



A. O. Ordine  
**Mauriziano** di Torino



# INTERAZIONE TRA MEDICINA E ODONTOIATRIA NEL PAZIENTE A RISCHIO

## SCHEDE DI COMPORTAMENTO ODONTOIATRICO



FONDAZIONE  
SCIENTIFICA  
MAURIZIANA  
Onlus

*A cura di Franco Goia*

*Direttore  
S.C. Odontostomatologia  
Ospedale Umberto I di Torino*





Editor in chief  
Dott. Franco Goia

*S.C. Odontostomatologia*  
*A.O. Ordine Mauriziano di Torino*



Mdo  
press

MdPress s.r.l.

© Copyright 2013

Tutti i diritti riservati.

Questa pubblicazione è protetta da copyright.

Nessuna parte di essa può essere riprodotta, contenuta in un sistema di recupero o trasmessa in ogni forma o con ogni mezzo elettronico, di fotocopia, incisione o altrimenti, senza permesso scritto dell'editore.

Questa pubblicazione è stata realizzata grazie a un contributo educativo incondizionato di Errekappa Euroterapici S.p.A.

Finito di stampare nel mese di dicembre 2013





## SCHEDE DI COMPORTAMENTO ODONTOIATRICO

### Indice

Prefazione

Autori



#### CARDIOPATIE

*Aldo Cottino – Paolo Appendino*

- Ipertensione arteriosa
- Cardiopatia ischemica
- Cardiopatie congenite e valvulopatie

**SCHEDA 1**

**SCHEDA 2**

**SCHEDA 3**



#### COAGULOPATIE

*Rita Levo – Lorenzo Basano*

- Deficit piastrinico
- Terapia coagulante
- Malattie emocoagulative
- Antiaggreganti piastrinici
- Anticoagulanti orali – T.A.O.
- Sospensione T.A.O.
- N.A.O.

**SCHEDA 4**

**SCHEDA 5**

**SCHEDA 6**

**SCHEDA 7**

**SCHEDA 8**

**SCHEDA 9**

**SCHEDA 10**



#### DIABETE







*Aldo Cottino – Ernesto Scatà – Matteo Luciani*

- Gestione chirurgica
- Patologie orali connesse

**SCHEDA 11**

**SCHEDA 12**



 EPATOPATIE <i>Aldo Cottino – Paolo Appendino</i>	<b>SCHEDA 13</b>
 NEFROPATIE <i>Aldo Cottino – Ernesto Scatà</i>	<b>SCHEDA 14</b>
 MALATTIE NEUROLOGICHE <i>Maurizio Gionco – Marco Gilardino</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• Epilessia 1</li><li>• Epilessia 2</li><li>• Patologie degenerative</li></ul>	<b>SCHEDA 15</b> <b>SCHEDA 16</b> <b>SCHEDA 17</b>
 PATOLOGIE ORALI COLLEGATE ALL'USO DI BIFOSFONATI <i>Franco Goia – Lorenzo Basano</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bifosfonati e.v.</li><li>• Bifosfonati per os</li></ul>	<b>SCHEDA 18</b> <b>SCHEDA 19</b>
 RELAZIONE TRA SALUTE ORALE E NUTRIZIONE <i>Lidia Rovera – Maria Familiari – Simone Buttiglieri</i>	<b>SCHEDA 20</b>
 EMERGENZE NELLO STUDIO ODONTOIATRICO <i>Vincenzo Segala – Anna Chiara Tosi – Alessandro Chiarelli</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• Classificazione ASA</li><li>• Farmaci di emergenza</li><li>• BLS/D</li></ul>	<b>SCHEDA 21</b> <b>SCHEDA 22</b> <b>SCHEDA 23</b>



## Prefazione

La positiva esperienza maturata con la pubblicazione riguardante “L’approccio odontoiatrico al paziente in trattamento radio-chemioterapico e con bifosfonati” del novembre 2011 è stata certamente di stimolo per proseguire nel percorso di interazione tra l’Odontoiatra e il medico ospedaliero.

I pazienti che affluiscono ad un ambulatorio ospedaliero presentano una varietà di patologie di ordine generale che difficilmente si riscontrano presso uno studio privato. Il numero di passaggi giornalieri e il contatto quotidiano con pazienti inviati da odontoiatri, specialisti e medici di altre discipline consentono di acquisire una notevole esperienza sulle modalità di trattamento e sull’approccio da tenersi nei casi più complessi.

La S.C. di Odontostomatologia dell’A.O. Ordine Mauriziano ha quindi pensato di mettere a disposizione le proprie esperienze consolidate dall’apporto scientifico e pratico di autorevoli specialisti di altre branche della medicina operanti all’interno dell’ospedale stesso.

Gli argomenti selezionati sono quelli a più alto impatto statistico e il taglio di presentazione ha lo scopo di permettere all’Odontoiatra una rapida consultazione e un utilizzo immediato dei vari protocolli operativi.

Sono state create delle schede monografiche che tengono in considerazione i vari scenari che si possono presentare all’Odontoiatra nel proprio studio con particolare attenzione ai limiti ambientali, strutturali e di sicurezza per il paziente al fine di condurre a una corretta e rapida risoluzione del problema.

Essendo molte le patologie meritevoli di attenzione, l’opera confezionata in schede permetterà nel tempo ulteriori ampliamenti e approfondimenti.

Un particolare ringraziamento va ai medici specialisti delle discipline mediche e agli odontostomatologi dell’Ospedale Mauriziano che hanno aderito con entusiasmo e professionalità alla stesura dell’opera con la consapevolezza che l’interazione tra le figure ospedaliere e i professionisti operanti sul territorio sia la migliore garanzia per un paziente affetto da patologie a rischio.

*Franco Goia*





## Autori

*Franco Goia*  
Direttore S.C. Odontomatologia  
A.O. Ordine Mauriziano, Torino

*Paolo Appendino*  
Dirigente S.C. Odontostomatologia  
A.O. Ordine Mauriziano, Torino

*Lorenzo Basano*  
Dirigente S.C. Odontostomatologia  
A.O. Ordine Mauriziano, Torino

*Simone Buttiglieri*  
Dirigente S.C. Odontostomatologia  
A.O. Ordine Mauriziano, Torino

*Alessandro Chiarelli*  
Dirigente S.C. Odontostomatologia  
A.O. Ordine Mauriziano, Torino

*Aldo Cottino*  
Direttore S.C. Medicina Interna e postacuzie - Responsabile DEA  
A.O. Ordine Mauriziano, Torino

*Maria Familiari*  
Dietista  
S.S. Dietetica e Nutrizione Clinica

*Marco Gilardino*  
Dirigente S.C. Odontostomatologia  
A.O. Ordine Mauriziano, Torino

*Maurizio Gionco*  
Direttore S.C. Neurologia  
A.O. Ordine Mauriziano, Torino

*Rita Levo*  
Dirigente S.C. Laboratorio Analisi  
A.O. Ordine Mauriziano, Torino

*Matteo Luciani*  
Dirigente S.C. Odontostomatologia  
A.O. Ordine Mauriziano, Torino

*Lidia Rovera*  
Responsabile  
S.S. Dietetica e Nutrizione Clinica

*Ernesto Scatà*  
Dirigente S.C. Odontostomatologia  
A.O. Ordine Mauriziano, Torino

*Vincenzo Segala*  
Direttore S.C. Anestesia e Rianimazione  
A.O. Ordine Mauriziano, Torino

*Anna Chiara Tosi*  
Dirigente S.C. Anestesia e Rianimazione  
A.O. Ordine Mauriziano, Torino



## Scheda 1

# CARDIOPATIE

## IPERTENSIONE ARTERIOSA

dott. Aldo COTTINO, dott. Paolo APPENDINO

	<b>GRADO 1</b> sistolica 140-159 diastolica 90-99	<b>GRADO 2</b> sistolica 160-179 diastolica 100-109	<b>GRADO 3</b> sistolica >180 diastolica >110
<b>RISCHIO</b>	<b>MINIMO</b>	<b>MEDIO</b>	<b>ELEVATO</b>
<b>PIANO DI CURE</b>	Nessuna limitazione al piano di trattamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eseguire solo interventi semplici e urgenti.</li> <li>Terapie di elezione solo dopo il raggiungimento del controllo terapeutico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Urgenze odontoiatriche solo con terapia farmacologica</li> <li>Invio al curante</li> <li>Interventi di elezione solo dopo il raggiungimento del controllo terapeutico.</li> </ul>
<b>ANESTESIA</b>	Ridurre l'uso di anestetico con vasocostrittore (fino a 2 fiale 1:100.000)	Non utilizzare vasocostrittore	
<b>PRECAUZIONI AMBIENTALI</b>	Sedute brevi	Sedute brevi ed in ambiente protetto per ridurre stress	
<b>PRECAUZIONI PRE-OPERATORIE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificare i controlli pressori dell'ultimo mese</li> <li>Nel dubbio: controllo</li> </ul>	Controllare pressione prima della seduta	
<b>FARMACI</b>		Eventuale premedicazione con Diazepam 10 mg x os 1 ora prima	

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





Per **ipertensione arteriosa** si intende un aumento della pressione oltre i 140 mm/Hg di sistolica e i 90 mm/Hg di diastolica ed è una patologia normalmente ben controllabile con le terapie farmacologiche.

È molto diffusa, con una prevalenza del 20% nella popolazione italiana.

Nonostante il buon compenso che si può ottenere con le terapie mediche è importante ricordare che la seduta odontoiatrica, spesso vissuta dal paziente con ansia e stress, può scatenare crisi ipertensive e fare precipitare complicanze acute: IMA, ictus.

Da un punto di vista anamnestico bisogna chiedere al paziente quali siano i valori di pressione arteriosa normalmente rilevati, con che frequenza effettui il monitoraggio e soprattutto se abbia cambiato più volte la terapia antipertensiva; quest'ultimo aspetto può essere indice di un quadro ipertensivo non facilmente controllabile.

In base ai **valori pressori** del paziente, eventualmente rilevabili dall'odontoiatra anche il giorno della seduta, distinguiamo tre **categorie di rischio** (minimo, medio ed elevato) a cui dovranno corrispondere dei precisi comportamenti odontoiatrici .

(Linee Guida ESH/ESC 2013)

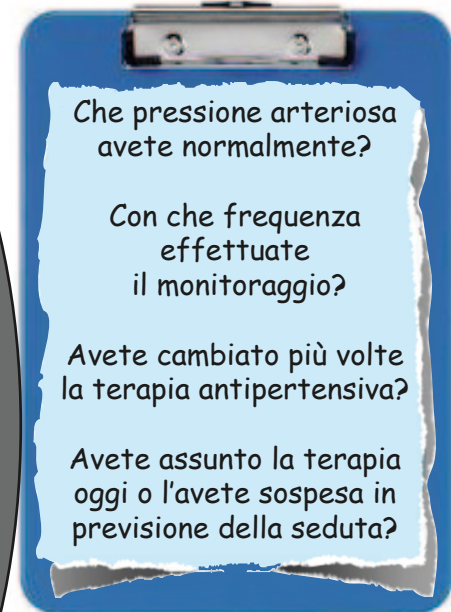
## AMBIENTE PROTETTO

Appuntamenti brevi e se possibile al mattino perché i valori pressori sono inferiori

Rispettare l'orario dell'appuntamento evitando lunghe attese

Ottimizzare i tempi operatori preparando prima il necessario alla prestazione

Rivalutare il paziente all'atto della dimissione



Yagiela JA , Haymore TL. Management of the hypertensive dental patient. The UCLA protocol. J Calif Dent Assoc. 2007 Jan; 35(1): 51-9

Bavitz JB. Dental management of patients with hypertension. Dent Clin North Am 2006 Oct; 50 (4): 547-62

Muzyka B.C., and M. Glick. The hypertensive dental patient, JADA 128:1109-1120, 1997








## Scheda 2

# CARDIOPATIE

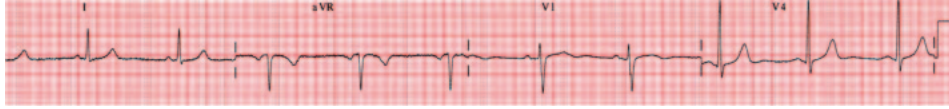
## CARDIOPATIA ISCHEMICA

dott. Aldo COTTINO, dott. Paolo APPENDINO

	<b>IMA &gt; 1 anno</b> oppure <b>ANGINA LIEVE</b> 1 crisi al mese, stabile	<b>IMA tra 6 e 12 mesi</b> oppure <b>ANGINA MODERATA</b> 1 crisi alla settimana, stabile	<b>IMA &lt; 6 mesi</b> oppure <b>ANGINA SEVERA</b> crisi quotidiane, instabile
<b>RISCHIO</b>	<b>MINIMO</b>	<b>MEDIO</b>	<b>ELEVATO</b>
<b>PIANO DI CURE</b>	Nessuna limitazione al piano di trattamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eeguire solo interventi semplici e urgenti.</li> <li>Terapie di elezione solo dopo consulenza cardiologica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Urgenze odontoiatriche <b>SOLO CON TERAPIA MEDICA</b></li> <li>Terapie di elezione dopo consulenza cardiologica con parere favorevole</li> <li>In alternativa inviare paziente a un Centro con servizio di odontostomatologia e UTIC (unità coronarica)</li> </ul>
<b>ANESTESIA</b>	Possibile utilizzo di an. locale con vasocostrittore	Utilizzo limitato di vasocostrittore (fino a 2 fiale 1:100.000)	
<b>PRECAUZIONI AMBIENTALI</b>	Sedute brevi	Sedute brevi e in ambiente protetto per ridurre stress	
<b>FARMACI</b>	Trinitrina 5 mg sublinguale a disposizione	<ul style="list-style-type: none"> <li>trinitrina 5 mg sublinguale al bisogno</li> <li>premedicazione Diazepam 10/15 mg x os 1 ora prima</li> </ul>	

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





La **cardiopatía ischemica** può essere transitoria (angina pectoris) o definitiva (infarto miocardico acuto - IMA) con conseguente danno cardiaco irreversibile.

La prevalenza nella popolazione occidentale è del 2-3% con percentuali maggiori correlate con l'età (18% tra i 55 e i 62 anni).

Da un punto di vista odontoiatrico il paziente con esiti di infarto può essere trattato ambulatorialmente senza particolari precauzioni qualora sia passato almeno un anno dall'evento acuto, mentre maggiori attenzioni devono essere poste in caso di infarto più recente.

In base al tempo trascorso dall'infarto si possono pertanto identificare, al pari di quanto visto per il paziente iperteso, tre **categorie di rischio** (minimo, medio ed elevato) cui corrispondono precisi comportamenti odontoiatrici.

Quanto tempo è  
passato dall'ultimo  
episodio  
ischemico acuto?

Con che frequenza  
si presentano  
gli attacchi  
anginosi?  
Mensile, settimanale  
o quotidiana?

Nonostante  
le misure di  
prevenzione  
e le abitudini di  
vita più attente  
**la cardiopatía  
ischemica**  
rimane ancora la  
prima causa di  
morte nella  
popolazione  
italiana



Hupp JR. Ischemic heart disease: dental management considerations. Dent Clin North Am 2006 Oct; 50(4): 483-91

Niwa H, Sato Y, Matsuura H. Safety of dental treatment in patients with previously diagnosed acute myocardial infarction or unstable angina pectoris. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 2000 Jan; 89(1):35-41





### Scheda 3

## CARDIOPATIE

### CARDIOPATIE CONGENITE E VALVULOPATIE La prevenzione dell'endocardite batterica

dott. Aldo COTTINO,  
dott. Paolo APPENDINO

	via di somministrazione	principio attivo	DOSE SINGOLA 1 ora prima della procedura	
			adulti	bambini
<b>PAZIENTI NON ALLERGICI ALLA PENICILLINA</b>	Profilassi per os	Amoxicillina	2 gr	50 mg/kg
	Profilassi intramuscolo o endovena	Ampicillina	2 gr im/ev	50 mg/kg im/ev
		Cefazolina o Ceftriaxone	1 gr im/ev	50 mg/kg im/ev
<b>PAZIENTI ALLERGICI ALLA PENICILLINA</b>	Profilassi per os	Cefalexina	2 gr	50 mg/kg
		Clindamicina	600 mg	20 mg/kg
		Claritromicina	500 mg	15 mg/kg
	Profilassi intramuscolo o endovena	Cefazolina o Ceftriaxone	1 gr im/ev	50 mg/kg im/ev
Clindamicina		600 mg im/ev	20 mg/kg im/ev	

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





Le patologie valvolari cardiache, congenite o acquisite, richiedono alcuni accorgimenti nella gestione odontoiatrica del paziente. La batteriemia transitoria dovuta a terapie odontoiatriche invasive può infatti essere causa di **endocardite**, complicanza temibile e a volte fatale.

Per ovviare a tale complicanza è importante procedere ad una **profilassi antibiotica** da eseguirsi un'ora prima della seduta odontoiatrica.

L'importanza della profilassi nelle procedure odontoiatriche è stata probabilmente sovrastimata al punto da trasformarsi in un "falso mito". È stato infatti dimostrato che le comuni manovre di igiene orale compiute nell'arco della giornata possono dare una batteriemia superiore a quella prodotta da una estrazione dentaria e che ai fini della prevenzione dell'endocardite una buona igiene orale è più utile della profilassi antibiotica.

Alla luce di queste considerazioni le indicazioni alla profilassi antibiotica si sono ridotte ad un numero ristretto di soggetti rappresentato fondamentalmente dai pazienti portatori di valvola artificiale, da quelli con pregressa endocardite o con cardiopatie congenite cianogene non riparate.

Se le patologie cardiache in cui fare la profilassi sono oramai limitate bisogna però ricordare che sono numerose le prestazioni odontoiatriche per le quali tale procedura è richiesta. Oltre alle terapie chirurgiche, infatti, vanno presi in considerazione tutti i procedimenti odontoiatrici in cui potrebbe verificarsi un gemizio ematico a carico del parodontio.

## PROFILASSI OBBLIGATORIA

### CATEGORIE AD ALTO RISCHIO

Protesi valvolari cardiache  
 Pregressa endocardite infettiva  
 Malattie cardiache congenite con cianosi non riparate  
 Shunts chirurgici polmonari  
 Insufficienze valvolari severe dopo trapianto cardiaco

### PROCEDURE ODONTOIATRICHE A RISCHIO

Estrazioni dentarie ed interventi di chirurgia orale  
 Procedure parodontali quali detartrasi e levigature radicolari  
 Implantologia  
 Iniezione intraligamentaria di anestetico  
 Strumentazione endodontica oltre apice  
 Tutte le procedure in cui si può verificare sanguinamento  
 (preparazioni protesiche, posizionamento matrici e  
 bande ortodontiche...)



Guidelines American Heart Association – Circulation (2007); 116:1736-1754  
 Profilassi dell'endocardite infettiva. Position paper della Federazione Italiana di  
 Cardiologia. Giorn. Ital. Cardiol 2009; 10(6) : 395c - 400 c  
 Guidelines European Society of Cardiology – Eur Heart J (2009) 30(19): 2369-2413



## Scheda 4

# COAGULOPATIE

## DEFICIT PIASTRINICO

dott.ssa Rita LEVO, dott. Lorenzo BASANO

	tra 100.000 e 150.000	tra 50.000 e 100.000	tra 25.000 e 50.000
<b>RISCHIO</b>	<b>MINIMO</b>	<b>MEDIO</b>	<b>ELEVATO</b>
<b>PIANO DI CURE</b>	Nessuna limitazione al piano di trattamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interventi di piccola chirurgia orale</li> <li>Interventi di chirurgia maggiore con Plt &gt; 75.000</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estrazione dentaria semplice previa consulenza ematologica</li> <li>In alternativa inviare paziente a un Centro con servizio di odontostomatologia e ematologia</li> </ul>
<b>TERAPIA PRE-INTERVENTO</b>		ac. tranexamico x os	Seguire consulenza ematologica
<b>PROCEDURE INTRAOPERATORIE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Massimo rispetto dei tessuti</li> <li>Sutura accurata</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Massimo rispetto dei tessuti</li> <li>Sutura accurata</li> <li>Utilizzo di emostatici locali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Massimo rispetto dei tessuti</li> <li>Sutura accurata</li> <li>Utilizzo di emostatici locali</li> </ul>
<b>TERAPIA POST-OPERATORIA</b>	ac. tranexamico x os al bisogno	ac. tranexamico x os per 1-2 gg.	Seguire consulenza ematologica
<b>PRECAUZIONI POST-OPERATORIE</b>	tamponare con garza evitare sciacqui	tamponare con garza evitare sciacqui	Tamponare con garza evitare sciacqui

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



Le Piastrinopenie sono un difetto quantitativo del numero di piastrine mentre le Piastrinopatie, relativamente rare, rappresentano un deficit funzionale delle stesse. Classificazione delle piastrinopenie:

#### **Gruppo I:**

##### **Ridotta produzione di megacariociti**

- Infiltrazione di tumori primitivi o secondari nel midollo osseo
- Terapie radianti o antitumorali

#### **Gruppo II:**

##### **Ridotta produzione di piastrine**

- Deficit vit B12
- Infiltrazione di tumori primitivi del midollo osseo (leucemie, mieloma)

#### **Gruppo III:**

##### **Aumentata distruzione di piastrine su base immunologica**

- Porpora trombocitopenica idiopatica (o M di Werlhof)
- Malattie sistemiche (LES)
- Farmaci: chemioterapici, eparine (HIT), antibiotici, antiaggreganti, etc
- Infezioni (alloanticorpi)
- Su base non immunologica (protesi valvolari, anomalie pareti vasali)

#### **Gruppo IV:**

##### **Aumentato consumo di piastrine CID (coagulazione intravasale disseminata)**

#### **Gruppo V:**

##### **Sequestro di piastrine**

- Splenomegalia, cirrosi, emangiomi giganti o diffusi

### **ESAMI DA RICHIEDERE**

#### **SEMPRE**

- conta piastrinica
- emocromo

#### **NEL CASO DI VALORI BASSI IN RAPPORTO AL TIPO DI INTERVENTO**

- test aggregazione piastrinica
  - test di Ivy
  - PFA 100

- SISSET LINEE GUIDA 1998 Marzo Linee guida per l'uso dei farmaci antiemorragici. Manuelli P. M., Moia M.
- Br Dent J. 2003 Oct 25;195(8):439-45. Dental management considerations for the patient with an acquired coagulopathy. Part 1: Coagulopathies from systemic disease. Lockhart P. B., Gibson J., Pond S. H., Leitch J.
- Br Dent J. 2003 Nov 8;195(9):495-501. Dental management considerations for the patient with an acquired coagulopathy. Part 2: Coagulopathies from drugs. Lockhart P. B., Gibson J., Pond S. H., Leitch J.
- Thromb Haemost. 1987 Dec 18;58(4):1033-6. Intranasal and intravenous administration of desmopressin: effect on F VIII/vWF, pharmacokinetics and reproducibility. Lethagen S., Harris A. S., Sjörin E., Nilsson I. M.
- J Oral Maxillofac Surg. 1986 Sep;44(9):703-7. Effect of local antifibrinolytic treatment with tranexamic acid in hemophiliacs undergoing oral surgery. Sindet-Pedersen S., Stenbjerg S.
- Ann Pharmacother. 2006 Dec;40(12):2205-10. Epub 2006 Nov 7. Hemostatic mouthwashes in anticoagulated patients undergoing dental extraction. Patanian E., Fugate S. E.





## Scheda 5

# COAGULOPATIE

## TERAPIA COAGULANTE

dott.ssa Rita LEVO, dott. Lorenzo BASANO

	via di somministrazione	tempistica	dosaggio	
			pre	post
<b>ACIDO TRANEXAMICO</b>	uso topico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• immediatamente</li> <li>• in caso di sanguinamento</li> </ul>		1 fl. alla bisogna
	x os	il giorno prima	1 fl. 500 mgr x 2	
		dopo l'intervento		fl. 500 mgr 1x2 fino a 2x3 / die
	endovena	solo in ambiente ospedaliero	1 fl. 500 mgr subito prima	1 fl. 500 mgr
<b>DESMOPRESSINA</b>	sotto cute	60' / 90' prima	0,3 mcg/kg	0,3 mcg/kg ogni 12/24 h <b>ATT. tachiflassi</b>
	endo nasale	60' / 90' prima	1 puff	1 puff <b>ATT. tachiflassi</b>
	endovena	solo in ambiente ospedaliero	0,3 mcg/kg	0,3 mcg/kg ogni 12/24 h <b>ATT. tachiflassi</b>

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





### AGENTI EMOSTATICI LOCALI

- Surgicel®
- Spongostan®
- Avitene®

Criteri significativi di **sanguinamento** post-operatorio:

- Quando perdura per più di 12 ore
- Formazione di ecchimosi o ematoma nei tessuti molli della regione operata
- Necessità di un intervento risolutivo da parte di uno specialista

Nella **fase piastrinica** le piastrine, che nei vasi integri scorrono liberamente, tendono invece ad aderire ad alcune strutture sottoendoteliali (collagene, microfibrille e altre) lungo le breccie vasali.

Subito dopo esse producono trombostano 2, sostanza vasocostrittrice che attiva le piastrine stesse, e secernono vari costituenti endocellulari, fra i quali l'adenosindifosfato (ADP) che favorisce il successivo processo di "aggregazione piastrinica" che è l'unione delle piastrine fra di loro fino a formare il cosiddetto "tappo piastrinico" che occlude la breccia.

Inoltre esse espongono sulla propria superficie fosfolipidi di membrana che fungono da appoggio per le reazioni della successiva fase di coagulazione. Il tappo piastrinico è un meccanismo emostatico sufficiente ad assicurare l'emostasi in vasi di piccolo calibro con ridotto regime pressorio.

Il fenomeno dell'aggregazione è reversibile e le singole piastrine tendono a disperdersi con ripresa secondaria dell'emorragia, se non interviene la fase coagulatoria.

Questo spiega perché possano comparire manifestazioni emorragiche anche quando le piastrine sono normali se vi sono alterazioni di altri sistemi emostatici, come quelli della coagulazione.

La **fase della coagulazione** è la più importante perché in condizioni normali questo sistema porta ad un arresto dell'emorragia. Le manifestazioni emorragiche conseguenti ad alterazioni di questa fase sono quasi sempre più gravi di quelle legate a compromissioni della fase piastrinica.

Le reazioni del sistema coagulativo sono innescate dal contatto con superfici non endoteliali (ad esempio la superficie sottoendoteliale) e possono procedere utilizzando componenti di origine esclusivamente ematica ("meccanismo intrinseco"), oppure materiale tromboplastinico di origine tissutale reso disponibile dalla soluzione di continuo della parete vasale ("meccanismo estrinseco"). I fattori della coagulazione interagiscono fra loro con processi enzimatici sequenziali, trasformandosi da proenzima inattivo in enzima attivo che a sua volta agisce sul proenzima successivo.







## Scheda 6

# COAGULOPATIE

## MALATTIE EMOCOAGULATIVE

dott.ssa Rita LEVO, dott. Lorenzo BASANO

	EMOFILIA A	VON WILLEBRAND
<b>CHIRURGIA ORALE MINORE</b>	NO	Sì con utilizzo di desmopressina – ac. tranexamico os
	Sì solo nella forma lieve con utilizzo di desmopressina – ac. tranexamico os	
<b>CHIRURGIA ORALE MAGGIORE</b>	NO	Sì con utilizzo di desmopressina – ac. tranexamico os
<b>DETARTRASI</b>	Sì con utilizzo di ac. tranexamico os	Sì
<b>CONSERVATIVA</b>	Sì	Sì
<b>ENDODONZIA</b>	Sì rischio di sanguinamento pulpare	Sì
<b>ANESTESIA LOCALE</b>	Sì evitare la tronculare	Sì

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





## Sindromi emorragiche da deficit coagulativi

Sono patologie caratterizzate da carenza di fattori della coagulazione o da presenza di inibitori verso i fattori specifici.

### **Emofilia** (Malattia ereditaria recessiva legata al cromosoma X)

Grave insufficienza nella coagulazione del sangue dovuta alla mancanza totale o parziale di:

- FVIII (emofilia A) circa 10 volte più frequente della B
- FIX (emofilia B)
- FXI (emofilia C – rara)

Test di laboratorio significativi:

PTT allungato, dosaggio fattori FVII o IX ridotto.

### **Malattia di von Willebrand (o pseudoemofilia)**

Disfunzione genetica autosomica dominante dovuta alla diminuita attività di FVIII associata a difetto della funzionalità piastrinica per deficit quantitativo o funzionale di FVW.

Gravità della malattia: variabile.

Nelle forme meno gravi il rischio emorragico è trascurabile.

**Quadro clinico:** sanguinamento delle mucose associato a porpora delle mucose e della cute.

**Una estrazione dentaria seguita da gemizio ematico prolungato senza apparenti cause locali può essere il primo segno della malattia in un soggetto malato inconsapevole.**

## **EMOFILIA A**

**GRAVE** con attività di FVIII < 1%

**MEDIA** con attività di FVIII 1-5%

**LIEVE** con attività di FVIII 5-40%

## **ESAMI DA RICHIEDERE**

### **SEMPRE**

PTT  
dosaggio fattori FVII o IX

## **ESAMI DA RICHIEDERE**

### **SEMPRE**

Dosaggio immunologico  
di VW Ag  
Dosaggio attività coagulativa  
di FVIII



Can J Anaesth. 1990 Apr;37(3):341-7. Perioperative management of patients with von Willebrand's disease. Cameron CB, Kobrinisky N.

Pediatr Dent. 1985 Sep;7(3):227-30. Medical/dental management of a patient with congenital Factor VIII. Br Dent J. 1983 Sep 10;155(5):157-60.





## Scheda 7

# COAGULOPATIE

## ANTIAGGREGANTI PIASTRINICI

dott.ssa Rita LEVO, dott. Lorenzo BASANO

FARMACI	®	POSSIBILITÀ DI SOSPENSIONE	DA NON SOSPENDERE se non dopo consulenza dello specialista
ASA	cardioasa®	X nella prevenzione primaria	
			X nella profilassi secondaria
TRICLOPIDINA	tiklid®	X nella prevenzione primaria	
			X nella profilassi secondaria
CLOPIDOGREL	plavix®		X
PRASUGREL	effient®		X
ASA + CLOPIDOGREL			X
TICAGRELOR + ASA	brilique®		X
IBUPROFENE KETOPROFENE INDOMETACINA	brufen® oki® indocid®	X (azione antiaggregante fino a 6h)	
NAPROXENE DIFLUSINAL	naproxin®	X (azione antiaggregante fino a 15h)	
PIROXICAM MELOXICAM	brexin®	X (azione antiaggregante fino a 20h)	

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





### Antiaggreganti Piastrinici

Inibiscono la formazione del trombo bianco (piastrine + reticolo di fibrina) modificando la funzionalità piastrinica.

Sono utilizzati nelle patologie arteriose per:

- Prevenzione e trattamento delle malattie cardiovascolari occlusive e disturbi tromboembolici
- Mantenimento di impianti vascolari e dispositivi vascolari
- Prevenzione di eventi cerebrovascolari
- Prevenzione secondaria dello Stroke

### ASA (Acido acetil salicilico)

Annula la funzionalità delle piastrine inattivando permanentemente la sintesi del tromboxano, inibendo l'attività delle COX (cicloossigenasi). I dosaggi variano a seconda della tipologia delle patologie:

- per TIA e ictus ischemico non cardioembolico 100/325 mg die
- prevenzione e trattamento prolungato 100mg die

### Associazione di ASA con Clopidogrel o Dipiridamolo

- Sindromi coronariche acute e in pazienti sottoposti ad interventi di angioplastica coronarica percutanea (PCI)
- Restenosi a lungo termine degli stent
- Stenosi intracraniche

### Clopidogrel

- IMA (da pochi giorni fino a meno di 35)
- Ictus ischemico (da 7 gg sino a meno di 6 mesi)
- Arteriopatia obliterante periferica
- In associazione con ASA

### Tienopiridine

Sono profarmaci ad azione irreversibile

- Prevenzione secondaria o in alternativa all'ASA nei pazienti che non tollerano o sono refrattari all'ASA

### Prasugrel

dieci volte più efficace del Clopidogrel, ma maggiore incidenza di eventi emorragici

**Impossibile  
sostituirli con altri farmaci  
(es. Eparina)**

**PREVENZIONE  
PRIMARIA**  
delle malattie cardiovascolari  
**PROFILASSI SECONDARIA**  
delle loro complicanze  
cardiovascolari



Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2009 Nov 1;14(11):e588-92.

Dental extractions in patients on anti-platelet therapy. A study conducted by the Oral Health Department of the Navarre Health Service (Spain).

Cardona-Tortajada F, Sainz-Gómez E, Figuerido-Garmendia J, de Robles-Adsuar AL, Morte-Casabó A, Giner-Muñoz F, Artázcoz-Osés J, Vidán-Lizari J.

Mehta, SR. et alii: Effects of pretreatment with clopidogrel and aspirin followed by long-term therapy in patients undergoing percutaneous coronary intervention: the PCI-CURE study. The Lancet, Volume 358, Issue 9281, Pages 527 - 533, 18 August 2001



## Scheda 8

# COAGULOPATIE

## ANTICOAGULANTI ORALI - T.A.O.

dott.ssa Rita LEVO, dott. Lorenzo BASANO

	2 < INR < 3	possibili variazioni	INR > 3	possibili variazioni
<b>CHIRURGIA ORALE MINORE</b>	sì		NO	<ul style="list-style-type: none"> <li>riduzione INR con range tra 2 e 3</li> <li>bridging therapy con range &gt; 3</li> </ul>
<b>CHIRURGIA ORALE MAGGIORE</b>	NO	sospensione TAO bridging therapy	NO	sospensione TAO bridging therapy
<b>DETARTRASI</b>	sì		NO	sciacqui con ac. tranexamico prima dell'intervento con INR < 3,5
<b>CONSERVATIVA</b>	sì		sì	
<b>ENDODONZIA</b>	sì		sì NON andare mai oltre apice	
<b>ANESTESIA LOCALE</b>	sì		sì Maggior rischio di sanguinamento con la troncolare	

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



La **TAO** è basata su antagonisti della vit K che agiscono a livello epatico:

- inibendo competitivamente l'enzima Epossido Reduttasi, che permette l'attivazione della vit K, con conseguente blocco della formazione dei fattori II - VII - IX - X
- determinando l'inattivazione della Proteina C-coagulativa (PCC) e S-Coagulativa (PSC)

I farmaci anticoagulanti orali in commercio sono:

**WARFARIN (COUMADIN®)**

**ACENOCUMAROLO (SINTROM®)**

- Meccanismo d'azione identico
- Emivita differente:  
36-72 ore per il Warfarin  
12 ore per l'Acenocumarolo

Comorbilità, variazioni dietetiche, diarrea, stipsi, vomito e assunzione di altri farmaci possono (+ o -) influenzare l'effetto della TAO

L'attività del meccanismo d'azione dei fattori coagulativi è espressa dall'**INR** (International Normalized Ratio) ottenuto dal rapporto tra il PT (Tempo di Protrombina) del paziente ed il PT di un plasma di controllo elevato all'**ISI** (International Sensitivity Index) specifico del reagente in uso per l'analisi del PT.

**ESAMI  
DA RICHIEDERE**

**SEMPRE  
INR**



Chest. 2012 Feb;141(2 Suppl):e326S-50S. doi: 10.1378/chest.11-2298.

Perioperative management of antithrombotic therapy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines.

Douketis JD, Spyropoulos AC, Spencer FA, Mayr M, Jaffer AK, Eckman MH, Dunn AS, Kunz R; American College of Chest Physicians.





## Scheda 9

# COAGULOPATIE

## SOSPENSIONE TAO: MANAGEMENT

dott.ssa Rita LEVO, dott. Lorenzo BASANO

	<b>SE C'È OBBLIGO DI MANTENIMENTO INR &gt; 3</b>	<b>PER CHIRURGIA ORALE MAGGIORE</b>	<b>PER INTERVENTI IN NARCOSI</b>
<b>sospensione TAO</b>	IN RAPPORTO AL RISCHIO EMORRAGICO LOCALE	IN RAPPORTO ALL'ENTITÀ DELL'INTERVENTO	
<b>BRIDGING THERAPY (sospensione TAO + terapia eparinica)</b>	5 GG. PRIMA CON PROCEDURA A	5 GG. PRIMA CON PROCEDURA A o B	
<b>sospensione EPARINA</b>	sera precedente all'intervento almeno 12h prima (Fondaparinux almeno 18h prima)	sera precedente all'intervento almeno 12h prima (Fondaparinux almeno 18h prima)	sera precedente all'intervento almeno 12h prima (Fondaparinux almeno 18h prima)
<b>ripresa EPARINA (fino a reintegro valore INR)</b>	sera dopo intervento in assenza di sanguinamento	giorno seguente	sera dopo intervento in assenza di sanguinamento o giorno seguente
<b>ripresa TAO</b>	sera dopo intervento in assenza di sanguinamento	giorno seguente	sera dopo l'intervento

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





È indicato sospendere la TAO e sostituirla con terapia eparinica (Bridging Therapy) in caso di:

- interventi in narcosi per possibili complicanze anestesologiche
- interventi maggiori di chirurgia oro mascellare
- interventi anche di chirurgia minore nei casi in cui i valori di INR non possano scendere oltre un certo valore prestabilito

Le **Eparine** vengono utilizzate in tutti i casi di patologia vascolare acuta e negli interventi chirurgici sia sui pazienti con basso rischio tromboembolico (profilassi) che su quelli in trattamento TAO (Bridging Therapy). Oggi ne sono disponibili due tipi:

- **Eparine non frazionate** (UFH) vengono utilizzate solo in particolari situazioni e solo in ambiente ospedaliero. Esse inibiscono nella stessa misura FIIa (Trombina) e FXa attraverso l'Antitrombina III (ATIII)
- **Eparine a basso peso molecolare** (LMWH) sono quelle maggiormente utilizzate. Esse agiscono prevalentemente su FXa:
  - Clexane® (Enoxaparina)
  - Fraxiparina® Seleparina®, Seledie® (Nadroparina)
  - Fragmin® (Deltaparina)
  - luxum® (Parnaparina)
  - Clivarina® (Reviparina)
  - Ivor® (Bemiparina)
  - Arixtra® (Fondaparinux) che presenta una emivita > rispetto alle altre LMWH (18h vs 12h)

### DOSAGGIO TERAPEUTICO procedura A

Rischio di tromboembolismo elevato: sospensione TAO al 5° giorno prima dell'intervento e sostituzione con terapia eparinica al 70% della dose terapeutica

### DOSAGGIO PROFILATTICO procedura B

Rischio di tromboembolismo modesto: sospensione TAO al 5° giorno prima dell'intervento e sostituzione con terapia eparinica al 50% della dose terapeutica (dosaggio profilattico)



Ann Surg Innov Res. 2011 Jul 19;5:5. doi: 10.1186/1750-1164-5-5.

Odontostomatologic management of patients receiving oral anticoagulant therapy: a retrospective multicentric study. Inchingolo F, Tatullo M, Abenavoli FM, Marrelli M, Inchingolo AD, Scacco S, Papa F, Inchingolo AM, Dipalma G.

J Oral Maxillofac Surg. 2009 May;67(5):990-5. doi: 10.1016/j.joms.2008.12.027.

Randomized, prospective trial comparing bridging therapy using low-molecular-weight heparin with maintenance of oral anticoagulation during extraction of teeth. Bajkin BV, Popovic SL, Selakovic SD.







## Scheda 10

# COAGULOPATIE

## NAO

dott.ssa Rita LEVO, dott. Lorenzo BASANO

	INTERVENTI CON RISCHIO EMORRAGICO MINORE	INTERVENTI CON RISCHIO EMORRAGICO MAGGIORE
sospensione	SI	SI
sospensione in pazienti con funzionalità renale normale	24 h prima dell'intervento	48 h prima dell'intervento
sospensione in pazienti con funzionalità renale ridotta	2 - 3 gg prima	3 - 4 gg prima
ripresa del farmaco	giorno successivo	giorno successivo

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





Recentemente sono stati introdotti nuovi farmaci, definiti genericamente **NAO** (Nuovi Anticoagulanti Orali), caratterizzati da una gestione semplificata rispetto ai TAO tradizionali

- Non necessitano di controlli periodici di laboratorio per l'adeguamento terapeutico in quanto hanno un effetto più prevedibile
- Sono basati sull'azione diretta su di un unico fattore:  
FIIa per Dabigatran (**Pradaxa®**) e FXa per Rivaroxaban (**Xarelto®**) Apixaban (**Eliquis®**)  
Rischio emorragico ridotto rispetto alla TAO
- Emivita breve 12 - 14 ore
- Se il paziente sanguigna è bene sospendere il farmaco
- Al momento attuale non esistono antidoti in caso di sovradosaggio
- L'eliminazione del farmaco avviene quasi esclusivamente per via renale per cui in caso di insufficienza renale è necessario controllarne la funzionalità.

Funzionalità renale		Sospensione di dabigatran prima della chirurgia elettiva	
<i>ClCr in ml/min</i>	<i>Emivita stimata in ore</i>	<i>Elevato rischio di sanguinamento o chirurgia maggiore</i>	<i>Rischio standard</i>
≥80	~ 13	2 giorni prima	24 ore prima
≥50<80	~ 15	2-3 giorni prima	1-2 giorni prima
≥30<50	~ 18	4 giorni prima	2-3 giorni prima (>48 ore)

I valori di picco vengono raggiunti dopo 2 - 4 ore dall'assunzione del farmaco

I **NAO** devono essere sempre sospesi prima di un intervento di chirurgia orale

**Esami emocoagulativi di riferimento per DABIGATRAN aPTT - TT**

Sono da considerare a rischio valori di aPTT superiori a 45 secondi (anche se il test presenta una sensibilità limitata soprattutto in caso di concentrazioni elevate di Dabigatran)

**Esami emocoagulativi di riferimento per RIVAROXABAN e APIXABAN**

**PT ratio**



Turk Kardiyol Dern Ars. 2012 Oct;40(6):548-51. doi: 10.5543/tkda.2012.44977.

Perioperative management in patients receiving newer oral anticoagulant and antiaggregant agents]. [Article in Turkish Karadağ B, Ikitimur B, Ongen Z J. Connolly et alii : Dabigatran versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation. N Engl J Med 2009; 361:1139-1151 September 17, 2009





## Scheda 11

# DIABETE

### COMPORAMENTO CHIRURGICO DEL PAZIENTE DIABETICO

dott. Aldo COTTINO, dott. Ernesto SCATÀ  
dott. Matteo LUCIANI

	Pazienti in terapia solo con ipoglicemizzanti orali	Pazienti in terapia insulinica	Pazienti in terapia con glicemia > 250 mg/dl
<b>RISCHIO</b>	<b>MINIMO</b>	<b>MEDIO</b>	<b>ELEVATO</b>
<b>PIANO DI CURE</b>	Nessuna limitazione agli interventi	<b>Interventi entro 2 ore dalla somministrazione di insulina</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Estrazioni anche complesse con toeletta alveolare</li> <li>Interventi parodontali non estesi</li> <li>Inserimento di un limitato numero di impianti</li> <li>Chirurgia complessa in ambiente ospedaliero</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trattamenti odontoiatrici non chirurgici solo con carattere d'urgenza</li> </ul>
<b>CONTATTO CON DIABETOLOGO DI RIFERIMENTO</b>	Per scarsa compliance alla terapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Per scarsa compliance alla terapia</li> <li>Per interventi chirurgici più importanti</li> </ul>	Attendere valutazione per prosecuzione della terapia
<b>FARMACI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilizzo anestetici con adrenalina</li> <li>Evitare ASA e cortisonici</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copertura antibiotica negli interventi complessi</li> <li>Utilizzo anestetici con adrenalina</li> <li>Evitare ASA e cortisonici</li> <li>Utilizzo clorexidina</li> </ul>	Copertura antibiotica

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





## INDICAZIONI COMPORTAMENTALI

Si considera diabetico il paziente con livelli di glicemia stabilmente superiori a 126 mg/dl.

Con livelli di emoglobina glicata superiori a 9% si identifica una scarsa compliance alla terapia in atto

Accertarsi che il paziente assuma la terapia prescritta dal curante e non modificarne i dosaggi

Valutare eventuali patologie sistemiche correlate

Programmare le sedute odontoiatriche preferibilmente in prima mattinata in modo da permettere una alimentazione il più possibile normale durante la giornata (soprattutto nei pz insulinodipendenti)

Utilizzare normalmente anestetico con adrenalina in quanto la piccola dose contenuta in una tubofiala non incrementa il livello di glucosio plasmatico

Il paziente non deve assolutamente presentarsi a digiuno e deve assumere i farmaci come d'abitudine per evitare episodi di ipoglicemia

### ESAMI DA RICHIEDERE

- glicemia
- emoglobina glicata

## PATOLOGIE SISTEMICHE PIÙ FREQUENTEMENTE ASSOCIATE AL DIABETE

IPERTENSIONE

DANNI CARDIOVASCOLARI

DANNI CEREBROVASCOLARI

NEFROPATIA

RETINOPATIA

NEUROPATIA

AUMENTATA TENDENZA ALLA

**PARODONTOPATIA**



S.Kidambi, S.B. Patel: Diabetes Mellitus Considerations for Dentistry JADA. 2008 Oct; 139, 85-185

I.B. Lamster, E.Lalla, W.S. Borgnakke. The Relationship between oral health and diabetes mellitus JADA. 2008 Oct;139,19s-24s

American diabetes Association Expert committee on the diagnosis classification of Diabetes mellitus. Report of the expert committee on the diagnosis and classification of Diabetes mellitus. Diabetes care2003; 26::S5-20





## Scheda 12

# DIABETE

### ALTERAZIONI PATOLOGICHE A CARICO DEL CAVO ORALE

dott. Aldo COTTINO, dott. Ernesto SCATÀ

PATOLOGIA	INDICAZIONI OPERATIVE	CAUSE
AUMENTO CARIORECESSIONITÀ	TRATTAMENTO CONSERVATIVO TEMPESTIVO	IPOSCIALIA ALTERAZIONE FLORA CAVO ORALE POLIURIA CON RIDUZIONE DEI FLUIDI EXTRACELLULARI
FRAGILITÀ MUCOSA ORALE	ATTENZIONE NEI PORTATORI DI PROTESI MOBILI	
CANDIDOSI	TRATTAMENTO ANTIMICOTICO	
AUMENTO PARODONTOPATIA	ASSIDUA PREVENZIONE PRIMARIA CON TERAPIA DI MANTENIMENTO	MODIFICAZIONI A CARICO DEL MICROCIRCOLO ALTERAZIONE DEL METABOLISMO DEI TESSUTI (COLLAGENE) RIDOTTA PROLIFERAZIONE CELLULARE E DELLA MATRICE OSSEA
MAGGIORE VULNERABILITÀ ALLE INFEZIONI DEL CAVO ORALE	MONITORAGGIO DEL PAZIENTE	DIMINUITA RISPOSTA DEL SISTEMA IMMUNITARIO ALTERATA VASCOLARIZZAZIONE DEI TESSUTI
GUARIGIONE DIFFICOLTOSA DELLA MUCOSA	UTILIZZO CLOREXIDINA EVENTUALE COPERTURA ANTIBIOTICA	

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





## CANDIDOSI ORALE

Stomatite Diffusa  
Glossite Atrofica  
Cheilite angolare  
Candidosi pseudomembranosa

Infezione da miceti del genere Candida, un fungo che si riscontra nella flora saprofitica normalmente presente sulla mucosa orale e gastrointestinale del 40-60% dei pazienti sani.

In caso di alterazione della normale flora microbica orale e/o di una riduzione delle capacità di difesa dell'organismo, la Candida si comporta da patogeno opportunisto rendendosi responsabile di quadri infiammatori acuti o cronici.

La candidosi presenta aspetti clinici variabili. Frequentemente il reperto è occasionale e asintomatico oppure in alcuni pazienti può essere presente sensazione di bruciore, alterazione della sensibilità gustativa (percezione di sapore metallico) e dolore alla deglutizione.

## TERAPIA

**Nistatina**  
o **Miconazolo** **SI**

**Fluconazolo**  
**ATTENZIONE**

Potenziamento azione delle SULFANILUREE  
Interferenza con l'azione del WARFARIN  
nei pazienti in TAO

## INFEZIONI ORO-FACCIALI

Diminuita risposta  
del sistema immunitario  
  
Alterata vascolarizzazione dei tessuti

**trattamento farmacologico  
tempestivo a dosi piene**

**L'evoluzione più aggressiva** delle infezioni orofacciali nel paziente diabetico è favorita da un'alterata risposta del sistema immunitario causata da ridotta mobilità dei polimorfonucleati con diminuzione della chemiotassi e dell'attività fagocitaria. Inoltre l'iperglicemia può aumentare la virulenza di alcune specie batteriche.

**Evitare utilizzo di  
cortisonici**

per la loro azione  
iperglicemizzante



N.C. Babu, A.J. Gomes: Systemic Manifestations of oral disease J.Oral maxillofac. pathol. 2011 may; 15(2):144-7  
A.N. Ellepola, L.P. Samaranyake: Oral candidal infections and antimycotics Crit. Rev. Oral Biol. Med. 2000; 11(2): 172-98 Review



**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	<b>MINIMO</b>	<b>MEDIO</b>	<b>ELEVATO</b>
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"> <li>• Estrazione dentaria semplice previa consulenza ematologica</li> <li>• In alternativa inviare paziente a un Centro con servizio di odontostomatologia e ematologia</li> </ul>
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.

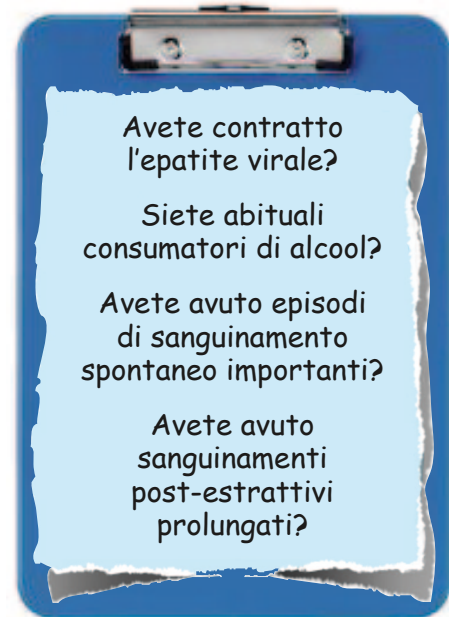
Tra le complicanze croniche particolare rilevanza ha la correlazione esistente tra la positività all'epatite C e la presenza di **lichen planus orale**. Circa il 20% dei pazienti affetti da tale patologia è portatore, a volte anche a sua insaputa, di un'epatopatia cronica causata dall' HCV e la possibilità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



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

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





## **Tattamento 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*





# EPILESSIA

dott. Maurizio GIONCO, dott. Marco Ottavio GILARDINO

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

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 sovragengivali, 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/operatorivi 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





## Scheda 19

# USO DI BIFOSFONATI

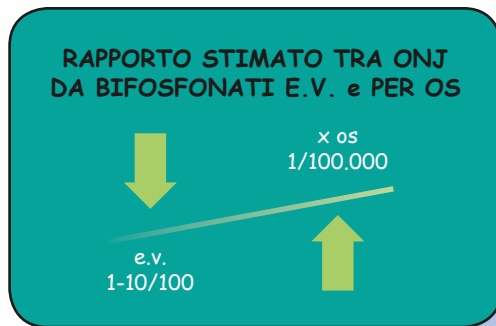
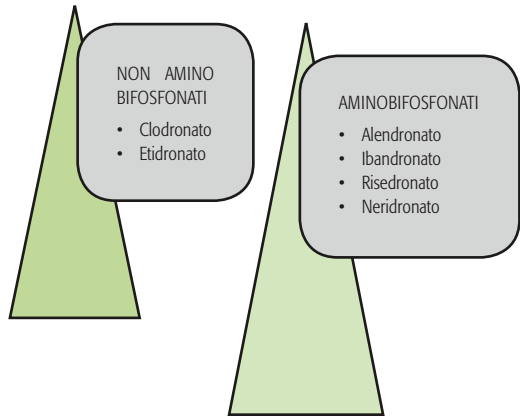
## BIFOSFONATI PER OS

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
<b>RISCHIO</b>	<b>BASSO</b>	<b>MEDIO</b>	<b>MEDIO ALTO</b>
<b>PIANO DI CURE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• terapie conservative</li> <li>• chirurgia orale</li> <li>• implantoprotesi in pz. senza cofattori di morbilità</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• follow up</li> <li>• terapie conservative</li> <li>• terapie chirurgiche</li> <li>• implantologia caso per caso con cautela</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• follow up personalizzato</li> <li>• terapie conservative</li> <li>• terapie protesiche non traumatizzanti la mucosa</li> <li>• implantoprotesi preferibilmente da evitare</li> </ul>
<b>PRECAUZIONI</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• seguire i protocolli dei pz. in cura per Bifosfonati e.v. senza ONJ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• interventi chirurgici indispensabili da eseguirsi secondo protocollo operativo</li> </ul>
<b>SOSPENSIONE FARMACI</b>	<b>NO</b>	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 bisphosphonate 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 ormai 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 ISPESSTIMENTO 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
<b>PATOLOGIE PARODONTALI E CARIE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• scarsa igiene orale</li> <li>• stili di vita incongrui</li> <li>• patologie croniche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• perdita dei denti</li> <li>• frequente dolore</li> <li>• protesi dentarie sostitutive</li> </ul>
<b>ALTERAZIONI DEL GUSTO E DELLO STATO DI IDRATAZIONE DELLE MUCOSE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• malattie sistemiche</li> <li>• terapie farmacologiche / chemioterapia</li> <li>• radioterapia</li> <li>• malnutrizione / disidratazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• scelte alimentari scorrette</li> <li>• squilibrio dietetico</li> <li>• variazioni ponderali</li> <li>• basso livello plasmatico di nutrienti</li> </ul>
<b>ALTERAZIONI DELLA FUNZIONE MASTICATORIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• patologie del cavo orale</li> <li>• protesi</li> <li>• chirurgia distretto testa-collo</li> </ul>	<p>VARIAZIONI CONSISTENZA CIBI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>↓ cibi filamentososi (carne e derivati)</li> <li>↓ cibi croccanti e legnosi (carote, finocchi)</li> <li>↓ cibi secchi (pane, grissini)</li> </ul> <p>VARIAZIONE DELLE SCELTE ALIMENTARI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>↓ vegetali</li> <li>↑ grassi</li> <li>↑ snacks dolci</li> </ul> <p>VARIAZIONE ASSUNZIONE NUTRIENTI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>↓ fibre dietetiche</li> <li>↓ vitamine (carotene, vit. C)</li> <li>↑ grassi saturi e colesterolo</li> <li>↑ quota calorica</li> </ul>
<b>DISFAGIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• patologie neurologiche</li> <li>• patologie miopatiche</li> <li>• cause iatrogene</li> <li>• patologie esofagee</li> <li>• patologie ostruttive</li> <li>• disfagie psicogene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• disidratazione, malnutrizione</li> <li>• rischi di aspirazione</li> <li>• modifica di caratteristiche fisiche dei cibi (consistenza, omogeneità, viscosità, coesione, dimensione e temperatura dei cibi)</li> </ul>

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](http://www.dysfagia.com)  
Linee guida per una sana alimentazione italiana  
[www.inran.it](http://www.inran.it)  
Piramide alimentare italiana  
[www.piramideitaliana.it](http://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	<b>BASSO O ASSENTE</b>	<b>MODERATO</b>	<b>ALTO</b>
CLINICA	Paz. in buona salute	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malattie sistemiche lievi moderate</li> <li>• Diabete tipo II non I.D.</li> <li>• Asma epilessia</li> <li>• Ipo/ipertiroidismo compensato</li> <li>• Ipertensione con valori di minima fino a 94 mm/Hg e massima fino a 140 mm/Hg</li> <li>• ASA I con infez. vie aeree sup.</li> <li>• Donne in gravidanza</li> <li>• Paz. con allergie attive</li> <li>• Età &gt; 60 aa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malattie sistemiche severe</li> <li>• Angina pectoris</li> <li>• Pregresso IMA o ICTUS</li> <li>• Insufficienza cardiaca con edemi</li> <li>• Ipertensione con valori di minima fino a 114 mm/Hg e massima fino a 200 mm/Hg</li> <li>• Diabete I.D. compensato</li> <li>• BPCO leggera</li> </ul> <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.

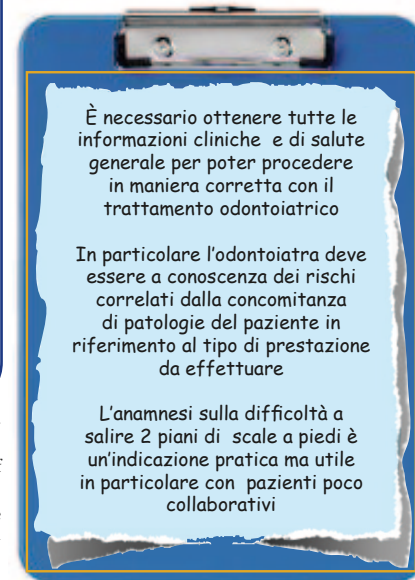


AINOS. Linee Guida delle emergenze della sicurezza e dell'anestesia generale in odontostomatologia [www.mesclub.it/ainos.html](http://www.mesclub.it/ainos.html) 2007

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](http://www.resus.org.uk)

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





**FARMACI DI EMERGENZA  
ESSENZIALI**

dott. Vincenzo SEGALA, dott.sa Anna Chiara TOSI

dott. Alessandro CHIARELLI

FARMACO	INDICAZIONE	DOSE ADULTO
<b>OSSIGENO</b>	TUTTE LE EMERGENZE	100% o alti flussi
<b>SALBUTAMOLO</b>	ASMA di media gravità BRONCOSPASMO	2 puff in ispirazione (ripetibili)
<b>EPINEFRINA</b>	ASMA di media gravità ANAFILASSI	0,1mg. e.v.; 0,3-0,5mg i.m.
<b>EPINEFRINA</b>	ARRESTO CARDIACO durante le manovre di RCP	1 mg. e.v.
<b>NITROGLICERINA</b>	DOLORE TORACICO (IMA)	cps sublinguali 1 ogni 5' (fino a 3) puff sublinguali 1 ogni 5' (fino a 3)
<b>ASPIRINA</b>	INFARTO MIOCARDICO	160-325 mg.
<b>CLORFENAMINA</b>	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
<b>GLUCAGONE</b>	IPOGLICEMIA NEL PAZ. INCOSCIENTE	1mg. i.m.
<b>ATROPINA</b>	BRADICARDIA SINTOMATICA EVIDENTE	0,5mg e.v. o i.m.
<b>EFEDRINA</b>	IPTENSIONE SINTOMATICA EVIDENTE	5 mg e.v. o 10-25 mg. i.m.
<b>IDROCORTISONE</b>	INSUFFICENZA SURRENALICA ACUTA ANAFILASSI PROTRATTA	100 mg. e.v. o i.m.
<b>MORFINA</b>	DOLORE CHE NON RISPONDE AI NITRODERIVATI	Dosare 2 mg. e.v o 5 mg. i.m
<b>NALOXONE</b>	SOVRADOSAGGIO MORFINICO	0,1 mg. e.v..
<b>LORAZEPAM MIDAZOLAM</b>	STATI EPILETTICI	4 mg. e.v. o i.m.
<b>FLUMAZENIL</b>	SOVRADOSAGGIO DA BENZODIAZEPINE	0,1 mg. e.v.

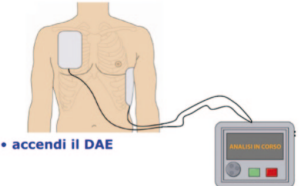
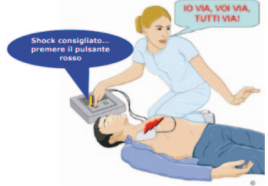

**MANOVRE SALVAVITA**

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	<b>FAI CHIAMARE 118</b> <b>CHIEDI UN DAE</b>  SCOPRI IL TORACE LIBERA LE VIE AEREE  POSIZIONATI A FIANCO DEL PZ	IN POSIZIONE SUPINA SU UN PIANO RIGIDO	
NO polso NO respiro	<b>INIZIA BLS</b>  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><b>TIENI LONTANI TUTTI TE STESSO COMPRESO!</b></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 OLTRANZA  SEGUIRE LE ISTRUZIONI DEL D.A.E.  ACLS	