



DENTAL Evidence



Review della letteratura internazionale

EVIDENCE BASED MEDICINE

Se non ci sono evidenze per la visita ogni 6 mesi

“Mi sembra che sia tutto a posto. Ci vediamo tra sei mesi”.

È probabile che questa sia una delle frasi più ascoltate in ogni ambulatorio odontoiatrico, ovunque esso si trovi, a conclusione di un lungo piano di trattamento come di una breve visita periodica, fatta, neanche a dirlo, a sei mesi di distanza dalla precedente.

Sappiamo che la visita semestrale ha origini molto lontane nel tempo, dal momento che già nel 1879 in occasione dell'annuale congresso dell'American Academy of Dental Science, se ne sottolineava l'utilità ai fini di prevenire la carie dentaria, concetto ribadito pochi anni più tardi dalla sezione odontostomatologica dell'American Medical Association, che suggeriva fino a quattro controlli all'anno (!) per evitare la perdita di denti. Sempre al congresso dell'American Academy del '79, Charles W Eliot, presidente della Harvard University, sottolineava come gli americani, consapevoli della fragilità dei denti, si recassero due volte all'anno dal dentista per un controllo, al contrario degli inglesi che si sottoponevano a una visita solo in presenza di mal di denti.

È invece del 1909 la prima brochure preparata dalla commissione sull'igiene orale della American Dental Association, diretta ai pazienti, che suggeriva due visite all'anno, da aumentare in presenza di situazioni di particolare vulnerabilità.

Da allora una visita dentistica ogni sei mesi viene indicata come un viatico per una buona salute orale da libri di testo, Società scientifiche, corsi di aggiornamento e pubblicità dei dentifrici. Non solo, la cadenza semestrale è stabilita da molte assicurazioni come la norma e, in passato, era quanto raccomandato dal National Health Service, il servizio sanitario inglese.

A caccia di evidenze

L'idea alla base del controllo periodico è quella di realizzare, mediante visite più o meno ravvicinate, una efficace prevenzione secondaria: di limitare cioè la progressione e gli effetti dannosi della malattia, attraverso la diagnosi precoce e il trattamento delle più comuni malattie della bocca e in particolare della carie.

Ma quali dati scientifici sostengono questa raccomandazione così radicata e almeno in apparenza di buon senso? Se lo sono chiesto un gruppo di ricercatori statunitensi che hanno realizzato una revisione sistematica sull'argomento, pubblicata nel numero del maggio 2010 del *Journal of American Dental Association*, organo ufficiale della omonima associazione (www.ada.org). Una revisione sistematica è un esercizio di ricerca in cui gli autori selezionano le migliori prove scientifiche disponibili allo scopo di rispondere a un preciso problema di natura clinica, in questo caso “se esista una frequenza di visite di controllo che possa risultare efficace per tutti i pazienti e in particolare, se questa frequenza sia quella semestrale”.

Un campione molto piccolo

Nonostante una ricerca molto ampia sulla più grande banca dati biomedica (www.pubmed.gov), e criteri di inclusione non troppo selettivi, gli autori hanno finito per analizzare i risultati di soli sei studi. Molto pochi se si considera la grandissima rilevanza del problema affrontato e il numero di articoli analizzati dagli autori (oltre 10 mila). A questo si aggiunge che uno solo tra questi era un trial randomizzato (il meglio da un punto di vista metodologico per un problema come questo), i cui risultati non mostravano differenze significative tra un intervallo di 12 mesi e uno di 24 in termini di incidenza di carie. Gli altri cinque studi erano caratterizzati da disegni meno solidi,

come nel caso di un trial che confrontava un gruppo a cui ogni due o tre mesi veniva fatto un controllo e un trattamento preventivo, con un gruppo i cui soggetti erano visitati, ma non trattati, una volta all'anno. Il risultato era prevedibilmente a favore del primo gruppo, ma è probabile che il beneficio evidenziato fosse il risultato del trattamento prestato e non della differente frequenza dei controlli. Quando invece non c'erano differenze in termini di intervento, come in altri due studi piuttosto simili che confrontavano intervalli compresi tra i tre e i diciotto mesi, le differenze sembravano scomparire.

Le diverse frequenze di controlli non sembravano sortire effetti significativamente diversi in termini di insorgenza di carie neanche quando i soggetti arruolati erano pazienti disabili, e quindi potenzialmente a maggior rischio di carie. Solo uno studio che confrontava la presenza di malattia tra pazienti che si sottoponevano a visite regolari con quelli che si recavano dal dentista solo in caso di bisogno, mostrava una minore presenza di carie e di denti persi tra i secondi. I primi però avevano un numero maggiore di otturazioni.

Nessuna evidenza

Sulla base di questi risultati le conclusioni degli autori sono state che le prove a favore di un particolare intervallo tra due visite di controllo, sono piuttosto deboli. E a essere sinceri i colleghi della Arizona School of Dentistry and Oral Health sono stati piuttosto generosi, perché la verità è che tali prove sono sostanzialmente inesistenti. E benché i risultati sintetizzati nella revisione siano di per sé sufficienti a dimostrare tale mancanza di informazioni, quando si analizzano, in maniera neanche troppo sofisticata, le caratteristiche delle ricerche

includere nella revisione, la mancanza di certezze si fa ancora più evidente.

Infatti gli autori sottolineano che oltre alla metodologia piuttosto debole, a cui abbiamo già accennato, motivo di incertezza è che nella maggior parte degli articoli mancano informazioni trasparenti su cosa sia successo nel corso dei controlli: solo visite? trattamenti preventivi? istruzioni di igiene orale? Inoltre alcuni degli studi erano di tipo osservazionale, e quindi non è dato di sapere se l'intervallo delle visite fosse un determinante dello stato di salute orale o, viceversa, lo stato di salute fosse un determinante della frequenza delle visite.

Un altro aspetto che non deve essere ignorato, se non si vuole correre il rischio di fermarsi al puro esercizio accademico invece di analizzare la letteratura scientifica per migliorare la pratica clinica, riguarda la data di pubblicazione degli studi esaminati. Infatti solo uno tra essi è relativamente recente, mentre la restante parte è stata condotta per lo più tra la fine degli anni Settanta e i primi anni Novanta. Ebbene, trenta anni fa i pazienti erano diversi, l'incidenza della carie era diversa, terapia e prevenzione erano diverse e quindi quella che si chiama validità esterna, ovvero l'applicabilità dei risultati della ricerca, è assai discutibile.

I rischi del buon senso

Sembra quindi che la più scontata delle raccomandazioni che facciamo ai nostri pazienti sia sostanzialmente priva di qualsiasi sostegno scientifico. Il che, attenzione, non significa che sia sbagliata, ma che mancano prove sostanziali a favore o contro. Qualcuno potrebbe obiettare che mantenere la tradizionale frequenza semestrale dei controlli potrebbe comunque essere indicato, visto che il buon senso suggerirebbe che alla peggio potrebbe rappresentare un eccesso di zelo. Ma in medicina è buona norma mettere alla prova anche il buon senso. Infatti, tralasciando le considerazioni sullo spreco di risorse conseguente a un numero inutile di controlli periodici, non è improbabile che visite troppo ravvicinate possano determinare cure



inutili: ce lo suggerisce il dato sul maggior numero di otturazioni tra i soggetti che si controllano regolarmente. E la spiegazione potrebbe stare in una tendenza del clinico, nel corso dei controlli, a diagnosticare carie e a intervenire anche dove non ce ne fosse bisogno. Del resto, dopo decenni di sforzi diretti verso la diagnosi precoce, diverse discipline mediche stanno iniziando a confrontarsi con il problema dell'eccesso di diagnosi che ad essa necessariamente si accompagna.

Una falla nella ricerca

Non è comunque la prima volta che la visita semestrale dal dentista viene messa in discussione. Prima di quella pubblicata su *Jada*, altre revisioni sistematiche, leggermente diverse sotto l'aspetto metodologico, avevano già messo in evidenza l'inconsistenza della ricerca su questo aspetto della pratica odontoiatrica. Tra queste va sicuramente citato l'esauritivo rapporto preparato dagli esperti del National Institute of Clinical Excellence (Nice), l'organismo che lavora alle raccomandazioni a cui devono fare riferimento i sanitari del sistema sanitario nazionale inglese e galles. Il documento, consul-

tabile dal sito del Nice (www.nice.org.uk), aveva evidenziato quanto poco sappiamo, non solo sulla frequenza dei richiami nella prevenzione di carie, malattia parodontale e cancro orale, ma anche sul problema che ne sta alla base, ovvero al tempo in cui queste malattie, e in particolare la carie, insorgono e si sviluppano.

Alle revisioni sistematiche e ai loro autori viene spesso imputato (talvolta in tono polemico) di giungere più o meno invariabilmente alla medesima conclusione: ovvero che mancano evidenze di buona qualità per rispondere a questa o a quella domanda clinica, dimenticando però che i risultati delle revisioni sistematiche dipendono in massima parte dalla materia prima su cui esse si basano: la ricerca clinica. Che la ricerca clinica dal 1879 a oggi abbia prodotto solo sei studi clinici di qualità variabile, su di un aspetto così centrale della pratica odontoiatrica, dovrebbe essere motivo di riflessione per tutti: ricercatori, clinici, amministratori, pazienti e finanziatori della ricerca.

Giovanni Lodi
Università degli Studi di Milano