



LA GESTIONE DEL PAZIENTE EPILETTICO NELLO STUDIO ODONTOIATRICO

La S.I.O.H. e l'importanza del team in Odontoiatria Speciale.

Dott. Simone Buttiglieri (Dirigente A.O. Ordine Mauriziano di Torino – Coordinatore regionale S.I.O.H. Piemonte)

Dott. Franco Goia (Primario Emerito A.O. Ordine Mauriziano di Torino – Consigliere Nazionale S.I.O.H.)

Dott. Paolo Appendino (Direttore S.C. Odontostomatologia A.O. Ordine Mauriziano di Torino)

Gestire un paziente epilettico all'interno di uno studio odontoiatrico è un evento tutt'altro che raro. In Italia l'epilessia interessa 1% della popolazione, nei tre quarti dei casi l'esordio è prima dei 20 anni e nel 25% dei pazienti le crisi sono molto frequenti e resistenti alle terapie. Se in anamnesi abbiamo una diagnosi di epilessia o viene riferita l'assunzione di farmaci antiepilettici è bene allertare il team dello studio per poter procedere con gli approfondimenti e le procedure necessarie. L'**anamnesi** va approfondita chiedendo al paziente quando ha avuto l'ultima crisi comiziale, che tipo di crisi era (assenza, convulsione...) e se le crisi avute si siano risolte spontaneamente o abbiano richiesto l'utilizzo di farmaci. I fattori favorevoli a una crisi epilettica sono ansia, dolore, fatica, febbre, alcuni tipi di farmaci e fonti luminose, situazioni spesso presenti durante una seduta odontoiatrica.

Al fine di evitare sedute troppo impegnative e lunghe attese potenzialmente ansiogene gli **appuntamenti** dovranno essere brevi (massimo 30 minuti) e programmati preferibilmente ad inizio giornata. **Accogliendo il paziente** dovremo chiedere se ha assunto la terapia antiepilettica, se si sente stanco o preoccupato e se sta assumendo dei farmaci in modo estemporaneo non segnalati precedentemente nell'anamnesi. Prima di iniziare la seduta, in fase di preparazione, è importante tenere sgombro lo spazio attorno al riunito, verificare di avere in studio i farmaci da utilizzare in situazioni di emergenza e se necessario premedicare il paziente nel caso sia particolar-

mente ansioso.

Durante la seduta è necessario evitare sbalzi luminosi sugli occhi del paziente, proteggere le vie aeree utilizzando la diga di gomma, rimuovere prima dell'inizio della seduta eventuali protesi ed mobili e occhiali ed evitare la posizione orizzontale preferendo quella semisdraiata. È importante ricordare che anche pazienti senza una diagnosi di epilessia possono andare incontro a crisi convulsive o perché al primo esordio o perché legate alla somministrazione di anestetico locale (LAST, Local Anesthetic Systemic Toxicity).

Dovendo affrontare e gestire una eventuale crisi epilettica, ricordiamo che generalmente non è prevista la somministrazione di farmaci né l'esecuzione di manovre di rianimazione. In caso di crisi infatti è indicato posizionare a terra il paziente in modo da prevenire eventi traumatici, se possibile mettere qualcosa di morbido sotto la testa, non cercare di immobilizzare gli arti, non inserire nulla in bocca (la lingua non ostruisce le vie aeree e la morsicatura della lingua è un evento casuale), allontanare oggetti pericolosi, attendere con pazienza e tranquillità la ripresa del contatto e valutare la durata della crisi. Risulta inutile parlare al paziente e dargli istruzioni. Normalmente la crisi si esaurisce in pochi minuti. In questa fase NON è necessario chiamare i soccorsi (FIG. 1).

Il 112, invece, deve essere allertato in caso in cui la crisi duri più di 5 minuti, se subentrano altre crisi senza alcuna ripresa del contatto, se a posteriori il paziente ci dice che è stata la sua prima crisi epilettica, se il paziente si è procurato dei traumi, se non riprende il respiro normale, se sono presenti molte comorbilità o

se la paziente è in gravidanza. In caso di crisi prolungata o subentrante è indicata la somministrazione di MIDAZOLAM, 5 mg, nel vestibolo orale per mezzo di una siringa senza ago (FIG. 2). Al termine della crisi epilettica il paziente va posizionato nella posizione laterale di sicurezza e si deve contattare un familiare per potergli affidare il paziente. Concludendo possiamo dire che bastano veramente poche informazioni per gestire pazienti e crisi epilettiche senza timori e preoccupazioni. ■

La **S.I.O.H.** - nata nel 1985, come unica Società Italiana di Odontostomatologia per l'Handicap – promuove i principi e la formazione culturale agli operatori dell'Odontoiatria Speciale attraverso obiettivi etici, deontologici e di ricerca scientifica. Inoltre, è membro della I.A.D.H. (International Association for Disability and Oral Health).



CRISI EPILETTICA

FIG. 1

- Posizionare a terra il paziente per prevenire eventi traumatici
- Mettere qualcosa di morbido sotto la testa del paziente
- Non cercare di immobilizzare gli arti
- Non inserire nulla in bocca
- Allontanare oggetti pericolosi
- Attendere la ripresa del contatto
- Valutare la durata della crisi
- Risulta inutile parlare al paziente e dargli istruzioni
- Normalmente la crisi si esaurisce in pochi minuti

CHIAMARE IL 112

Al termine della crisi posizionare il paziente nella **posizione laterale di sicurezza** e contattare un suo familiare



A.O. MAURIZIANO DI TORINO - S.C. ODONTOSTOMATOLOGIA

S.I.O.H. (www.sioh.it)



CRISI EPILETTICA

FIG. 2

- La crisi duri più di 5 minuti
- Subentrano altre crisi senza alcuna ripresa del contatto
- Se paziente ci dice che è stata la sua prima crisi epilettica
- Il paziente si è procurato dei traumi
- Non riprende il respiro normale
- Sono presenti molte comorbilità
- La paziente è in gravidanza

CHIAMARE IL 112

In caso di crisi prolungata o subentrante è indicata la somministrazione di **MIDAZOLAM**, 5 mg, nel vestibolo orale per mezzo di una siringa senza ago.



A.O. MAURIZIANO DI TORINO - S.C. ODONTOSTOMATOLOGIA

S.I.O.H. (www.sioh.it)

