

EPATOPATIE

dott. Aldo COTTINO, dott. Paolo APPENDINO



Complicanza ACUTA
ad insorgenza IMPROVISA:

**EMORRAGIA per
PIASTRINOPENIA**

Richiedere **SEMPRE**
emocromo
e conta piastrinica
prima dell'intervento



PRECAUZIONI OPERATIVE

- Massimo rispetto dei tessuti
- Sutura accurata
- Utilizzo di emostatici locali
spugne di fibrina, garza imbevuta di ac. tranexamico,
gel emostatici



N° PIASTRINE	tra 150.000 e 100.000	tra 100.000 e 50.000	tra 50.000 e 25.000
RISCHIO	MINIMO	MEDIO	ELEVATO
PIANO DI CURE	Nessuna limitazione al piano di trattamento	Possibili interventi di piccola chirurgia orale. Per chirurgia maggiore è preferibile PLT > 75.000	<ul style="list-style-type: none"> • Estrazione dentaria semplice previa consulenza ematologica • In alternativa inviare paziente a un Centro con servizio di odontostomatologia e ematologia
TERAPIA PRE-INTERVENTO	Nessuna	ac. tranexamico x os 1f. 500 mg x 2 il giorno prima	
TERAPIA POST-OPERATORIA	ac. tranexamico x os al bisogno	ac. tranexamico x os per 2-3 gg.	

Schede di comportamento odontoiatrico, a cura del *dott. Franco Goia*



Le complicanze di interesse odontoiatrico nel paziente epatopatico possono presentare carattere acuto o cronico.

Tra le prime la più temibile è l'**emorragia** legata ad estrazioni o interventi di chirurgia orale in quanto il fegato produce molti fattori della via estrinseca e di quella intrinseca della coagulazione e spesso il paziente epatopatico è anche piastrinopenico.

Si calcola che in Italia vi siano 1.500.000 pazienti portatori cronici del virus dell'epatite C e che vi siano 1.900.000 alcolisti.

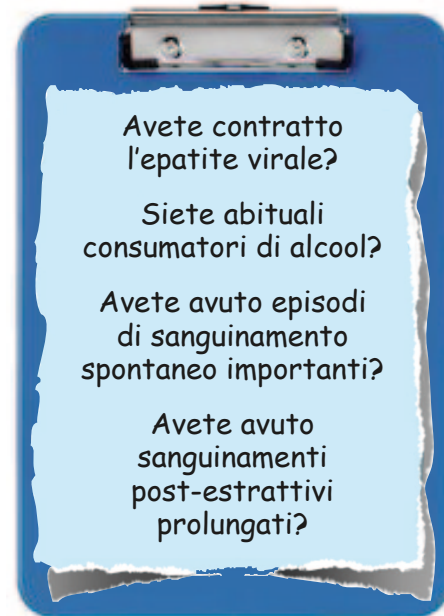
Tra le complicanze croniche particolare rilevanza ha la correlazione esistente tra la positività all'epatite C e la presenza di **lichen planus orale**. Circa il 20% dei pazienti affetti da tale patologia è portatore, a volte anche a sua insaputa, di un'epatopatia cronica causata dall' HCV e la possibilità di una trasformazione maligna del lichen planus orale aumenta significativamente in questi pazienti.

Altra correlazione ampiamente documentata è quella tra **alcolismo** ed insorgenza di cancro orale. Un paziente alcolista è infatti maggiormente esposto a tale patologia e, qualora sia anche fumatore, il rischio aumenta in maniera esponenziale.

In particolare bere 4 o più bicchieri di vino al giorno o l'equivalente in alcool di birra o superalcolici moltiplica di 7 volte il rischio di ca. faringeo e di 5 il rischio di ca. del cavo orale. Numerosi studi hanno infine dimostrato la correlazione esistente tra alcolismo ed insuccesso clinico qualora si eseguano procedure chirurgiche implantari e parodontali.

Se si considera che a ciò si aggiunge una maggiore predisposizione all'edentulia si comprenderà come la protesizzazione di questi pazienti sia limitata nelle opzioni terapeutiche riabilitative.

Un'ultima considerazione è quella relativa all'**intolleranza ai farmaci**. Tra quelli di uso odontoiatrico, vanno usati con cautela ASA, nimesulide, codeina, acido mefenamico, oppioidi, tetracicline, eritromicina estolato, prednisone.



Avete contratto l'epatite virale?

Siete abituali consumatori di alcool?

Avete avuto episodi di sanguinamento spontaneo importanti?

Avete avuto sanguinamenti post-estrattivi prolungati?



Piot B, et al. Management of dental extractions in patients with bleeding disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002 Mar; 93(3):247-250

Lodi G, et al. Hepatitis C and lichen planus: a systematic review with meta-analysis. *Oral Dis* 2010 Oct ; 16(7):601-612





Scheda 14

NEFROPATIE

TRATTAMENTO AMBULATORIALE

dott. Aldo COTTINO, dott. Ernesto SCATÀ

	IRC iniziale clearance creatinina 50/99 ml/min	IRC avanzata clearance creatinina 15/49 ml/min	PAZIENTE IN DIALISI
	COMPLETO COMPENSO	RITENZIONE COMPENSATA	STABILIZZATO
PIANO DI CURE	<ul style="list-style-type: none"> Particolare attenzione alla prevenzione della malattia parodontale Normali trattamenti odontoiatrici 	<ul style="list-style-type: none"> Valutazione nefrologica Programma terapeutico mirato alla bonifica delle patologie orali Riabilitazione protesica semplice e poco invasiva 	Treatmento odontoiatrico di routine
MODALITÀ OPERATIVE		<ul style="list-style-type: none"> Sedute odontoiatriche di intensità ridotta correlate al livello di resistenza del paziente e allo stress (eventuale uso di benzodiazepine) 	Seduta operatoria il giorno successivo alla dialisi: <ul style="list-style-type: none"> Pz meno affaticato Miglioramento parametri ematochimici Completa metabolizzazione dell'eparina
FARMACI	<ul style="list-style-type: none"> Utilizzo anestetici con adrenalina Evitare farmaci nefrotossici: <ul style="list-style-type: none"> tetracicline aminoglicosidi Riduzione utilizzo FANS 	<ul style="list-style-type: none"> Utilizzo anestetici con adrenalina Eventuale copertura antibiotica Adattamento posologia dei farmaci ad escrezione renale Evitare farmaci nefrotossici: <ul style="list-style-type: none"> tetracicline aminoglicosidi Riduzione utilizzo FANS 	<ul style="list-style-type: none"> Utilizzo anestetici con adrenalina Eventuale copertura antibiotica Adattamento posologia dei farmaci Evitare farmaci nefrotossici: <ul style="list-style-type: none"> tetracicline aminoglicosidi Riduzione utilizzo FANS

Schede di comportamento odontoiatrico, a cura del *dott. Franco Goia*





Trattamento chirurgico ambulatoriale

Profilassi antibiotica

Corretta tecnica chirurgica per massima riduzione rischio di complicanze

Emostasi



Esami ematochimici recenti della coagulazione (PT, PTT, INR, conta piastrinica)

Sutura accurata
Spugne di gelatina o cellulosa
Ac. Tranexamico Uso topico o per os

Ridotta attività piastrinica

Diminuita sintesi fattori piastrinici

Alterazione metabolismo protrombina

DIATESI EMORRAGICA

Trapianto Renale

COMPORAMENTO ODONTOIATRICO PRE-TRAPIANTO

Estrazioni elementi dentari con patologie in atto o non recuperabili

TRATTAMENTO ODONTOIATRICO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE DEL PAZIENTE

Copertura antibiotica anche in caso di intervento poco invasivo

Evitare farmaci nefrotossici

Segnalare al nefrologo di riferimento le manifestazioni orali conseguenti all'eccessiva immunosoppressione



A.Cervero, J.Bagan, Y.Soriano: Dental management in renal failure: Patients on dialysis. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008 Jul 1;13 (7):E419-26

Hamid MJ, Dummer CD, Pinto LS: Systemic conditions oral findings and dental management of chronic renal failure patients. Braz Dental Journal 2006;17(2):166-70





Scheda 15



MALATTIE NEUROLOGICHE

EPILESSIA

dott. Maurizio GIONCO, dott. Marco Ottavio GILARDINO

1 Comportamento in caso di crisi epilettica nello studio dentistico

- Durante la fase convulsiva proteggere il paziente dai traumatismi, sostenere la testa per evitare gli urti, posizionare dei cuscini, togliere gli occhiali
- Abbassare e reclinare il lettino o adagiare il paziente a terra in uno spazio più ampio
- Non cercare di immobilizzare gli arti, ma allontanare gli ostacoli vicini
- Allontanare le fonti di pericolo, spigoli, attrezzature, vetri
- Ruotare la persona sul fianco per agevolare la respirazione, poi attendere con pazienza la spontanea ripresa del respiro regolare
- Non inserire nulla in bocca, non è vero che la lingua può ostruire le vie aeree
- Durante la crisi la persona non prova dolore, non soffoca, non è in grado di rispondere e di eseguire ordini
- Attendere la spontanea graduale regressione della crisi, osservando la sequenza degli atti per fornire informazioni utili al personale sanitario

Schede di comportamento odontoiatrico, a cura del *dott. Franco Goia*





2 Comportamento in caso di crisi epilettica nello studio dentistico

- Controllare con l'orologio la durata della crisi, che di solito si risolve in alcuni minuti
- Aiutare discretamente la persona a riprendere il contatto con l'ambiente e attendere il lento ritorno alla piena normalità
- Controllare il battito cardiaco e i valori pressori
- Non servono di regola manovre di rianimazione
- Non occorre di regola somministrare farmaci in urgenza
- Quando le condizioni generali si sono normalizzate, controllare e terminare provvisoriamente il lavoro odontoiatrico
- Affidare il paziente a un care-giver per il rientro a domicilio

Le **crisi epilettiche** sono correlate a uno stato di ipereccitabilità della corteccia cerebrale, causata da diversi fattori. Si pone diagnosi di epilessia solo se si verifica almeno una seconda crisi non provocata entro 5 anni dalla prima, ovvero se si dimostra la tendenza alla ripetizione delle crisi.

La **crisi tonico-clonica generalizzata** è caratterizzata da convulsioni diffuse, interruzione temporanea del respiro con cianosi, possibile morsicatura della lingua, successivo rilassamento muscolare e sfinerico, lento recupero della coscienza con breve stato confusionale e cefalea.

Le **crisi focali** (parziali, semplici o complesse) si possono manifestare in vario modo, con improvvisa perdita del contatto con l'ambiente, automatismi motori, false percezioni sensoriali, scosse o irrigidimento di una parte del corpo, rotazione forzata del capo.





Scheda 16



MALATTIE NEUROLOGICHE

EPILESSIA

dott. Maurizio GIONCO, dott. Marco Ottavio GILARDINO

3 Chiamare il 118 se:

- Non risultano altre crisi all'anamnesi (prima crisi)
- La crisi si prolunga oltre i 5 minuti senza ripresa di contatto o subentrano altre crisi ravvicinate
- Il respiro non si regolarizza in pochi minuti (somministrare eventualmente ossigeno)
- Sospetto di traumatismo durante la fase convulsiva
- Comorbidità con altre malattie importanti (cardiopatie, malattie respiratorie, malattie vascolari)
- Donna in stato di gravidanza

Schede di comportamento odontoiatrico, a cura del *dott. Franco Goia*





Precauzioni generali

- Assicurarsi che la terapia antiepilettica venga assunta regolarmente
- Valutare il rischio specifico in base alla frequenza e al tipo di crisi
- Chiedere quale comportamento viene usualmente tenuto dal paziente e dai famigliari in caso di crisi
- Consigliare eventualmente un controllo neurologico se non effettuato di recente
- Assicurarsi che il riposo notturno non sia disturbato dalla situazione contingente di stress e di dolore
- Chiedere l'accompagnamento di una persona in grado di fornire supporto in caso di crisi

Precauzioni operative

- Evitare stimoli luminosi sugli occhi
- Preferire la posizione moderatamente reclinata col capo rivolto verso l'operatore per ridurre il rischio di ab-ingestis
- Assicurare con filo interdentale lo strumentario di piccole dimensioni (strumenti endodontici)

Programmazione delle sedute

- Prediligere il riunito situato nel locale più ampio
- Rimuovere dallo spazio intorno al riunito gli oggetti non indispensabili
- Programmare sedute brevi, con tempi di attesa ridotti
- Prediligere soluzioni protesiche fisse piuttosto che mobili
- Prediligere restauri robusti e sicuri piuttosto che raffinati ma più delicati

Farmaci e anestetici

- Evitare l'anestesia a base di vasocostrittori
- Evitare farmaci (chinolonici) che possono aumentare il rischio di crisi epilettiche
- Nelle situazioni a maggior rischio somministrare benzodiazepine per os (diazepam o lorazepam) poco prima del trattamento odontoiatrico





Scheda 17

MALATTIE NEUROLOGICHE

MORBO DI PARKINSON

dott. Maurizio GIONCO, dott. Marco Ottavio GILARDINO

Precauzioni per le persone affette da malattia di Parkinson o altri disturbi del movimento

- per **ridurre i movimenti involontari** (tremore del capo, discinesie varie diffuse o focali, protrusione involontaria continua della lingua) che ostacolano le manovre odontoiatriche, si può proporre una sedazione farmacologica più o meno profonda o protratta a seconda dei casi: benzodiazepine per os un'ora prima della seduta dentistica (il donazepam è particolarmente efficace sulle discinesie), eventuale intervento in narcosi
- in molti pazienti le discinesie compaiono a orari abbastanza regolari, in rapporto all'assunzione dei farmaci, per cui va scelto l'orario più adeguato per la seduta odontoiatrica
- consigliare una **rivalutazione neurologica** prima di proporre un intervento impegnativo
- tenere presente che la persona con malattia di Parkinson può anche presentare **disturbi non motori**: disturbi vegetativi, sciallorrea abbondante, ipotensione ortostatica che può causare crisi lipotimiche al passaggio in ortostatismo (al termine della seduta far alzare lentamente la persona e lasciarla riposare su una poltrona in ambiente tranquillo)
- se sono presenti importanti disabilità, richiedere la **presenza di un care-giver** e attivare le precauzioni generiche per proteggere da cadute e da rischio di ab-ingestis
- se il disturbo del movimento impedisce il corretto uso dello spazzolino, consigliare lo **spazzolino elettrico** per garantire una regolare e autonoma igiene orale

MALATTIE CEREBROVASCOLARI

Precauzioni per le persone affette da malattie cerebrovascolari

le malattie cerebrovascolari sono al primo posto come causa di disabilità; una persona con esiti di ictus può avere deficit motori e sensitivi più o meno gravi, difficoltà nel controllo del capo, disturbi del linguaggio e della deglutizione

- il **disturbo del linguaggio** può rendere difficile l'anamnesi e la comprensione dei sintomi
- attenzione al **rischio di ab-ingestis**
- valutare il **rischio di sanguinamento** per terapia anticoagulante o antiaggregante, da sospendere eventualmente per il tempo minimo indispensabile, anche in base al parere dello specialista di riferimento

Schede di comportamento odontoiatrico, a cura del *dott. Franco Goia*





Scheda 17



MALATTIE NEUROLOGICHE

DEMENZA DI ALZHEIMER

dott. Maurizio GIONCO, dott. Marco Ottavio GILARDINO

Precauzioni per le persone affette da demenza

- analogamente alle situazioni di oligofrenia, in caso di demenza occorre una particolare sensibilizzazione innanzitutto dei care-givers
- occorre spiegare che la cura dei denti, la normale salivazione, la corretta igiene orale favoriscono una buona alimentazione; la somministrazione eccessiva di sedativi può ridurre la salivazione e ostacolare la corretta igiene orale
- è facile che la persona si trascuri, rifiuti il controllo dentistico, non sia in grado di esporre il suo problema, non riferisca di avere dolore ai denti ma esprima il fastidio con modifiche del comportamento, stato di agitazione, irrequietezza, insofferenza, rifiuto del cibo e dei farmaci per os
- Il paziente può comprendere e collaborare più facilmente se gli si parla in modo semplice e tranquillo, utilizzando anche il linguaggio non verbale, la mimica, i gesti
- è importante la tranquillità dell'ambiente circostante, con una musica di sottofondo, senza rumori improvvisi

SCLEROSI MULTIPLA

La **Sclerosi Multipla** (sclerosi a placche, sindrome demielinizante) è una malattia neurologica frequente in età giovanile-adulta, può avere un'espressione clinica molto variabile da casi asintomatici di riscontro occasionale a casi di grave disabilità. **Nella maggior parte dei casi non rappresenta un problema per il dentista.**

Precauzioni per le persone affette da sclerosi multipla

- particolare attenzione nella cura delle infezioni del cavo orale e nella prescrizione di antibiotici in soggetti che effettuano terapie cortisoniche, immuno-modulanti, immunosoppressive
- se i pazienti assumono bifosfonati per la prevenzione dell'osteoporosi da uso protratto di steroidi, sospenderli 2-3 mesi prima di un intervento odontoiatrico per evitare il rischio di osteonecrosi focale
- se sono presenti importanti disabilità, richiedere la presenza di un care-giver e attivare le precauzioni generiche per proteggere da cadute, da rischio di ab-ingestis
- assicurare una buona igiene orale

Schede di comportamento odontoiatrico, a cura del **dott. Franco Goia**





Scheda 18

USO DI BIFOSFONATI

BIFOSFONATI E.V.

dott. Lorenzo BASANO, dott. Franco GOIA

	PRIMA DELLA TERAPIA	DURANTE LA TERAPIA	DOPO LA TERAPIA
RISCHIO	NESSUNO	ELEVATO	ELEVATO
PIANO DI CURE	<ul style="list-style-type: none"> • OPT • visita preventiva • bonifica secondo L. G. 	<ul style="list-style-type: none"> • follow-up personalizzato • terapie conservative • NO implantoprotesi 	<ul style="list-style-type: none"> • follow-up personalizzato • terapie conservative • terapie protesiche non traumatizzanti la mucosa • NO implantoprotesi per un tempo a oggi non ancora stabilito.
PRECAUZIONI	<ul style="list-style-type: none"> • iniziare terapia a guarigione clinica orale avvenuta • altre terapie odontoiatriche effettuabili anche in un secondo tempo 	<ul style="list-style-type: none"> • interventi chirurgici indispensabili da eseguirsi secondo protocollo operativo 	<ul style="list-style-type: none"> • interventi chirurgici indispensabili da eseguirsi secondo protocollo operativo
SOSPENSIONE FARMACI		<ul style="list-style-type: none"> • previo accordo con oncologo sospendere 2 mesi prima • ripresa a guarigione clinica avvenuta 	

Schede di comportamento odontoiatrico, a cura del *dott. Franco Goia*





L'assunzione dei **bifosfonati endovena** rappresenta una importante e insostituibile terapia per l'oncologo medico e le possibili complicanze a carico dei mascellari conseguenti all'uso di tali farmaci possono essere opportunamente ridotte attraverso un'attenta operazione di Prevenzione esercitata da personale competente.

I bifosfonati e.v. vengono somministrati ogni 28 gg., salvo diversa prescrizione da parte del curante e agiscono sul metabolismo dell'osso fissandosi ad esso per numerosi anni.

Non sono dei chemioterapici.

I pazienti in terapia con Bifosfonati endovena – ZOMETA® – devono assolutamente mantenere in salute il proprio cavo orale.

La maggior parte delle **cure odontoiatriche** possono essere eseguite senza alcun rischio. Le sedute di igiene orale sovragegivali, le otturazioni, le devitalizzazioni, i restauri protesici fissi o rimovibili possono essere effettuati anche dal proprio Odontoiatra di fiducia, ponendo particolare attenzione alla congruità dei restauri. Le terapie canalari sono sicuramente preferibili alle estrazioni. Sono invece a rischio le estrazioni dentarie, gli interventi chirurgici orali e parodontali, mentre gli interventi di implantologia endossea sono da considerarsi controindicati in modo assoluto. In caso di necessità, qualora l'estrazione dentale sia indispensabile, sono stati approntati dei Protocolli farmacologici/operativi che devono essere seguiti per scongiurare la temibile complicanza dell'osteonecrosi.

Management Strategies for Patients treated with Biphosphonates

Before treatment with monthly biphosphonates, the patient should undergo to an oral examination, any unsalvageable teeth should be removed, all invasive dental procedures should be completed, and optimal periodontal health should be achieved.

Ruggiero et al.: American Association of Oral and Maxillo Facial Surgeon Position Paper on Biphosphonates-Related Osteonecrosis of the Jaw – 2009 Update

PROTOCOLLO OPERATIVO

Terapia antibiotica
per 20 gg. (almeno 3 gg. prima)
Amoxicillina + ac. clavulanico 1grx2
o Claritromicina 500mg 1x2

Estrazione dentaria

Toeletta alveolare
con piezosurgery

Sutura in vicryl con minimo
lembo di scorrimento
a mezzo spessore



V. Fusco, et al "Jaw osteonecrosis associated with intravenous bisphosphonate: is incidence reduced after adoption of dental preventive measures?" J Oral Maxillofac Surg. 2009 Aug;67(8):1775.

Marx RE: Pamidronate (Aredia) and zoledronate (Zometa) induced avascular necrosis of the jaws: A growing epidemic. J Oral Maxillofac Surg 61:1115, 2003

Ripamonti CI, Maniezzo M, Campa T, Fagnoni E, Brunelli C, Saibene G, Bareggi C, Ascani L, Cislighi E. Decreased occurrence of osteonecrosis of the jaw after implementation of dental preventive measures in solid tumour patients with bone metastases treated with bisphosphonates. The experience of the National Cancer Institute of Milan. Ann Oncol. 2008 in press

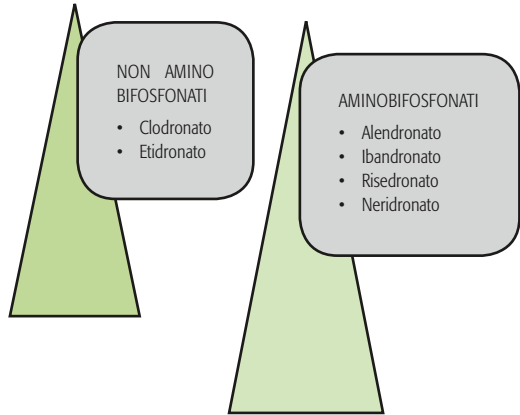


BIFOSFONATI PER OS

dott. Franco GOIA, dott. Lorenzo BASANO

	NEI PRIMI TRE ANNI DI TERAPIA	DAL 4° ANNO DI TERAPIA	IN ASSOCIAZIONE CON ALTRI FARMACI Cortisonici, methotrexate, Antiangiogenetici, immunosoppressori
RISCHIO	BASSO	MEDIO	MEDIO ALTO
PIANO DI CURE	<ul style="list-style-type: none"> • terapie conservative • chirurgia orale • implantoprotesi in pz. senza cofattori di morbilità 	<ul style="list-style-type: none"> • follow up • terapie conservative • terapie chirurgiche • implantologia caso per caso con cautela 	<ul style="list-style-type: none"> • follow up personalizzato • terapie conservative • terapie protesiche non traumatizzanti la mucosa • implantoprotesi preferibilmente da evitare
PRECAUZIONI		<ul style="list-style-type: none"> • seguire i protocolli dei pz. in cura per Bifosfonati e.v. senza ONJ 	<ul style="list-style-type: none"> • interventi chirurgici indispensabili da eseguirsi secondo protocollo operativo
SOSPENSIONE FARMACI	NO	eventuale DRUG HOLIDAY previo contatto con il curante	eventuale DRUG HOLIDAY previo contatto con il curante

Schede di comportamento odontoiatrico, a cura del dott. Franco Goia



Dent update 2011 June;38(5:313-4, 317-8, 321-4.
Practical consideration for treatment of patients taking biphosphonate medications:an update
Brock G., Barker K. Butterworth CJ, Rogers S.

I Bifosfonati somministrati per via orale costituiscono la terapia di scelta per il trattamento dell'osteoporosi e sono farmaci oramai utilizzati universalmente .

L'ALENDRONATO (Fosamax; Merck, Whitehouse Station, NJ) venne approvato negli anni 90 dalla Food and Drug Administration per il trattamento delle osteoporosi post menopausa, ma venne utilizzato anche nel trattamento dell'osteoporosi nei maschi, nella malattia di Paget, nell'osteodistrofia renale ed in tutte quelle patologie dove fosse desiderabile una riduzione dell'attività osteoclastica.

Il RISENDRONATO (Actonel; Procter and Gamble, Cincinnati, OH) venne approvato nel 2000 per il trattamento dell'osteoporosi post menopausale e per le osteoporosi indotte da corticosteroidi.

Nel 2005 l'IBANDRONATO (Boniva; Roche, Basel , Switzerland) venne a sua volta approvato per la cura dell'osteoporosi. Si conta che alla fine del 2007 siano stati prescritti più di 225 milioni di dosi di bifosfonati orali .

Si tratta di una delle categorie di farmaci più utilizzati al mondo e, sebbene esistano altri tipi di farmaci che possono essere utilizzati nel contrastare l'osteoporosi, l'uso dei bifosfonati probabilmente continuerà a crescere negli anni futuri.

Numerosi studi hanno permesso di correlare la comparsa di osteonecrosi con la somministrazione di bifosfonati endovena nei pazienti affetti da patologia neoplastica e di individuarne i fattori di rischio e le cause scatenanti e definire alcune procedure preventive.

Studi successivi o paralleli hanno cercato di mettere in relazione la comparsa di osteonecrosi con l'assunzione di bifosfonati per via orale.

I casi di osteonecrosi legati all'assunzione di bifosfonati in letteratura sono pochi e sempre legati all'uso di aminobifosfonati (quelli dell'ultima generazione). Infatti nessun caso è stato mai descritto con l'uso del Clodronato.

SEGNALI RADIOLOGICI PREMONITORI DI BRONJ

PERMANENZA DI ALVEOLI "DISABITATI"
CON ISPESSIMENTO DELLA LAMINA DURA

MAGGIORE DENSITÀ OSSEA

AUMENTO DEL DEPOSITO OSSEO SUBPERIOSTALE

ASSOTTIGLIAMENTO DEL LEGAMENTO PARODONTALE



**RELAZIONE TRA SALUTE ORALE E NUTRIZIONE**

dott.sa Lidia ROVERA, dott.sa Maria FAMILIARI

dott. Simone BUTTIGLIERI

PROBLEMATICHE	CAUSE	EFFETTI
PATOLOGIE PARODONTALI E CARIE	<ul style="list-style-type: none"> • scarsa igiene orale • stili di vita incongrui • patologie croniche 	<ul style="list-style-type: none"> • perdita dei denti • frequente dolore • protesi dentarie sostitutive
ALTERAZIONI DEL GUSTO E DELLO STATO DI IDRATAZIONE DELLE MUCOSE	<ul style="list-style-type: none"> • malattie sistemiche • terapie farmacologiche / chemioterapia • radioterapia • malnutrizione / disidratazione 	<ul style="list-style-type: none"> • scelte alimentari scorrette • squilibrio dietetico • variazioni ponderali • basso livello plasmatico di nutrienti
ALTERAZIONI DELLA FUNZIONE MASTICATORIA	<ul style="list-style-type: none"> • patologie del cavo orale • protesi • chirurgia distretto testa-collo 	<p>VARIAZIONI CONSISTENZA CIBI</p> <ul style="list-style-type: none"> ↓ cibi filamentososi (carne e derivati) ↓ cibi croccanti e legnosi (carote, finocchi) ↓ cibi secchi (pane, grissini) <p>VARIAZIONE DELLE SCELTE ALIMENTARI</p> <ul style="list-style-type: none"> ↓ vegetali ↑ grassi ↑ snacks dolci <p>VARIAZIONE ASSUNZIONE NUTRIENTI</p> <ul style="list-style-type: none"> ↓ fibre dietetiche ↓ vitamine (carotene, vit. C) ↑ grassi saturi e colesterolo ↑ quota calorica
DISFAGIA	<ul style="list-style-type: none"> • patologie neurologiche • patologie miopatiche • cause iatrogene • patologie esofagee • patologie ostruttive • disfagie psicogene 	<ul style="list-style-type: none"> • disidratazione, malnutrizione • rischi di aspirazione • modifica di caratteristiche fisiche dei cibi (consistenza, omogeneità, viscosità, coesione, dimensione e temperatura dei cibi)

Schede di comportamento odontoiatrico, a cura del *dott. Franco Goia*



INTERVENTI NUTRIZIONALI PREVENTIVI E TERAPEUTICI

La **prevenzione dello sviluppo della carie** si basa sulla riduzione della frequenza di consumo di cibi ricchi di zuccheri e sulla prevenzione dell'allattamento al seno

L'**alimentazione corretta** deve prevedere l'assunzione regolare di alimenti "protettivi" quali cibi integrali, frutta, verdura, latte e derivati, uova e pesce

In caso di **alterazioni della funzione masticatoria** è necessario cambiare la consistenza dei cibi optando per cibi frullati o di consistenza morbida

In caso di **disfagia** sono indispensabili particolari attenzioni utilizzando diete di consistenza modificata (semiliquide, semisolide, omogenee e con adeguato grado di viscosità)

Attenzione particolare deve essere posta per garantire un adeguato apporto idrico (utilizzando eventualmente addensanti se c'è difficoltà a deglutire i liquidi)

Per favorire interventi appropriati ed efficaci è utile fare riferimento alle figure professionali che si occupano di tali problematiche

SCALA ZUCCHERI AD ALTA ADESIVITÀ

- 1 SACCAROSIO: zucchero, marmellata, bibite zuccherate, sciroppi
- 2 GLUCOSIO: miele, merendine, prodotti da forno, sciroppi
- 3 MALTOSIO: prodotti da forno, merendine
- 4 LATTOSIO: latte e derivati
- 5 FRUTTOSIO: frutta, miele



TEAM MULTIDISCIPLINARE

Odontoiatra
Dietologo / Dietista
Igienista dentale
Infermiere professionale



www.dysfagia.com
Linee guida per una sana alimentazione italiana
www.inran.it
Piramide alimentare italiana
www.piramideitaliana.it

La **malnutrizione per difetto** è una condizione di "malattia nella malattia" che peggiora la prognosi delle patologie associate ed influenza negativamente la qualità della vita; nei soggetti disabili la riduzione della forza muscolare e delle difese immunitarie correlate allo stato di malnutrizione possono facilitare o peggiorare la comparsa di turbe della deglutizione (disfagia), favorire la comparsa di infezioni e peggiorare ulteriormente lo stato nutrizionale.

Il **sovrappeso o l'obesità** limitano in questi soggetti le possibilità motorie ed espongono ai rischi di malattie cardiovascolari e di malattie metabolico-degenerative.

I **fattori di rischio nutrizionale** nei soggetti disabili sono numerosi e possono essere correlati al tipo di disabilità e alla patologia collegata, alle terapie farmacologiche in atto, alle abitudini e ai comportamenti alimentari, alle necessità energetiche e allo stato di salute orale con particolare riguardo alla conservazione della funzione deglutitoria e masticatoria.



**CLASSIFICAZIONE ASA**

dott. Vincenzo SEGALA, dott.sa Anna Chiara TOSI, dott. Alessandro CHIARELLI

	ASA I	ASA II	ASA III
RISCHIO	BASSO O ASSENTE	MODERATO	ALTO
CLINICA	Paz. in buona salute	<ul style="list-style-type: none"> • Malattie sistemiche lievi moderate • Diabete tipo II non I.D. • Asma epilessia • Ipo/ipertiroidismo compensato • Ipertensione con valori di minima fino a 94 mm/Hg e massima fino a 140 mm/Hg • ASA I con infez. vie aeree sup. • Donne in gravidanza • Paz. con allergie attive • Età > 60 aa 	<ul style="list-style-type: none"> • Malattie sistemiche severe • Angina pectoris • Pregresso IMA o ICTUS • Insufficienza cardiaca con edemi • Ipertensione con valori di minima fino a 114 mm/Hg e massima fino a 200 mm/Hg • Diabete I.D. compensato • BPCO leggera <p>NECESSARIE CONSULENZE</p>
SINTOMI	Sale le scale fino al 2° piano senza problemi	Affaticamento dopo 2 piani di scale a piedi	Salgono 2 piani di scale ma si devono fermare ogni tanto per affaticamento

Schede di comportamento odontoiatrico, a cura del *dott. Franco Goia*



CLASSIFICAZIONE ASA

Nel 1963 l'American Society of Anesthesiology propose una classificazione in 6 categorie dello stato fisico del paziente in relazione all'idoneità ad interventi chirurgici:

- I sano
- II con malattia sistemica lieve
- III con malattia sistemica severa
- IV con malattia sistemica severa che è minaccia per la vita
- V moribondo
- VI in morte celebrale.

Permette di classificare i pazienti secondo la loro patologia e gravità: l'odontoiatra può valutare il rischio in relazione alle prestazioni da eseguire.

Questa classificazione contribuisce a stabilire le condizioni fisiche del paziente e a indicare il corrispondente rischio generico.

Non vengono considerati nel nostro schema i livelli IV - V - VI:
il IV non deve essere trattato in ambiente ambulatoriale.

I livelli V e VI sono casi clinici della massima gravità, che riguardano unicamente il medico ospedaliero.

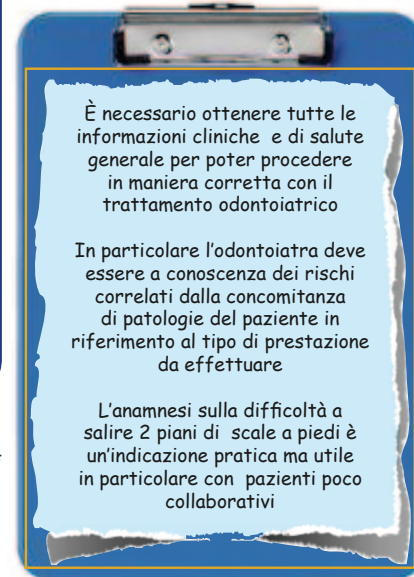


AINOS. Linee Guida delle emergenze della sicurezza e dell'anestesia generale in odontostomatologia www.mesclub.it/ainos.html 2007

Cardiopulmonary Resuscitation-Guidelines for Clinical Practice & Training. Resuscitation Council (UK),Royal College of Anaesthetists, Physicians, Intensive Care Society, 2004

Medical emergencies and resuscitation standard for clinical practice and training for dental practitioners and dental care professionals in general dental practice, a statement from the resuscitation council (UK)2006 published by the resuscitations council (UK), website: www.resus.org.uk

International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation whit Treatment Recommendations. Resuscitation 2005;67:157-341.



È necessario ottenere tutte le informazioni cliniche e di salute generale per poter procedere in maniera corretta con il trattamento odontoiatrico

In particolare l'odontoiatra deve essere a conoscenza dei rischi correlati dalla concomitanza di patologie del paziente in riferimento al tipo di prestazione da effettuare

L'anamnesi sulla difficoltà a salire 2 piani di scale a piedi è un'indicazione pratica ma utile in particolare con pazienti poco collaborativi



**FARMACI DI EMERGENZA
ESSENZIALI**

dott. Vincenzo SEGALA, dott.sa Anna Chiara TOSI

dott. Alessandro CHIARELLI

FARMACO	INDICAZIONE	DOSE ADULTO
OSSIGENO	TUTTE LE EMERGENZE	100% o alti flussi
SALBUTAMOLO	ASMA di media gravità BRONCOSPASMO	2 puff in ispirazione (ripetibili)
EPINEFRINA	ASMA di media gravità ANAFILASSI	0,1mg. e.v.; 0,3-0,5mg i.m.
EPINEFRINA	ARRESTO CARDIACO durante le manovre di RCP	1 mg. e.v.
NITROGLICERINA	DOLORE TORACICO (IMA)	cps sublinguali 1 ogni 5' (fino a 3) puff sublinguali 1 ogni 5' (fino a 3)
ASPIRINA	INFARTO MIOCARDICO	160-325 mg.
CLORFENAMINA	REAZIONI ALLERGICHE	10-20mg. e.v. o i.m.

Schede di comportamento odontoiatrico, a cura del *dott. Franco Goia*

FARMACI DI EMERGENZA DI SUPPORTO

dott. Vincenzo SEGALA, dott.sa Anna Chiara TOSI
dott. Alessandro CHIARELLI

FARMACO	INDICAZIONE	DOSE ADULTO
GLUCAGONE	IPOGLICEMIA NEL PAZ. INCOSCIENTE	1mg. i.m.
ATROPINA	BRADICARDIA SINTOMATICA EVIDENTE	0,5mg e.v. o i.m.
EFEDRINA	IPTENSIONE SINTOMATICA EVIDENTE	5 mg e.v. o 10-25 mg. i.m.
IDROCORTISONE	INSUFFICENZA SURRENALICA ACUTA ANAFILASSI PROTRATTA	100 mg. e.v. o i.m.
MORFINA	DOLORE CHE NON RISPONDE AI NITRODERIVATI	Dosare 2 mg. e.v o 5 mg. i.m
NALOXONE	SOVRADOSAGGIO MORFINICO	0,1 mg. e.v..
LORAZEPAM MIDAZOLAM	STATI EPILETTICI	4 mg. e.v. o i.m.
FLUMAZENIL	SOVRADOSAGGIO DA BENZODIAZEPINE	0,1 mg. e.v.

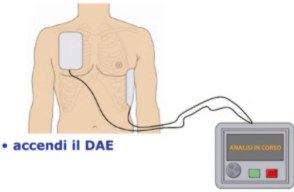


**MANOVRE SALVAVITA**

dott. Vincenzo SEGALA, dott.sa Anna Chiara TOSI, dott. Alessandro CHIARELLI

SITUAZIONE	OPERATORE	PAZIENTE	
	CONTROLLA I PERICOLI DELL'AMBIENTE INTORNO		
Se il paziente NON risponde ma respira	SCUOTI DELICATAMENTE DALLE SPALLE CHIAMA AD ALTA VOCE IL PAZIENTE CHIEDI AIUTO	POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA	
Se il paziente NON risponde NON respira	FAI CHIAMARE 118 CHIEDI UN DAE SCOPRI IL TORACE LIBERA LE VIE AEREE POSIZIONATI A FIANCO DEL PZ	IN POSIZIONE SUPINA SU UN PIANO RIGIDO	
NO polso NO respiro	INIZIA BLS COMPRESIONI TORACICHE: cicli di 30 frequenza almeno 100/min profondità 5 cm.	IN POSIZIONE SUPINA SU UN PIANO RIGIDO	

Schede di comportamento odontoiatrico, a cura del *dott. Franco Goia*



SITUAZIONE	OPERATORE	PAZIENTE	
NO POLSO NO RESPIRO	ACCENDI D.A.E. APPLICA LE PIASTRE	 <p>• accendi il DAE</p>	 <p>Shock consigliato... premere il pulsante rosso.</p> <p>IO VIA, VOI VIA TUTTI VIA!</p> <p>TIENI LONTANI TUTTI TE STESSO COMPRESO!</p>
SI POLSO NO RESPIRO	10 -12 VENTILAZIONI / min bocca - bocca maschera facciale	Iperestensione del capo mano sulla fronte dita sotto la punta del mento	
ancora NO POLSO NO RESPIRO	CONTINUARE I CICLI AD OLTTRANZA SEGUIRE LE ISTRUZIONI DEL D.A.E. ACLS	