della patologia e questi ci danno il Grado.

Le ultime linee guida esposte e commentate al congresso di Rimini (XX° Congresso SIdP, Ottobre 2021) sono limitate alle Parodontiti di Stadio 1-2-3. Ci dicono come andare e non fare cose che non servono. Alcune pratiche cliniche sono più o meno fortemente raccomandate; tutte seguono raccomandazioni classificate in A, B e C secondo grado di importanza decrescente. Le scale di valutazione variano molto in base alle percentuali di perdita di osso in rapporto all'età del paziente ed ai fattori di rischio, come fumo e diabete.

L'ideale è comunque intercettare i pazienti ai primi gradi comunque. Se tutti facessimo le visite di controllo, anche un esame semplice da 3-4 minuti come il PSR, potremmo dire al paziente che ha una situazione parodontale che va, almeno, tenuta sotto controllo. Stadio 1 e 2 sarebbero i momenti ideali da intercettare, ma negli studi dentistici arrivano quasi solo pazienti con stadio 3 o addirittura 4.

Come la classificazione può aiutare il nostro excursus clinico? Il paziente gira in un circolo: salute, gengivite, igienista dentale, e ritorno. Il problema è quando non diagnosticiamo la parodontite e si interrompe il circolo. Dobbiamo evitare questa situazione e intervenire inserendolo in uno stadio di trattamento 1, 2 o 3. Da qui noi dovremmo partire per cambiare le percentuali con cui ho esordito. Dovremmo passare da 90% a 0% di inconsapevoli. In modo che tutti coloro che hanno la parodontite ne siano consapevoli, in modo che decidano scientemente se curarsi o meno. Qui entra in gioco la nobiltà del ruolo dell'igienista, che non è solo sbiancare i denti, ma è una questione di salute. L'igienista dentale indirizza all'Odontoiatria il paziente, a cui viene poi comunicato il proprio stato di salute e spie-

gato cosa fare per migliorarlo. Sta poi al paziente decidere se farlo o meno, ma almeno è stato informato. Se preso a uno stadio preliminare, si può passare alla terapia non chirurgica con due obiettivi fondamentali: tenere delle tasche di sondaggio inferiore o uguale a 4 mm, annullare le tasche oltre i 5 mm oppure quelle di 4 mm con sanguinamento al sondaggio. Abbiamo ormai una vasta possibilità di gestione non-chirurgica della parodontite, ma la terapia chirurgica quando è indicata va eseguita necessariamente.

Nel quarto stadio il paziente deve sapere che, oltre ad avere bisogno di una riabilitazione complessa per ottenere risultati stabili e predicibili, avrà un piano di trattamento che punterà a limitare fortemente i suoi fattori di rischio. Il calcolo deve essere fatto dall'odontoiatra.

Questo che vi presento oggi è il caso di una signora di 65 anni che non vuole toccare i suoi denti, ma si rende conto che rischia di perderli tutti. Ci rendiamo conto che siamo allo stadio 4 grado C, con più del 70% di perdita di osso di sostegno degli elementi dentali. La paziente viene inviata allo step due, ossia terapia non chirurgica sub gengivale, e la rivalutazione mostra due cose: con il periochart si vede a occhio la profondità di sondaggio, mostrando gli indici di sanguinamento (BoP) e di placca (PI). Si riscontrano anche siti con tasche oltre i 5 mm (la paziente ne ha 14) e qui bisogna lavorare con la tecnica chirurgica. Serve anche uno splintaggio intracoronale, molto aggressivo ma estremamente affidabile. Dopo un anno dall'intervento, le tasche di 4 mm ci sono, ma non sanguinano più. Quelle oltre i 5 mm sono state addirittura annullate. La paziente ha capito il lavoro fatto e il denaro risparmiato se fa visite di controllo regolari ogni tre mesi. Viene inviata a terapia di mantenimento ogni tre mesi, che accettata di buon grado.

Ha senso mettere il paziente in mantenimento quando abbiamo gestito tutti i siti attivi e lui stesso ha davvero capito quali vantaggi ne trae. Dovremmo fare tutti lo screening parodontale con la compilazione del PSR in Prima Visita, applicare la classificazione parodontale in fase di diagnosi e condividere lo stesso linguaggio tra tutti noi colleghi, oltre a tenere sempre presenti le linee guida aggiornate di cui vi ho parlato.