



DENTAL Evidence



Review della letteratura internazionale

EVIDENCE BASED MEDICINE

Prevenire è sempre meglio che curare?

“Prevenire è meglio che curare” recita una regola che medici e odontoiatri conoscono molto bene. E in effetti è indiscutibile che sia di gran lunga preferibile non ammalarsi, piuttosto che dover ricorrere a cure per risolvere il problema una volta che questo si è presentato. Sotto molti punti di vista: quello del paziente ovviamente, anzi del cittadino che evita di trovarsi trasformato in paziente, ma anche quello dei sistemi sanitari, dal momento che in molti casi la prevenzione è più economica della terapia, e spesso più equa. Tutto questo è vero però solo a patto che la strategia preventiva, si tratti di un vaccino, di norme igieniche o di stili di vita, sia di provata efficacia e priva (o quasi) di effetti indesiderati, vantaggiosa per la comunità e accettabile per l'individuo.

Molti gli esempi su cui riflettere

Un bilancio che talvolta è molto difficile fare, se qualche tempo fa un articolo pubblicato su *Lancet* metteva in discussione un approccio dato quasi per scontato, come il trattamento dell'ipertensione per la prevenzione delle malattie cardiovascolari. La riflessione, sicuramente provocatoria, era che la cura dell'ipertensione determina quasi sempre ansia nel paziente e spesso richiede visite frequenti e trattamenti farmacologici a tempo indeterminato, anche in soggetti di giovane età, a fronte di benefici che sul singolo paziente sono tutt'altro che certi. Con l'esclusione di qualche radicale posizione anti-vaccini, nessuno potrebbe mettere in discussione il grande successo rappresentato da vaccini come quello contro il vaiolo o la poliomielite, capaci di eradicare malattie gravissime. Mentre lo stesso non si può dire del vaccino preparato per difendersi dalla malattia nota come

influenza suina: acquistato in milioni di dosi dai ministeri della salute di diversi paesi del mondo a causa più della pressione mediatica (e forse di qualche lobby) che di una reale necessità, la cui efficacia non è mai stata rigorosamente dimostrata, la cui inutilità è invece stata dimostrata dal fatto che a fronte della modesta percentuale di soggetti che hanno accettato di vaccinarsi, non ci siano state conseguenze sanitarie di rilievo.

In questo caso il sospetto è che gli unici a beneficiare di questo intervento siano stati gli azionisti delle aziende che hanno sviluppato e commercializzato il vaccino.

Forti interessi, anche sulla prevenzione

Perché in effetti, tra i motivi che spiegano la crescente attenzione nei confronti degli interventi di prevenzione, all'identificazione di nuovi fattori di rischio per numerose malattie e a crescenti aspettative di una vita sempre più lunga e libera da malattia, vanno aggiunti gli interessi di molti degli attori coinvolti nella filiera medica, tra cui l'industria farmaceutica, i fornitori di servizi medici, le Società scientifiche, i medici stessi e le associazioni di pazienti. Tra gli approcci “preventivi” più perseguiti c'è quello della diagnosi precoce, la cosiddetta prevenzione secondaria. L'idea è che se le malattie croniche, in particolare quelle neoplastiche, vengono diagnosticate in una fase il più precoce possibile, allora le possibilità di successo terapeutico sono destinate ad aumentare, a fronte di una diminuzione dei costi in termini biologici per il paziente ed economici per la comunità. Tutto ragionevole e di buon senso. Peccato che in medicina ragione e buon senso abbiano più di una volta portato a commettere errori molto gravi.

Quando la prevenzione nuoce al paziente

Paradigmatica a questo riguardo la storia del PSA, il prostate-specific antigen, efficacemente riassunta in un editoriale del

numero di luglio della rivista *Archives of Internal Medicine*. Indicato inizialmente come un test semplice e accurato che avrebbe salvato innumerevoli vite, in quanto capace di individuare uno tra i più comuni tumori del maschio in fase iniziale, a distanza di qualche lustro lo screening del cancro della prostata basto sui valori di PSA si è dimostrato un intervento che probabilmente ha fatto più danni che benefici. Oggi infatti sappiamo

che le grandi speranze suscitate dal test, e di conseguenza la sua grande diffusione, hanno determinato una apparente epidemia di cancro della prostata, legata al gran numero di casi precoci individuati, molti dei quali però non sarebbero mai stati individuati, perché destinati a non manifestarsi clinicamente e a non dare alcun problema al paziente, mentre le terapie aggressive adottate anche in presenza di casi a basso rischio, hanno

spesso inciso in maniera negativa sulla qualità di vita dei pazienti. Mentre uno dei requisiti degli interventi di prevenzione, proprio perché intrapresi prima che la malattia si sviluppi o si manifesti, dovrebbe essere quello di non fare male, dal momento che al trattamento verranno sottoposti molti individui che non sono destinati a contrarre la malattia (ma che purtroppo non possiamo individuare dall'inizio).

DIA 1 STEP Polisher



Lucidatura a specchio dei compositi



in 1 solo passaggio



Distributore esclusivo per l'Italia: Ravelli S.p.A.
Via Darwin 32-34 - Settimo Milanese (MI)
Tel. 023357261 - Fax 0233572626
www.ravellispa.it



Prevenzione e odontoiatria: il cancro orale

Anche i benefici di uno screening come la mammografia non devono essere dati per scontati. Questo intervento preventivo infatti può rivelarsi controproducente se condotto su di un target scorretto, come per esempio quello di una fascia di età in cui la frequenza della malattia sia troppo bassa, perché in questo caso, a fronte di un numero troppo piccolo di morti evitate (una ogni 1600 mammografie secondo dei dati pubblicati nel 2010 sul *British Medical Journal*), si avrebbe un numero molto alto di falsi positivi e molte diagnosi di casi che, come per il PSA, non si sarebbero mai manifestate, ma che vengono invece trattate, incidendo negativamente sulla vita delle pazienti.

La scelta del campione sembra essere un elemento chiave anche degli screening per il cancro della bocca. In questo caso siamo di fronte a un intervento di screening assolutamente innocuo, trattandosi della ispezione e palpazione dei tessuti molli del cavo orale, e che se fatto in occasione di visite odontoiatriche di routine è anche ad un costo vicino allo zero (si parla in questo caso di screening opportunistici). Ancora una volta però non dobbiamo affidarci solo al nostro buon senso per stabilire l'utilità di un intervento. Infatti, come ci dice un documento dell'American Dental Association pubblicato su JAMA e basato su diverse revisioni sistematiche, **benché ci siano buone prove che una diagnosi precoce del cancro orale**

abbia un importante impatto positivo su sopravvivenza e qualità della vita, non altrettanto si può dire sull'efficacia di interventi di screening opportunistici o di comunità, quando il target sia genericamente la popolazione adulta. Questo perché la scarsa accuratezza diagnostica della sola ispezione e palpazione, che richiede una successiva conferma istologica, unita alla bassa incidenza della malattia nella popolazione generale, determinerebbe un gran numero di falsi positivi, con conseguenti accertamenti istologici inutili e responsabili di ansia e preoccupazione tra i pazienti. Molto meglio se invece l'intervento preventivo viene mirato su soggetti a rischio maggiore rispetto alla popolazione generale,

in particolare i soggetti che fumano e bevono.

Infine un'importante conclusione del gruppo di studio riguarda gli strumenti che vengono commercializzati come adiuvanti gli interventi di screening per le lesioni precoci del cancro orale, per i quali non esistono prove della loro effettiva utilità.

Giovanni Lodi
Università
degli Studi di Milano

CONSERVATIVA

Compositi e scala di riferimento Il color *mis-match*



Concettualmente un materiale per i restauri odontoiatrici diretti etichettato con la sigla A3 dovrebbe essere di colore identico a quello del campione corrispondente (anche detto *tab*) inserito nella scala guida di riferimento. E, allo stesso modo, due materiali di case produttrici differenti che vendono un composito A3 dovrebbero attribuirsi a uno stesso colore.

Browning e colleghi in un recente articolo dimostrano come questo, nonostante la semplicità del concetto, non sempre corrisponda a realtà.

Alla base del loro studio vi è l'applicazione delle regole base della colorimetria, cioè la scienza che si occupa di studiare in modo standardizzato il colore. Questo viene rappresentato come una sfera dove ad ogni punto corrisponde un colore che può venire identificato con precisione da tre coordinate: L (luminosità); a (variazioni dal verde al rosso), b (variazioni dal blu al giallo). Da qui nasce il deltaE, che rappresenta numericamente quanto differiscono due colori tra loro e quanto questa differenza sia percepibile e accettabile dall'occhio umano: per le resine composite la soglia di accettabilità corrisponde a un deltaE uguale (o minore) a 2.7 e rappresenta un livello di percezione del 50:50%. Significa che il 50% degli osservatori è in grado di percepire quei due colori come diversi, mentre il restante 50% non lo è.

L'obiettivo degli autori è stato quello di paragonare il colore di compositi fotopolimerizzati, forniti da 5 differenti ditte di materiali odontoiatrici, alle corrispondenti *tabs* di una tra le scale guida più diffusamente utilizzate e conosciute. Scopo secondario è stato poi stabilire quale marca di compositi si avvicinasse con più accuratezza alla scala standard.

L'oggettività delle misura-

zioni del colore è stata resa possibile grazie all'impiego di un colorimetro, uno strumento in grado, se appoggiato su un oggetto, di analizzarne lo specifico colore, identificandolo e quantificandolo attraverso le coordinate colorimetriche. Inoltre, al fine di standardizzare le misurazioni, i campioni di composito sono stati polimerizzati in modo da avere dimensione e forma del tutto analoga a quelle delle *shade tabs*.

Nessuno dei compositi fotopolimerizzati mostrava una corrispondenza (cioè un *color match*) accettabile con i corrispondenti campioni di riferimento. In generale i materiali forniti dalle ditte apparivano troppo luminosi e con minor croma rispetto alla scala guida.

Seppur con i limiti dichiarati e spiegati dagli stessi autori (quali la discrepanza tra lo spessore dei campioni in studio e quelli realmente utilizzati in clinica e il riferimento a valori soglia di percezione e accettabilità definiti in condizioni standard, non riproponibili nella pratica quotidiana), questo studio mette in luce e dimostra come le scale guida non possano essere comunque considerate un attendibile punto di riferimento.

Attualmente è attraverso la tecnica della stratificazione, resa migliore dalle capacità soggettive e dall'esperienza quotidiana, che il clinico può raggiungere livelli accettabili di resa del colore dentale. Al contrario, le scale guida, non corrispondendo ai compositi poi utilizzati sui pazienti, sembrano rappresentare quasi un ostacolo nella scelta del colore, dando informazioni talvolta fuorvianti.

Elena Varoni

Browning WD, Contreras-Bulnes R, Brackett MG, Brackett WW. Color differences: polymerized composite and corresponding Vitapan Classical shade tab. J Dent 2009;37 Suppl 1:e34-9.

Heraeus

Venus[®] Diamond[®]
The Diamond Class.

Scoprite la
"nuova classe"
per ricostruzioni
perfette

Venus Diamond è il nuovo composito universale nano-ibrido che combina una bassa contrazione con un'alta resistenza e durata del restauro.

Il materiale si adatta in modo univoco al colore delle strutture dentali circostanti, garantendo un meraviglioso effetto naturale.

- **Formula Diamond**
La sicurezza di un restauro efficace e duraturo nel tempo
- **Effetto Diamond**
Perfetto adattamento cromatico alle strutture dentali circostanti
- **Stratificazione Diamond**
La garanzia di un risultato naturale.

Info:
Heraeus Kulzer Srl
Via Console Flaminio, 5/7 - 20134 MILANO
tel.02.210094.1 - fax 02.210094.282/283
heraeus.hki@heraeus.com - www.heraeuskulzer.it

da gennaio 2010 disponibile
Venus Diamond Flow

Venus[®]
The new Aesthetics.