



Colegiul Medicilor Stomatologi  
ROMÂNIA

**GHIDUL DE PRACTICĂ CLINICĂ**  
PENTRU TRATAMENTUL PARODONTITEI  
DE STADIILE I-III

**2026**

Ștefan-Ioan Stratul - Timișoara, *coordonator*

Mariana Cărmidă - București

Raluca Cosgarea - Bonn

Bahtiar Ismail - București

Darian Rusu - Timișoara

Silvia Teslaru - Iași

Darius Tomina - Cluj



# CUPRINS

## 1. PREAMBUL

## 2. ABREVIERI FOLOSITE ÎN CADRUL GHIDULUI

## 3. INTRODUCERE

## 4. SCOPUL GHIDULUI

## 5. METODOLOGIE

## 6. DIAGNOSTICUL ȘI CLASIFICAREA PARODONTITELOR

## 7. RECOMANDĂRI CLINICE ÎN PRIMUL PAS AL TERAPIEI

## 8. RECOMANDĂRI CLINICE ÎN AL DOILEA PAS AL TERAPIEI

## 9. RECOMANDĂRI CLINICE ÎN AL TREILEA PAS AL TERAPIEI

## 10. RECOMANDĂRI CLINICE ÎN ÎNGRIJIRILE PARODONTALE SUPORTIVE

## 11. REFERINȚE



# 1. PREAMBUL

Workshop-ul Mondial din 2017 asupra clasificării parodontitei și-a propus să conecteze clasificarea bolii cu abordările preventive și terapeutice, descriind nu numai severitatea și extinderea bolii, ci și gradul de complexitate și riscul individual al pacientului. Astfel, a devenit evidentă nevoia de ghiduri clinice bazate pe dovezi din literatură, care să ofere recomandări pentru tratarea parodontitei. Răspunzând acestei nevoi, Federația Europeană de Parodontologie (EFP) a dezvoltat Ghiduri de Practică Clinică de nivel S3 pentru tratamentul parodontitei în stadiile I–III (2020), stadiul IV (2022) și pentru prevenția și tratamentul bolilor peri-implantare (2023).

Ghidul de față, redactat de către membrii Comisiei de specialitate Parodontologie la solicitarea Colegiului Medicilor Stomatologi din România, are ca unică sursă de informație și urmează îndeaproape Ghidul de Practică Clinică de nivel S3 al EFP pentru tratamentul parodontitei de stadiile I-III (Sanz et al. 2020), care a fost dezvoltat sub auspiciile EFP, redactat conform îndrumărilor metodologice ale Asociației Societăților Științifice Medicale din Germania și recomandărilor Grupului de lucru GRADE (“Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation”). Procesul riguros și transparent de dezvoltare a Ghidului de nivel S3 al EFP a inclus sinteza cercetărilor relevante formulată în 15 analize sistematice comandate în mod specific, evaluarea calității și tăria dovezilor, formularea recomandărilor specifice și consensul asupra recomandărilor aparținând unor experți de frunte, precum și unei baze largi de părți interesate.

Ghidul abordează tratamentul parodontitei (stadiile I, II și III) utilizând o abordare prestabilită, pas-cu-pas, a terapiei care, în funcție de stadiul bolii, trebuie să fie incrementală, fiecare pas incluzând intervenții diferite. S-a realizat un consens asupra unor recomandări care acoperă intervenții diverse, care țintesc (a) schimbări comportamentale, biofilmul supra-gingival, inflamația gingivală și controlul factorilor de risc; (b) instrumentarea supra- și subgingivală, însoțită sau nu de terapii adjuvante; (c) diferite tipuri de intervenții chirurgicale parodontale; (d) îngrijirea parodontală suportivă, necesară pentru a extinde beneficiile în timp ale tratamentului.

Ghidul informează medicii, sistemele de sănătate, factorii de decizie și, indirect, publicul cu privire la modalitățile disponibile și cele mai eficiente de a trata parodontita și de a menține o dantură sănătoasă de-a lungul întregii vieți, conform dovezilor din literatură disponibile la



Deși ghidul reprezintă o fundamentare a bunei practici medicale pe cele mai recente dovezi științifice disponibile, nu trebuie considerat că recomandările lui includ toate intervențiile potrivite sau le exclud pe toate cele nepotrivite pentru situația în cauză. Ghidurile nu intenționează să înlocuiască raționamentul medical pentru fiecare caz în parte. Decizia medicală este un proces complex și integrativ, care trebuie să ia în considerare dovezile științifice din literatură, experiența și judecata medicului, circumstanțele clinice și opțiunile pacientului, precum și preferințele și valorile acestuia (Forrest & Miller, 2002). De asemenea, decizia va ține seama de resursele, caracterele specifice și limitările unităților clinice în care se practică tratamente parodontale. Practicienii au responsabilitatea de a adapta recomandările Ghidului în funcție de contextul clinic specific și de a utiliza discernământul profesional în stabilirea diagnosticului, a planului terapeutic și a măsurilor de urmărire sau tratament. Fiecare medic care aplică recomandările în scopul stabilirii unui plan terapeutic trebuie să utilizeze propriul raționament medical independent, în funcție de fiecare caz în parte și în funcție de experiența personală, în corelație cu dotarea și experiența unității clinice în care își desfășoară activitatea.

Instituțiile și specialiștii implicați în elaborarea acestui ghid au depus toate eforturile pentru a asigura acuratețea și fundamentarea științifică a informațiilor prezentate. Cu toate acestea, având în vedere posibilitatea erorilor umane și progresul continuu al cunoștințelor medicale, nu se poate garanta că informațiile sunt exhaustive sau lipsite de inexactități. Autorii ghidului își declină responsabilitatea legală pentru orice inacuratețe, informație percepută eronat, pentru eficacitatea clinică sau succesul oricărei metode terapeutice detaliate în acest ghid, pentru modalitatea de utilizare sau aplicare sau pentru deciziile finale ale personalului medical, rezultate din utilizarea sau aplicarea lor. Instituțiile și persoanele implicate nu pot fi trase la răspundere juridică pentru eventualele erori, interpretări greșite, eficiența clinică sau rezultatele obținute prin aplicarea recomandărilor prezentate. De asemenea, acestia nu își asumă responsabilitatea nici pentru informațiile referitoare la aparatură, instrumentele, materialele terapeutice și produsele farmaceutice menționate.

În România, implementarea prezentului ghid va trebui să facă față cunoașterii științifice încă insuficiente a naturii, evoluției și terapiei parodontitelor, insuficienței combaterii a factorilor de risc cei mai importanți (igiena orală, fumatul, diabetul zaharat) de către pacienți, a pregătirii curriculare relativ neuniforme a medicilor dentiști generaliști și specialiști de Parodontologie, acoperirii scăzute de către sistemul de sănătate a costurilor tratamentelor parodontale. Cu toate acestea, recunoașterea de către stat a specialității Parodontologie, organizarea învățământului



postuniversitar de specialitate începând cu 2009, creșterea numărului de medici specialiști de Parodontologie în România și atenția acordată de către CMSR îmbunătățirii sănătății orale în general și parodontale în mod special sunt considerate ca oportunități deosebite. Nu mai puțin, alcătuirea și publicarea de către EFP a celor 3 Ghiduri de practică clinică de nivel S3 – cel pentru tratamentul parodontitelor de stadiile I-III (Sanz et al. 2020), stadiul IV (Herrera et al., 2022) și cel pentru prevenția și tratamentul bolilor peri-implantare (Herrera et al., 2023), ca și actualizările acestora vor contribui substanțial la succesul implementării.

Recomandările reflectă consensul autorilor asupra abordărilor terapeutice considerate adecvate la momentul redactării ghidului. Ghidul de față, ca de altfel toate ghidurile clinice, sunt supuse unui proces de revizuire și actualizare continuă, în funcție de noile dovezi științifice și de evoluția practicilor medicale.



## 2. ABREVIERI FOLOSITE ÎN CADRUL GHIDULUI

- AINS** - Antiinflamatoare nesteroidiene
- AMOX** - Amoxicilină
- aPDT** - Terapie fotodinamică antimicrobiană
- BOP** - Sângerare la sondare ("Bleeding On Probing")
- BP** - Bisfosonați
- CAL** - Nivel de atasament ("Clinical Attachment Level")
- DHA** - Acidul docosahexanoic
- EFP** - Federația Europeană de Parodontologie
- EMD** - Derivați din matricea smalțului ("Enamel Matrix Derivatives")
- EPA** - Acidul eicosapentaenoic
- GCF** - Lichid crevicular ("Gingival Crevicular Fluid")
- GTR** - Regenerare tisulară ghidată
- MET** - Metronidazol
- OFD** - Debridare în câmp deschis ("Open Flap Debridement")
- OHI** - Instrucțiuni pentru igienă orală
- PPD** - Adâncime la sondare ("Pocket Depth/Periodontal Pocket Depth")
- PMPR** - Îndepărtarea mecanică profesională a plăcii bacteriene ("Professional Mechanical Plaque Removal")
- PUFA** - Acizi grași polinesaturați
- RBL** - Resorbție osoasă evidentă radiologic (sau "pierderea radiografică de os", "Radiologic Bone Loss")
- SDD** - Doxiciclină în doză subantimicrobiană
- SPC** - Îngrijiri parodontale suportive ("Supportive Periodontal Care")
- SRP** - Detartraj subgingival și planare radiculară ("Scaling and Root-Planing").



## 3. INTRODUCERE

### PROBLEMA DE SĂNĂTATE

#### Definiție

Parodontita este caracterizată prin distrugerea progresivă a aparatului de susținere al dinților. Principalele sale caracteristici includ pierderea țesutului de suport parodontal, manifestată prin pierderea atașamentului clinic (CAL) și pierderea de os alveolar evaluată radiografic, prezența pungilor parodontale și sângerarea gingivală (Papapanou et al., 2018). Netratată, poate duce la pierderea dinților, cu toate că, în majoritatea cazurilor, boala poate fi prevenită și tratată.

#### Importanță

Parodontita reprezintă o problemă majoră de sănătate publică. Datorită prevalenței sale ridicate și deoarece poate duce la pierderea dinților și dizabilitate, afectează negativ funcția masticatorie și estetică, este o sursă de inegalitate socială și deteriorează semnificativ calitatea vieții. Parodontita contribuie în mod semnificativ la apariția edentației și a disfuncției masticatorii, are un impact negativ asupra sănătății generale și determină costuri semnificative pentru îngrijirile dentare (Tonetti, Jepsen et al., 2017).

#### Caracterizare patogenetică

Parodontita este o boală inflamatorie cronică multifactorială asociată cu biofilme disbiotice ale plăcii dentare.

#### Prevalență

Parodontita este cea mai comună boală inflamatorie cronică non-transmisibilă la oameni. Prevalența globală standardizată pe vârstă în intervalul 1990–2010 a parodontitei severe a fost de 11,2%, reprezentând a șasea cea mai răspândită patologie din lume (Kassebaum et al.,



2017). Prevalența formelor mai ușoare de parodontită poate fi de până la 50% (Billings et al., 2018).

### **Consecințele absenței și eșecului tratamentului parodontitei**

Parodontita netratată sau tratată necorespunzător duce la pierderea țesuturilor de susținere ale dinților și, în cele din urmă, a dinților. Lipsa tratamentului parodontitei severe, împreună cu cariile dentare, rezultă în cei mai mulți ani de viață ajustați cu incapacitate, mai mult decât oricare altă boală umană (GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2018). Mai mult, infecțiile parodontale sunt asociate cu o serie de boli sistemice care duc la deces prematur, inclusiv diabetul (Sanz et al., 2018), bolile cardiovasculare (Sanz et al., 2019; Tonetti & Working Group 1 of the Joint EFP/AAP Workshop, 2013) sau evenimentele adverse din timpul sarcinii (Sanz & Working Group 3 of Joint EFP/AAP Workshop, 2013).

### **Importanța economică**

La nivel global, tratamentele destinate parodontitei au fost estimate la 54 miliarde de dolari în costuri directe și alte 25 de miliarde de dolari în costuri indirecte (GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2018). Parodontita contribuie semnificativ la costurile cauzate de bolile dentare, din cauza necesității de a înlocui dinții pierduți. Costul total al bolilor dentare a fost estimat în 2015, la 544,41 miliarde de dolari, dintre care 356,80 miliarde de dolari costuri directe și 187,61 miliarde de dolari costuri indirecte (Righolt et al., 2018).



## 4. SCOPUL GHIDULUI

Ghidul își propune să sublinieze importanța și nevoia de dovezi științifice în luarea deciziilor clinice pentru tratamentul pacienților cu parodontită în stadiile I până la III. Principalul său obiectiv este să sprijine recomandările bazate pe dovezi pentru diferitele intervenții din diferitele etape ale terapiei parodontale, acestea fiind bazate pe cele mai bune dovezi disponibile și/sau consensul experților, așa cum apar în Ghidul de nivel S3 al EFP (Sanz et al. 2020). Ghidul își propune să îmbunătățească calitatea generală a tratamentului parodontal, să reducă pierderea dinților asociată cu parodontita și, în cele din urmă, să îmbunătățească sănătatea sistemică generală și calitatea vieții populației.

### UTILIZATORII-ȚINTĂ AI GHIDULUI

- Profesioniștii din domeniul stomatologiei și medicinei, împreună cu toate părțile interesate aflate în legătură cu îngrijirea sănătății, în special a celei orale, inclusiv pacienții;
- Mediile profesionale-țintă;
- Medii universitare stomatologice și medicale/spitalicești, unități medicale publice și private;
- Populația-țintă a Ghidului;
- Persoanele cu parodontită în stadiile I, II și III;
- Persoanele cu parodontită în stadiile I, II și III, în urma tratamentului reușit al acesteia;

### Aspecte necuprinse în prezentul Ghid

Ghidul nu se ocupa cu raportul economic dintre costuri și beneficii pentru sănătate, din cauza lipsei de dovezi științifice solide pentru acest aspect. De asemenea, Ghidul nu abordează tratamentul gingivitei (deși managementul gingivitei este considerat un obiectiv indirect în unele dintre intervențiile evaluate), tratamentul parodontitei de stadiul IV, parodontita necrozantă, parodontita ca manifestare a bolilor sistemice și afecțiunile mucogingivale.



## 5. METODOLOGIE

Ghidul de față, redactat de către membrii Comisiei de specialitate Parodontologie la solicitarea Colegiului Medicilor Stomatologi din România, urmează îndeaproape Ghidul de Practică Clinică de nivel S3 al EFP pentru tratamentul parodontitei de stadiile I-III (Sanz et al. 2020). Precizările metodologice specifice, descrierea procesului structurat de consens, căutarea sistematică a literaturii și sinteza dovezilor care au dus la elaborarea Ghidului EFP din 2020 au fost menționate pe scurt. Secțiunea destinată diagnosticului și clasificării bolilor parodontale și peri-implantare a fost completată cu precizări practice. Structura pe “Intervenții” și “Recomandări” a Ghidului EFP din 2020 a fost păstrată, recurgându-se la comasarea câtorva recomandări repetitive și la eliminarea referințelor detaliate la review-urile sistematice de bază și a unor recomandări cu valoare practică mai redusă. Numerotarea originală a recomandărilor a fost păstrată, pentru evitarea confuziilor. Pentru simplificarea parcurgerii, recomandările din prezentul Ghid cuprind, după caz: intervenția terapeutică, întrebarea practică la care recomandarea răspunde, formularea ca atare a recomandării, literatura de suport/relevantă care a servit Ghidului de nivel S3 al EFP, gradul (tăria) recomandării, contextul științific bazat pe dovezi (pe scurt), detalii esențiale de relevanță clinică. Acolo unde s-a considerat absolut necesar, au fost furnizate date despre echilibrul dintre beneficii și daune, considerații economice și aplicabilitate și alte detalii.

### **DEFINIȚII: evaluarea calității dovezilor, gradarea tăriei recomandărilor**

#### **Pentru toate recomandările și afirmațiile care urmează, Ghidul indică:**

- calitatea dovezilor care stau la baza recomandărilor, reflectând gradul de certitudine/incertitudine a dovezilor și robustețea rezultatelor studiilor;
- gradul tăriei recomandării, reflectând criteriile de decizie.

### **Calitatea dovezilor**

Calitatea dovezilor a fost evaluată de către participanții la redactarea Ghidului de Practică Clinică de nivel S3 al EFP pentru tratamentul parodontitei de stadiile I-III (Sanz et al. 2020) folosind un sistem de clasificare recomandat în literatură (Balslem et al., 2011; Schunemann, Zhang, Oxman, & Expert Evidence in Guidelines Group, 2019).



## Tăria recomandărilor

Gradarea tăriei recomandărilor a utilizat schema elaborată de Asociația Germană a Societăților Științifice Medicale (AWMF) și Comisia Permanentă pentru Ghiduri a acesteia (2012), luând în considerare nu numai calitatea dovezilor, ci și raționamentul considerat, fiind ghidată de următoarele criterii (Tabelul 1):

- relevanța rezultatelor și calitatea dovezilor pentru fiecare rezultat relevant;
- coerența rezultatelor studiilor;
- aplicabilitatea dovezilor la populația-țintă/specificațiile întrebărilor PICO;
- precizia estimării efectelor privind intervalele de încredere;
- magnitudinea efectelor;
- echilibrul între beneficii și daune;
- considerații etice, legale, economice;
- preferințele pacientului.

### Tabelul 1.

Schema gradării tăriei recomandărilor (adaptată după Asociația Societăților Științifice Medicale din Germania AWMF și recomandările Grupului de lucru GRADE - Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation).

Gradul recomandării	Formularea (așa cum apare în recomandare)	Semnificație
<b>A</b>	“Se recomandă”/”Nu se recomandă”	Recomandare puternică
<b>B</b>	“Se sugerează”/”Se sugerează a nu se...”	Recomandare simplă
<b>O</b>	“Se poate lua în considerare”	Recomandare deschisă

Acolo unde s-a considerat că dovezile din literatura nu sunt suficient de clare pentru a susține o recomandare, au fost formulate afirmații despre necesitatea unor cercetări suplimentare. Prin urmare, calitatea dovezilor din literatura și tăria unei recomandări pot diferi în cazuri justificate.

## Valabilitate și proces de actualizare

Întrucât Ghidul de practică clinică de nivel S3 al EFP pentru parodontitele de stadiile I-III (2020) care stă la baza Ghidului de față este valabil până în 2025, urmând a fi actualizat periodic de către EFP, autorii acestuia vor evalua continuu evoluțiile actuale din domeniu. În cazul unor modificări majore în viitor care se bazează pe noi dovezi relevante din literatura de specialitate, va fi declanșată o actualizare a Ghidului în scopul unor posibile amendări ale recomandărilor.



## 6. DIAGNOSTICUL ȘI CLASIFICAREA PARODONTITELOR

Diagnosticul parodontal se stabilește conform schemei de clasificare elaborată în 2017 de Workshopul Mondial de Clasificare a Bolilor și Stărilor Parodontale și Peri-implantare (Caton et al., 2018; Chapple et al., 2018, Jepsen et al., 2018; Papapanou et al., 2018). Urmând acestei clasificări:

1. Un caz de *sănătate parodontală clinică* este definit de:

- Absența inflamației, măsurată prin prezența sângerării la sondare (BOP) la mai puțin de 10% din situri;
- Absența pierderii de atașament și de os în urma bolii parodontale în antecedente.

2. Un caz de *gingivită* este definit prin:

- Prezența inflamației, măsurată prin BOP la  $\geq 10\%$  din situri;
- Absența pierderii detectabile de atașament datorată bolii parodontale în antecedente.
- În gingivita localizată, sângerarea apare la 10-30% din situri, iar în gingivita generalizată mai mult de 30% din situri prezintă BOP.

3. Un caz de *parodontită* este definit prin:

- Pierderea de țesut parodontal de suport, evaluată în mod obișnuit:
  - radiografic - prin pierderea de os
  - sau*
  - prin pierderea interproximală de atașament, măsurată la sondare.
- Alte descrieri semnificative ale parodontitei includ:
  - numărul și proporția de dinți cu adâncimi la sondare (PPD) peste o anumită limită ( $>4\text{mm}$  cu sângerare și  $\geq 6\text{mm}$  indiferent de sângerare);
  - numărul dinților pierduți din cauză parodontală;
  - numărul de dinți cu defecte intraosoase;
  - numărul de dinți cu leziuni de furcație.

4. În continuare, un caz individual de parodontită se caracterizează folosind matrici care descriu *stadiul și gradul* bolii. **Stadializarea** dă informații despre severitatea bolii la prezentarea pacientului și despre complexitatea anticipată a tratamentului, iar în continuare descrie extinderea și distribuția bolii în dentiție (localizată sau generalizată).



Gradarea oferă informații suplimentare despre caracteristicile biologice ale bolii: analiza ratei progresiei parodontitei; evaluarea riscului de progresie; analiza rezultatelor posibil negative ale tratamentului; evaluarea riscului ca boala sau tratamentul acesteia să influențeze negativ sănătatea generală a pacientului. Stadializarea, fiind dependentă de severitatea bolii și de complexitatea anticipată a tratamentului, trebuie să se afle la baza planului terapeutic general, pentru că e fondată pe dovezile științifice privind diferitele intervenții terapeutice. Gradarea, întrucât oferă informații suplimentare despre factorii de risc ai pacientului și rata de progresie a bolii, se află la baza planificării individuale a îngrijirilor (Tabelele 2 și 3)(Papapanou et al., 2018; Tonetti, Greenwell & Kornman, 2018).

5. După finalizarea tratamentului parodontal, *un pacient cu parodontită stabilă* este definit prin *sănătatea gingivală pe un parodontiu redus* dacă prezintă BOP < 10% din situsuri, PPD (reduse de 4 mm sau mai puțin), și nu are situsuri de 4 mm cu sângerare. Dacă, după finalizarea tratamentului parodontal, aceste criterii sunt îndeplinite, dar BOP este prezent la mai mult de 10% din situsuri, atunci pacientul este diagnosticat ca *pacient cu parodontită stabilă, dar cu inflamație gingivală*.

Situsurile persistente cu PPD  $\geq 4$  mm și BOP+ sunt instabile și necesită în continuare tratament. Pacienții care au finalizat cu succes tratamentul parodontal și pacienții parodontali stabili vor rămâne cu un risc ridicat de boală parodontală recurentă. Mai mult, dacă inflamația gingivală este prezentă, trebuie luate măsuri pentru controlul inflamației și pentru prevenirea parodontitei recurente.

**Tabelul 2.** (pe pagina următoare)

Stadializarea parodontitei (adaptată după Tonetti et al. 2018)

**Tabelul 2.**

Stadializarea parodontitei (adaptată după Tonetti et al. 2018)

Stadiul bolii parodontale		Stadiul I	Stadiul II	Stadiul III	Stadiul IV
<b>Severitate</b>	CAL interdental (în situl cu pierderea cea mai mare)	1 – 2 mm	3 – 4 mm	≥ 5 mm	≥ 5 mm
	Pierdere osoasă detectabilă radiologic	1/3 coronară (≤ 15%)	1/3 coronară (15% - 33%)	Extindere în 1/3 medie – 1/3 apicală	Extindere în 1/3 medie – 1/3 apicală
	Dinți pierduți (de cauză parodontală)	Niciun dinte pierdut de cauză parodontală		≤ 4 dinți	≥ 5 dinți
<b>Complexitate</b>	<b>Local</b>	Adâncime de sondare maximă ≤ 4 mm (alveoliză preponderent orizontală)	Adâncime de sondare maximă ≤ 5 mm (alveoliză preponderent orizontală)	<b>În plus față de stadiul II:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Adâncime de sondare ≥ 6 mm</li> <li>Defecte osoase verticale ≥ 3 mm</li> <li>Defecte osoase moderate ale crestei edentate</li> <li>Furcație gr. II sau III</li> </ul>	<b>În plus față de stadiul III:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Disfuncție masticatorie</li> <li>Traumă ocluzală secundară (mobilitate ≥ gr. II)</li> <li>Defect sever al crestei edentate</li> <li>Ocluzie prăbușită</li> <li>Evazare dentară prin migrări și deplasări dentare</li> <li>Mai puțin de 20 dinți rămași (adică mai puțin de 10 perechi de dinți antagoniști)</li> </ul>
		Extindere: (se adaugă la fiecare stadiu ca descriptor)		Pentru fiecare stadiu, extinderea se descrie ca: <ul style="list-style-type: none"> <li>localizată: ≤ 30% dinți implicați</li> <li>generalizată: ≥ 30% dinți implicați</li> <li>model "molari-incisivi"</li> </ul>	

**Precizări utile la stadializarea parodontitei:**

- Stadializarea se aplică la întreaga cavitate bucală și nu este divizată pe segmente ale acesteia.
- Majoritatea cazurilor ușoare și moderate de parodontită sunt stadii I și II, în timp ce majoritatea cazurilor severe sunt stadii III și IV.
- Stadializarea desemnează zonele cu distrucția cea mai severă.
- Situsul cu cea mai mare pierdere de atașament clinic este determinant pentru stadializare.



- În calculul dinților pierduți din cauză parodontală (TLP) intră și dinții planificați pentru extracție din motive de boală parodontală, dar prezenți pe arcadă la momentul examinării.
- Stadiul inițial se determină utilizând pierderea de atașament clinic (CAL); dacă CAL nu e disponibil, se folosește „pierderea radiografică de os” (Radiologic Bone Loss, RBL).
- Dacă sunt disponibile, informațiile privind pierderea dinților de cauză primară parodontală pot modifica definiția stadiului. Aceasta se poate întâmpla și în absența factorilor de complexitate.
- Factorii de complexitate pot crește stadiul, de ex. prezența unei furcații de gradul II sau III (definite conform clasificării, Hamp et al., 1975) va crește stadiul la III sau IV, indiferent de CAL.
- Distincția dintre stadiile III și IV se bazează în primul rând pe factorii de complexitate. De exemplu, prezența mobilității dentare mari și/sau lipsa stopurilor ocluzale laterale indică un stadiu IV.
- Nu toți factorii de complexitate sunt prezenți la toate cazurile.
- Pentru un caz dat, e nevoie de prezența unui singur factor de complexitate pentru a crește stadiul.
- Pentru pacienții care au fost deja tratați de parodontită, CAL și RBL dau sugestia preliminară a stadiului (sunt determinanții primari ai acestuia).
- Dacă unul sau mai mulți factori de complexitate au fost eliminați prin tratament, stadiul nu va fi scăzut, întrucât factorul inițial de complexitate trebuie luat în considerare în planificarea îngrijirilor parodontale suportive.
- Prescurtări: CAL – pierderea de atașament clinic; RBL – pierderea radiologică de os; TLP – dinți pierduți din cauză parodontală.

**Tabelul 3.** (pe pagina următoare)

Gradarea parodontitei (adaptată după Tonetti et al. 2018)



Tabelul 3.

Gradarea parodontitei (adaptată după Tonetti et al. 2018)

Gradul bolii parodontale			Gradul A	Gradul B	Gradul C
<b>Criteriu primar</b>	Dovezi directe ale progresiei	Date longitudinale (RBL sau CAL)	Fără pierdere în ultimii 5 ani	Pierdere de os ≤ 2 mm în ultimii 5 ani	Pierdere de os ≥ 2 mm în ultimii 5 ani
	Dovezi indirecte ale progresiei	Raportul RBL / vârstă	< 0.25	0.25 – 1.00	> 1.00
		Fenotipul cazului (modul de prezentare)	Depozite <i>abundente</i> de placă, cu grad <i>redus</i> de distrucție parodontală	Depozitele de placă <i>proporționale</i> cu gradul de distrucție parodontală	Distrucție parodontală excesivă față de cantitatea de placă (aspecte clinice care sugerează perioade de progresie rapidă sau debutul precoce al bolii; ex: localizare la molari/incisivi; răspunsul slab la terapia standard)
<b>Modificatori ai gradului</b>	Factori de risc	Fumatul	Nefumător	Fumător ≤ 10 țigări/zi	Fumător ≥ 10 țigări/zi
		Diabetul	Normoglicemic / Nediagnosticat DZ	HbA <sub>1c</sub> < 7% la pacienți cu DZ	HbA <sub>1c</sub> ≥ 7% la pacienți cu DZ
<b>Prezența riscului</b>	Sarcină inflamatorie	Proteina C reactivă înalt sensibilă (hsCRP)	< 1 mg/L	1 – 3 mg/L	> 3 mg/L
<b>Biomarkeri</b>	Indicatori ai pierderii de atașament sau os alveolar	Salivă, lichid crevicular, ser	?	?	?

**Precizări utile la gradarea parodontitei:**

- Gradul trebuie folosit ca indicator al ratei de progresie a parodontitei netratate și al probabilității progresiei post-tratament: A = lentă sau staționară; B = moderată; C = rapidă.
- Gradul depinde de statusul bolii la momentul examinării, el se poate modifica în timp.
- Gradul permite încorporarea unor caracteristici individuale în diagnosticul și planul de tratament, precum ratele de progresie a bolii în trecut (istorice), ratele de progresie anticipate în viitor, factorii de risc, modificatorii sănătății sistemice. Astfel, gradarea permite personalizarea planului de tratament.
- Criteriile principale ale gradării sunt dovezi fie directe, fie indirecte ale progresiei.



- Dacă sunt disponibile, se folosesc dovezile directe; în lipsa acestora, se face o estimare indirectă folosind pierderea radiologică de os (RBL) în funcție de vârstă, la dintele cel mai afectat; pentru aceasta, pierderea de os radiografică exprimată ca procent din lungimea rădăcinii se împarte la vârsta subiectului, adică se calculează raportul RBL/vârstă.
- Clinicienii trebuie să pornească presupunând inițial boala ca având gradul B și apoi să caute dovezi specifice pentru a muta la gradul A sau C, dacă acestea sunt disponibile.
- Odată ce gradul este stabilit pe baza dovezilor de progresie, acesta poate fi modificat pe baza prezenței factorilor de risc.
- Proteina C reactivă (CRP) reprezintă o însumare a inflamațiilor sistemice la un moment dat, parțial influențată de parodontită. Această „sarcină inflamatorie neexplicată” trebuie evaluată împreună cu medicul generalist.
- Indicatorii riscului de impact sistemic și biomarkerii specifici parodontitei necesită în continuare acumularea de dovezi concrete specifice care vor reieși, în viitor, din cercetarea științifică.
- Prescurtări: CAL - pierderea de atașament clinic; HbA<sub>1C</sub> - hemoglobina A<sub>1C</sub> glicată; RBL - pierderea de os radiografică; hsCRP – proteina C reactivă înalt sensibilă.

## ALGORITMUL CLINIC PENTRU DIAGNOSTICAREA UNUI CAZ DE PARODONTITA

EFP a propus un algoritm pentru diagnosticarea cazurilor noi de parodontită (Tonetti & Sanz, 2019). Algoritmul presupune parcurgerea a 4 pași:

1. Identificarea unui pacient suspect de parodontită;
2. Confirmarea diagnosticului de parodontită;
3. Stadializarea cazului de parodontită;
4. Gradarea cazului de parodontită.



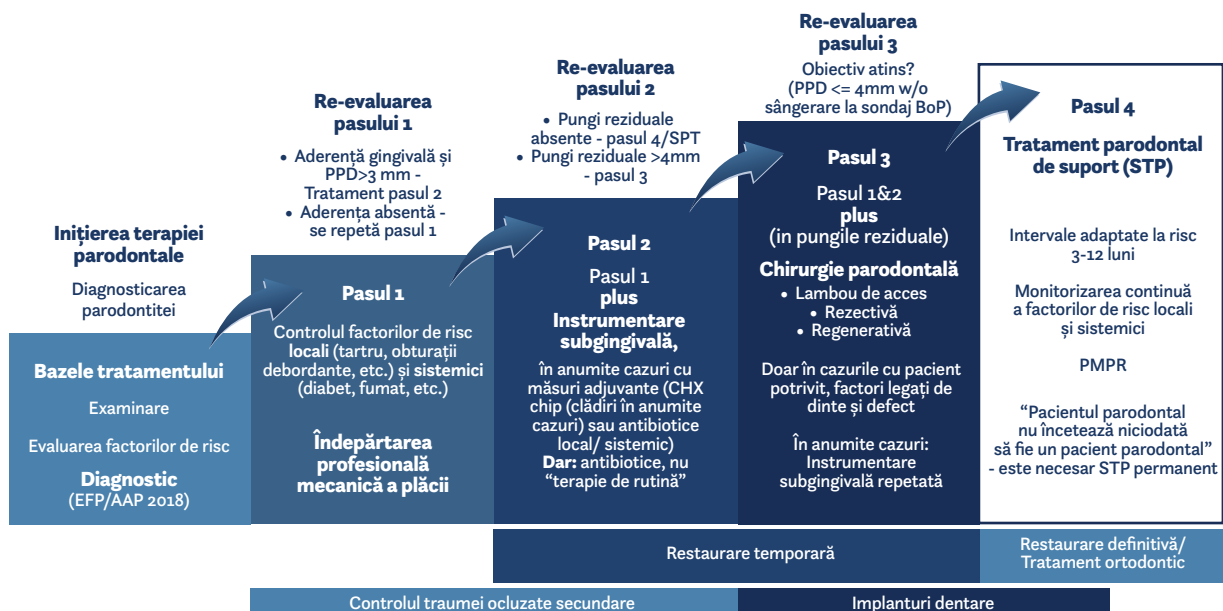
## Diagnostic diferențial

**Parodontita trebuie diferențiată de următoarele entități clinice (lista nu este exhaustivă):**

1. Gingivită (Chapple et al., 2018)
2. Fraktură radiculară verticală (Jepsen et al., 2018)
3. Carie cervicală (Jepsen et al., 2018)
4. Spiculi ai cementului (Jepsen et al., 2018)
5. Resorbția radiculară externă (Jepsen et al., 2018)
6. Tumori sau boli sistemice care se extind în parodontiu (Jepsen et al., 2018)
7. Recesii locale produse de traume ocluzale (Jepsen et al., 2018)
8. Leziuni endo-parodontale (Herrera, Retamal-Valdes, Alonso, & Feres, 2018)
9. Abcesul parodontal (Herrera et al., 2018)
10. Parodontita necrozantă (Herrera et al., 2018).

## Secvența de tratament pentru parodontita de stadiile I, II și III

Odată diagnosticată, pacienții trebuie tratați conform unei abordări graduale prestabilite care, în funcție de stadiul bolii, trebuie să fie progresivă, fiecare pas terapeutic (treapta, etapa) incluzând diferite intervenții. (Fig. 1)



**Figura 1.** Secvența terapiei parodontale. (adaptat după CEE Panel of Experts, 2025. Noi perspective asupra parodontitei: o aducere la zi privind noua clasificare și ghidurile de practică clinică. Document destinat profesioniștilor din stomatologie.

<https://www.colgateprofessional.ro/resources/adaptation-european-guide-periodontology>).



O condiție prealabilă a terapiei este informarea pacientului despre diagnostic, cauzele bolii, factorii de risc, variantele de tratament, riscurile și beneficiile acestuia, incluzând și opțiunea lipsei/refuzului tratamentului. Discuția trebuie urmată de acordul informat asupra unui plan de tratament individualizat. Planul de tratament se poate modifica pe parcurs, în funcție de preferințele pacientului, de datele clinice sau de schimbările care intervin în sănătatea generală.

**1. Pasul 1 al terapiei** are ca scop ghidarea schimbărilor comportamentale ale pacientului prin motivarea acestuia atât în privința îndepărtării biofilmului supragingival, cât și în controlul factorilor de risc. El poate include următoarele intervenții:

- a.** Controlul biofilmului supragingival;
- b.** Intervenții pentru a crește eficiența igienei orale - motivare, instrucțiuni (OHI – instrucțiuni pentru igiena orală);
- c.** Terapii adjuvante pentru inflamația gingivală;
- d.** Îndepărtarea mecanică profesională a plăcii bacteriene (prescurtat PMPR, „Professional Mechanical Plaque Removal”) - include intervențiile profesionale de îndepărtare a plăcii și tartrului și, de asemenea, îndepărtarea factorilor retentivi ce duc la acumularea de placă și îngreunează igiena locală;
- e.** Controlul factorilor de risc - include toate intervențiile de modificare a obiceiurilor/schimbări comportamentale vizând eliminarea/atenuarea factorilor de risc ai parodontitei: renunțarea la fumat, ameliorarea controlului metabolic al diabetului, exerciții fizice, consilierea dietetică și scăderea în greutate.

Primul pas al terapiei trebuie implementat la toți pacienții cu parodontită, indiferent de stadiul bolii, iar pacienții trebuie re-evaluați periodic pentru:

- Continuarea creșterii motivării și a aderenței la tratament sau pentru a explora alternative necesare depășirii obstacolelor;
- Dezvoltarea și modificarea după necesități a abilităților de îndepărtare a biofilmului în cadrul igienei personale;
- Permiteerea obținerii unui răspuns corespunzător în fazele următoare ale terapiei.



**2. Pasul 2 al terapiei („terapia cauzală”)** urmărește controlul (reducerea/eliminarea) biofilmului și a tartrului subgingival prin instrumentare subgingivală. În plus, pot fi incluse și următoarele intervenții:

- a. Utilizarea adjuvantă de agenți fizici sau chimici;
- b. Utilizarea adjuvantă de agenți modulatori ai gazdei (locali sau sistemici);
- c. Utilizarea adjuvantă de agenți antimicrobieni locali;
- d. Utilizarea adjuvantă de agenți antimicrobieni sistemici.

Al doilea pas se aplică la toate cazurile de parodontită, indiferent de stadiu, doar la dinții cu pierderi de suport parodontal și/sau cu punși parodontale. În situații speciale, ca de exemplu prezența de adâncimi de sondare mari, primul și al doilea pas al terapiei se pot efectua concomitent, pentru a preveni formarea abceselor parodontale.

Răspunsul individual la pasul al doilea trebuie evaluat (re-evaluare), după ce țesuturile parodontale s-au vindecat. Dacă, după pasul 2, țintele terapeutice (dispariția  $PPD \geq 4\text{mm}$  cu BOP prezent, sau dispariția punșilor parodontale profunde cu  $PPD \geq 6\text{mm}$  indiferent de sângerare) nu au fost atinse, se poate lua în considerare trecerea la pasul 3. Dacă țintele terapeutice au fost atinse, pacientul poate fi plasat într-un program de îngrijiri parodontale suportive (SPC – “Supportive Periodontal Care”).

**3. Pasul 3 al terapiei** vizează tratarea zonelor la care nu s-au obținut rezultatele dorite după pasul al doilea (adică sunt încă prezente  $PPD \geq 4\text{mm}$  cu sângerare sau punși profunde  $\geq 6\text{mm}$ , indiferent de sângerare). Acest pas are scopul de a obține un acces sporit pentru instrumentarea subgingivală sau pentru terapia rezectivă ori regenerativă a leziunilor care cresc gradul de complexitate al cazului (de exemplu - leziunile de furcație sau infra-osoase).

În pasul 3 sunt incluse următoarele intervenții:

- Repetarea (ne-chirurgicală) a instrumentării subgingivale, cu sau fără terapii adjuvante;
- Lamboul parodontal de acces;
- Chirurgia parodontală rezectivă;
- Chirurgia parodontală regenerativă.



Când este indicată intervenția chirurgicală, este necesară obținerea unui acord informat suplimentar al pacientului și trebuie evaluată din nou starea lui de sănătate generală, factorii de risc și contraindicațiile medicale.

Răspunsul la pasul al treilea se re-evaluează. În mod ideal, ar trebui atinse țintele terapeutice, după care pacientul poate fi introdus în SPC, cu toate că este posibil ca acestea să nu fie obținute la toți dinții atunci când se tratează parodontita severă (Stadiul III).

**4. Îngrijirile parodontale suportive (SPC, termen care înlocuiește „terapia suportivă” sau „de menținere”)** vizează menținerea stabilității parodontale la toți pacienții tratați de parodontită. Ele combină intervenții preventive și terapeutice definite în pasul 1 și 2 și depind de statusul gingival și parodontal. Acest pas trebuie efectuat la intervale regulate în funcție de necesitățile pacientului. În oricare din vizitele de recall (“recall” – “rechemare”, termen care desemnează procedurile efectuate la intervale selectate pentru a asista pacientul parodontal la menținerea sănătății orale; ca parte a terapiei parodontale, se stabilește un interval de timp pentru îngrijirile periodice continue; Glossary of Periodontal Terms), orice pacient poate avea nevoie de re-tratament, dacă recurența bolii este detectată. În astfel de situații, diagnosticul și planul de tratament trebuie refăcute/reluate. În plus, din îngrijirile parodontale suportive fac parte compliancea cu igiena orală recomandată și un stil de viață sănătos.

În oricare din pașii terapiei, extracția dentară poate să fie luată în considerare și se poate efectua pentru dinții care au un prognostic fără speranță.



## 7. RECOMANDĂRI CLINICE ÎN PRIMUL PAS AL TERAPIEI

Cu toate că primul pas al terapiei este insuficient pentru a trata complet un pacient cu parodontită, el reprezintă baza pentru un răspuns terapeutic optim și rezultate stabile pe termen lung. El include nu doar intervenții educative și preventive cu scopul de a controla inflamația gingivală, dar și PMPR pentru placa supragingivală și tartru, împreună cu eliminarea factorilor locali retentivi.

**Intervenția:** controlul biofilmului supragingival (de către pacient).

### R1.1 | Care sunt metodele adecvate de igienă orală pentru un pacient cu parodontită, în diferitele etape ale terapiei?

*Se recomandă ca aceleași instrucțiuni de igienă orală valabile pentru controlul inflamației gingivale să fie întărite pe tot parcursul tuturor pașilor terapiei parodontale, inclusiv în timpul îngrijirilor suportive.*

Literatură relevantă: Van der Weijden & Slot, 2015.

Gradul recomandării: **A**

#### **Context:**

Îndepărtarea biofilmului supragingival se poate realiza prin mijloace mecanice sau chimice. Controlul mecanic al plăcii este realizat în principal cu periutele dentare, manuale sau electrice, sau cu mijloace suplimentare: periute interdentare, ață dentară, irigator oral, scobitori etc. Ca adjuvanți în controlul mecanic al plăcii, au fost recomandați diferiți agenți antiseptici, sub multiple forme: apă de gură, pastă de dinți. Mai mult, pentru a reduce inflamația gingivală se pot utiliza și alți agenți adjuvanți la controlul mecanic al biofilmului, precum probiotice, anti-inflamatoare, micronutrienți antioxidanți. Dovezile existente susțin următoarele:

- Instrucțiunile profesionale pentru igienă orală (OHI) trebuie oferite pentru a reduce placa bacteriană și inflamația gingivală. Întărirea instrucțiunilor poate să aducă beneficii adiționale;
- Periajul manual sau electric este recomandat ca metodă primară de reducere a plăcii și gingivitei. Avantajele periajului surclasează orice risc potențial;



- Când inflamația gingivală este prezentă, pacientul trebuie instruit pentru curățarea spațiilor interdentare, de preferat cu periute interdentare. Clinicianul poate sugera pacientului și alte metode/dispozitive de uz interdentar, în cazul în care utilizarea periutei interdentare nu este adecvată.

### **R1.2 | Sunt utile strategiile adiționale în motivarea pacientului?**

*Se recomandă accentuarea importanței unei igiene orale corespunzătoare și antrenarea pacientului parodontopat la schimbarea propriului comportament pentru îmbunătățirea igienei orale.*

Literatura de suport: Carra et al., 2020

Gradul recomandării: **A**

#### **Context:**

Instrucțiunile despre igiena orală și motivarea pacientului în vederea îmbunătățirii acesteia trebuie să facă parte din toți pașii tratamentului (Tonetti et al., 2015). Diferite strategii comportamentale, cum ar fi comunicarea și metodele educative, au fost propuse pentru a îmbunătăți și menține controlul plăcii bacteriene de către pacienți (Sanz & Meyle, 2010). Informații suplimentare despre metodele de motivare se găsesc în secțiunea următoare.

**Intervenția:** terapii adjuvante pentru inflamația gingivală.

Terapiile adjuvante pentru inflamația gingivală au fost luate în considerare în cadrul terapiilor adjuvante pentru instrumentarea subgingivală și, prin urmare, sunt prezentate în cadrul celui de-al doilea pas al terapiei.

**Intervenția:** controlul biofilmului dentar supragingival (profesional).

### **R1.4 | Care este eficiența îndepărtării profesionale mecanice a plăcii (PMPR) și controlul factorilor de retenție a plăcii în terapia parodontitei?**

*Se recomandă îndepărtarea profesională mecanică a plăcii dentare supragingivale (PMPR) și controlul factorilor de retenție, ca parte a primului pas al terapiei.*



Literatura de suport: Needleman, Nibali & Di Iorio, 2015; Trombelli, Franceschetti & Farina, 2015.

Gradul recomandării: **A**

**Context:**

Îndepărtarea biofilmului dentar supragingival și a depozitelor de tartru (identificate aici sub termenul „îndepărtare profesională mecanică a plăcii bacteriene”, PMPR) este considerată o componentă esențială în prevenția primară (Chapple et al., 2018) și secundară (Sanz et al., 2015) a parodontitei, precum și în tratamentul de bază al bolilor parodontale induse de placa bacteriană (Van der Weijden & Slot, 2011). Deoarece prezența factorilor de retenție, fie cei asociați cu anatomia dinților sau, mai frecvent, cu marginile inadecvate ale restaurărilor, este adesea asociată cu inflamația gingivală și/sau pierderea de atașament parodontal, aceștia trebuie preveniți/eliminați pentru a reduce impactul lor asupra sănătății parodontale.

**Intervenția:** controlul factorilor de risc.

**R1.5 | Care este eficiența controlului factorilor de risc în terapia parodontitei?**

*Se recomandă intervențiile de control al factorilor de risc la pacienții cu parodontită, ca parte a primului pas al terapiei.*

Literatura de suport: Ramseier et al., 2020 (review sistematic pe baza a 25 de studii clinice).

Gradul recomandării: **A**

**Context:**

Fumatul și diabetul sunt doi factori de risc dovediți în etiopatogeneza parodontitei (Papapanou et al., 2018) și, prin urmare, controlul lor ar trebui să fie o componentă integrată a tratamentului. Intervențiile pentru controlul factorilor de risc au avut ca scop educarea și sfătuirea pacienților pentru schimbarea comportamentală menită să reducă acești factori de risc și, în cazuri specifice, să îi direcționeze către specialiști, pentru terapie medicală adecvată. Alți factori relevanți asociați cu stilul de viață sănătos (reducerea stresului, consilierea dietetică pentru reducerea carbohidraților, pierderea în greutate sau creșterea activităților fizice), pot fi, de asemenea, parte a strategiei generale pentru reducerea factorilor de risc ai pacientului. În plus față de beneficiile parodontale, intervențiile testate au un impact benefic asupra stării generale



de sănătate. Eficiența utilizării de rutină a acestor intervenții rămâne încă de demonstrat.

### **R1.6 | Care este eficiența metodelor de renunțare la fumat în terapia parodontală?**

*Se recomandă implementarea metodelor de renunțare la fumat la pacienții care urmează terapie parodontală.*

Literatura de suport: Ramseier et al., 2020 (în baza a șase studii prospective cu durata de cel puțin 6 luni de urmărire).

Gradul recomandării: **A**

#### **Context:**

Pacienții cu parodontită pot beneficia de intervențiile pentru renunțare la fumat pentru a îmbunătăți rezultatele tratamentului parodontal și pentru menținerea stabilității parodontale. Intervențiile constau în consiliere de scurtă durată și pot include chiar direcționarea pacientului către consiliere avansată și farmacoterapie.

### **R1.7 | Care este eficiența promovării controlului diabetului în terapia parodontală?**

*Se recomandă metode de control al diabetului, la pacienții care urmează terapie parodontală.*

Literatura de suport: Ramseier et al., 2020 (în baza a două studii clinice controlate randomizate, cu durata de 6 luni de urmărire).

Gradul recomandării: **A**

#### **Context:**

Pacienții cu parodontită pot beneficia de metode de control al diabetului pentru a îmbunătăți rezultatele tratamentului parodontal și menținerea stabilității parodontale. Aceste intervenții constau în educarea pacientului, precum și în consilierea dietetică și, în situații de status hiperglicemic, direcționarea pacientului către medicul specialist pentru controlul glicemic.



### **R1.8 – 1.10 | Care este eficiența creșterii exercițiilor fizice (activității fizice), a consilierii nutriționale și a modificării stilului de viață care vizează pierderea în greutate în terapia parodontală?**

*Nu se știe* dacă intervențiile menite să crească exercițiile fizice (activitatea fizică), consilierea nutrițională și modificarea stilului de viață care vizează pierderea în greutate au un impact pozitiv asupra terapiei parodontitei.

Literatura de suport: Ramseier et al., 2020.

Gradul recomandării: **O** (recomandare deschisă, din cauza formulării neclare; necesită cercetări suplimentare).

#### **Context:**

În ansamblu, dovezile din literatura medicală sugerează că promovarea exercițiilor fizice (activităților fizice) poate îmbunătăți atât tratamentul, cât și managementul pe termen lung al bolilor cronice netransmisibile. La pacienții cu parodontită, promovarea acestora poate consta în educație și consiliere, adaptate vârstei și stării generale de sănătate a pacienților. Pacienții cu parodontită pot beneficia de consiliere dietetică, pentru a îmbunătăți rezultatele tratamentului parodontal și a menține stabilitatea parodontală. Aceste intervenții pot consta în educarea pacientului, inclusiv sfaturi asupra dietei și, în cazuri specifice, direcționarea pacientului către un specialist în nutriție. Dovezile disponibile sugerează că metodele de pierdere în greutate pot îmbunătăți atât tratamentul, cât și rezultatul pe termen lung al bolilor cronice netransmisibile. La pacienții cu parodontită, aceste intervenții pot consta în mesaje educaționale specifice, adaptate vârstei și stării generale de sănătate. Acestea ar trebui să fie susținute de modificări comportamentale pozitive, în direcția unor diete mai sănătoase, precum și de creșterea a activității fizice (exerciții).



## 8. RECOMANDĂRI CLINICE ÎN CEL DE-AL DOILEA PAS AL TERAPIEI

Al doilea pas al terapiei (cunoscut și ca „terapie cauzală”) are ca scop eliminarea (reducerea) biofilmului subgingival și a tartrului și poate fi asociat cu îndepărtarea cementului suprafeței radiculare. Procedurile care vizează aceste obiective au primit în literatura științifică diferite denumiri: debridare subgingivală, detartraj subgingival, planare radiculară etc. (Kieser, 1994). În acest ghid, s-a căzut de acord să se folosească termenul „instrumentare subgingivală” pentru toate procedurile non-chirurgicale, fie ele efectuate cu instrumente manuale (de exemplu, chiurete) sau cu instrumente acționate electric (de exemplu, dispozitive sonice/ultrasonice) special concepute pentru a accesa suprafețele radiculare în mediul subgingival și pentru a îndepărta biofilmul și tartrul subgingival. Acest al doilea pas al terapiei necesită implementarea cu succes a măsurilor descrise în primul pas al terapiei.

**În plus, instrumentarea subgingivală poate fi completată cu următoarele intervenții adjuvante:**

- a. Utilizarea adjuvantă de agenți fizici și chimici;
- b. Utilizarea adjuvantă de agenți modulatori ai gazdei (locali sau sistemici);
- c. Utilizarea adjuvantă de agenți antimicrobieni locali;
- d. Utilizarea adjuvantă de agenți antimicrobieni sistemici.

**Intervenția:** Instrumentarea subgingivală.

### **R2.1 | Este instrumentarea subgingivală benefică pentru tratarea parodontitei?**

*Se recomandă ca instrumentarea subgingivală să fie utilizată pentru tratamentul parodontitei, în scopul reducerii adâncimilor de sondaj ale pungilor parodontale, inflamației gingivale și numărului de situsuri afectate.*

Literatură de suport: Suvan et al., 2019 (în baza unui studiu clinic controlat randomizat și a 11 studii clinice prospective).

Gradul recomandării: **A**

**Context:**

Instrumentarea subgingivală își propune să reducă inflamația țesuturilor moi prin îndepărtarea depozitelor dure și moi de pe suprafața rădăcinii dintelui. Scopul tratamentului este închiderea pungii parodontale, cu atingerea de adâncimi de sondaj (PPD)  $\leq 4$  mm și absența sângerării la sondare (BOP). Există un consens că instrumentarea subgingivală este eficace la populațiile cu boli sistemice (Sanz et al., 2018, 2019), dar determinarea magnitudinii efectului necesită studii suplimentare.

**R2.2 | Sunt rezultatele tratamentului prin instrumentare subgingivală mai bune după utilizarea instrumentelor manuale, acționate electric (sonice/ultrasonice) sau o combinație a acestora?**

*Se recomandă ca instrumentarea parodontală subgingivală să fie efectuată cu instrumente manuale sau acționate electric (sonice/ultrasonice), fie singure, fie în combinație.*

Literatură de suport: Suvan et al., 2019 (în baza a 4 studii clinice controlate)

Gradul recomandării: **A**

**Context:**

Astăzi sunt disponibile numeroase tipuri de instrumente pentru efectuarea instrumentării subgingivale. Dovezile au demonstrat că rezultatele tratamentului nu depind de tipul de instrument utilizat și nu au fost observate diferențe semnificative din punct de vedere clinic sau statistic între diferitele tipuri de instrumente. Utilizarea tuturor tipurilor de instrumente este sensibilă la tehnica de utilizare, și, prin urmare, necesită pregătire specifică. Alegerea instrumentului ar trebui să se bazeze pe experiența/abilitățile și preferințele operatorului, la care se adaugă preferința pacientului.

**R2.3 | Rezultatele instrumentării subgingivale sunt mai bune atunci când aceasta este realizată pe cadrane (pe parcursul mai multor ședințe) sau ca procedură full-mouth (în decurs de 24 de ore)?**



*Se recomandă ca instrumentarea subgingivală să fie efectuată fie în decurs de 24 de ore ca procedeu full-mouth, fie în mod convențional pe cadrane.*

Literatura de suport: Suvan et al., 2019 (in baza a 8 studii clinice randomizate).

Gradul recomandării: **B**

#### **Context:**

Instrumentarea subgingivală a fost realizată în mod convențional în mai multe ședințe (de exemplu, pe cadrane). Ca alternativă, s-au propus protocoalele full-mouth. Protocoalele full-mouth au inclus una sau două ședințe de terapie în decurs de 24 de ore; cu toate acestea, protocoalele care adauga administrarea de antiseptice (“full-mouth disinfection”) nu au fost incluse în această analiză. Dovezile au sugerat că rezultatele nu depind de modalitatea de tratament aleasă (protocolul) utilizat. Nu au fost observate diferențe clinic semnificative între cele două modalități de tratament. Clinicienii trebuie să fie conștienți că există dovezi ale implicării sistemice (de exemplu, un răspuns inflamator acut sistemic) în cazul protocolului full-mouth. De aceea, această abordare ar trebui să includă întotdeauna o evaluare atentă a stării generale de sănătate a pacientului. Potențialele efecte adverse sistemice ale protocolului de tratament full-mouth (în întreaga cavitate bucala) trebuie evaluate la anumiți pacienți cu risc. Rezultatele centrate pe pacient ale tratamentului au fost insuficiente în literatura, astfel că nu există dovezi care să susțină un protocol terapeutic în detrimentul celuilalt.

**Intervenția:** Utilizarea adjuvantă a agenților fizici pentru instrumentarea subgingivală.

#### **R2.4 | Sunt rezultatele tratamentului mai bune după aplicarea adjuvantă a laserului față de instrumentarea subgingivală non-chirurgicală singură?**

*Se sugerează să nu fie utilizați laserii ca adjuvanți la instrumentarea subgingivală.*

Literatura de suport: Salvi et al., 2019 (in baza a 5 studii clinice controlate).

Gradul recomandării: **B**

**Context:**

Utilizarea laserilor oferă posibilitatea de a îmbunătăți rezultatele tratamentului atunci când sunt utilizați ca adjuvanți la instrumentarea tradițională a suprafeței radiculare. În funcție de lungimea de undă și setările utilizate, unii laseri pot îndepărta depozitele de tartru subgingivale și pot exercita efecte antimicrobiene. Dovezile studiilor incluse în ghidurile actuale au grupat laserii în două categorii principale de lungimi de undă: laserii cu o lungime de undă între 2.780 și 2.940 nm și laserii cu o lungime de undă între 810 și 980 nm. Studiile au diferit în ceea ce privește tipul de laser, diametrul vârfului, lungimea de undă, modul de tratament parodontal, numărul de situri tratate, populația inclusă și mai multe combinații posibile ale acestor parametri. Nu există suficiente dovezi pentru a recomanda aplicarea adjuvantă a laserilor în instrumentarea subgingivală. Majoritatea studiilor nu au raportat potențialele efecte dăunătoare/adverse ale procedurii. Costurile suplimentare asociate cu terapia adjuvantă cu laser pot să nu fie justificate. Rezultatele centrate pe pacient au fost rareori raportate.

**R2.5 | Sunt rezultatele tratamentului cu terapie fotodinamică antimicrobiană (aPDT) adjuvantă superioare față de instrumentarea subgingivală non-chirurgicală singură?**

*Se sugerează să nu fie utilizată terapia fotodinamică antimicrobiană cu intervale de lungimi de undă de 660 – 670 nm sau 800 – 900 nm ca și adjuvant în instrumentarea subgingivală.*

Literatura de suport: Salvi et al., 2019 (în baza a 5 studii clinice controlate).

Gradul recomandării: **B**

**Context:**

Terapia fotodinamică antimicrobiană adjuvantă (aPDT) este o metodă folosită pentru a îmbunătăți efectele antimicrobiene ale tehnicilor convenționale de decontaminare a suprafeței radiculare. Funcționează prin atașarea unui colorant fotosensibil la membrana celulară externă, în mod normal impermeabilă, a bacteriilor Gram-negative și apoi utilizarea luminii laser pentru a genera oxigen activ prin intermediul colorantului legat de membrană, pentru a distruge local aceste bacterii. S-a identificat o heterogenitate semnificativă între studii în ceea ce privește tipul de laser, fotosensibilizatorul, lungimea de undă, tipul de tratament parodontal, numărul de situri tratate, populația tratată și mai multe combinații posibile ale acestor parametri.



Nu s-au observat beneficii prin utilizarea adjuvantă a aPDT. Majoritatea studiilor nu au raportat efecte adverse asociate cu aplicarea adjuvantă a aPDT. Costurile suplimentare asociate terapiei adjuvante cu laser ar putea să nu fie justificate. Rezultatele centrate pe pacienți au fost rar raportate și nu există dovezi care să susțină o abordare față de alta.

**Intervenția:** Utilizarea adjuvantă a agenților modulatori ai gazdei (locali sau sistemici) în instrumentarea subgingivală.

## **R2.6 | Utilizarea adjuvantă locală a statinelor îmbunătățește rezultatul clinic al instrumentării subgingivale?**

*Se recomandă să nu fie utilizate statinele cu administrare locală (atorvastatină, simvastatină, rosuvastatină) ca și adjuvanți în instrumentarea subgingivală.*

Literatura de suport: Donos et al., 2019 (in baza a 12 studii clinice controlate).

Gradul recomandării: **A**

### **Context:**

În afară de proprietățile lor hipolipemiante, statinele sunt cunoscute și pentru efectele farmacologice pleiotrope. Acestea includ efecte antioxidante și antiinflamatorii, stimularea angiogenezei, îmbunătățirea funcției endoteliale și stimularea mecanismelor de formare a osului (Adam & Laufs, 2008; Mennickent, Bravo, Calvo, & Avello, 2008; Petit et al., 2019). Dovezile recente sugerează că statinele pot atenua inflamația parodontală, reflectată prin scăderi ale mediatorilor proinflamatorii și creșteri ale mediatorilor antiinflamatori din fluidul șantului gingival (GCF) al pacienților cu parodontită (Cicek Ari et al., 2016). Deși media estimărilor a sugerat un beneficiu clinic semnificativ prin utilizarea gelurilor cu statine la instrumentarea subgingivală, a existat un interval mare pentru reducerea PPD la 6 luni, indicând o vastă heterogenitate a datelor și prin urmare, trebuie adoptată prudență în evaluarea eficacității statinelor. Nu a fost posibil să fie trase concluzii definitive cu privire la care statină oferă o eficacitate mai mare. Toate studiile incluse în review au raportat că pacienții au tolerat bine statinele locale, fără complicații, reacții adverse/efecte secundare sau simptome alergice. Există costuri suplimentare asociate utilizării statinelor, care vor fi suportate de către pacient.



Formulele de statine incluse în review-ul sistematic sunt off-label (“în afara indicațiilor aprobate” sau “neetichetate”), iar o formulă standard aprobată de agențiile de control a calității precum și validarea siguranței pacientului nu este disponibilă. Studiile viitoare trebuie să clarifice care tip de statină este mai eficientă.

## **R2.7 | Utilizarea adjuvantă a probioticelor îmbunătățește rezultatele clinice ale instrumentării subgingivale?**

*Se sugerează să nu fie utilizate probioticele ca și adjuvanți în instrumentarea subgingivală.*

Literatură de suport: Slawik et al., 2020 (în baza a 8 studii clinice controlate).

Gradul recomandării: **B**

### **Context:**

Probioticele sunt definite ca “microorganisme vii care, atunci când sunt administrate în cantități corespunzătoare, aduc beneficii organismului gazdă”. Ele acționează prin colonizarea și inhibarea speciilor patogene, promovând astfel un echilibru favorabil al florei microbiene. S-a sugerat că probioticele pot modifica ecologia nișelor de micro-mediu, cum ar fi pungile parodontale, și, ca atare, pot perturba o disbioză existentă. Acest lucru poate conduce la restabilirea unei flore simbiotice și a unei interacțiuni benefice cu gazda prin mai multe mecanisme, inclusiv modularea răspunsului inflamator imun, reglarea substanțelor antibacteriene și excluderea potențialilor agenți patogeni printr-o competiție nutrițională și spațială (Gatej, Gully, Gibson și Bartold, 2017). Ghidul de față nu include dovezi privind utilizarea probioticelor în îngrijirile parodontale suportive. Diferența medie estimată în reducerea PPD între probiotice și placebo nu a fost statistic semnificativă și a avut o relevanță clinică limitată (diferență < 0,5 mm). Preparatele care conțin *Lactobacillus reuteri* au fost singurele care au demonstrat reduceri ale PPD. Toate formele farmaceutice au părut să fie sigure și pacienții nu au raportat efecte adverse. Există un cost suplimentar asociat cu utilizarea probioticelor, care este suportat de către pacient. Nu se pot trage concluzii privind eficacitatea probioticelor ca adjuvante ale instrumentării subgingivale.



## **R2.8 | Contribuie utilizarea adjuvantă la instrumentarea subgingivală a doxiciclinei administrate sistemic în doză sub-antimicrobiană (SDD) la îmbunătățirea rezultatelor clinice?**

*Se sugerează să nu fie utilizată doxiciclina în doză sub-antimicrobiană sistemică ca și adjuvant în instrumentarea subgingivală.*

Literatura de suport: Donos et al., 2019 (în baza a 8 studii clinice randomizate).

Gradul recomandării: **B**

### **Context:**

Doxiciclina administrată în doză sub-antimicrobiană (până la 40 mg pe zi) este o medicație de uz sistemic utilizată în mod specific pentru proprietățile sale antiinflamatorii și nu atât pentru proprietățile antimicrobiene. Această formulă oferă un efect anti-colagenolitic, care poate fi util în reducerea degradării țesutului conjunctiv și în stimularea capacității de vindecare după instrumentarea subgingivală la pacienții cu parodontită. În literatura, reducerea PPD adițională raportată în urma utilizării SDD a fost de 0,22 mm la 6 luni și 0,3 mm la 9 luni în pungile parodontale cu adâncime moderată. La siturile profunde, reducerile PPD adiționale au fost mai relevante clinic, cu reducerea medie PPD adițională de 0,68 mm la 6 luni și 0,62 mm la 9 luni. Majoritatea studiilor privind dozele subantimicrobiene de doxiciclină nu au raportat evenimente adverse grave sau abandonuri ale pacienților care să fie fost atribuite direct medicamentului. Cu toate acestea, este cunoscut faptul că doxiciclina poate duce la creșteri ale enzimelor hepatice. Sustenabilitatea beneficiilor și efectele adverse dincolo de perioada de studiu sunt necunoscute. Politica de sănătate actuală privind administrarea antibioticelor și preocupările legate de creșterea rezistenței la antibiotice în cadrul populației trebuie de asemenea luate în considerare. Efectele sistemice ale unui medicament administrat pe o perioadă de 6-9 luni în etapa instrumentării subgingivale necesită o reconsiderare atentă atunci când extrapolăm rezultatele din studiile clinice controlate la practica clinică generală. În plus, dozele subantimicrobiene de doxiciclină nu sunt aprobate sau disponibile în unele țări europene. Există și costuri asociate cu utilizarea acestei medicații, care sunt suportate de către pacient.



### **R2.9 | Utilizarea adjuvantă sistemică/locală a bifosfonaților la instrumentarea subgingivală îmbunătățește rezultatele clinice?**

*Se recomandă să nu fie utilizați bisfosfonații cu administrare locală (geluri) sau sistemică ca și adjuvanți în instrumentarea subgingivală.*

Literatura de suport: Donos et al., 2019 (in baza a 7 studii clinice controlate).

Gradul recomandării: **A**

#### **Context:**

Bisfosfonații (BP) sunt o clasă de agenți antiresorbtivi care acționează în principal prin inhibarea activității osteoclastelor. BP pot, de asemenea, inhiba direct enzimele distructive ale organismului gazdă, cum ar fi metaloproteinazele matriceale eliberate de osteoclaste și alte celule ale parodontiului. Există, de asemenea, dovezi că BP reduc apoptoza osteoblastică, crescând astfel densitatea osoasă ca rezultat terapeutic global. Prin urmare, s-a speculat că BP ar putea gestiona resorbția osoasă alveolară mediată inflamator la pacienții cu parodontită (Badran, Kraehenmann, Guicheux și Soueidan, 2009). Bilanțul riscurilor potențiale severe recunoscute (de exemplu, osteochemonecroza maxilarelor) versus beneficiile în tratarea parodontitei a dus la consensul că administrarea sistemică a BP nu trebuie recomandată în managementul clinic al pierderii osoase parodontale. Este important de reținut că formulele gelului cu BP sunt "off-label", iar formule aprobate, având controlul calității și validarea siguranței pacienților nu sunt disponibile. În plus, există un cost suplimentar asociat cu utilizarea bifosfonaților care este suportat de pacient.

### **R2.10 | Utilizarea adjuvantă sistemică/locală a medicamentelor antiinflamatorii nesteroidiene la instrumentarea subgingivală îmbunătățește rezultatele clinice?**

*Se recomandă să nu fie utilizate antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS) cu administrare locală sau sistemică ca adjuvanți în instrumentarea subgingivală.*



Literatura de suport: Donos et al., 2019 (în baza a doua studii clinice controlate).

Gradul recomandării: **A**

**Context:**

Parodontita este o boală inflamatorie în care răspunsul imun inflamator modificat la un biofilm disbiotic determină distrugerea țesutului conjunctiv și pierderea osoasă. Prin urmare, este rezonabil să se considere că medicamentele antiinflamatoare nesteroidiene (AINS) sunt eficiente ca adjuvanți ai terapiei parodontale. AINS utilizate local nu au îmbunătățit rezultatele clinice ale instrumentării subgingivale. AINS utilizate sistemic au prezentat beneficii clinice limitate, dar heterogenitatea studiilor nu a permis tragerea unor concluzii clinice semnificative. Utilizarea pe termen lung a AINS sistemice prezintă un risc bine cunoscut de efecte secundare nedorite, care ridică preocupări cu privire la utilizarea lor ca adjuvante la instrumentarea subgingivală. În plus, există costuri pentru utilizarea AINS, care ar fi suportate de către pacient. Nu sunt încurajate utilizarea clinică zilnică a AINS sistemice sau efectuarea unor studii viitoare pentru a testa aceste medicamente în formulele standard actuale sau regimurile de dozare actuale. Nu pot fi trase concluzii semnificative în ceea ce privește utilizarea AINS local. Pe baza dovezilor actuale limitate, utilizarea locală a AINS nu a furnizat vreun beneficiu clinic.

**R2.11 | Utilizarea adjuvantă a acizilor grași polinesaturați omega-3 (PUFA) îmbunătățesc rezultatul clinic al instrumentării subgingivale?**

*Se recomandă să nu fie utilizați acizii grași polinesaturați Omega-3 (PUFA) ca adjuvanți în instrumentarea subgingivală.*

Literatura de suport: Donos et al., 2019 (în baza a 3 studii clinice controlate).

Gradul recomandării: **A**

**Context:**

Descoperirea recentă a unor mediatori lipidici (Serhan, 2017), dintre care unii sunt produși prin metabolizarea a doi acizi grași polinesaturați omega-3 (PUFA) foarte importanți [acidul



eicosapentaenoic (EPA) și acidul docosahexanoic (DHA) la rezolvinele E- și respectiv D] crește potentialul esențial nutritiv al PUFA și poate fi utilizat ca modulator pentru tratamentul parodontal non-chirurgical. Cu toate acestea, puține studii au investigat eficacitatea lor la om. În baza studiilor existente, nu a fost posibil să se tragă concluzii semnificative. Nu au fost asociate evenimente adverse cu utilizarea PUFA omega-3, care sunt un supliment alimentar relativ sigur, dar există un cost pentru utilizare, care ar fi în cele din urmă suportat de pacient. Nu există date suficiente pentru a susține sau respinge utilizarea omega-3 PUFA, fie ca monoterapie, fie ca adjuvant terapeutic la instrumentarea subgingivală. Combinația de acizi grași omega-3 și aspirina în doze mici necesită, de asemenea, o evaluare suplimentară în vederea utilizării ca adjuvant în managementul parodontitei.

### **R2.12 | Utilizarea adjuvantă a metforminei locale îmbunătățește rezultatul clinic al instrumentării subgingivale?**

*Se recomandă să nu fie utilizate geluri cu conținut de metformină ca adjuvant în instrumentarea subgingivală.*

Literatura de suport: Donos et al., 2019 (în baza a 6 studii clinice controlate).

Gradul recomandării: **A**

#### **Context:**

Metformina este o biguanidă de generația a doua utilizată pentru a gestiona diabetul zaharat de tip 2. Există dovezi care sugerează că metformina scade inflamația și stresul oxidativ și poate avea, de asemenea, un efect osteogenic prin creșterea proliferării osteoblastelor și reducerea activității osteoclastelor (Araujo et al., 2017). Prin urmare, este plauzibil ca acest medicament să fie benefic în tratarea unei boli inflamatorii cronice ca parodontita. Toate studiile au raportat un beneficiu în ceea ce privește reducerea PPD atunci când gelul de metformină 1% a fost utilizat ca adjuvant la instrumentarea subgingivală. Toate studiile incluse în review au raportat că pacienții au tolerat bine gelul cu metformină administrat local, fără complicații, reacții adverse /efecte secundare sau simptome de hipersensibilitate. Formula metforminei inclusă în review-ul sistematic este "off-label", iar o formulă aprobată cu un control adecvat al calității și validarea siguranței pacienților nu este disponibilă. În plus, există un cost suplimentar asociat cu utilizarea metforminei care este suportat de pacient. Generalizarea rezultatelor acestor studii



trebuie confirmată în viitor prin studii de dimensiuni mai mari (multicentrice), cu analize pe mai multe niveluri în ceea ce privește potențiali factori de risc (de exemplu istoricul medical, istoricul fumatului).

**Intervenție:** Utilizarea adjuvantă a agenților chimici pentru instrumentarea subgingivală.

### **R2.13 | Îmbunătățește utilizarea adjuvantă a agenților chimioterapeutici (antiseptici) rezultatul clinic al instrumentării subgingivale?**

*Folosirea antisepticelor, mai precis a apelor de gura bazate pe clorhexidină, poate fi luată în considerare în tratamentul parodontitei pentru o perioadă de timp limitată, ca adjuvanți în terapia mecanică, în anumite cazuri specifice.*

Literatura de suport: da Costa, Amaral, Babirato, Leao, Fogacci, 2017.

Gradul recomandării: **○**

#### **Context:**

Pentru a controla inflamația gingivală, în timpul terapiei parodontale a fost propusă utilizarea adjuvantă a unor agenți. Apa de gură cu clorhexidină a fost testată frecvent în acest scop și utilizată frecvent în diferite contexte clinice. În cadrul review-urilor sistematice, rolul antisepticelor în terapia parodontală activă nu a fost direct abordat. Cu toate acestea, unele dovezi sunt disponibile pe baza studiilor privind rolul utilizării clorhexidinei după instrumentarea subgingivală (da Costa et al., 2017).

#### **În plus, trebuie luați în considerare și alți factori:**

- Nu este clar dacă ar trebui să fie o recomandare generală pentru terapia inițială.
- Înaintea recomandării clorhexidinei ca adjuvant la instrumentarea subgingivală, poate fi necesară optimizarea controlului mecanic al plăcii.
- Se pot emite considerații specifice atunci când antisepticele sunt utilizate în cadrul protocolului de dezinfecție completă a gurii (FMD) și/sau în conjuncție cu administrarea sistemică de antimicrobiene.



- Starea medicală a pacientului.
- Efectele adverse (ex. colorarea) și costurile economice ar trebui să fie luate în considerare.

**Intervenția:** Utilizarea locală a unui antiseptic ca adjuvant la instrumentarea subgingivală.

## R2.14 | Îmbunătățește administrarea adjuvantă locală a antisepticelor rezultatul clinic al instrumentării subgingivale?

*Administrarea locală de clorhexidină cu eliberare prelungită ca adjuvant la instrumentarea subgingivală poate să fie luată în considerare la pacienții cu parodontită.*

Literatura de suport: Herrera et al., 2020 (în baza a 9 studii clinice controlate).

Gradul recomandării: **O**

### **Context:**

Nu există suficiente dovezi privind beneficiile administrării locale de antiseptice cu eliberare prelungită administrate adjuvant la debridarea subgingivală la pacienții cu parodontită. Dimensiunea estimată a efectului pentru toate categoriile de adâncimi de sondare (PPD) a indicat o îmbunătățire de aproximativ 10% în reducerea PPD. Nu au fost observate nicio creștere a efectelor adverse sau diferențe în ceea ce privește rezultatele raportate de către pacient (PROMs, “Patient Reported Outcome Measures”).

**Intervenția:** Utilizarea adjuvantă a antibioticelor administrate local la instrumentarea subgingivală.



### **R2.15 | Îmbunătățesc antibioticele administrate local ca adjuvant rezultatul clinic al instrumentării subgingivale?**

*Administrarea locală a unor antibiotice specifice cu eliberare prelungită ca adjuvant la instrumentarea subgingivală la pacienții cu parodontită poate fi luată în considerare.*

Literatura de suport: Herrera et al., 2020 (în baza a 11 studii clinice controlate).

Gradul recomandării: **O**

#### **Context:**

A existat un risc ridicat de bias și heterogenitate la majoritatea studiilor incluse în review-ul sistematic. Nu a fost evidențiat niciun efect adjuvant semnificativ pe termen lung. Datele pe termen lung nu au arătat o îmbunătățire semnificativă a CAL pentru oricare dintre produse. Datele privind modificarea BOP și închiderea pungilor au fost insuficiente. Dimensiunea estimată a efectului indică un efect crescut de 10%-30% în reducerea PPD. Nu s-a observat nicio creștere a efectelor adverse sau diferențe între PROMs. Trebuie luat în considerare raportul dintre daune și beneficii în ceea ce privește utilizarea antibioticelor. De asemenea, costurile ridicate și disponibilitatea limitată a produselor în țările europene.

**Intervenția:** Administrarea sistemică a antibioticelor ca adjuvant la instrumentarea subgingivală.

### **R2.16 | Îmbunătățește administrarea sistemică a antibioticelor rezultatele clinice ale instrumentării subgingivale?**

*a. Din cauza preocupărilor legate de sănătatea pacientului și a impactului administrării sistemice a antibioticelor asupra sănătății publice, utilizarea de rutină a acestora ca adjuvant la debridarea subgingivală la pacienții cu parodontită nu este recomandată.*

*b. Administrarea sistemică adjuvantă a unor antibiotice specifice poate fi luată în considerare pentru categorii specifice de pacienți (de exemplu, parodontită generalizată stadiul III la adulții tineri).*



Literatura de suport: Teughels et al., 2020 (în baza a 28 de studii clinice controlate).

Gradul recomandării:

*Pentru recomandarea 2.16 a: A*

*Pentru recomandarea 2.16 b: O*

### **Context:**

Utilizarea adjuvantă a combinației metronidazol și amoxicilină (MET + AMOX) și a MET au dus la un procent suplimentar statistic semnificativ de închidere a pungilor parodontale la 6 și 12 luni. Un câștig de atașament clinic (CAL) și o reducere BOP statistic semnificativ mai mari s-au observat pentru MET + AMOX la 6 și 12 luni. Efectul adjuvant pentru MET + AMOX asupra reducerii PPD și câștigului de CAL a fost mai pronunțată în pungile inițial adânci comparativ cu cele moderat adânci. Nu există date relevante privind efectul pe termen lung (>12 luni) în cazul utilizării sistemice a antibioticelor ca adjuvant la debridarea subgingivală. Estimarea dimensiunii efectului asupra reducerii PPD, spre deosebire de debridarea subgingivală singură indică un efect crescut de aproximativ 40%-50%. În timp ce combinația MET + AMOX a avut cele mai pronunțate efecte asupra rezultatelor clinice în rândul diferitelor tipuri de terapie antimicrobiană sistemică, regimul a fost de asemenea, asociat cu cea mai mare frecvență a efectelor secundare. Preocupările globale privind utilizarea excesivă a antibioticelor și dezvoltarea rezistenței la antibiotice trebuie luate în considerare. Analiza beneficiilor versus prejudicii include considerații privind utilizarea globală a antibioticelor pentru pacientul luat ca individ, dar și pentru sănătatea publică. Regimurile sistemice de antibiotice au demonstrat un impact de lungă durată asupra microbiomului fecal, inclusiv o creștere a genelor bacteriene asociate cu rezistența antimicrobiană. Din cauza preocupărilor legate de sănătatea pacientului și a impactului antibioticelor sistemice asupra sănătății publice, utilizarea lor de rutină ca adjuvant la debridarea subgingivală la pacienții cu parodontită nu este recomandată. Cu toate acestea, pe baza dovezilor disponibile, utilizarea adjuvantă a acestora poate fi luată în considerare pentru categorii speciale de pacienți (de exemplu parodontită generalizată stadiu III la adulții tineri).



## 9. RECOMANDĂRI CLINICE ÎN AL TREILEA PAS AL TERAPIEI

Tratamentul parodontitei de stadiul III trebuie să fie efectuat treptat, mai întâi prin însușirea de către pacient a unor tehnici adecvate de igienă orală și a controlului factorilor de risc în timpul primului pas al terapiei parodontale, iar apoi, în timpul celui de-al doilea pas al terapiei, prin eliminarea profesională (reducerea) biofilmului și a tartrului supra - și subgingival, cu sau fără terapii adjuvante. Cu toate acestea, la pacienții cu parodontită, eliminarea completă a biofilmului și a tartrului subgingival la dinți cu adâncimi mari de sondare ( $\geq 6$  mm) sau suprafețe anatomice complexe (concașități ale rădăcinii, furcașii, punși intraosoase) poate fi dificilă, și prin urmare, obiectivele terapiei nu pot fi atinse, astfel că ar trebui să fie implementat un tratament suplimentar.

Răspunsul individual la al doilea pas al terapiei ar trebui evaluat după o perioadă adecvată de vindecare (reevaluarea parodontală). Dacă obiectivele terapiei (fără punși parodontale  $> 4$  mm cu sângerare la sondare sau punși adânci [ $\geq 6$  mm]) nu au fost atinse, trebuie implementat al treilea pas al terapiei. Dacă tratamentul a avut succes în atingerea acestor obiective ale terapiei, pacienții trebuie plasați într-un program de terapie suportivă (îngrijiri suportive parodontale, “supportive periodontal care”, SPC).

Al treilea pas al terapiei vizează, prin urmare, tratarea acelor situsuri care nu răspund adecvat la pasul al doilea, cu scopul de a obține acces în punșile parodontale profunde sau de a regenera sau rezeca acele leziuni care adaugă complexitate la managementul parodontitei (leziuni intraosoase și de furcașie). Pasul 3 poate include următoarele intervenții:

- Instrumentare subgingivală repetată cu sau fără terapii adjuvante
- Chirurgie parodontală cu lambou de acces
- Chirurgie parodontală rezectivă
- Chirurgie parodontală regenerativă

Abordările chirurgicale necesită consimțământul specific suplimentar al pacientului. Pentru efectuarea lor trebuie luați în considerare factorii de risc specifici precum și prezența



contraindicațiilor medicale. Răspunsul individual la al treilea pas al terapiei trebuie evaluat (evaluarea parodontală). În mod ideal, obiectivele terapiei ar trebui atinse și pacienții ar trebui plasați în SPC. Aceste obiective ale terapiei pot să nu fie realizabile la toți dinții la pacienții cu parodontită severă în stadiul III.

**Intervenția:** proceduri cu lambou de acces.

Prima întrebare relevantă pentru evaluarea eficacității relative a intervențiilor chirurgicale în al treilea pas al terapiei pentru tratamentul pacienților cu parodontită stadiul III cu punși parodontale reziduale după pasul 2 al terapiei parodontale este dacă debridarea cu lambou de acces este mai efecace decât repetarea debridării subgingivale, pentru a atinge obiectivele terapiei (PPD  $\leq 4$  mm fără BOP).

### **R3.1 | Cât de eficiente sunt lambourile de acces în comparație cu instrumentarea subgingivală repetată?**

- *În prezența punșilor reziduale profunde (PPD  $\geq 6$  mm) la pacienții cu parodontită stadiul III după primii doi pași ai terapiei parodontale, sugerăm efectuarea debridarea cu lambou de acces.*
- *În prezența punșilor reziduale moderat profunde (4–5 mm), sugerăm repetarea instrumentării subgingivale.*

Literatura de suport: Sanz-Sanchez et al., 2020 (în baza a 13 studii clinice controlate).

Gradul recomandării: **B**

#### **Context:**

S-a observat o reducere statistic semnificativ mai mare a PPD-ului în cazul efectuării lamboului de acces („Access Flap”, AF) comparativ cu debridarea subgingivală la 1 an. Diferența a fost mai pronunțată la siturile inițial profund adânci (PPD  $\geq 6$  mm). Aceste diferențe în reducerea PPD-ului au avut loc și în punșile asociate cu defecte intraosoase. Nu s-au observat diferențe statistic semnificative între proceduri în câștigul de CAL la punșile inițial profund adânci. Cu



toate acestea, câștigul de CAL a fost statistic semnificativ mai mare în grupul de debridare subgingivală la pungile parodontale inițial moderat adânci, iar debridarea cu lambou de acces a rezultat în pierderi de atașament statistic semnificative mai mari la siturile cu PPD inițial  $\leq 4$  mm. Un procent statistic semnificativ mai mare de punși ușor adânci a fost obținut cu AF decât cu debridarea subgingivală. Necesitatea repetării instrumentării subgingivale a fost de 8%–29% în grupul de debridare subgingivală și de 0%–14% în AF. Nu au existat diferențe statistic semnificative pentru PROMs între intervenții (rezultate centrate pe pacient).

**Intervenția:** proceduri cu lambou de acces.

A doua întrebare relevantă este dacă există proceduri chirurgicale conservatoare specifice care sunt mai eficiente pentru atingerea obiectivelor în tratamentul pacienților cu parodontită stadiul III. “Procedurile chirurgicale conservatoare” au fost definite ca acele proceduri care își propun să acceseze suprafețele radiculare afectate fără a elimina cantități semnificative de țesuturi dure și moi. Aceste proceduri au fost clasificate în funcție de cantitățile de gingie marginală și papile interdentare eliminate astfel:

- lambouri de acces cu incizii intrasulculare (“Open Flap Debridement”, OFD);
- lambouri cu incizii paramarginale, cum ar fi lamboul Widman modificat (“Modified Widman Flap”, MWF)
- lambouri cu conservarea papilelor.

### **R3.2 | Cât de eficiente sunt diferitele proceduri cu lambouri de acces?**

*În cazul pungilor reziduale profund adânci (PPD  $\geq 6$  mm) și a defectelor intraosoase la pacienții cu parodontită stadiul III, după primii doi pași ai terapiei parodontale, nu există dovezi suficiente pentru o recomandare privind selectarea procedurilor cu lambou. Chirurgia parodontală de acces poate fi efectuată folosind diferite tipuri de lambou.*

Literatura de suport: Sanz-Sanchez et al., 2020 (în baza a 3 studii clinice controlate).

Gradul recomandării: **O**

**Context:**

Dintre cele trei studii disponibile care au comparat MWF cu OFD, doar unul a arătat o reducere statistic semnificativ mai mare a PPD pentru MWF comparativ cu OFD. Nu au fost diferențe semnificative statistic în reducerea procentuală a PPD în pungile intraosoase adânci între lamboul cu conservare a papilei (abordare cu lambou unic - "Single Flap Approach") și lambourile convenționale. Două studii care au comparat chirurgia minim invazivă cu chirurgia convențională nu au putut demonstra o reducere suplimentară semnificativă a valorilor PPD sau câștigului de CAL.

**Intervenția:** proceduri cu lambou rezectiv.

A treia întrebare relevantă este dacă procedurile chirurgicale de tip rezectiv (acelea care, pe lângă obținerea accesului pentru debridarea subgingivală, își propun să modifice arhitectura țesuturilor dure și/sau moi pentru a obține adâncimi de sondare reduse) sunt mai eficiente decât procedurile chirurgicale conservatoare în atingerea obiectivelor în tratamentul pacienților cu parodontită de stadiul III.

**R3.3 | Care este eficacitatea chirurgiei de eliminare/reducere a pungilor parodontale în comparație cu chirurgia cu lambou de acces?**

*În cazurile cu pungi reziduale profunde (PPD  $\geq$  6 mm), după al doilea pas al terapiei parodontale la pacienții cu parodontită de stadiul III, se sugerează utilizarea chirurgiei parodontale rezectivă, luând în considerare și riscul de creștere a recesiei gingivale.*

Literatură de suport: Polak et al., 2020 (în baza a 9 studii clinice controlate).

Gradul recomandării: **B**

**Context:**

Chirurgia parodontală rezectivă a obținut o reducere statistic semnificativ mai mare a PPD-ului decât lamboul de acces la 6 luni și la un an. Pentru pungile adânci de 4–6 mm, diferențele au fost semnificative statistic doar la un an, în timp ce pungile de 7 mm sau mai adânci au arătat



o diferență mai mare între grupuri. Diferențele s-au diminuat odată cu trecerea timpului (după 3 și 5 ani). Pe termen lung, nu s-au observat diferențe în câștigurile de CAL între modalitățile chirurgicale. Recesia gingivală postoperatorie a fost statistic semnificativ mai mare după chirurgia rezectivă decât după lamboul de acces la 1 an postoperator. Nu s-a raportat nicio diferență după 5 ani. Nu s-au observat diferențe în timp între cele două modalități la recesii în pungile inițial puțin adânci. Nu s-au raportat date privind PROMs, procentul de punși reziduale sau necesitatea re-tratamentului în niciunul dintre studii.

### Recomandări generale pentru procedurile chirurgicale parodontale

#### **R3.4 | Care este nivelul de îngrijire necesar pentru gestionarea pungilor reziduale profunde, cu sau fără prezența defectelor intraosoase sau de furcație, după finalizarea pașilor 1 și 2 ai terapiei parodontale?**

*Tratamentul chirurgical este eficient, dar este adesea complex; se recomandă ca el să fie realizat de medici dentiști cu pregătire specifică suplimentară sau de către specialiști, în centre de referință. Se recomandă eforturi pentru îmbunătățirea accesului la acest nivel de îngrijire pentru acești pacienți.*

Literatura de suport: opinia experților.

Gradul recomandării: **A**

#### **Context:**

Chirurgia parodontală avansată (chirurgia regenerativă și gestionarea defectelor de furcație) depășește obiectivul și competențele educației în practica dentară generală (Sanz & Meyle, 2010). Curiculele de stomatologie includ cunoștințe necesare și familiarizarea cu abordarea chirurgicală, dar nu sunt concepute pentru a oferi competența pentru efectuarea unui astfel de tratament. Este necesară o pregătire specifică suplimentară, disponibilă prin formarea profesională continuă și prin societățile de parodontologie din majoritatea țărilor. Pe de altă parte, educația postuniversitară în parodontologie este concepută în mod special pentru a furniza competențe și abilități în rezolvarea unor probleme complexe (Sanz, van der Velden, van Steenberghe, & Baehni, 2006; Van der Velden & Sanz, 2010).



### **R3.5 | Dacă nu exista expertiza sau trimiterea către un specialist nu este o opțiune, care este nivelul minim de îngrijire primară necesar pentru gestionarea pungilor reziduale asociate sau nu cu defecte intraosoase sau cu implicarea furcației, după finalizarea pașilor 1 și 2 ai terapiei parodontale?**

*Se recomandă detartrajul și instrumentarea repetată a suprafeței radiculare și debridarea cu sau fără lambou de acces a zonei, în contextul efectuării unui tratament de calitate în pașii 1 și 2 și a instituirii unui program frecvent de îngrijiri parodontale suportive, care includ și instrumentarea subgingivală.*

Literatură de suport: opinia experților și review-uri sistematice Graziani et al., 2012, 2015.

Gradul recomandării: **A**

#### **Context:**

Serviciile de asistență stomatologică sunt organizate diferit în diverse țări. Unele sunt structurate atât ca îngrijire primară, cât și ca îngrijire specializată (de obicei, furnizate prin unități spitalicești de profil stomatologic sau cabinete/centre specializate); în alte țări, serviciile stomatologice se bazează pe un singur nivel de îngrijire, iar medicii generalişti interesați dobândesc competențe mai largi în parodontologie prin dezvoltarea profesională continuă. Managementul optim al parodontitei stadiile III și IV rămâne limitat în majoritatea sistemelor de sănătate, cu inechități semnificative în disponibilitatea și accesul pacienților la îngrijirea parodontală avansată/specializată. Este necesară îmbunătățirea în regim de urgență a accesului pacienților la nivelul adecvat de îngrijire, dată fiind povara și costurile ridicate asociate cu consecințele neglijării parodontitei severe (stadiile III și IV).

### **R3.6 | Care este importanța igienei orale adecvate efectuate în contextul tratamentului chirurgical parodontal?**

*Se recomandă a nu se efectua tratamentul chirurgical parodontal (inclusiv cel implantar) la pacienții care nu ating și nu mențin un nivel adecvat al igienei orale personale/auto-efectuate.*



Literatură de suport: opinia experților.

Gradul recomandării: **A**

**Context:**

Studiile conceptuale (de tip “proof of principle”) efectuate în anii '70 au indicat efectele negative (pierderea clinică de atașament) ale efectuării chirurgiei parodontale la subiecți cu control inadecvat al plăcii bacteriene (Nyman, Lindhe, & Rosling, 1977; Rosling, Nyman, Lindhe, & Jern, 1976). Mai multe studii clinice controlate privind intervențiile chirurgicale parodontale au arătat un efect dependent de doză al controlului plăcii asupra procesului de vindecare. Date similare au fost raportate și după chirurgia de inserare de implanturi (van Steenberghe et al., 1990). Nivelul de igienă orală auto-efectuată este evaluat clinic folosind o diagramă de control al plăcii [ex. O'Leary, Drake, & Naylor, 1972]. În plus, procentele de placă mai mici de 20%–25% s-au asociat în mod constant cu rezultate postoperatorii mai bune (a se vedea pasul 1 și recomandările clinice din terapia parodontală suportivă pentru discutarea în detaliu a facilitării atingerii unor niveluri riguroase de igienă orală auto-efectuată).

**Intervenția:** managementul defectelor intraosoase.

**R3.7 | Care este managementul adecvat al pungilor profunde reziduale asociate cu defectele intraosoase?**

*Se recomandă tratamentul dinților cu punji reziduale adânci asociate defectelor intraosoase de cel puțin 3 mm prin chirurgie parodontală regenerativă.*

Literatura de suport: Nibali et al., 2019 (în baza a 22 studii clinice controlate).

Gradul recomandării: **A**

**Context:**

Vezi secțiunile anterioare. Un algoritm decizional aplicabil în practica clinică este prezentat în *Figura 2*. Terapia chirurgicală regenerativă a dus la rezultate superioare (pungi reziduale de mai mică adâncime și câștig de atașament) comparativ cu debridarea în câmp deschis/cu lambou



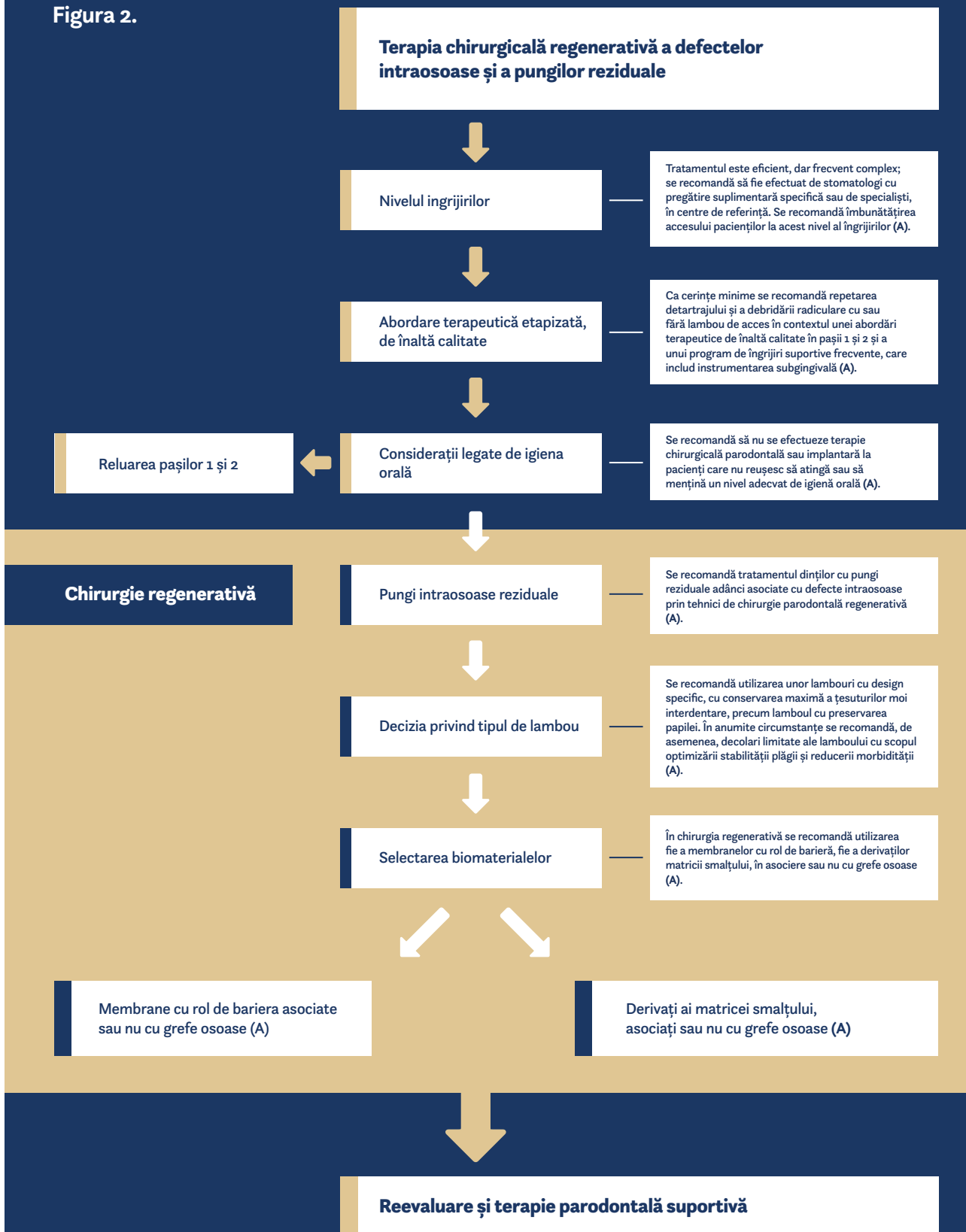
de acces, în majoritatea studiilor evaluate. Studiile observaționale și experimentale care raportează supraviețuirea dinților pentru o perioadă de 3-20 ani arată că regenerarea parodontală crește retenția dinților în condițiile unei terapii suportive regulate. Nu au fost raportate evenimente adverse grave, iar cele asociate cu terapia regenerativă au inclus evenimente adverse locale (dehiscenta plăgii) și morbiditate postoperatorie. Riscul potențial de transmitere a bolilor prin intermediul biomaterialelor regenerative bine documentate, de origine animală și umană, este considerat a fi extrem de redus. Este important de știut că doar câteva clase de materiale regenerative sunt înregistrate în Europa. În fiecare clasă, doar câteva materiale satisfac criteriile bazate pe dovezi stabilite de ghiduri. Considerațiile nu ar trebui aplicate materialelor care nu au fost testate corespunzător. În acest sens, este utilă implementarea noilor reglementări ale UE privind dispozitivele medicale. Maximizarea conservării țesuturilor și aplicarea biomaterialelor regenerative documentate trebuie să reprezinte standardul de îngrijire. Chirurgia regenerativă este mai costisitoare decât chirurgia cu lambou de acces, dar pe termen lung este mai ieftină decât înlocuirea dinților ca urmare a pierderii acestora. Dat fiind că unele biomateriale sunt de origine porcine sau bovine, pentru anumite segmente ale populației trebuie avute în vedere considerentele religioase. În timp ce utilizarea din motive medicale este general acceptată și aprobată de liderii religioși, sensibilitățile religioase individuale ar putea constitui un impediment în utilizarea acestor biomateriale.

**Figura 2.** (pe pagina următoare)

Terapia chirurgicală regenerativă a defectelor intraosoase și a pungilor reziduale (adaptat după Sanz et al., 2020).



Figura 2.





### **R3.8 | Care este alegerea adecvată a biomaterialelor regenerative care promoveaza vindecarea pungilor profunde reziduale asociate cu defecte intraosoase profunde?**

*În terapia regenerativă se recomandă utilizarea fie a membranelor, fie a derivaților din matricea smalțului, cu sau fără materiale de grefare osoasă.*

Literatura de suport: Nibali et al., 2019 (în baza a 20 studii clinice controlate).

Gradul recomandării: **A**

#### **Context:**

Vezi secțiunile anterioare. În scopul promovării regenerării în defectele intraosoase (sau în leziunile de furcație clasa a II-a), clinicienii ar trebui să selecteze un biomaterial specific, care ar trebui să îndeplinească toate criteriile stabilite de Workshop-ul Mondial de Parodontologie din 1996:

- (a) existența de cercetări preclinice solide care au identificat mecanisme plauzibile de acțiune ce duc la regenerarea parodontală;
- (b) dovezi histologice umane de regenerare în utilizările specifice;
- (c) dovezi de eficacitate în studii clinice randomizate controlate de înaltă calitate.

Deși există biomateriale care îndeplinesc toate aceste criterii, trebuie reamintit că multe biomateriale nu le îndeplinesc, în ciuda faptului că prezintă marcajul CE (“Conformité Européene”) sau sunt autorizate de către Administrația pentru Alimente și Medicamente a SUA (FDA). Terapia chirurgicală regenerativă cu o varietate de biomateriale a dus la îmbunătățirea rezultatelor clinice comparativ cu debridarea cu lambou de acces/debridarea în câmp deschis, în majoritatea studiilor evaluate. Studiile comparative EMD versus regenerarea tisulară ghidată (GTR) nu au condus la diferențe semnificative statistice din punct de vedere al câștigului de atașament clinic. Alegerea biomaterialului sau a combinațiilor posibile de biomateriale ar trebui să se bazeze pe configurația defectului osos.

### **R3.9 | Care este alegerea adecvată a designului lamboului chirurgical pentru tratamentul regenerativ al pungilor profunde reziduale asociate cu un defect intraosos?**



*Se recomandă utilizarea unui design specific al lamboului cu maximă conservare a țesuturilor moi interdentare, de felul lambourilor cu prezervarea papilei. În circumstanțe specifice, se recomandă inclusiv limitarea decolării lamboului, pentru optimizarea stabilității plăgii și reducerea morbidității postoperatorii.*

Literatura de suport: Graziani et al., 2012 și Nibali et al., 2019.

Gradul recomandării: **A**

#### **Context:**

Vezi secțiunile anterioare. S-a demonstrat că lambourile cu conservarea papilei duc la un câștig de atașament clinic mai mare, o reducere mai importantă a adâncimii de sondare și retracție gingivală postoperatorie mai mică în comparație cu debridarea în câmp deschis. Nu a fost raportat nici un eveniment advers grav după utilizarea lambourilor cu conservarea papilei în chirurgia parodontală regenerativă efectuată de clinicieni instruiți corespunzător. Complexitatea suplimentară a tehnicii chirurgicale necesită pregătire suplimentară. Alegerea designului lamboului pentru accesarea zonei interdentare este determinată de considerații anatomice legate de lățimea spațiului interdental (Cortellini, Prato, & Tonetti, 1995, 1999). Locația și configurația defectului intraosos vor determina posibilitățile de minimizare a extensiei lamboului (Cortellini & Tonetti, 2007; Harrel, 1999) și decolare a unui lambou singular (“single-flap”) sau necesitatea de a decola complet papila interdentală (Cortellini & Tonetti, 2009; Trombelli, Farina, Franceschetti, & Calura, 2009).

**Intervenția:** managementul leziunilor de furcație.

#### **R3.10 | Care este managementul adecvat al molarilor cu furcație de clasa a II-a și a III-a și pungi reziduale?**

- 1). *Se recomandă tratamentul parodontal al molarilor cu leziuni de furcație clasa a II-a și a III-a și pungi reziduale*
- 2). *Leziunile de furcație nu reprezintă o indicație pentru extracție.*



Literatura de suport: Dommisch et al., 2020; Jepsen et al., 2019 (în baza a 20 studii clinice controlate și a 7 studii observaționale).

Gradul recomandării: 1) **A** și 2) declarație.

### **Context:**

Vezi secțiunile anterioare. Un algoritm decizional aplicabil în practica clinică în tratamentul chirurgical parodontal al molarilor cu leziuni de furcație (Clasa I, Clasa a II-a) și pungi reziduale este ilustrat în Figura 3. Ratele de supraviețuire a molarilor cu leziuni de furcație clasa a II-a și a III-a și pungi reziduale care au primit tratament parodontal sunt rezonabile pe o perioadă cuprinsă între 4 și 30,8 ani, cu rezultate mai bune în cazul leziunilor de furcație clasa a II-a decât în cazul leziunilor de furcație clasa a III-a. Din punct de vedere economic, este mai rentabilă retenția dinților cu leziuni de furcație prin terapie complexă parodontală decât extracția și protezarea lor prin lucrări protetice ancorate pe implanturi. În același timp, costurile pentru retenția molarilor compromiși parodontal sunt minime.

**Figura 3.** (pe pagina următoare)

Chirurgia parodontală a molarilor cu furcații de gradul II și III și pungi reziduale (adaptat după Sanz et al., 2020)



Figura 3.

**Terapia parodontală chirurgicală: molari cu leziuni de furcație (clasa a II-a și a III-a) și pungi reziduale**

Nivelul de îngrijiri

Abordare terapeutică etapizată, de înaltă calitate

Reluarea pașilor 1 și 2

Aspecte legate de igiena orală/ considerații privind igiena

Molarii cu leziuni de furcație clasa a II-a și a III-a și pungi reziduale trebuie să primească tratament parodontal. Leziunile de furcație clasa a II-a și a III-a nu reprezintă o indicație de extracție (A).

Tratamentul este eficient dar frecvent complex și se recomandă să fie efectuat de stomatologi cu pregătire suplimentară specifică sau de specialiști în centre de referință. Se recomandă îmbunătățirea accesului pacienților la acest nivel de îngrijiri (A).

Ca cerințe minime se recomandă repetarea detartrajului și a debridării radiculare cu sau fără lambou de acces în contextul unei abordări terapeutice de înaltă calitate pe treptele 1 și 2 și a unui program de îngrijiri suportive frecvente care include instrumentarea subgingivală (A).

Se recomandă să nu se efectueze terapie chirurgicală parodontală sau implantară la pacienți care nu reușesc să atingă sau să mențină un nivel adecvat de igienă orală (A).

**Chirurgie rezectivă, debridare în câmp deschis, tunelizarea furcației, tratament nechirurgical**

Cls a II-a

Cls a III-a

Maxilar

Mandibular

Unică

Multiplă pe același dinte

Unică

Multiplă pe același dinte

Interproximală

Vestibulară și interproximală

Vestibulară și linguală

Maxilar

Mandibular

În leziunile de furcație cls a II-a interdentare maxilare, instrumentarea nechirurgicală, debridarea în câmp deschis, regenerarea parodontală, separarea sau rezecția radiculară pot fi luate în considerare (O).

În leziunile de furcație cls a II-a interdentare maxilare, instrumentarea nechirurgicală, debridarea în câmp deschis, separarea sau rezecția radiculară pot fi luate în considerare (O).

În leziunile de furcație cls a II-a mandibulare multiple pe același dinte, instrumentarea nechirurgicală, debridarea în câmp deschis, regenerarea parodontală, separarea sau rezecția radiculară pot fi luate în considerare (O).

În leziunile de furcație cls a III-a și leziunile cls a II-a multiple pe același dinte, maxilare și mandibulare, instrumentarea nechirurgicală, debridarea în câmp deschis, tunelizarea furcației, separarea și rezecția radiculară pot fi luate în considerare (O).

Reevaluare și îngrijiri parodontale suportive

Vestibular

Se sugerează tratamentul molarilor cu pungi reziduale asociate cu leziuni de furcație cls a II-a vestibulare maxilare prin terapie parodontală regenerativă (B).

Vestibular

Se sugerează tratamentul molarilor cu pungi reziduale asociate cu leziuni de furcație cls a II-a mandibulare prin terapie parodontală regenerativă (A).

Grefe osoase asociate sau nu cu membrane cu rol de barieră

Derivați ai matricei smalțului

Se recomandă tratamentul molarilor cu pungi reziduale asociate cu leziuni de furcație cls a II-a vestibulare maxilare și mandibulare prin terapie parodontală regenerativă utilizând fie derivați ai matricei smalțului, fie grefe osoase asociate sau nu cu membrane cu rol de barieră (A).

**Chirurgie regenerativă**

Reevaluare și îngrijiri parodontale suportive



### **R3.11 | Care este managementul adecvat al pungilor profunde reziduale asociate cu furcații de clasa a II-a mandibulare?**

*Se recomandă tratamentul molarilor mandibulari cu punji reziduale asociate leziunilor de furcație clasa a II-a prin tehnici de chirurgie parodontală regenerativă.*

Literatura de suport: Jepsen et al., 2019 (în baza a 17 studii clinice controlate).

Gradul recomandării: **A**

#### **Context:**

Vezi secțiunile anterioare. Tratamentul regenerativ a demonstrat în mod constant beneficii suplimentare pentru ameliorarea zonei de furcație, câștigul de os în sens orizontal, câștigul de atașament în sens orizontal și vertical și reducerea adâncimii de sondare, comparativ cu debridarea în câmp deschis. În studiile analizate, beneficiul tratamentului regenerativ este clinic relevant (câștig de 1,3 mm CAL vertical și o reducere mai mare a PPD-ului), iar mărimea efectului este semnificativă. Din punct de vedere al considerațiilor etice, percepția generală este că terapiile regenerative pentru promovarea conservării dentare sunt preferate față de extracția dinților (și înlocuirea lor) sau față de debridarea cu lambou de acces. Chirurgia regenerativă implică costuri suplimentare, care par a fi justificate de beneficiile adăugate (îmbunătățiri ale statusului furcațiilor). Regenerarea se aplică la molarii mandibulari care prezintă condiții favorabile.

### **R3.12 | Care este managementul adecvat al pungilor profunde reziduale asociate cu furcații vestibulare de clasa a II-a maxilare?**

*Se recomandă tratamentul molarilor maxilari cu punji reziduale asociate leziunilor de furcație de clasa a II-a vestibulară prin tehnici de chirurgie parodontală regenerativă.*

Literatura de suport: Jepsen et al., 2019 (în baza a trei studii clinice controlate).

Gradul recomandării: **B**

**Context:**

Vezi secțiunile anterioare. Tratamentul regenerativ al furcațiilor vestibulare de clasa a II-a maxilare a demonstrat beneficii suplimentare. Beneficiul terapilor regenerative pentru promovarea prezervării unităților dentare depășește evenimentele adverse, care constau în principal din eșecuri locale. Percepția experților este că terapiile regenerative pentru promovarea conservării dentare sunt preferate față de extracția dinților (și înlocuirea lor) sau față de debridarea cu lambou deschis. Chirurgia regenerativă implică costuri suplimentare, care par a fi justificate de beneficiile adăugate (îmbunătățiri ale statusului furcațiilor). Regenerarea se aplica la molarii maxilari care prezintă condiții favorabile legate de pacient, dinte și defect.

**R3.13 | Care este alegerea adecvată a biomaterialelor regenerative pentru tratamentul regenerativ al pungilor reziduale profunde asociate cu implicarea furcației vestibulare mandibulare și maxilare de clasa a II-a?**

*Se recomandă tratamentul molarilor maxilari sau mandibulari cu punji reziduale asociate cu implicarea furcației vestibulare de clasa a II-a prin tehnici de chirurgie parodontală regenerativă folosind doar derivați de matrice a smaltului sau grefe osoase, cu sau fără aplicarea membranelor resorbabile.*

Literatura de suport: Jepsen et al., 2019 (în baza a 17 studii clinice controlate, dovezi indirecte și opinii ale experților).

Gradul recomandării: **A**

**Context:**

Vezi secțiunile anterioare. Procedurile regenerative cel mai bine clasate pentru câștigul osos orizontal în furcațiile de clasa a II-a sunt grefa osoasă, grefa osoasă cu membrane resorbabile sau derivații de matrice de smalt. Beneficiile terapilor regenerative pentru menținerea dinților depășesc evenimentele adverse, care constau în principal în eșecuri locale. Din punct de vedere etic, percepția este că terapiile regenerative pentru prezervarea unităților dentare sunt preferate față de extracțiile dentare și debridarea în câmp deschis. Chirurgia regenerativă are costuri suplimentare, care par a fi justificate de beneficiile suplimentare (îmbunătățiri ale gradului furcațiilor).



În ceea ce privește preferințele pacienților, ele se bazează pe faptul că derivații de matrice de smalț produc mai puțină durere postoperatorie și edem decât membranele non-resorbabile. Procedurile regenerative sunt aplicabile la toți dinții care prezintă condiții favorabile legate de pacient, de dinte și de defect.

### **R3.14 | Care este managementul adecvat al afectării furcației proximale de clasa a II-a la maxilar?**

*În cazul afectării furcației proximale maxilare de clasa a II-a pot fi luate în considerare următoarele măsuri terapeutice:*

- *Instrumentarea mecanică non-chirurgicală*
- *Lambouri de acces*
- *Tehnici parodontale regenerative*
- *Separarea rădăcinilor*
- *Amputația radiculară.*

Literatura de suport: Dommisch et al., 2020; Huynh-Ba et al., 2009; Jepsen, Eberhard, Herrera, and Needleman, 2002 (în baza a 6 studii observaționale și a două review-uri sistematice).

Gradul recomandării: **O**

#### **Context:**

Vezi secțiunile anterioare. În urma tratamentului non-regenerativ al implicării furcației maxilare interproximale de clasa a II-a au fost observate rate rezonabile de supraviețuire pe o perioadă de 4-30,8 ani. Nu au fost identificate date despre daune legate direct de proceduri. În ceea ce privește supraviețuirea dintelui, nu poate fi declarat în prezent un beneficiu al amputației radiculare, al separării rădăcinii sau al tunelizării în comparație cu terapia mecanică non-chirurgicală sau debridarea cu lambou de acces. Cu toate acestea, pentru alegerea individuală a procedurii, clinicianul ar trebui să ia în considerare criteriile dincolo de clasa de implicare a furcației (ex. - pierderea osoasă, localizarea maxilară sau mandibulară). Recomandarea poate fi aplicată deoarece este independentă de disponibilitatea materialelor.



Simulările bazate pe sistemul de sănătate german au indicat că retenția dentară după terapia parodontală complexă a dinților cu afectare a furcației este mai rentabilă decât extracția și înlocuirea acestora cu proteze parțiale implanto-purtate. Un studiu a arătat că costul pentru pastrarea molarilor compromisi parodontal este minim. Există o preferință puternică a pacientului pentru menținerea propriilor unități dentare.

### **R3.15 | Care este managementul adecvat al afectării furcației maxilare de clasa a III-a?**

*În cazul furcației maxilare de clasa a III-a sau a prezenței la nivelul aceluiași dinte a mai multor furcații de clasa a II-a se pot lua în considerare următoarele măsuri terapeutice:*

- *Instrumentarea mecanică non-chirurgicală*
- *Lamboul de acces*
- *Tunelizarea furcației*
- *Separarea rădăcinilor*
- *Amputația radiculară*

Literatura de suport: Dommisch et al., 2020 (în baza a 6 studii observaționale).

Gradul recomandării: **O**

#### **Context:**

Vezi secțiunile anterioare. În urma tratamentului afectării furcației maxilare de clasa a III-a, au fost observate rate rezonabile de supraviețuire pe parcursul a 4 - 30,8 ani. Nu au fost identificate date despre daune legate direct de proceduri. În ceea ce privește supraviețuirea dintelui, nu poate fi declarat în prezent un beneficiu al amputării/rezecției radiculare, al separării rădăcinii sau al tunelizării în comparație cu instrumentarea subgingivală sau lamboul de acces. Cu toate acestea, pentru alegerea individuală a procedurii, clinicianul ar trebui să ia în considerare criterii dincolo de clasa de implicare a furcației (de ex. - pierderea osoasă, localizarea maxilara sau mandibulara). Simulările bazate pe sistemul de sănătate german au indicat că pastrarea dinților după terapia parodontală complexă a dinților cu afectare a furcației este mai rentabilă decât extracția și înlocuirea acestora cu proteze fixate implanto-purtate. Un studiu a arătat că costul pentru pastrarea molarilor compromisi parodontal este minim. Există o preferință puternică a pacientului pentru menținerea propriilor unități dentare.



### **R3.16 | Care este managementul adecvat al afectării furcației de clasa III la nivelul molarilor mandibulari?**

*În cazul furcației mandibulare de clasa a III-a sau a prezenței la nivelul aceluiași dinte a furcațiilor de clasa a II-a atât vestibular cât și lingual, pot fi luate în considerare următoarele măsuri terapeutice:*

- *Instrumentare mecanică non-chirurgicală*
- *Lamboul de acces*
- *Tunelizarea furcației*
- *Separarea rădăcinilor*
- *Rezecția radiculară.*

Literatura de suport: Dommisch et al., 2020 (în baza a 7 studii observaționale).

Gradul recomandării: **O**

#### **Context:**

Vezi secțiunile anterioare. În urma tratamentului afectării furcației maxilare de clasa a III-a, au fost observate rate rezonabile de supraviețuire pe parcursul a 4 - 30,8 ani. Nu au fost identificate date despre daune legate direct de proceduri. În ceea ce privește supraviețuirea dintelui, nu poate fi declarat în prezent un beneficiu al amputării/rezecției radiculare, al separării rădăcinii sau al tunelizării în comparație cu instrumentarea subgingivală sau lamboul de acces. Cu toate acestea, pentru alegerea individuală a procedurii, clinicianul ar trebui să ia în considerare criteriile dincolo de clasa de implicare a furcației (ex. - pierderea osoasă). Simulările bazate pe sistemul de sănătate german au indicat că pastrarea dinților după terapia parodontală complexă a dinților cu afectare a furcației este mai rentabilă decât extracția și înlocuirea acestora cu proteze fixate implanto-purtate. Un studiu a arătat că costul pentru păstrarea molarilor compromisi parodontal este minim. Există o preferință puternică a pacientului pentru menținerea propriilor unități dentare.



## 10. RECOMANDĂRI CLINICE ÎN ÎNGRIJIRILE PARODONTALE SUPORTIVE („Supportive Periodontal Care”, SPC)

După finalizarea terapiei parodontale active, pacienții cu parodontită tratați se pot încadra în una din două categorii de diagnostic: pacienți cu parodontită pe parodonțiu redus, dar sănătos sau pacienți cu parodontită cu inflamație gingivală. Acești pacienți rămân cu risc crescut de recidivă/progresie a parodontitei și necesită îngrijiri parodontale suportive, special concepute, constând într-o combinație de intervenții preventive și terapeutice efectuate la intervale diferite, care ar trebui să includă: evaluarea și monitorizarea sănătății sistemice și parodontale, repetarea instrucțiunilor de igienă orală, motivarea pacientului către controlul continuu al factorilor de risc, îndepărtarea mecanică profesională a plăcii dentare (PMPR) și instrumentarea subgingivală localizată a pungilor reziduale. Intervențiile profesionale, denumite frecvent și „menținere parodontală” sau „terapie parodontală de susținere”, vor necesita un sistem de reevaluare structurat cu vizite personalizate în funcție de nevoile pacientului, necesitând de obicei programări de 45 până la 60 de minute. Îngrijirile parodontale suportive includ și intervenții asupra stilului de viață al pacientului, deoarece un pacient aflat în această etapă trebuie să fie compliant cu regimurile de igienă orală recomandate și un stil de viață sănătos.

### 8.1 | Terapia suportivă: considerații preliminare

#### R4.1 | La ce intervale ar trebui programate vizitele de îngrijire parodontală?

*Se recomandă ca vizitele de îngrijire parodontală suportivă să fie programate la intervale de la 3 până la maximum 12 luni și să fie adaptate în funcție de diagramele de risc individuale ale pacientului și în funcție de starea parodonțiului în urma terapiei active.*

Literatura de suport: Polak et al., 2020, Ramseier et al., 2019, Sanz et al., 2015, Trombelli et al., 2020, Trombelli et al., 2015

Gradul recomandării: **A**

**Context:**

Deși nu sunt abordate direct în review-urile sistematice care stau la baza acestui ghid, diferite dovezi susțin conceptul de intervale stabilite la fiecare 3-4 luni pentru a efectua vizita de îngrijire parodontală suportivă (Trombelli et al., 2020)

- SPC la fiecare 3 luni poate fi suficient pentru a controla progresia parodontitei după terapia parodontală activă.
- intervalul recomandat variază între 2-4 ori pe an și poate fi optimizat prin adaptare în funcție de riscul individual al pacientului (Sanz et al., 2015).

**R4.2 | Este importantă aderența la îngrijirile parodontale suportive?**

*Se recomandă promovarea aderenței la îngrijirile parodontale suportive, deoarece aceasta este esențială pentru stabilitatea parodontală pe termen lung și potențiale îmbunătățiri suplimentare ale stării parodontiului.*

Literatura de suport: Costa et al., 2014, Sanz et al., 2015, Trombelli et al., 2015.

Gradul recomandării: **A**

**Context:**

Deși nu sunt abordate direct în review-urile sistematice care stau la baza acestui ghid, dovezi diverse susțin importanța complianței privind vizitele pentru SPC, în cadrul cărora se efectuează îndepărtarea profesională mecanică a plăcii dentare (PMPR):

- S-au semnalat rate mai mari de pierdere a dinților și progresie a bolii la pacienții necomplianți, comparativ cu pacienții cu complianță regulată.
- Concluzia Workshop-ului European asupra Prevenției din 2014: respectarea vizitelor regulate preventive este crucială (Trombelli et al, 2015; Sanz et al., 2015).



## 8.2 | Intervenție: Controlul biofilmului dentar supragingival (de către pacient)

### R4.3 | Sunt importante instrucțiunile de igienă orală? Cum ar trebui efectuate?

*Se recomandă instructajul repetat, personalizat, pentru realizarea igienei orale mecanice, inclusiv curățarea interdentală, pentru a controla inflamația și a evita potențialele daune pentru pacienții aflați în etapa de îngrijire parodontală suportivă.*

Literatura de suport: Slot et al., 2020.

Gradul recomandării: **A**

#### **Context:**

Toate suprafețele expuse dezvoltării biofilmului dentar trebuie curățate mecanic. Unele dintre ele nu vor fi atinse de periutele de dinți nici măcar în condiții optimizate. Prin urmare, curățarea interproximală este esențială pentru a menține sănătatea gingivală, în special în cadrul prevenției secundare. Aceasta se poate realiza folosind diferite dispozitive, în primul rând periute interdentalare, bețișoare de curățare din cauciuc/elastomeri, bețișoare de lemn, irigatoare orale și ața dentară. Cu toate acestea, toate dispozitivele au un potențial de reacții adverse, iar utilizarea lor trebuie monitorizată nu numai în ceea ce privește eficacitatea, ci și în ceea ce privește semnele precoce al unor leziuni (ex: leziunile cervicale non-carioase). Datorită deficitului de studii care îndeplinesc criteriile de includere pentru fiecare dintre dispozitivele de igienă orală și siguranța scăzută a dovezilor rezultate, nu s-a putut trage o concluzie puternică bazată pe dovezi cu privire la niciun dispozitiv specific de igienă orală. Evenimentele adverse nu au fost evaluate în cadrul ghidului. Există un risc moderat de traumatisme cauzate de dispozitivele de curățare interdentală atunci când nu sunt utilizate corespunzător. Prin urmare, instruirea individuală și adaptarea la situația individuală a pacientului de către profesioniști sunt cruciale. În orice caz, beneficiile utilizării depășesc cu mult riscurile. Recomandarea ghidului poate fi aplicată pacienților care urmează un program de menținere parodontală. Există o abundență de produse mecanice de igienă bucală disponibile.



#### **R4.4 | Cum ar trebui să alegem designul potrivit de periuțe de dinți manuale, electrice și dispozitivele de curățare interdentară?**

*Se recomandă să fie luate în considerare nevoile și preferințele pacienților atunci când se alege un design de periuță de dinți și un design de periuță interdentară.*

Literatura de suport: Slot et al., 2020.

Gradul recomandarii: **A**

##### **Context:**

Intervenția: vezi secțiunea anterioară. Numarul mic de dovezi găsite în literatura nu înseamnă neapărat că produsele la care se face referință nu ar fi eficiente. Profesioniștii din domeniul stomatologic ar trebui să adapteze în practica clinică cele mai bune dispozitive și metode de igienă orală în funcție de nivelurile de calificare și preferințele pacienților, întrucât acceptarea de către pacient este crucială pentru o utilizare susținută pe termen lung (Steenackers, Vijt, Leroy, De Vree, & De Boever, 2001). Dovezile clinice indică faptul că eficacitatea periuțelor interdentare depinde de relația dintre dimensiunea periuței și dimensiunea și forma spațiului interdentar. Spațiile interdentare prezintă o mare varietate în ceea ce privește dimensiunea și morfologia, iar periuțele interdentare trebuie selectate specific spațiului interdentar individual. Numarul de dispozitive trebuie limitat în funcție de abilitatea pacientului de a face față acestei diversități. În acest scop, vor trebui găsite soluții de compromis pentru a atinge performanța optimă individuală.

#### **R4.5 | Ar trebui să recomandăm o periuță de dinți electrică sau una manuală?**

*Utilizarea unei periuțe de dinți electrice poate fi considerată o alternativă la periajul manual al dinților pentru pacienții în îngrijiri parodontale suportive.*

Literatura de suport: Slot et al., 2020 (în baza a 5 studii clinice controlate).

Gradul recomandarii: **O**.

**Context:**

Intervenția: vezi secțiunile anterioare. Periajul dentar este eficient în reducerea nivelului de placă dentară (Van der Weijden & Slot, 2015). Periuțele de dinți variază ca mărime, design și lungime, duritate și aranjarea perilor. Unii producători au pretins că modificări ale plasării perilor, ale lungimii și rigidității ar conferi superioritate periuței. Sunt disponibile periuțe de dinți electrice cu mișcări mecanice și caracteristici variate. Nu au fost găsite diferențe între periuțele manuale și cele electrice, în condițiile unei mărimi a efectului clinic irelevante. Efectele adverse nu au fost evaluate în cadrul acestui ghid. O periuță de dinți manuală este mai puțin costisitoare decât o periuță de dinți electrică.

**R4.6 | Cum trebuie efectuată curățarea interdentară?**

*Dacă este posibil din punct de vedere anatomic, se recomandă ca periajul dentar să fie completat cu utilizarea periuțelor interdentare.*

Literatura de suport: Slot et al., 2020 (în baza a șapte comparații tratate în 4 studii clinice controlate).

Gradul recomandării: **A**

**Context:**

Literatura prezintă dovezi pentru un efect de curățare semnificativ mai bun al dispozitivelor de curățare interdentară adjuvante periajului dentar și un efect de curățare semnificativ mai bun al periuțelor interdentare în comparație cu ața dentară. Există un risc moderat de traumatisme cauzate de folosirea periuțelor interdentare, atunci când ele nu sunt utilizate corespunzător. De aceea, instruirea individuală și adaptarea la situația individuală a pacientului efectuate de către profesioniști sunt cruciale. În orice caz, beneficiile depășesc cu mult riscurile. Există dovezi clinice care susțin că pacienții cu spații interdentare deschise preferă utilizarea periuțelor interdentare față de utilizarea aței dentare.



#### **R4.7 | Care este valoarea aței dentare pentru curățarea interdentară la pacienții în îngrijiri parodontale suportive?**

*Se sugerează să nu se folosească ața dentară ca primă opțiune pentru curățarea interdentară.*

Literatura de suport: Slot et al., 2020 (în baza a șase comparații tratate în 4 studii clinice controlate).

Gradul recomandarii: **B**

##### **Context:**

Intervenția: vezi secțiunile anterioare. Literatura relevantă a găsit dovezi pentru un efect de curățare semnificativ mai bun al periștelor interdentare decât al aței dentare. Există un risc moderat de traumatism din cauza folosirii periștelor interdentare sau a aței dentare, atunci când nu sunt utilizate corespunzător. Prin urmare, instruirea individuală și adaptarea la situația individuală de către profesioniști sunt cruciale. Există dovezi clinice care susțin că pacienții cu spații interdentare deschise preferă utilizarea periștelor interdentare față de cea a aței dentare.

#### **R4.8 | Care este valoarea altor dispozitive interdentare pentru curățarea interdentară la pacienții în îngrijiri suportive parodontale?**

*În zonele interdentare care nu sunt accesibile periștelor de dinți, se recomandă completarea periajului dentar cu utilizarea altor dispozitive de curățare interdentară la pacienții aflați în îngrijiri parodontale suportive.*

Literatura de suport: Slot et al., 2020.

Gradul recomandarii: **B**

##### **Context:**

Intervenția: “alte dispozitive de curățare interdentară” se refera la bețișoare de curățare din cauciuc/elastomeri, bețișoare de lemn, irigatorul oral sau ața dentară. Deși există pe piață periște interdentare foarte mici și fine, trebuie înțeles că nu toate spațiile interdentare sunt ușor accesibile cu periștele interdentare. Literatura a demonstrat un efect adjuvant semnificativ al



irigatorului (dușul bucal) asupra nivelului inflamației gingivale, dar nu asupra nivelului de placă bacteriană. Bețișoarele de curățare din cauciuc/elastomer sunt instrumente relativ nou dezvoltate, cu o cotă de piață în creștere; există doar puține dovezi disponibile la pacienții cu gingivită că aceste dispozitive sunt eficiente în reducerea inflamației, totodată dovezile arată ca nu există nicio diferență față de perișoarele interdentare (Abouassi et al., 2014; Hennequin-Hoenderdos, van der Sluijs, van der Weijden, & Slot, 2018). Până în prezent nu au fost raportate efecte adverse. Bețișoarele de curățare din cauciuc/ silicon sunt foarte acceptate de către pacienți, la fel ca și irigatoarele orale.

#### **R4.9 | Ce strategii suplimentare în motivare sunt utile?**

*Se recomandă utilizarea secțiunii „Primul pas al terapiei” din acest ghid.*

Literatura de suport: Carra et al., 2020

*Informațiile de bază și discuțiile despre factori suplimentari pot fi găsite în secțiunea care se ocupă de pacienții în terapia parodontală activă (primul pas al terapiei).*

### **8.3 | Intervenție: Terapii adjuvante pentru inflamația gingivală**

#### **R4.10 | Care este valoarea antisepticelor/agenților chimioterapeutici adjuvanți pentru gestionarea inflamației gingivale?**

*La baza managementului inflamației gingivale stă îndepărtarea mecanică a biofilmului prin păstrarea igienei orale de către pacient. Măsurile adjuvante, inclusiv antisepticele, pot fi luate în considerare în cazuri specifice, ca parte a unei abordări personalizate a tratamentului.*

Literatura de suport: Figuero, Roldan et al., 2019.

Gradul recomandării: **O**



### Context:

Intervenția: pentru controlul inflamației gingivale în timpul îngrijirilor suportive parodontale, s-a propus utilizarea adjuvantă a unor agenți. Aceștia sunt în principal agenți antiseptici și pot fi livrați ca dentifrice, ca apă de gură sau ambele. În literatura relevantă (Figuro, Roldan et al. 2019) antiseptice, prebiotice, probiotice, agenți antiinflamatori și micronutrienți antioxidanți au fost utilizate ca adjuvante la controlul mecanic al biofilmului supragingival la pacienții cu parodontită sau cu gingivită. Marea majoritate a acestor studii au fost finanțate de industrie și a existat un risc mare de bias, atât în cadrul studiilor, cât și între acestea. Mărimea efectului a fost considerată ca fiind relevantă din punct de vedere clinic. Cel puțin 31 de studii au evaluat efectele adverse, iar colorațiile au fost singura constatare relevantă. Atât dentifricele, cât și apele de gură sunt acceptate pe scară largă de către populație. În studiile analizate, considerațiile economice nu au fost abordate. Pentru dentifrice, s-ar putea ca acestea să nu fie relevante, deoarece igiena orală necesită o pastă de dinți combinată cu periajul mecanic al dinților; pentru apa de gură, costul suplimentar trebuie luat în considerare. De asemenea, trebuie remarcat faptul că bazele de date conțin studii care utilizează produse care s-ar putea să nu mai fie disponibile pe piață. Utilizarea adjuvantă a unor agenți a fost propusă la acei pacienți care nu sunt capabili să îndepărteze eficient biofilmul supragingival prin utilizarea exclusivă a procedurilor mecanice, dar nu există dovezi directe care să susțină această afirmație.

### R4.11 | Ar trebui recomandate chimioterapice adjuvante pacienților aflați în îngrijiri parodontale suportive?

- A. *Utilizarea antisepticelor adjuvante poate fi luată în considerare la pacienții cu parodontită în terapia suportivă pentru a ajuta la controlul inflamației gingivale, în cazuri specifice.*
- B. *Nu se știe dacă alți agenți adjuvanți (cum ar fi probioticele, prebioticele, agenții antiinflamatori, micronutrienții antioxidanți) sunt eficienți în controlul inflamației gingivale la pacienții aflați în îngrijire parodontală de menținere.*

Literatura de suport: Figuro, Roldan et al., 2019 (în baza a 73 studii clinice controlate).

Gradul recomandării:

- A. Gradul  (fiind necesară definirea timpului de utilizare și luarea în considerare a efectelor adverse)
- B. Gradul



### Context:

**Intervenția:** pentru a controla inflamația gingivală în timpul îngrijirilor suportive, s-a propus utilizarea unor agenți adjuvanți. Acești agenți sunt în principal antiseptici, dar și alți agenți, cum ar fi probioticele, prebioticele, agenții antiinflamatori și micronutrienții antioxidanți pot fi găsiți în literatură. Aceste produse sunt livrate în principal sub formă de dentifrice sau ape de gură. Utilizarea adjuvantă a agenților antiseptici a fost propusă la acei pacienți care nu sunt capabili să îndepărteze eficient biofilmul supragingival prin utilizarea exclusivă a procedurilor mecanice. Recomandarea antisepticelor adjuvante la controlul mecanic al biofilmului supragingival (la un anumit grup de pacienți, nu la populația generală), este plauzibilă, dar nu există dovezi care să o susțină. Majoritatea studiilor au evaluat beneficiile antisepticelor în populația generală, constatându-se o acțiune eficientă asupra plăcii bacteriene și indicilor gingivali (Serrano, Escibano, Roldan, Martin & Herrera, 2015). De aceea, factorii diferiți trebuie luați în considerare atunci când se decide recomandarea unui agent adjunctiv pentru controlul inflamației gingivale la pacienți aflați în îngrijiri parodontale suportive. De notat că toți pacienții trebuie să utilizeze periuța de dinți și o pastă de dinți care conține fluor. Cu toate acestea, la pacienții care nu sunt capabili să-și controleze eficient biofilmul supragingival și inflamația gingivală doar cu ajutorul procedurilor mecanice, trebuie luată o decizie dacă să se utilizeze o pastă de dinți și/sau o apă de gură care să conțină un agent specific, în afară de fluor. Această decizie trebuie să urmeze o abordare personalizată și trebuie să ia în considerare două aspecte:

- Factorii locali ce influențează nivelurile inflamației gingivale: nivelul plăcii, accesibilitatea pentru curățare, factorii anatomici etc.
- Factorii generali - pot fi factorii sistemici: starea generală de sănătate, fragilitatea, dexteritatea limitată etc., dintre care unii pot fi mai relevanți la pacienții vârstnici.

Cel mai frecvent format de livrare pentru agenții antiseptici sunt pastele de dinți și apele de gură, sau chiar ambele, livrate simultan. Beneficiul evident al livrării ca pasta de dinți este că nu este nevoie de un alt format de livrare și o pastă de dinți va fi folosită oricum pentru igiena orală. Apa de gură oferă o distribuție mai bună în cavitatea orală (Serrano et al., 2015) și are proprietăți farmacocinetice mai bune (Cummins & Creeth, 1992). Unele dovezi sugerează că utilizarea adjuvantă a apelor de gură poate oferi rezultate mai bune decât cea a pastelor de dinți. Nu sunt disponibile comparații directe între agenți/formulări similare, livrate fie ca pastă de dinți, fie ca apă de gură. Decizia de a selecta o anumită pastă de dinți sau o apă de gură ar trebui să se bazeze, de asemenea, pe o combinație de factori:

- preferințele pacientului, inclusiv costul, gustul etc.
- efecte nedorite, inclusiv pigmentații, senzație de arsură în timpul utilizării etc.



- efecte potential negative asupra microbiomului oral, evidențiate în dovezile recente (Bescos et al. 2020).
- efecte potential negative asupra tensiunii arteriale, de crestere a tensiunii arteriale sistolice (Bescos et al. 2020); semnificația clinică a acestui efect este necunoscută.
- in funcție de agentul specific selectat, trebuie stabilita frecvența și durata de utilizare a acestuia.

#### **R4.12 | Care este cel mai eficient antiseptic în pastele de dinți?**

*În cazul în care urmează să fie utilizată în mod adjuvant o pastă de dinți antiseptică, se sugerează produse care conțin clorhexidină, triclosan și fluorură de staniu-hexametafosfat de sodiu pentru controlul inflamației gingivale, la pacienții cu parodontită în etapa de îngrijiri parodontale suportive.*

Literatura de suport: Escribano et al., 2016; Figuero, Herrera, et al., 2019; Figuero, Roldan, et al., 2019; Serrano et al., 2015 (in baza a 29 studii clinice controlate).

Gradul recomandării: **B**

#### **Context:**

**Intervenția:** pentru a controla inflamația gingivală în timpul îngrijirii parodontale suportive, s-a propus utilizarea adjuvantă a unor agenți antiseptici. Aceste produse pot fi livrate sub formă de paste de dinți. Marimea efectului pentru modificările indicilor gingivali a fost condusă de fluorura de staniu cu hexametafosfat de sodiu, urmată de triclosan-copolimer și clorhexidină. Efectele asupra nivelului plăcii au fost cele mai bune în cazul clorhexidinei în concentrații mari precum și pentru triclosanul-copolimer. Într-o meta-analiză de rețea (tehnica statistică care compară trei sau mai multe tratamente simultan prin combinarea dovezilor directe și indirecte dintr-o rețea de studii clinice) publicată anterior, clorhexidina și triclosanul-copolimer au fost cei mai eficienți agenți pentru reducerea plăcii, dar nu au fost observate diferențe clare în ceea ce privește controlul indicelui gingival.



#### **R4.13 | Care este cel mai eficient antiseptic în apa de gură?**

*Dacă o formulă antiseptică de apă de gură va fi utilizată în mod adjuvant, se sugerează produse care conțin clorhexidină, uleiuri esențiale și clorură de cetilpiridiniu pentru controlul inflamației gingivale, la pacienții cu parodontită în etapa de îngrijiri parodontale suportive.*

Gradul recomandării: **B**

Literatura de suport: Escribano et al., 2016; Figuero, Herrera, et al., 2019; Figuero, Roldan, et al., 2019; Serrano et al., 2015 (în baza a 24 studii clinice controlate).

#### **Context:**

**Intervenția:** pentru a controla inflamația gingivală în timpul îngrijirii parodontale suportive, s-a propus utilizarea adjuvantă a unor agenți. Aceste produse pot fi administrate sub formă de apă de gură. Într-o meta-analiză de rețea publicată anterior, apele de gură cu clorhexidina sau uleiuri esențiale au fost clasate ca fiind cei mai eficienți agenți în ceea ce privește modificările indicilor de placă și gingivali.

**Intervenție:** controlul biofilmului dentar supragingival (profesional)

#### **R4.14 | Care este importanța îndepărtării mecanice profesionale a plăcii (PMPR) ca parte a îngrijirilor parodontale suportive (SPC)?**

*Se sugerează efectuarea de rutină a îndepărtării mecanice profesionale a plăcii dentare (PMPR) pentru a limita rata de pierdere a dinților și pentru a oferi stabilitate/ameliorare parodontală, ca parte a unui program de îngrijiri parodontale suportive.*

Literatura de suport: Trombelli et al., 2015.

#### **Context:**

**Intervenția:** s-a dovedit ca îndepărtarea mecanică profesională a plăcii dentare (PMPR) administrată de rutină (adică la intervale specifice, predeterminate) ca parte integrantă a îngrijirilor parodontale suportive are ca rezultat rate scăzute de pierdere a dinților și modificări



limitate ale nivelului de atașament, atât pe termen scurt, cât și pe termen lung. În cele mai multe dintre studii, PMPR în SPC a fost adesea combinat cu alte proceduri (de exemplu, consolidarea instrucțiunilor de igienă orală, tratament activ suplimentar în situsurile care prezintă recidivă a bolii), făcând astfel dificilă izolarea informațiilor despre amploarea simplului efect al PMPR asupra supraviețuirii dentare și stabilitatea parametrilor parodontali. Pacienții cu antecedente de parodontită tratată își pot menține dentiția cu variații limitate ale parametrilor parodontali atunci când respectă în mod regulat un regim SPC bazat pe PMPR de rutină. Aplicabilitatea afirmațiilor a fost dovedită în studii pe grupuri mari din populația generală.

#### **R4.15 | Ar trebui folosite metode alternative pentru îndepărtarea mecanică profesională a plăcii (PMPR) în îngrijirile parodontale suportive?**

*Se sugerează a nu se înlocui îndepărtarea mecanică profesională convențională a plăcii (PMPR) cu utilizarea unor metode alternative (tratament cu laser Er:YAG) în îngrijirile parodontale suportive.*

Literatura de suport: Trombelli et al., 2020 (în baza unui studiu clinic controlat).

Gradul recomandării: **B**

#### **Context:**

**Intervenția:** literatura de suport a găsit studii clinice randomizate disponibile cu privire la orice intervenție adjunctivă la PMPR convențional (acesta din urma incluzând îndepărtarea supragingivală și/sau subgingivală a plăcii, a tartrului și a depunerilor, efectuată cu instrumente manuale și/sau ultrasonice) în cazul pacienților cu parodontită care, în cadrul cercetării, au avut o perioadă de monitorizare a rezultatelor până la cel puțin 1 an de la prima administrare a tratamentului de intervenție/control. În review-ul sistematic a fost identificat un singur studiu clinic randomizat, evaluând laserul Er:YAG ca metodă alternativă la PMPR convențional. Nu au fost găsite diferențe semnificative statistice (Krohn-Dale, Boe, Enersen, & Leknes, 2012).

#### **R4.16 | Ar trebui folosite metode adjuvante pentru îndepărtarea mecanică profesională a plăcii (PMPR) în etapa de îngrijiri parodontale suportive?**

*Se sugerează a nu se folosi metode adjuvante (doze sub-antimicrobiane de doxiciclină, terapie*



*fotodinamică) la îndepărtarea mecanică profesională a plăcii (PMPR) în etapa de îngrijiri parodontale suportive.*

Literatura de suport: Trombelli et al., 2020 (în baza a doua studii clinice controlate).

Gradul recomandării: **B**

**Context:**

**Intervenția:** review-ul sistematic a cuprins studii clinice randomizate disponibile pentru orice intervenție suplimentară la PMPR convențional în etapa de îngrijiri parodontale suportive a pacienților cu parodontită, cu o perioadă de urmărire a rezultatelor de cel puțin 1 an după prima administrare a tratamentelor de intervenție/de control. În review-ul sistematic au fost identificate două studii clinice randomizate: unul în care s-a folosit doză sub-antimicrobiană de doxiciclină de testare (20 mg de 2 ori/zi), altul care a folosit terapia fotodinamică (PDT) cu 0,01 % albastru de metilen ca fotosensibilizant și un laser cu diodă (lungime de undă de 660 nm). Nu s-au observat diferențe semnificative statistice în niciun studiu, deși câștigul CAL a fost mai relevant cu PDT adjuvant (1,54 mm) în comparație cu PMPR convențional aplicat ca tratament singular (0,96 mm). Pentru utilizarea adjuvantă a SDD, efectele adverse și raportul cost/beneficiu ar trebui luate în considerare; analizele cost/beneficiu și cost/eficiență, cu toate că lipsesc în prezent, pot fi foarte relevante pentru luarea în considerare a acestui tratament specific.

**Intervenție:** Controlul factorilor de risc

**R4.17 | Care este importanța controlului factorilor de risc în SPC?**

*Se recomandă intervenții de control al factorilor de risc la pacienții cu parodontită în etapa de îngrijiri parodontale suportive.*

Literatura de suport: Ramseier et al., 2020.

**Context:**

**Intervenția:** pacienții cu parodontită beneficiază de intervenții suplimentare de control al



factorilor de risc pentru a îmbunătăți menținerea stabilității parodontale. Intervențiile includ educația pacienților, care poate fi organizată și adaptată în funcție de nevoile individuale, de la un singur sfat scurt până la trimiterea pacientului către consiliere avansată și farmacoterapie. Fumatul și diabetul sunt doi dintre principalii factori de risc pentru parodontită, iar în prezent sunt incluși în clasificarea parodontitei din 2018. Prin urmare, controlul acestor factori de risc ar fi esențial pentru răspunsul la tratament și pentru stabilitatea pe termen lung. În plus, sunt luați în considerare și alți factori relevanți, care fac parte din consilierea pentru un stil de viață sănătos, inclusiv consilierea privind obiceiurile alimentare, exercițiile fizice sau pierderea în greutate. Aceste intervenții, împreună cu cele pentru renunțarea la tutun și controlul diabetului, nu sunt responsabilitatea directă a specialiștilor din domeniul sănătății orale, aceștia având posibilitatea să direcționeze pacienții către alți specialiști din domeniul sănătății. Cu toate acestea, trebuie subliniat rolul direct/indirect al specialiștilor din domeniul sănătății orale în aceste intervenții.

#### **R4.18 | Care este rolul intervențiilor de renunțare la fumat în cadrul îngrijirilor parodontale suportive?**

*Se recomandă ca intervențiile de renunțare la fumat să fie implementate la pacienții cu parodontită în etapa de îngrijiri parodontale suportive.*

Literatura de suport: Ramseier et al., 2020 (în baza a șase studii prospective).

Gradul recomandării: **A**

#### **Context:**

Informații de bază și discuții despre factori suplimentari pot fi găsite în secțiunea care se ocupă de pacienții în terapia parodontală activă.

#### **R4.19 | Care este rolul promovării intervențiilor de control al diabetului în SPC?**

*Se sugerează promovarea intervențiilor de control al diabetului la pacienții aflați în etapa de îngrijiri parodontale suportive.*



Literatura de suport: Ramseier et al., 2020.

Gradul recomandării: **B**

**Context:**

**Intervenția:** pacienții cu parodontită pot beneficia de pe urma intervențiilor de control al diabetului zaharat pentru a îmbunătăți menținerea stabilității parodontale. Intervențiile pot consta în educarea pacientului, inclusiv scurta consiliere nutrițională și, eventual, direcționarea pacientului către medicul generalist pentru controlul glicemic. Informații de bază și discuții despre factori suplimentari pot fi găsite în secțiunea care se ocupă de pacienții în terapia parodontală activă.

**R4.20 | Care este rolul activității fizice, consilierii alimentare sau modificării stilului de viață care vizează pierderea în greutate în îngrijirile parodontale suportive?**

*Nu se știe dacă activitatea fizică, consilierea nutrițională sau modificările stilului de viață care vizează pierderea în greutate sunt relevante în etapa de îngrijiri parodontale suportive.*

Literatura de suport: Ramseier et al., 2020.

Gradul recomandării: **O**

**Context:**

**Intervenția:** dovezile generale din literatura medicală sugerează că promovarea intervențiilor ce implică activitatea fizică poate îmbunătăți atât tratamentul, cât și managementul pe termen lung al bolilor netransmisibile. La pacienții cu parodontită, promovarea poate consta în educarea pacientului adaptată în mod specific la vârsta și sănătatea generală a pacienților. În review-ul sistematic, niciunul dintre studiile identificate nu a fost efectuat pe pacienții aflați în etapa de îngrijiri parodontale suportive. Informații de bază și discuții despre factori suplimentari pot fi găsite în secțiunea din acest ghid referitoare la terapia parodontală activă (Billings et al., 2018).



## 11. REFERINȚE

1. Abouassi T, Woelber JP, Holst K, Stampf S, Doerfer CE, Hellwig E, Ratka-Krüger P. Clinical efficacy and patients' acceptance of a rubber interdental bristle. A randomized controlled trial. *Clin Oral Investig*. 2014 Sep;18(7):1873-80. doi: 10.1007/s00784-013-1164-3. Epub 2014 Jan 10. PMID: 24407549.
2. Araújo AA, Pereira ASBF, Medeiros CACX, Brito GAC, Leitão RFC, Araújo LS, Guedes PMM, Hiyari S, Pirih FQ, Araújo Júnior RF. Effects of metformin on inflammation, oxidative stress, and bone loss in a rat model of periodontitis. *PLoS One*. 2017 Aug 28;12(8):e0183506. doi: 10.1371/journal.pone.0183506. PMID: 28847008; PMCID: PMC5573680.
3. Badran Z, Kraehenmann MA, Guicheux J, Soueidan A. Bisphosphonates in periodontal treatment: a review. *Oral Health Prev Dent*. 2009;7(1):3-12. PMID: 19408809.
4. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, Vist GE, Falck-Ytter Y, Meerpohl J, Norris S, Guyatt GH. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*. 2011 Apr;64(4):401-6. doi: 10.1016/j.jclinepi.2010.07.015. Epub 2011 Jan 5. PMID: 21208779.
5. Billings M, Holtfreter B, Papapanou PN, Mitnik GL, Kocher T, Dye BA. Age-dependent distribution of periodontitis in two countries: Findings from NHANES 2009 to 2014 and SHIP-TREND 2008 to 2012. *J Periodontol*. 2018 Jun;89 Suppl 1(Suppl 1):S140-S158. doi: 10.1002/JPER.17-0670. PMID: 29926940; PMCID: PMC6028062.
6. Carra MC, Detzen L, Kitzmann J, Woelber JP, Ramseier CA, Bouchard P. Promoting behavioural changes to improve oral hygiene in patients with periodontal diseases: A systematic review. *J Clin Periodontol*. 2020 Jul;47 Suppl 22:72-89. doi: 10.1111/jcpe.13234. PMID: 31912530.
7. Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, Kornman KS, Mealey BL, Papapanou PN, Sanz M, Tonetti MS. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification. *J Periodontol*. 2018 Jun;89 Suppl 1:S1-S8. doi: 10.1002/JPER.18-0157. PMID: 29926946.
8. Chapple ILC, Mealey BL, Van Dyke TE, Bartold PM, Dommisch H, Eickholz P, Geisinger ML, Genco RJ, Glogauer M, Goldstein M, Griffin TJ, Holmstrup P, Johnson GK, Kapila Y, Lang NP,



Meyle J, Murakami S, Plemons J, Romito GA, Shapira L, Tatakis DN, Teughels W, Trombelli L, Meyle J, Murakami S, Plemons J, Romito GA, Shapira L, Tatakis DN, Teughels W, Trombelli L, Walter C, Wimmer G, Xenoudi P, Yoshie H. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodontol.* 2018 Jun;89 Suppl 1:S74-S84. doi: 10.1002/JPER.17-0719. PMID: 29926944.

**9.** Cortellini P, Prato GP, Tonetti MS. The modified papilla preservation technique. A new surgical approach for interproximal regenerative procedures. *J Periodontol.* 1995 Apr;66(4):261-6. doi: 10.1902/jop.1995.66.4.261. PMID: 7782979.

**10.** Cortellini P, Prato GP, Tonetti MS. The simplified papilla preservation flap. A novel surgical approach for the management of soft tissues in regenerative procedures. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1999 Dec;19(6):589-99. PMID: 10815597

**11.** Costa FO, Lages EJ, Cota LO, Lorentz TC, Soares RV, Cortelli JR. Tooth loss in individuals under periodontal maintenance therapy: 5-year prospective study. *J Periodontal Res.* 2014 Feb;49(1):121-8. doi: 10.1111/jre.12087. Epub 2013 May 7. Erratum in: *J Periodontal Res.* 2020 Jan;55(1):161. doi: 10.1111/jre.12581. PMID: 23647520.

**12.** Cummins D, Creeth JE. Delivery of antiplaque agents from dentifrices, gels, and mouthwashes. *J Dent Res.* 1992 Jul;71(7):1439-49. doi: 10.1177/00220345920710071601. PMID: 1629461.

**13.** da Costa LFNP, Amaral CDSF, Barbirato DDS, Leão ATT, Fogacci MF. Chlorhexidine mouthwash as an adjunct to mechanical therapy in chronic periodontitis: A meta-analysis. *J Am Dent Assoc.* 2017 May;148(5):308-318. doi: 10.1016/j.adaj.2017.01.021. Epub 2017 Mar 9. PMID: 28284417.

**14.** Dommisch H, Walter C, Dannewitz B, Eickholz P. Resective surgery for the treatment of furcation involvement: A systematic review. *J Clin Periodontol.* 2020 Jul;47 Suppl 22:375-391. doi: 10.1111/jcpe.13241. PMID: 31912534.

**15.** Donos N, Calciolari E, Brusselaers N, Goldoni M, Bostanci N, Belibasakis GN. The adjunctive use of host modulators in non-surgical periodontal therapy. A systematic review of randomized, placebo-controlled clinical studies. *J Clin Periodontol.* 2020 Jul;47 Suppl 22:199-238. doi: 10.1111/jcpe.13232. PMID: 31834951.



- 16.** Escribano M, Figuro E, Martín C, Tobías A, Serrano J, Roldán S, Herrera D. Efficacy of adjunctive anti-plaque chemical agents: a systematic review and network meta-analyses of the Turesky modification of the Quigley and Hein plaque index. *J Clin Periodontol*. 2016 Dec;43(12):1059-1073. doi: 10.1111/jcpe.12616. Epub 2016 Oct 10. PMID: 27531174.
- 17.** Figuro E, Herrera D, Tobías A, Serrano J, Roldán S, Escribano M, Martín C. Efficacy of adjunctive anti-plaque chemical agents in managing gingivitis: A systematic review and network meta-analyses. *J Clin Periodontol*. 2019 Jul;46(7):723-739. doi: 10.1111/jcpe.13127. Epub 2019 May 31. PMID: 31058336.
- 18.** Forrest JL, Miller SA. Evidence-based decision making in action: Part 1- Finding the best clinical evidence. *J Contemp Dent Pract*. 2002 Aug 15;3(3):10-26. PMID: 12239574.
- 19.** Gatej S, Gully N, Gibson R, Bartold PM. Probiotics and Periodontitis - A Literature Review. *J Int Acad Periodontol*. 2017 Apr 1;19(2):42-50. PMID: 31473722.
- 20.** GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018 Nov 10;392(10159):1789-1858. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32279-7. Epub 2018 Nov 8. Erratum in: *Lancet*. 2019 Jun 22;393(10190):e44. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31047-5. PMID: 30496104; PMCID: PMC6227754.
- 21.** Glossary of Periodontal Terms <https://members.perio.org/libraries/glossary?ssopc=1>, accesata la 24.07.2025
- 22.** Graziani F, Gennai S, Cei S, Cairo F, Baggiani A, Miccoli M, Gabriele M, Tonetti M. Clinical performance of access flap surgery in the treatment of the intrabony defect. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *J Clin Periodontol*. 2012 Feb;39(2):145-56. doi: 10.1111/j.1600-051X.2011.01815.x. Epub 2011 Nov 27. PMID: 22117895.
- 23.** Graziani F, Gennai S, Karapetsa D, Rosini S, Filice N, Gabriele M, Tonetti M. Clinical performance of access flap in the treatment of class II furcation defects. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *J Clin Periodontol*. 2015 Feb;42(2):169-81. doi: 10.1111/jcpe.12327. Epub 2015 Feb 2. PMID: 25360693.



- 24.** Hamp SE, Nyman S, Lindhe J. Periodontal treatment of multirrooted teeth. Results after 5 years. *J Clin Periodontol.* 1975 Aug;2(3):126-35. doi: 10.1111/j.1600-051x.1975.tb01734.x. PMID: 1058213.
- 25.** Hennequin-Hoenderdos NL, van der Sluijs E, van der Weijden GA, Slot DE. Efficacy of a rubber bristles interdental cleaner compared to an interdental brush on dental plaque, gingival bleeding and gingival abrasion: A randomized clinical trial. *Int J Dent Hyg.* 2018 Aug;16(3):380-388. doi: 10.1111/idh.12316. Epub 2017 Sep 26. PMID: 28952192.
- 26.** Herrera D, Retamal-Valdes B, Alonso B, Feres M. Acute periodontal lesions (periodontal abscesses and necrotizing periodontal diseases) and endo-periodontal lesions. *J Clin Periodontol.* 2018 Jun;45 Suppl 20:S78-S94. doi: 10.1111/jcpe.12941. PMID: 29926493.
- 27.** Herrera D, Matesanz P, Martín C, Oud V, Feres M, Teughels W. Adjunctive effect of locally delivered antimicrobials in periodontitis therapy: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol.* 2020 Jul;47 Suppl 22:239-256. doi: 10.1111/jcpe.13230. PMID: 31912531.
- 28.** Herrera D, Sanz M, Kerschull M, Jepsen S, Sculean A, Berglundh T, Papapanou PN, Chapple I, Tonetti MS; EFP Workshop Participants and Methodological Consultant. Treatment of stage IV periodontitis: The EFP S3 level clinical practice guideline. *J Clin Periodontol.* 2022 Jun;49 Suppl 24:4-71. doi: 10.1111/jcpe.13639. PMID: 35688447.
- 29.** Herrera D, Berglundh T, Schwarz F, Chapple I, Jepsen S, Sculean A, Kerschull M, Papapanou PN, Tonetti MS, Sanz M; EFP workshop participants and methodological consultant. Prevention and treatment of peri-implant diseases-The EFP S3 level clinical practice guideline. *J Clin Periodontol.* 2023 Jun;50 Suppl 26:4-76. doi: 10.1111/jcpe.13823. Epub 2023 Jun 4. PMID: 37271498.
- 30.** Huynh-Ba G, Kuonen P, Hofer D, Schmid J, Lang NP, Salvi GE. The effect of periodontal therapy on the survival rate and incidence of complications of multirrooted teeth with furcation involvement after an observation period of at least 5 years: a systematic review. *J Clin Periodontol.* 2009 Feb;36(2):164-76. doi: 10.1111/j.1600-051X.2008.01358.x. PMID: 19207893.
- 31.** Jepsen S, Eberhard J, Herrera D, Needleman I. A systematic review of guided tissue regeneration for periodontal furcation defects. What is the effect of guided tissue regeneration compared with surgical debridement in the treatment of furcation defects? *J Clin Periodontol.* 2002;29 Suppl 3:103-16; discussion 160-2. doi: 10.1034/j.1600-051x.29.s3.6.x. PMID: 12787212.



- 32.** Jepsen S, Caton JG, Albandar JM, Bissada NF, Bouchard P, Cortellini P, Demirel K, de Sanctis M, Ercoli C, Fan J, Geurs NC, Hughes FJ, Jin L, Kantarci A, Lalla E, Madianos PN, Matthews D, McGuire MK, Mills MP, Preshaw PM, Reynolds MA, Sculean A, Susin C, West NX, Yamazaki K. Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: Consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodontol.* 2018 Jun;89 Suppl 1:S237-S248. doi: 10.1002/JPER.17-0733. PMID: 29926943.
- 33.** Jepsen S, Gennai S, Hirschfeld J, Kalemaj Z, Buti J, Graziani F. Regenerative surgical treatment of furcation defects: A systematic review and Bayesian network meta-analysis of randomized clinical trials. *J Clin Periodontol.* 2020 Jul;47 Suppl 22:352-374. doi: 10.1111/jcpe.13238. PMID: 31860125.
- 34.** Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W. Global burden of severe periodontitis in 1990-2010: a systematic review and meta-regression. *J Dent Res.* 2014 Nov;93(11):1045-53. doi: 10.1177/0022034514552491. Epub 2014 Sep 26. PMID: 25261053; PMCID: PMC4293771.
- 35.** Kassebaum NJ, Smith AGC, Bernabé E, Fleming TD, Reynolds AE, Vos T, Murray CJL, Marcenes W; GBD 2015 Oral Health Collaborators. Global, Regional, and National Prevalence, Incidence, and Disability-Adjusted Life Years for Oral Conditions for 195 Countries, 1990-2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. *J Dent Res.* 2017 Apr;96(4):380-387. doi: 10.1177/0022034517693566. PMID: 28792274; PMCID: PMC5912207.
- 36.** Krohn-Dale I, Bøe OE, Enersen M, Leknes KN. Er:YAG laser in the treatment of periodontal sites with recurring chronic inflammation: a 12-month randomized, controlled clinical trial. *J Clin Periodontol.* 2012 Aug;39(8):745-52. doi: 10.1111/j.1600-051X.2012.01912.x. Epub 2012 Jun 13. PMID: 22694321.
- 37.** Needleman I, Nibali L, Di Iorio A. Professional mechanical plaque removal for prevention of periodontal diseases in adults--systematic review update. *J Clin Periodontol.* 2015 Apr;42 Suppl 16:S12-35. doi: 10.1111/jcpe.12341. PMID: 25495962.
- 38.** Nibali L, Koidou VP, Nieri M, Barbato L, Pagliaro U, Cairo F. Regenerative surgery versus access flap for the treatment of intra-bony periodontal defects: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol.* 2020 Jul;47 Suppl 22:320-351. doi: 10.1111/jcpe.13237. PMID: 31860134.



- 39.** Nyman S, Lindhe J, Rosling B. Periodontal surgery in plaque-infected dentitions. *J Clin Periodontol.* 1977 Nov;4(4):240-9. doi: 10.1111/j.1600-051x.1977.tb01896.x. PMID: 340476.
- 40.** O'Leary TJ, Drake RB, Naylor JE. The plaque control record. *J Periodontol.* 1972 Jan;43(1):38. doi: 10.1902/jop.1972.43.1.38. PMID: 4500182.
- 41.** Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, Flemmig TF, Garcia R, Giannobile WV, Graziani F, Greenwell H, Herrera D, Kao RT, Kerschull M, Kinane DF, Kirkwood KL, Kocher T, Kornman KS, Kumar PS, Loos BG, Machtei E, Meng H, Mombelli A, Needleman I, Offenbacher S, Seymour GJ, Teles R, Tonetti MS. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodontol.* 2018 Jun;89 Suppl 1:S173-S182. doi: 10.1002/JPER.17-0721. PMID: 29926951.
- 42.** Polak D, Wilensky A, Antonoglou GN, Shapira L, Goldstein M, Martin C. The efficacy of pocket elimination/reduction compared to access flap surgery: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol.* 2020 Jul;47 Suppl 22:303-319. doi: 10.1111/jcpe.13246. PMID: 31912516.
- 43.** Ramseier CA, Woelber JP, Kitzmann J, Detzen L, Carra MC, Bouchard P. Impact of risk factor control interventions for smoking cessation and promotion of healthy lifestyles in patients with periodontitis: A systematic review. *J Clin Periodontol.* 2020 Jul;47 Suppl 22:90-106. doi: 10.1111/jcpe.13240. PMID: 31912512.
- 44.** Righolt AJ, Jevdjevic M, Marcenes W, Listl S. Global-, Regional-, and Country-Level Economic Impacts of Dental Diseases in 2015. *J Dent Res.* 2018 May;97(5):501-507. doi: 10.1177/0022034517750572. Epub 2018 Jan 17. PMID: 29342371.
- 45.** Rosling B, Nyman S, Lindhe J, Jern B. The healing potential of the periodontal tissues following different techniques of periodontal surgery in plaque-free dentitions. A 2-year clinical study. *J Clin Periodontol.* 1976 Nov;3(4):233-50. doi: 10.1111/j.1600-051x.1976.tb00042.x. PMID: 1069012.
- 46.** Salvi GE, Stähli A, Schmidt JC, Ramseier CA, Sculean A, Walter C. Adjunctive laser or antimicrobial photodynamic therapy to non-surgical mechanical instrumentation in patients with untreated periodontitis: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol.* 2020 Jul;47 Suppl 22:176-198. doi: 10.1111/jcpe.13236. PMID: 31859395.



- 47.** Sanz M, van der Velden U, van Steenberghe D, Baehni P. Periodontology as a recognized dental speciality in Europe. *J Clin Periodontol.* 2006 Jun;33(6):371-5. doi: 10.1111/j.1600-051X.2006.00932.x. PMID: 16677324.
- 48.** Sanz M, Meyle J. Scope, competences, learning outcomes and methods of periodontal education within the undergraduate dental curriculum: a consensus report of the 1st European Workshop on Periodontal Education--position paper 2 and consensus view 2. *Eur J Dent Educ.* 2010 May;14 Suppl 1:25-33. doi: 10.1111/j.1600-0579.2010.00621.x. PMID: 20415973.
- 49.** Sanz M, Kornman K; working group 3 of the joint EFP/AAP workshop. Periodontitis and adverse pregnancy outcomes: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *J Periodontol.* 2013 Apr;84(4 Suppl):S164-9. doi: 10.1902/jop.2013.1340016. PMID: 23631576.
- 50.** Sanz M, Ceriello A, Buysschaert M, Chapple I, Demmer RT, Graziani F, Herrera D, Jepsen S, Leone L, Madianos P, Mathur M, Montanya E, Shapira L, Tonetti M, Vegh D. Scientific evidence on the links between periodontal diseases and diabetes: Consensus report and guidelines of the joint workshop on periodontal diseases and diabetes by the International Diabetes Federation and the European Federation of Periodontology. *J Clin Periodontol.* 2018 Feb;45(2):138-149. doi: 10.1111/jcpe.12808. Epub 2017 Dec 26. PMID: 29280174.
- 51.** Sanz M, Del Castillo AM, Jepsen S, Gonzalez-Juanatey JR, D'Aiuto F, Bouchard P, Chapple I, Dietrich T, Gotsman I, Graziani F, Herrera D, Loos B, Madianos P, Michel JB, Perel P, Pieske B, Shapira L, Shechter M, Tonetti M, Vlachopoulos C, Wimmer G. Periodontitis and Cardiovascular Diseases. Consensus Report. *Glob Heart.* 2020 Feb 3;15(1):1. doi: 10.5334/gh.400. PMID: 32489774; PMCID: PMC7218770.
- 52.** Sanz M, Herrera D, Kerschull M, Chapple I, Jepsen S, Beglundh T, Sculean A, Tonetti MS; EFP Workshop Participants and Methodological Consultants. Treatment of stage I-III periodontitis-The EFP S3 level clinical practice guideline. *J Clin Periodontol.* 2020 Jul;47 Suppl 22(Suppl 22):4-60. doi: 10.1111/jcpe.13290. Erratum in: *J Clin Periodontol.* 2021 Jan;48(1):163. doi: 10.1111/jcpe.13403. PMID: 32383274; PMCID: PMC7891343.
- 53.** Sanz-Sánchez I, Montero E, Citterio F, Romano F, Molina A, Aimetti M. Efficacy of access flap procedures compared to subgingival debridement in the treatment of periodontitis. A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol.* 2020 Jul;47 Suppl 22:282-302. doi: 10.1111/jcpe.13259. PMID: 31970821.



- 54.** Schünemann HJ, Zhang Y, Oxman AD; Expert Evidence in Guidelines Group. Distinguishing opinion from evidence in guidelines. *BMJ*. 2019 Jul 19;366:l4606. doi: 10.1136/bmj.l4606. PMID: 31324659.
- 55.** Serhan CN. Discovery of specialized pro-resolving mediators marks the dawn of resolution physiology and pharmacology. *Mol Aspects Med*. 2017 Dec;58:1-11. doi: 10.1016/j.mam.2017.03.001. Epub 2017 Mar 3. PMID: 28263773; PMCID: PMC5582020.
- 56.** Serrano J, Escribano M, Roldán S, Martín C, Herrera D. Efficacy of adjunctive anti-plaque chemical agents in managing gingivitis: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol*. 2015 Apr;42 Suppl 16:S106-38. doi: 10.1111/jcpe.12331. PMID: 25495592.
- 57.** Slot DE, Valkenburg C, Van der Weijden GAF. Mechanical plaque removal of periodontal maintenance patients: A systematic review and network meta-analysis. *J Clin Periodontol*. 2020 Jul;47 Suppl 22:107-124. doi: 10.1111/jcpe.13275. PMID: 32716118.
- 58.** Steenackers K, Vijt J, Leroy R, De Vree H, De Boever JA. Short-term clinical study comparing supragingival plaque removal and gingival bleeding reduction of the Philips Jordan HP735 to a manual toothbrush in periodontal patients in a maintenance program. *J Clin Dent*. 2001;12(1):17-20. PMID: 11475708.
- 59.** Suvan J, Leira Y, Moreno Sancho FM, Graziani F, Derks J, Tomasi C. Subgingival instrumentation for treatment of periodontitis. A systematic review. *J Clin Periodontol*. 2020 Jul;47 Suppl 22:155-175. doi: 10.1111/jcpe.13245. PMID: 31889320.
- 60.** Teughels W, Feres M, Oud V, Martín C, Matesanz P, Herrera D. Adjunctive effect of systemic antimicrobials in periodontitis therapy: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol*. 2020 Jul;47 Suppl 22:257-281. doi: 10.1111/jcpe.13264. PMID: 31994207.
- 61.** Tonetti MS, Van Dyke TE; working group 1 of the joint EFP/AAP workshop. Periodontitis and atherosclerotic cardiovascular disease: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *J Periodontol*. 2013 Apr;84(4 Suppl):S24-9. doi: 10.1902/jop.2013.1340019. PMID: 23631582.
- 62.** Tonetti MS, Jepsen S, Jin L, Otomo-Corgel J. Impact of the global burden of periodontal diseases on health, nutrition and wellbeing of mankind: A call for global action. *J Clin Periodontol*. 2017 May;44(5):456-462. doi: 10.1111/jcpe.12732. Epub 2017 May 8. PMID: 28419559.



- 63.** Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *J Periodontol.* 2018 Jun;89 Suppl 1:S159-S172. doi: 10.1002/JPER.18-0006. Erratum in: *J Periodontol.* 2018 Dec;89(12):1475. doi: 10.1002/jper.10239. PMID: 29926952.
- 64.** Tonetti MS, Sanz M. Implementation of the new classification of periodontal diseases: Decision-making algorithms for clinical practice and education. *J Clin Periodontol.* 2019 Apr;46(4):398-405. doi: 10.1111/jcpe.13104. PMID: 30883878.
- 65.** Trombelli L, Franceschetti G, Farina R. Effect of professional mechanical plaque removal performed on a long-term, routine basis in the secondary prevention of periodontitis: a systematic review. *J Clin Periodontol.* 2015 Apr;42 Suppl 16:S221-36. doi: 10.1111/jcpe.12339. PMID: 25495875.
- 66.** Trombelli L, Farina R, Pollard A, Claydon N, Franceschetti G, Khan I, West N. Efficacy of alternative or additional methods to professional mechanical plaque removal during supportive periodontal therapy: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol.* 2020 Jul;47 Suppl 22:144-154. doi: 10.1111/jcpe.13269. PMID: 32060940.
- 67.** Van der Velden U, Sanz M. Postgraduate periodontal education. Scope, competences, proficiencies and learning outcomes: consensus report of the 1st European Workshop on Periodontal Education--position paper 3 and consensus view 3. *Eur J Dent Educ.* 2010 May;14 Suppl 1:34-40. doi: 10.1111/j.1600-0579.2010.00622.x. PMID: 20415974.
- 68.** Van der Weijden FA, Slot DE. Efficacy of homecare regimens for mechanical plaque removal in managing gingivitis a meta review. *J Clin Periodontol.* 2015 Apr;42 Suppl 16:S77-91. doi: 10.1111/jcpe.12359. PMID: 25597787.
- 69.** van Steenberghe D, Lekholm U, Bolender C, Folmer T, Henry P, Herrmann I, Higuchi K, Laney W, Linden U, Astrand P. Applicability of osseointegrated oral implants in the rehabilitation of partial edentulism: a prospective multicenter study on 558 fixtures. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 1990 Fall;5(3):272-81. PMID: 2098330.