

**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE „VICTOR BABEȘ”  
DIN TIMIȘOARA  
FACULTATEA DE MEDICINĂ DENTARĂ  
DEPARTAMENTUL I**

**ADAMESCU VIORELIA**



**STRATEGII DE MENȚINERE A DINȚILOR CU  
PARODONTITĂ SEVERĂ**

**REZUMAT**

**CONDUCĂTOR ȘTIINȚIFIC**

**Prof.Dr.Dr.med.dent. STRATUL ȘTEFAN-IOAN**

**Timișoara**

**2023**

# CUPRINSUL TEZEI

LISTA LUCRĂRILOR PUBLICATE

LISTA ABREVIERILOR

INDEXUL FIGURILOR

INDEXUL TABELELOR

MULȚUMIRI

INTRODUCERE

## PARTEA GENERALĂ

1. TERAPIA SUPORTIVĂ
  - 1.1. JUSTIFICAREA PRACTICĂRII TERAPIEI SUPORTIVE
    - 1.1.1. CONȚINUTUL TERAPIEI SUPORTIVE
    - 1.1.2. EXAMINAREA ȘI EVALUAREA PACIENTULUI
    - 1.1.3. CONTROLUL PLĂCII ȘI A BIOFILMULUI
    - 1.1.4. PROCEDURI TERAPEUTICE ÎN CADRUL TERAPIEI SUPORTIVE
    - 1.1.5. MOTIVELE RECURENȚEI BOLII PARODONTALE
  - 1.2. CLASIFICAREA POST-TERAPEUTICĂ A PACIENȚILOR. RISCUL PARODONTAL
    - 1.2.1 CLASIFICAREA POST-TERAPEUTICĂ A PACIENȚILOR CU PARODONTITĂ
    - 1.2.2 RISCUL PARODONTAL
      - 1.2.2.1 Pacienții cu risc pentru recidiva bolii parodontale. Factori de risc la nivel individual și dentar
      - 1.2.2.2 Evaluarea riscului individual parodontal. Diagrama de risc parodontal (PRA).
  - 1.3. REFERIREA PACIENȚILOR CĂTRE SPECIALISTUL DE PARODONTOLOGIE
  - 1.4. AGENȚI ANTIMICROBIENI
    - 1.4.1. AGENȚI ANTIMICROBIENI UTILIZAȚI ÎN TERAPIA SUPORTIVĂ
      - 1.5.1.1 Antibioticele cu administrare locală
      - 1.5.1.2 Antisepticele cu administrare locală
        - 1.5.1.2.1 *Clorhexidina*
        - 1.5.1.2.2 *Iod povidonă (Betadine®)*
        - 1.5.1.2.3 *Hipocloritul de sodiu*
          - 1.5.1.2.3.1. *Perisolv®*
2. ACTUALITĂȚI ÎN TRATAMENTUL PARODONTITEI DE STADIUL IV

2.1 DATE SOCIO-ECONOMICE RECENTE DESPRE PARODONTITA CA PROBLEMĂ GLOBALĂ DE SĂNĂTATE

2.2 GHIDUL DE PRACTICĂ CLINICĂ DE NIVEL S3 AL EFP PENTRU PARODONTITA DE STADIUL IV

2.3 DIAGNOSTICUL PARODONTAL ȘI SECVENȚA TERAPEUTICĂ ÎN MANAGEMENTUL PACIENȚILOR CU PARODONTITĂ DE STADIUL IV

2.3.1 DIAGNOSTICUL PARODONTAL

2.3.2 CĂI DE DIAGNOSTIC SPECIFICE LA PACIENȚII CU PARODONTITĂ DE STADIUL IV

2.3.3 DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL

2.3.4 SECVENȚA TRATAMENTULUI PARODONTAL LA PACIENȚII CU PARODONTITĂ DE STADIUL IV

2.3.5 CĂI TERAPEUTICE SPECIFICE ÎN FUNCȚIE DE DIVERSELE TIPURI DE CAZ

2.3.5.1 RECOMANDĂRI CLINICE PENTRU CAZURILE DE TIP 1 ȘI 2

2.3.5.2 RECOMANDĂRI CLINICE PENTRU CAZUL DE TIP 3

2.3.5.3 RECOMANDĂRI CLINICE PENTRU CAZUL DE TIP 4

## **PARTEA SPECIALĂ**

3. EFECTELE CLINICE ȘI MICROBIOLOGICE ALE UNEI SINGURE APLICĂRI A UNUI GEL CU HIPOCLORIT DE SODIU ÎN TIMPUL RE-INSTRUMENTĂRII SUBGINGIVALE. UN STUDIU CLINIC RANDOMIZAT, TRIPLU-ORB CONTROLAT CU PLACEBO

3.1 INTRODUCERE

3.2.1. SCOPUL CERCETĂRII, DESIGNUL STUDIULUI, AVIZUL ETIC, DESFĂȘURAREA STUDIULUI

3.3.1. ALCĂTUIREA GRUPURILOR DE STUDIU

3.4 MATERIALE ȘI METODE

3.4.1 EXAMENUL CLINIC

3.4.2. EXAMENUL MICROBIOLOGIC

3.4.3. RANDOMIZAREA SUBIECȚILOR

3.5 ANALIZA STATISTICĂ

3.6 REZULTATE

3.7 DISCUȚII

3.8 CONCLUZII

4. ESTE DIAGNOSTICUL DE PARODONTITĂ GENERALIZATĂ DE STADIUL IV (SEVERĂ) COMPATIBIL CU SUPRAVIEȚUIREA RESTAURĂRILOR PROTETICE STABILIZATOARE EXTINSE? UN STUDIU RETROSPECTIV PE TERMEN MEDIU

4.1. INTRODUCERE

- 4.2. SCOPUL CERCETĂRII, DESIGNUL STUDIULUI, AVIZUL ETIC, DESFĂȘURAREA STUDIULUI
- 4.3. ALCĂTUIREA GRUPURILOR DE STUDIU, CRITERII DE INCLUDERE ȘI EXCLUDERE
- 4.4. MATERIAL ȘI METODĂ
  - 4.4.4 OBTINEREA DATELOR RETROSPECTIVE
  - 4.4.5 EVALUAREA RADIOGRAFIILOR
  - 4.4.6 CONSIDERAȚII PROTETICE/ DE REABILITARE ȘI FOLLOW-UP
- 4.5. ANALIZA STATISTICĂ
- 4.6. REZULTATE
- 4.7. DISCUȚII
- 4.8. CONCLUZIILE STUDIULUI
- 5. CARACTERIZAREA CLINICĂ ȘI RADIOGRAFICĂ A ASOCIERII PE TERMEN LUNG ÎNTRE IMPLANTURILE NEAFECTATE/MINIM AFECTATE ȘI ANTECEDENTELE DE PARODONTITĂ SEVERĂ. UN STUDIU RETROSPECTIV
  - 5.1. INTRODUCERE
  - 5.2. SCOPUL CERCETĂRII, DESIGNUL STUDIULUI, AVIZUL ETIC
  - 5.3. ALCĂTUIREA GRUPURILOR DE STUDIU, CRITERII DE INCLUDERE ȘI EXCLUDERE
  - 5.4. MATERIAL ȘI METODĂ
    - 5.4.1 DEFINIȚII DE CAZ
    - 5.4.2 EVALUAREA CLINICĂ
    - 5.4.3 EVALUAREA FIȘEI PACIENTULUI
    - 5.4.4 EXAMINAREA RADIOGRAFICĂ
    - 5.4.5 CALIBRARE
  - 5.5. ANALIZA STATISTICĂ
  - 5.6. REZULTATELE STUDIULUI
  - 5.7. DISCUȚII
  - 5.8. CONCLUZIILE STUDIULUI

## **CONCLUZII ȘI CONTRIBUȚII PROPRII**

## **BIBLIOGRAFIE**

## **REFERINȚE**

## **ANEXĂ: ARTICOLELE PUBLICATE IN-EXTENSO**

## Introducere

Parodontita este o afecțiune inflamatorie necontagioasă și afectează 11.2% din populația globului, fiind a șasea cea mai răspândită boală. Este principală incriminată pentru pierderea dinților în rândul populației adulte, bolnavii cu parodontită fiind expuși unui risc continuu de apariție a edentației totale, a disfuncției masticatorii și a alterării esteticii faciale. Progresia bolii parodontale și sechele produse de aceasta exercită un impact negativ asupra calității vieții, a stimei de sine, ducând ulterior la o creștere a costurilor de îngrijire specifică. De asemenea, cele mai recente studii o asociază cu afecțiuni sistemice precum : diabet zaharat, evenimente adverse petrecute în sarcină, afecțiuni cardiovasculare, boli autoimune, tratamentul parodontitei implicând obligatoriu controlul factorilor de risc.

În ultima jumătate de deceniu au avut loc 3 mari progrese în parodontologie, atât în practica clinică cât și în cercetarea medicală, acestea având ca rezultat posibilitatea unei diagnosticări mai precise și efectuarea unui tratament ținut și personalizat în funcție de severitatea și complexitatea bolii parodontale.

Primul progres este reprezentat de introducerea în 2018 a Noii Scheme de Clasificare a Bolilor și Stărilor Parodontale și Peri-implantare care se bazează pe un sistem multidimensional de stadializare și gradare. Stadializarea depinde de severitatea progresiei la momentul prezentării pacientului la medic precum și de complexitatea managementului bolii, în timp ce gradarea oferă informații suplimentare despre caracteristicile biologice ale afecțiunii și se bazează pe determinarea retrospectivă a ratei de progresie precum și pe evaluarea riscului de progresie și nu în ultimul rând, pe anticiparea rezultatelor tratamentului.

Dintre bolnavii de parodontită descriși de această nouă clasificare, se evidențiază pacienții cu parodontită de stadiul IV (forma cea mai severă) care reprezintă o categorie de pacienți cu nevoi speciale de tratament. Aceștia se desprind din pacienții cu parodontita de stadiul III, cu un tablou clinic caracterizat prin prezența leziunilor parodontale profunde extinse până în treimea apicală a rădăcinii și/sau a extracțiilor multiple în antecedente. Complexitatea tratamentului este modificată de mobilitatea crescută a dinților și de sechelele pierderilor dentare multiple (disfuncție masticatorie, prăbușirea ocluziei posterioare și evazarea dentară prin migrări dentare). O caracteristică a acestui stadiu este aceea că, în absența unui control adecvat al afecțiunii și a unei reabilitări adecvate, există riscul de pierdere totală a dentiției. Cel mai frecvent, managementul terapeutic al acestor pacienți implică stabilizarea unităților dentare și reabilitarea protetică a funcției masticatorii, precum și redresarea ortodontică, tratamentul inter-disciplinar fiind o componenta cheie în obținerea succesului terapeutic.

Necesitatea selectării acestor intervenții trebuie făcută printr-un proces riguros de luare a deciziilor, bazat de dovezi științifice ceea ce a dus la realizarea de către experții Federației Europene de Parodontologie (EFP) în 2018 a Ghidului de Practică Clinică de nivel

S3 pentru parodontitele de stadiile I-III. Acesta reprezintă cel de-al doilea progres înregistrat în parodontologie și recomandă abordarea etapizată, pe pași, în cadrul tratamentului parodontal în funcție de stadiul bolii. Din moment ce parodontita de stadiul IV se suprapune doar până la un moment, din punct de vedere al caracteristicilor de severitate și complexitate, cu parodontita de stadiul III, sechele anatomice și funcționale determinate de pierderea atașamentului clinic și a elementelor dentare multiple (>5 dinți), necesitând intervenții suplimentare.

Aceste aspecte au generat elaborarea și publicarea în 2022 a Ghidului de Practică Clinică (GPC) de nivel S3 pentru parodontita de stadiul IV, acesta reprezentând cel de-al treilea mare progres în Parodontologie din ultimul deceniu.

**Partea generală** reflectă stadiul actual al cunoașterii în domeniu care poate fi rezumat în următoarele paragrafe

Obiectivul principal al terapiei suportive (TS) este menținerea stabilității parodontale (BOP < 10% din site-uri; PPD ≤ de 4mm, absența BOP) prin prevenția recurenței bolii parodontale și prin evitarea unor extracții dentare ulterioare.

Modificările aduse de Workshop-ul Internațional din 2017 și Noua Clasificare a Bolilor și Stărilor Parodontale și Peri-implantare au dus la clasificarea post-terapeutică a pacienților cu parodontită în: pacienți cu parodontită cu parodonțiu redus dar sănătos sau pacienți cu inflamație gingivală. Ambele categorii de pacienți prezintă un risc crescut de recurență/progresie a bolii parodontale, aceștia fiind cei care fac obiectul TS.

Există un consens în comunitatea științifică de Parodontologie privind obiectivele finale ale tratamentului parodontal, acestea fiind: absența pungilor parodontale moderate cu adâncimi de sondare mai mari de 4mm ce prezintă sângerare provocată la sondare (BOP) sau absența pungilor parodontale profunde cu adâncimi de sondare mai mari sau egale cu 6mm. Cercetările realizate anterior arată că site-urile cu adâncime de sondare (PPD) > 5mm reprezintă un factor de risc pentru progresia bolii parodontale și mortalitatea dentară

Raționamentul TS este în strânsă legătură cu rolul etiologic al biofilmului în debutul și progresia bolilor parodontale.

Recent, GPC de nivel S3 pentru parodontita de stadii I-III emite o recomandare deschisă privind utilizarea antisepticelor în cadrul TS în cazuri specifice, ca abordare de tratament individualizat pe nevoile și caracteristicile cazului. Prin planul de tratament, la pacienții cu parodontită de stadiul IV, se urmărește obținerea beneficiilor clinice rezultate din aplicarea secvenței de tratament pe pași (1-4) descriși în cadrul GPC pentru parodontita de stadiile I-III. În plus, se iau în calcul nevoile specifice de tratament pe care le impune modelul de distrucție parodontală caracteristic stadiului IV: reabilitarea funcțiilor masticatorie, estetică

și fonetică, restaurarea confortului masticator, tratamentul traumei ocluzale secundare, restaurarea dimensiunii verticale de ocluzie

**Partea specială** include trei studii (unul clinic și două retrospective).

**Primul studiu** evaluează punct de vedere clinic și microbiologic efectele produse de o singură aplicare subgingivală a unui gel cu NaOCl, comparativ cu un gel cu clorhexidină (CHX) 1% și un gel placebo în timpul re-instrumentării subgingivale cu ultrasunete în cadrul TS.

Populația studiului a fost formată din 62 de pacienți, incluși pe baza următoarelor criterii: diagnostic de parodontită de stadiul III-IV stabilit la debutul terapiei inițiale, cel puțin 6 luni de aderare la TS anterior includerii în studiu, prezența a cel puțin 4 site-uri cu PPD $\geq$ 4 mm +BOP sau PPD de 5 mm până la 8 mm  $\pm$  BOP. Toate site-urile ce au prezentat indicație de tratament au fost re- instrumentate la baseline și ulterior la 3, 6, 9, 12 luni. La baseline, în plus, în grupul test, a fost aplicat subgingival un gel cu NaOCl (Perisolv®), în primul grupul control a fost aplicat un gel cu CHX 1% (Clorhexamed® 1% gel, GSK, Germania), iar în cel de-al doilea grup control, un gel placebo. De asemenea, 4 site-uri de referință non-adiacente au fost alese pentru fiecare subiect, ele fiind utilizate pentru analiza statistică a datelor cât și pentru recoltarea eșantioanelor microbiologice la baseline și la finalul studiului (12 luni). Analiza semi-cantitativă a ratei de detecție a următoarelor specii bacteriene s-a realizat în laboratoarele Departamentului de Biochimie din cadrul Facultății de Medicină Dentară a UMFVBT: *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (A.a.), *Porphyromonas gingivalis* (P.g.), *Prevotella intermedia* (P.i.), *Tannerella forsythia* (T.f.), și *Treponema denticola* (T.d.).

**Al doilea studiu** are un design retrospectiv și a urmărit investigarea factorilor ce influențează rata de supraviețuire a dinților utilizați ca stâlpi protetici pentru susținerea restaurărilor protetice fixe și hibride (componentă fixă, componenta mobilizabilă) stabilizatoare la pacienții cu parodontită de stadiul IV. Criteriile de includere în studiu a subiecților au fost: pacienți aflați în TS diagnosticați cu parodontită de stadiul III/ IV, prezența unei restaurări protetice fixe stabilizatoare, extinsă (cel puțin 6 elemente) sau a unei restaurări protetice hibride cu cel puțin 5 ani anterior colectării datelor, prezență radiografiilor panoramice (OPG) și a re-evaluărilor parodontale la începutul și la ultima vizită din cadrul TS. Datele au fost obținute retrospectiv din fișele de date personale ale pacienților, din re-evaluările parodontale și în urma examinării OPG-urilor. În cadrul analizei statistice a datelor s-au evaluat factorii (pacientul a fost considerat unitate statistică) care au influențat rata de supraviețuire a dinților. Acest studiu retrospectiv l-am considerat ca fiind important pentru cercetarea personală deoarece a reprezentat un instrument în evaluarea rezultatelor pe termen mediu a strategiilor terapeutice de menținere a dinților cu suport parodontal redus sever utilizate până în prezent

în cadrul clinicii private unde s-a realizat primul studiu clinic și de unde au fost selectați pacienții incluși în cele 2 studii retrospective.

**Al treilea studiu**, submis, în curs de publicare, este un studiu retrospectiv ale cărui obiective au fost compararea modificărilor clinice și radiologice ale statusului parodontal și peri-implantar survenite la o populație de pacienți cu parodontită progresivă/ necontrolată (tratată anterior) și cel puțin un implant neafectat/minim afectat. În plus, a fost investigată asocierea dintre modificările parametrilor parodontali și stările peri-implantare pe o perioadă medie de observație de TS de 7,6 ani. Criterii de includere au fost următoarele: (1) diagnostic de parodontită de stadiul III și IV, gradul B, C, (2) au urmat/ nu au urmat TS în mod regulat, (3) prezența progresiei bolii parodontale post tratament după inserarea implantului luat în calcul în studiu, (4)  $\geq 18$  ani, (5) prezența a cel puțin un implant introdus anterior TA sau după TA, (6) prezența a cel puțin un implant neafectat/minim afectat.

Ulterior obținerii avizului de etică, datele necesare au fost obținute retrospectiv din fișele de date personale ale pacienților, din re-evaluările parodontale și în urma examinării OPG-urilor. În cadrul analizei statistice (pacientul respectiv grupul au fost considerați unitate statistica) s-au realizat comparații intra- și inter-grup pentru parametrii clinici și radiografici de interes cu scopul de a evalua modificările survenite pe parcursul a unei perioade de observație de 7.6 ani de TS. De asemenea, s-a evaluat asocierea dintre modificările parametrilor parodontali și stările peri-implantare. Acest studiu retrospectiv este de interes în tot contextul cercetării personale desfășurate pe parcursul studiilor doctorale, concentrate pe formele severe de boală parodontală deoarece se adresează acelei populații izolate de pacienți care manifestă o degradare a statusului parodontal (în ciuda aderării la TS) spre deosebire statusul peri-implantar care se menține stabil.

### **Concluzii. Contribuții personale.**

Din cele trei studii conduse se pot emite următoarele concluzii:

1. Primul studiu al Parții Speciale condus de noi asupra efectului clinic obținut în urma utilizării adjuncte a gelului cu NaOCl la re-instrumentarea subgingivală în timpul TS la pacienții cu parodontită de stadiile III-IV arată că o singură utilizare adjuvantă a unui gel cu NaOCl poate oferi beneficii semnificative statistic în controlul inflamației și a pungilor parodontale reziduale comparativ cu grupul placebo. Acestea sunt evidențiate clinic prin închiderea pungilor reziduale.
2. De asemenea s-a observat că stabilitatea efectului clinic s-a menținut până la 12 luni de la administrare.
3. În schimb, utilizarea gelului cu NaOCl în timpul TS în asociere cu re-instrumentarea mecanică cu ultrasunete și pulbere air-flow nu a produs modificări semnificative din punct



de vedere statistic în scorurile de detecție ale celor 5 bacterii investigate la nici unul din momentele de referință ale studiului.

4. Cel de-al doilea studiu (retrospectiv) a arătat că retenția pe termen mediu a dinților compromiși sever din punct de vedere parodontal (pierdere osoasă radiografică inițială  $\geq 60\%$ ) este posibilă pentru pacienții cu parodontită de stadiul IV cu ajutorul restaurări protetice extinse, imobilizatoare (atât FDP cât și RDP hibride). În timpul perioadei luate în calcul pentru analiza statistică, doar 3,51% din dinții stâlpi s-au pierdut, în 6,57% cazuri, pierderea dinților ducând la pierderea restaurării protetice.
5. Deși ratele de supraviețuire a restaurărilor protetice au rămas peste 80% timp de aproximativ 5 ani, surprinzător, curbele de supraviețuire pentru pacienții care au participat în mod regulat (RC) la TS au raportat un rezultat asemănător cu cel al grupului care a participat ne-regulat (IC).
6. Tratamentul parodontal și protetic inter-disciplinar cuprinzător ajută la minimizarea complicațiilor tehnice și biologice care pot surveni în timpul TS.
7. Rezultatele celui de-al treilea studiu (retrospectiv) arată că nivelul osului creștal din jurul implanturilor pare să fie mai stabil în comparație cu nivelul osului alveolar din jurul dinților naturali chiar și când este expus pe termen lung la boală parodontală severă necontrolată.
8. De asemenea, fumatul și diagnosticul bolii parodontale au fost asociate semnificativ cu creșterea adâncimilor de sondare în site-urile peri-implantare implant, în timp ce FMPS, fumatul și diagnosticul bolii parodontale au fost asociate semnificativ cu alveoliza peri-implantară.
9. Implanturile neafectate/minim afectate par să beneficieze de o combinație de factori clinici printre care se numără poziția de inserție în regiunea mandibulară posterioară, diametre mai mici ale acestora și restaurări multi-unit agregate prin înșurubare.