Relazione bienno da febbraio 2020-aprile 2022

D.ssa Cammisuli Sara *Dr Fontanarosa Paolo*

"Prevenzione e cura delle complicanze parodontali su pazienti che richiedono assistenza ospedaliera:

- pazienti oncologici del distretto cervico facciale che devono essere sottoposti a trattamenti chirurgici, radioterapici e chemioterapici

- pazienti disabili psicomotori parzialmente collaboranti con coinvolgimento sia del paziente che del care giver."

Nel corso del secondo biennio di frequentazione dell'S.C. Odontostomatologia dell'Ospedale Mauriziano di Torino abbiamo implementato il nostro progetto di prevenzione e cura dei pazienti affetti da patologie oncologiche riferibili al distretto cervico-cefalico ampliandolo ai soggetti disabili psicomotori parzialmente collaboranti con l'obiettivo sia di migliorarne le condizioni di salute del cavo orale che di incrementare la loro autonomia nelle manovre di igiene orale domiciliare coinvolgendo a tale scopo la figura del care giver sia esso un familiare o un operatore di comunità.

Per quanto riguarda i pazienti oncologici in totale abbiamo raccolto i dati relativi a circa 80 pazienti, alcuni già facenti parte del gruppo preso in considerazione nei progetti degli anni precedenti, altri invece sono afferiti al reparto nel corso del 2021. Il numero di pazienti è in leggera ripresa rispetto all'anno precedente grazie allo stabilizzarsi della pandemia da COVID-19.

Le terapie a cui questi pazienti sono stati sottoposti sono state principalmente:

- Radioterapia
- Chemioterapia
- Assunzione di farmaci Bifosfonati per via endovenosa o farmaci anti-osteoclastici come ad esempio il Denosumab
- Bonifica dentaria in pazienti in attesa di interventi chirurgici in narcosi per patologie osteonecrotiche.

Il nostro iter lavorativo è rimasto il medesimo dello scorso anno e cioè è consistito principalmente in una prima visita durante la quale abbiamo raccolto una serie di dati riguardanti l'anamnesi medica e familiare del paziente, le sue abitudini di igiene orale domiciliare, i presidi di igiene utilizzati e con che tecnica e frequenza venivano adoperati.

Sempre in prima visita ci siamo occupati di compilare una cartella clinica con dati sia dentali che parodontali come indice di placca, indice di sanguinamento e presenza o meno di tasche parodontali e relativa misurazione di profondità.

Alla dimissione inoltre sono stati lasciati al paziente alcuni opuscoli informativi all'interno dei quali si specificavano i consigli di igiene domiciliare e le operazioni da svolgere quotidianamente come ad esempio gli sciacqui con soluzione di acqua, bicarbonato e sale per combattere il problema, quasi sempre presente, della diminuzione quantitativa e della alterazione qualitativa della saliva e conseguente insorgenza di carie e difficoltà nella masticazione e deglutizione del cibo.

Ai pazienti che dovevano essere sottoposti a radioterapia del distretto cervico-cefalico sono state prese delle impronte per la realizzazione di mascherine in silicone. Tali mascherine si sono rese necessarie per applicare un gel al fluoro che ha il compito di remineralizzare gli elementi dentari durante le terapie radianti. Abbiamo spiegato ai pazienti che tali placchette avrebbero dovuto usarle due volte al giorno per cinque minuti, durante la terapia e successivamente, una volta al giorno per cinque minuti per sempre in quanto i danni da radioterapia si possono presentare anche a distanza di diversi anni.

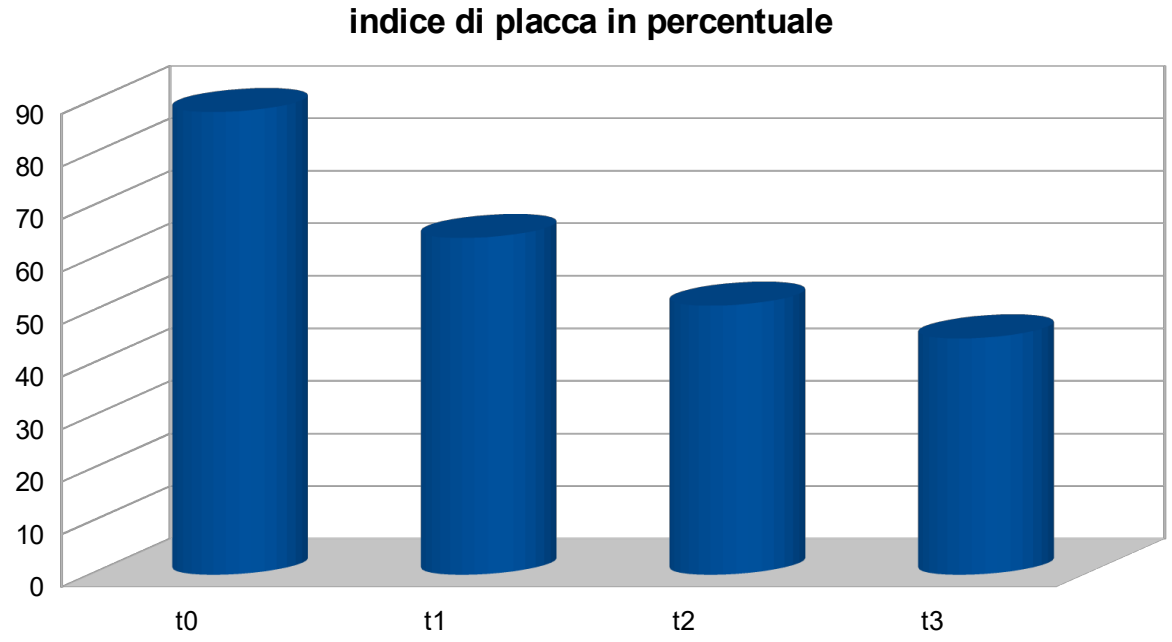
Alla consegna delle mascherine abbiamo anche istruito il paziente su quanto gel mettere e su come mantenerle pulite e disinfettate secondo il protocollo descritto.

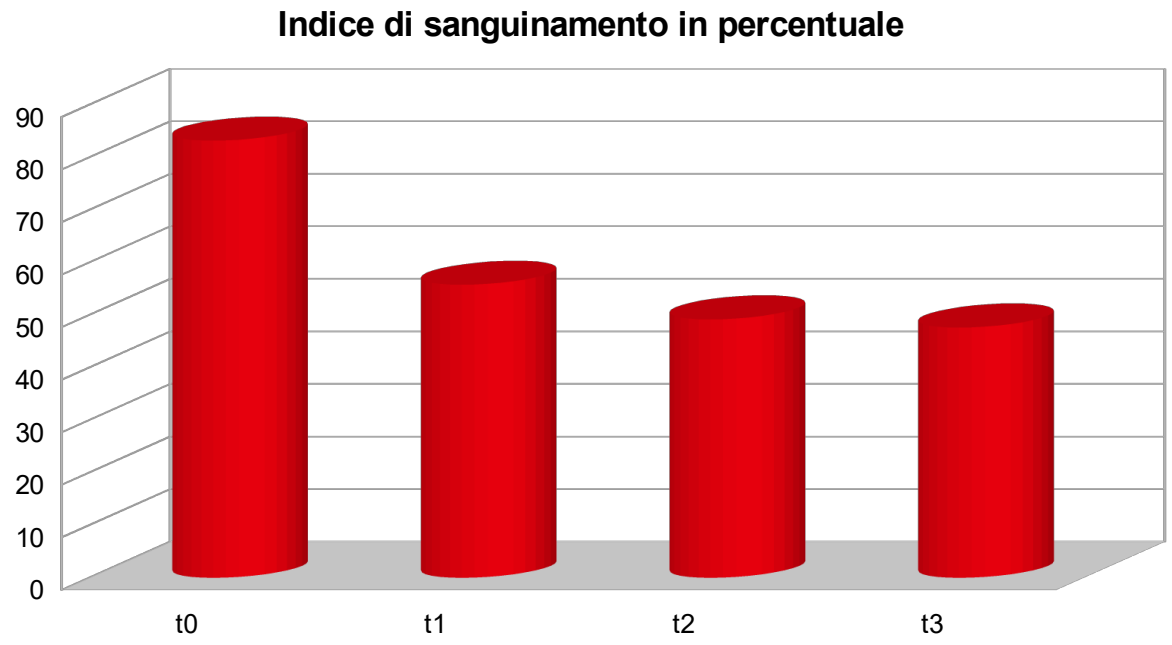
Durante la terapia i pazienti sono stati monitorati con appuntamenti settimanali: la scadenza così ravvicinata è stata scelta per permettere di valutare il livello di igiene orale domiciliare raggiunto ed eventualmente affrontare insieme le possibili criticità e accorgimenti qualora fossero stati necessari chiarimenti o cambiamenti di approccio.

Nel corso della radioterapia del distretto cervico-cefalico è possibile che insorgano mucositi orali che possono risultare anche estremamente invalidanti per il paziente. Per ridurne il rischio d'insorgenza è stato proposto ai pazienti un protocollo preventivo che consisteva nella somministrazione di un collutorio specifico in grado di creare un film protettivo sulle mucose orali; tale presidio andava assunto almeno tre volte al giorno e in particolar modo un'ora prima dei pasti in modo da facilitare l'assunzione del cibo. Visitare i pazienti ogni sette giorni ci ha anche permesso di intervenire tempestivamente qualora il protocollo preventivo sulle mucositi avesse fallito e di conseguenza abbiamo potuto scegliere la soluzione più idonea per lenire le sofferenze e migliorare, nel possibile, la qualità di vita del nostro paziente. Infatti la mucosite, ove non trattata adeguatamente, può compromettere quasi completamente la capacità del soggetto di alimentarsi in forma solida e può rendere molto doloroso anche l'alimentazione liquida. Nei casi più estremi la mucosite può essere la causa dell'interruzione della terapia con conseguente grave ritardo di tutto il percorso terapeutico.

Sicuramente, grazie ai dati raccolti ad ogni visita, abbiamo riscontrato che i pazienti che rivolgevano maggiore attenzione alle manovre di igiene orale domiciliare avevano una minore insorgenza della mucosite, e nei casi in cui si manifestava comunque, l'insorgenza era rallentata e affievolita di intensità. Lo stesso dicasi per le altre patologie infiammatorie e funginee spesso correlate a questo tipo di terapie.

Una vota terminata la terapia gli appuntamenti seguivano cadenze dapprima mensili e successivamente trimestrali e semestrali.





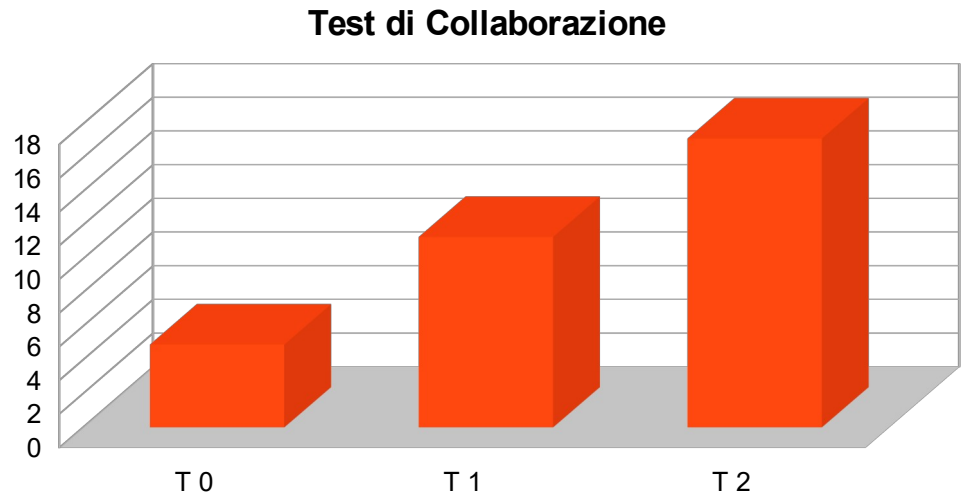
Anche con l'ampliamento del campione di soggetti analizzati si denota, nel complesso, un netto miglioramento di tutti gli indici rilevati. In particolare l'indice di placca misurato in prima visita si era ridotto del 43% circa alla fine della terapia (di solito di trenta giorni circa) e del 37% circa dopo 3 e 6 mesi e anche l'indice di sanguinamento si è ridotto del 30% a trenta giorni e del 45% dopo 3/6 mesi.

Alla maggior parte dei nostri pazienti abbiamo consigliato l'utilizzo dello spazzolino elettrico roto-oscillante che, anche in letteratura, ha dimostrato di essere più efficace rispetto al manuale per il controllo della placca e della conseguente infiammazione gengivale. Una buona percentuale dei pazienti ha accettato il cambiamento con un miglioramento notevole nel controllo della placca e nella presenza di gengivite al controllo

Sempre carente, invece, risulta ancora essere l'igiene interprossimale visto che solo una minima parte dei pazienti riesce ad utilizzare con regolarità il filo interdentale e scovolini. Tale utilizzo risulta essere discreto per i primi tre mesi per diminuire drasticamente nei 6 mesi successivi.

Con riferimento ai pazienti disabili psicomotori che abbiamo seguito in questo anno di lavoro ci siamo dedicati prevalentemente allo svolgimento di sedute di igiene professionale con ablazione del tartaro e consigli su una corretta igiene domiciliare sia ai pazienti che ai care giver che li accompagnavano.

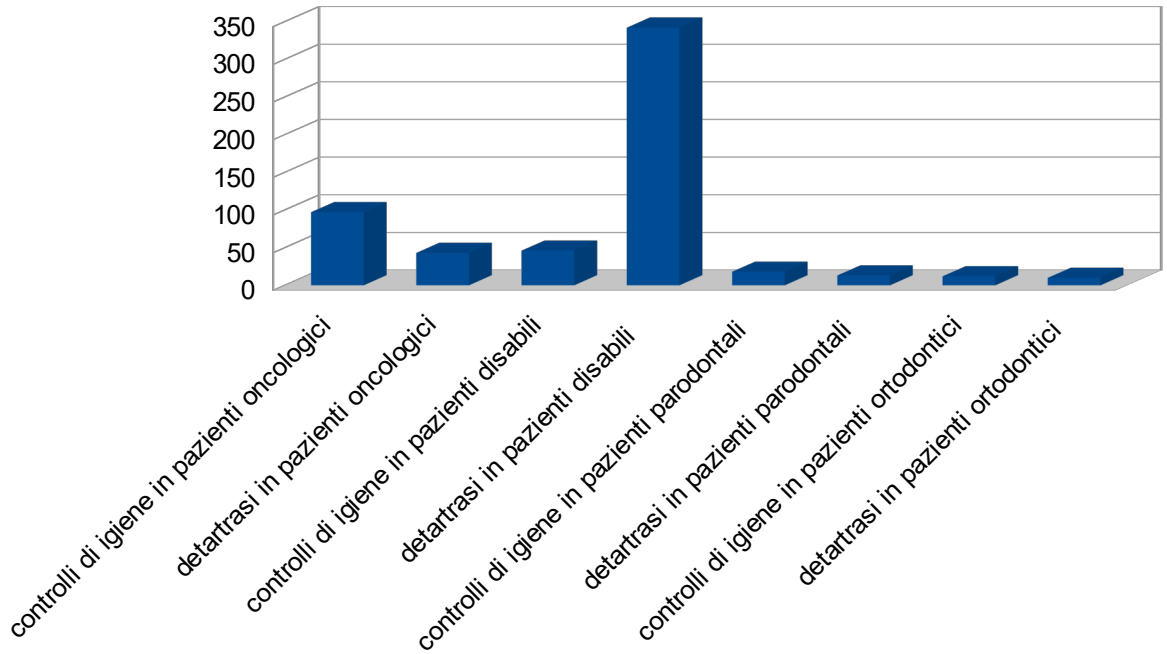
Per i pazienti affetti da sindrome autistica in età infantile non collaboranti abbiamo abbiamo continuato a sviluppare il progetto che avvalendosi di un'applicazione informatica ci ha permesso di caricare video e foto motivazionali ed esplicativi con raffigurati i luoghi in cui si sarebbero svolte le sedute di igiene in modo da abituare il paziente sia agli operatori che alle manovre cui si sarebbe dovuto sottoporre.



Al termine di ogni seduta, che si svolgevano a distanza di una settimana, abbiamo compilato un test valutativo della collaborazione ottenuta con attribuzione di un punteggio numerico in modo che fosse possibile al termine del percorso di approccio alla poltrona valutare l'effettivo miglioramento o meno sulla base di dati certi.

I risultati sono stati nella maggior parte dei casi molto incoraggianti per cui abbiamo deciso di estendere queste tecniche, volte a diminuire l'ansia anticipatoria propria dei pazienti che soffrono di queste sindromi, a un numero sempre maggiore di soggetti.

Nel grafico riportato di seguito si può osservare la numerosità e la tipologia di prestazioni eseguite durante l'anno 2021



BIBLIOGRAFIA

Rubestein E., Peterson D., Schubert M., Keefe D., Epstein J., Elting L., Fox P., Cooksley C., Sonis S., - Clinical Practice guidelines for the prevenction and treatment of cancer therapy–induced oral and gastroentestinal mucositis – American Cancer Society – 2004

Eilers J., Million R., - Prevention and menagement of oral mucositis in patients with cancer – in Seminars in Oncology Nursing, Vol 23, n°3 (August), 2007: pp. 201-212

Benedetti G., Di Stefano A., Mazzoni F., Scopece L., Crinò L. - Nuovi farmaci antitumorali non chemioterapici – in “OdV”- 2002

Salgarello M.C., Vianello M.N., Bastianello D., Eziopatogenesi e Management delle mucositi. Una revisione della letteratura. - Oncoematologia Pediatrica – 2007

Ruggiero S.L., Mehrotra B., Rosenberg T.J., Engroff S., - Osteonecrosis of the jaws associated with the use of Bisphosphonates: a review of 63 cases. J Oral Maxillofac Surg 62: 527, 2004

Demarosi F., Bez C., Carrassi A., IL paziente in Chemio e Radioterapia. Il ruolo dell'odontoiatra. Dental Cadmos n°5 – 2003

Seidler V., Linetskiy I., Hubálková H., Staňková H., Šmucler R., Mazánek J. Ozone and Its Usage in General Medicine and Dentistry A Review Article. Charles University in Prague, First Faculty of Medicine, Department of Stomatology, Prague, Czech Republic. Prague Medical Report. 2008;1:5-13

R. Garg & S. Tandon: Ozone: A new face of dentistry. *The Internet Journal of Dental Science.* 2009 Volume 7 Number 2

Zeynep Tastan Eroglu,Bulent Kurtis, Hasan Ayberk Altug,Sermet Sahin,Gulay Tuter, and Emre Baris. Effect of topical ozonetherapy on gingival wound healing in pigs: histological and immuno-histochemical analysis. J Appl Oral Sci. 2019; 27

Adusumilli Srikanth,Manthena Sathish,andAnumolu Venkatanaga Sri Harsha. Application of ozone in the treatment of periodontal disease. J Pharm Bioallied Sci. 2013 Jun; 5(Suppl 1): S89–S94.

G. Gupta, B. Mansi. Ozone therapy in periodontics. J Med Life. 2012 Feb 22; 5(1): 59–67.Published online 2012 Mar 5.

G F Ferrazzano, C Salerno, C Bravaccio, A Ingenito, G Sangianantoni, T Cantile. Autism spectrum disorders and oral health status: review of the literature. Eur J Paediatr Dent. 2020 Mar;21(1):9-12. doi: 10.23804/ejpd.2020.21.01.02.

S Onol, Z Kırzıoğlu. Evaluation of oral health status and influential factors in children with autism. Niger J Clin Pract. 2018 Apr;21(4):429-435. doi: 10.4103/njcp.njcp_41_17.

A Rouches, G Lefer, S Dajean-Trutaud, S Lopez-Cazaux. Tools and techniques to improve the oral health of children with autism. Arch Pediatr. 2018 Feb;25(2):145-149. doi:10.1016/j.arcped.2017.11.013.

Dott. Paolo Appendino

Dr. Paolo Appendino
Direttore S.C. ODONTOSTOMATOLOGIA
A.O. MAURIZIANO TORINO
Matr. N° 44975

Dott.ssa Sara Cammisuli

Firmato in originale

Dott. Paolo Fontanarosa