



DENTAL Evidence



Review della letteratura internazionale

EVIDENCE BASED MEDICINE

C'è poca diagnosi nella ricerca

La ricerca su strumenti e test diagnostici è la cenerentola della ricerca medica.

Gli studi, soprattutto quelli liberi da interessi commerciali, che indagano questo momento chiave della pratica medica sono pochi e spesso di qualità incerta. Eppure ancora molto c'è da capire sui processi impiegati dal clinico, in modo più o meno volontario, nel percorso che dal problema presentato dal paziente porta fino alla diagnosi e da questa alla cura. Ed in effetti un'ottima definizione della diagnosi, che in modo molto pragmatica ne sottolinea la funzione principale, è "mezzo per decidere quale sia il migliore trattamento".

Basandosi sugli studi di Sackett e colleghi pubblicati nel libro del 1985 *Clinical epidemiology: a basic science for clinical medicine*, testo seminale per lo sviluppo di quella che da lì a poco verrà definita Evidence Based Medicine, oggi riteniamo che la strategia diagnostica impiegata dalla maggior parte dei medici è quella definita ipotetico-deduttiva. Essa consiste nella formulazione, a partire dal problema iniziale presentato dal paziente, di una lista breve di diagnosi possibili, a cui segue l'esecuzione di test diagnostici finalizzati a ridurre ulteriormente la lunghezza, fino alla formulazione della diagnosi finale. Test diagnostico è in questo contesto un termine molto ampio, che comprende la raccolta di dati anamnestici o semeiotici, così come l'esecuzione di esami strumentali o di laboratorio.

Un esempio molto semplice potrebbe essere quello di un paziente che

entra in uno studio odontoiatrico lamentando un dolore ai denti intermittente, ma piuttosto intenso (*problema iniziale*). Con queste premesse è certo che in cima alla lista breve delle diagnosi l'odontoiatra metterà una carie coinvolgente la dentina e che dopo aver domandato se il dolore è provocato da stimoli termici o dall'assunzione di alimenti dolci, ispezionerà la bocca del paziente verificando con la sonda la presenza di tessuto rammollito nella sede indicata come sintomatica. Domande, ispezione e sondaggio sono tutti *test diagnostici* per verificare (ma sarebbe meglio dire confutare) l'ipotesi diagnostica di carie dentinale.

Poche diagnosi in odontoiatria

In odontoiatria la ricerca in campo diagnostico è ancora più scarsa che nella medicina in generale.

Si potrebbe pensare che questo sia determinato dal fatto che le malattie con cui l'odontoiatra si confronta siano sostanzialmente due: carie, malattia parodontale e loro complicanze. Sarebbe altrettanto ragionevole pensare che di conseguenza l'abilità dell'odontoiatra nel diagnosticarle entrambe sia massima. E invece quando si vanno a verificare i dati, le sorprese non mancano mai: revisioni sistematiche hanno mostrato come, con il solo esame obiettivo, **solo due volte su tre siamo in grado di diagnosticare una carie della superficie oclusale che interessa la dentina**, una performance decisamente al disotto delle aspettative.

Negli anni sono stati proposti strumenti e tecniche per migliorare la capacità diagnostica della carie, dagli esami radiografici indicati in caso di sospetta carie interprossimale (bitewing), alle diverse tecniche che sfruttano la transilluminazione, fino agli strumenti che analizzano la conduttanza o la fluorescenza dei tessuti del dente cariato. Finora però nessuna tecnica tra quelle proposte ha mantenuto le promesse iniziali né, con l'eccezione delle radiografie bitewing, è riuscita a diventare parte integrante della normale pratica odontoiatrica.

La tecnologia aiuta?

È perciò molto interessante la domanda che si sono posti un gruppo di ricercatori brasiliani, ovvero se aggiungere alla semplice ispezione le informazioni ottenute da questi strumenti diagnostici, contribuisca a prendere la migliore decisione riguardo al trattamento della carie (*Eur J Oral Sci* 2009; 117: 51-57).

Per provare a rispondere a questa domanda tutt'altro che banale, i ricercatori sono partiti da un centinaio di denti estratti (era quindi uno studio *in vitro*), sani o affetti da carie oclusale di diversa gravità, ma comunque senza macroscopiche perdite di tessuto.

In una prima fase tre clinici molto esperti, dopo un'attenta ispezione dei denti montati su una base in resina, fornivano un giudizio sulla presenza e sulla gravità della carie e contemporaneamente indicavano la tipologia di trattamento per loro più indicata (vedi tabella qui sotto). A distanza di qual-

che settimana agli stessi odontoiatri veniva chiesto di tornare ad esaminare i denti, ma di fornire diagnosi di carie e indicazione di trattamento sulla base anche dei dati ottenuti con quattro tecniche diagnostiche (radiografie bitewing, conduttanza, fluorescenza al laser e alla luce). L'ultima fase dello studio prevedeva che i denti venissero tagliati, preparati ed esaminati, in modo da definire la diagnosi di certezza (istologica) e il conseguente trattamento, che venivano confrontati con quelli dei clinici.

Poco è meglio?

Il primo dei risultati è stato che in generale i quattro strumenti nel loro insieme non miglioravano significativamente l'accuratezza diagnostica della sola ispezione. C'era certamente una differenza

tra le due metodiche, infatti quando i dati strumentali entravano nella diagnosi, aumentavano il numero di denti cariati riconosciuti come tali (migliorava quella che si chiama sensibilità), ma aumentavano anche il numero di denti sani che venivano indicati come cariati (peggiorava cioè la specificità).

Se ci si fermasse alla fredda analisi della performance dei due metodi, si potrebbe considerare un vantaggio la possibilità di riconoscere un maggior numero di denti cariati e si potrebbe promuovere la bontà del metodo enfatizzandone l'alta sensibilità. Il pregio principale dello studio è stato però quello di legare la diagnosi al trattamento, mostrando che il prezzo da pagare per un approccio che favorisca comunque la sensibilità, è un numero significativamente maggiore di

trattamenti inutili (*overtreatment*).

Nonostante i numerosi limiti dello studio, che vanno dal peccato originale di essere uno studio *in vitro*, alla impossibilità di valutare l'influenza dei diversi strumenti nella diagnosi finale, fino alla selezione dei denti da esaminare, le conclusioni degli autori per cui la maggiore disponibilità di dati sembra spingere verso un numero più alto di trattamenti invasivi, sembrano convincenti. Se poi una perdita irreversibile di tessuti dentali sia o meno preferibile ad un ritardo nella diagnosi di una lesione iniziale o ad un trattamento insufficiente (*undertreatment*) è tutto da stabilire, ma comunque non necessariamente di più è meglio.

Giovanni Lodi
Università degli Studi di Milano

Opzioni terapeutiche per i denti valutati

- ▲ Nessun trattamento
- ▲ Trattamento non invasivo (applicazione professionale di fluoro topico, sigillatura)
- ▲ Trattamento invasivo (otturazione)

Orthofile G5
ORTHODONTIC generic BRACE SYSTEMS

SDC Orthofile
SWISS ORTHODONTIC STRIPS

SDC SWISS dentalcare
QUALITY DENTAL PRODUCTS

G5 Restaurativa estetica

Novità
Richiedete informazioni sulla nuova PolySoft da 3, 9, 15 e 30 micron! La lima super fine per l'eliminazione del micro solchi.

I suoi vantaggi:

- Zona per inserimento nel punto di contatto senza diamantatura
- Fissaggio con semplice meccanismo da ambe due i lati
- Gambo sintetico sterilizzabile
- Utilizzabile con la stessa lima dalla parte sinistra o dalla parte destra
- Utilizzabile anche in manuale

Il nuovo strumento veloce e preciso (che salva il punto di contatto) per la finitura e lucidatura degli spazi interprossimali.
Il sistema SDC-G5 è un sottile strumento flessibile che facilita la rimozione di parti in eccesso negli spazi interprossimali del dente, (spesso necessaria dopo l'applicazione di cementi o compositi) e la sua rifinitura senza rovinare il punto di contatto. Queste lime sono disponibili in diverse misure (altezza da 4 mm e da 2,5 mm), diamantate a un lato.

applicazioni in: **Restaurativa e Conservativa** **Terapie con mascherina** **Ortodonzia**



Lombarda H S.r.l.
Loc. Faustina
20080 Albairate - MI

Tel. 02 949 205 09
Fax 02 949 205 15

lombh@libero.it
www.lombardah.com