



Corso di Aggiornamento - "RAPPORTI TRA SALUTE PARODONTALE E SALUTE SISTEMICA-PERIOMICINE"
Roma, 15 - 16 Ottobre 2004

COME LE CONDIZIONI DI SALUTE SISTEMICA INFLUENZANO IL PIANO DI TRATTAMENTO

Relatore: Dott. Giovanni Lodi, Università degli Studi di Milano (giovanni.lodi@unimi.it)

Introduzione

Come è possibile verificare dai dati ISTAT riportati nelle tabelle (Fig 1-2-3), la popolazione Italiana sta andando incontro a un progressivo invecchiamento a cui si accompagna un aumento nel numero di soggetti affetti da malattie croniche e, conseguentemente, sottoposti a trattamenti di lunga durata.

Il parodontologo si ritrova (e si ritroverà) quindi sempre più frequentemente ad affrontare situazioni in cui la patologia di base del paziente parodontopatico richiede che il piano di trattamento "ideale" debba subire delle modificazioni, per evitare conseguenze indesiderate sulla salute generale del paziente.

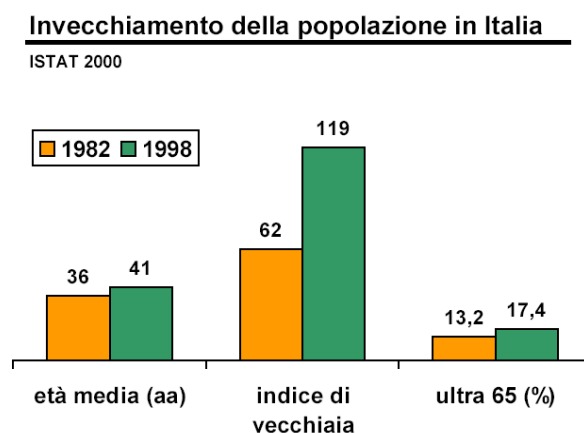


Fig 1- Fonte: ISTAT

Persone con malattie croniche

Anno 1999-2000, per 100 persone (ISTAT 2002)

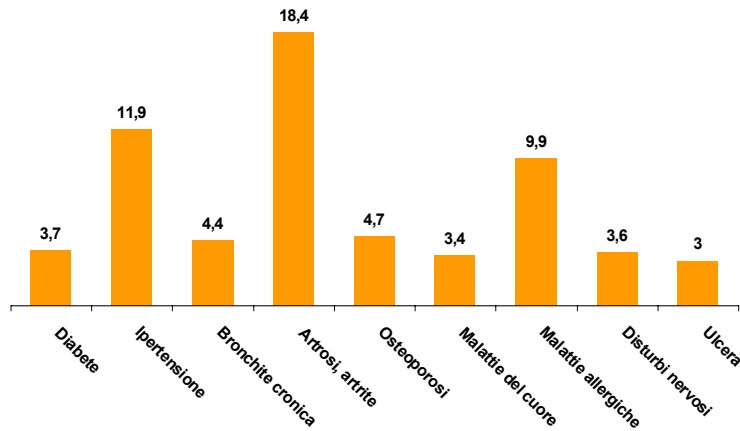


Fig 2 - Fonte: ISTAT

Persone con malattie croniche

Anno 1999-2000, per 100 persone (ISTAT 2002)

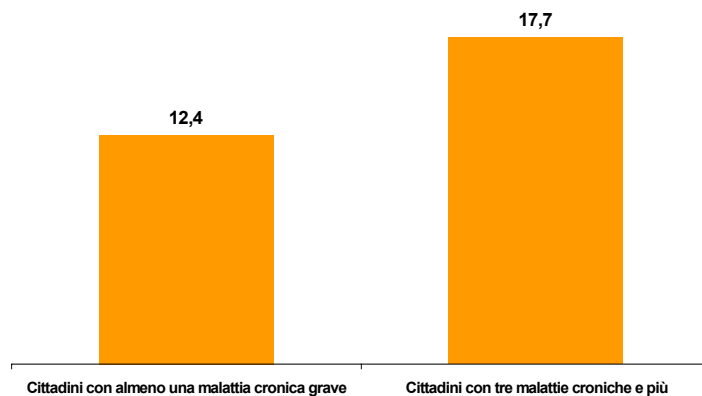


Fig 3 - Fonte: ISTAT

La presenza di una **condizione patologica** non è però l'unica situazione di salute che possa richiedere una revisione di un piano di trattamento parodontale. Spesso infatti la controindicazione ad un particolare trattamento può essere legata ad una **terapia concomitante**, ad una situazione in cui il soggetto, benché sano, sia esposto ad un **rischio di ammalare**, ad una particolare **situazione fisiologica** o, ancora, a particolari **abitudini viziate**.

Senza alcuna pretesa di esaustività, verranno illustrati in questa sede alcuni esempi di tali differenti tipologie di paziente, per i quali è necessario modificare una o più fasi del tipico piano di trattamento parodontale, che, per semplificare divideremo in:

diagnosi, terapia causale, terapia chirurgica, terapia di mantenimento.

Tuttavia, si tratta di un argomento dai confini molto ampi e in rapida evoluzione, per l'approfondimento del quale rimandiamo il lettore a due testi molto completi e sottoposti ad un frequente aggiornamento (Scully e Little).

Il soggetto malato

Il diabete è sicuramente una tra le condizioni sistemiche più presente nella letteratura parodontale internazionale. Nell'inquadrare il paziente diabetico prima di stilare un piano di trattamento il parodontologo deve come prima cosa stabilire se il soggetto in esame sia compensato (a prescindere dalla forma di diabete da cui è affetto). Infatti, come ben documentato in letteratura internazionale e ribadito dal presidente dell'Associazione Italiana Diabetologi, Prof Antonio Pontiroli nel suo intervento, "*...un diabetico compensato è, per quanto riguarda le cure odontoiatriche e parodontali, un paziente non diverso da un soggetto sano*". Con questi pazienti, l'unica precauzione è quella di discutere con il paziente e il diabetologo modifiche della dieta o della terapia, in caso di interventi chirurgici lunghi ed impegnativi o di procedure che necessitino prolungate modifiche della dieta.

Molto diverso è l'approccio al diabetico scompensato. In questo caso infatti sappiamo che la malattia parodontale può essere più grave e che a causa dei difettosi meccanismi di riparazione tissutale i risultati delle nostre terapie sono meno prevedibili. Per queste ragioni è preferibile un approccio non chirurgico, associato ad una terapia di mantenimento più scrupolosa del normale ed un *follow-up* più serrato.

Una condizione molto meno frequente e conosciuta è l'angioedema da carenza di C1 inibitore. Questa sindrome clinica descritta per la prima volta nel 1888 è dovuta ad una carenza (ereditaria o acquisita) dell'inibitore della C1 esterasi (primo componente del sistema del complemento). Carenza che porta il paziente a sviluppare edema delle estremità, viscerale e delle vie aeree superiori in seguito ad eventi traumatici anche di lieve entità (per esempio trattamenti odontoiatrici). A seconda della frequenza e della gravità degli attacchi, i pazienti affetti da l'angioedema da carenza di C1 inibitore sono sottoposti a diversi schemi di trattamento. In una recente ricerca, è stato evidenziato come oltre 40% dei soggetti affetti da questa malattia abbiano sofferto di un attacco in seguito a trattamenti odontoiatrici; i trattamenti più a rischio erano quelli chirurgici, sebbene nessuna procedura, nemmeno una semplice visita, sia da considerarsi priva di rischi. Per questo motivo è necessario prima di qualsiasi trattamento consultare il curante e se necessario sottoporre il paziente ad una profilassi a breve termine con il farmaco più indicato alle caratteristiche del singolo paziente (androgeni sintetici attenuati, antifibrinolitici, inibitore della C1 esterasi liofilizzato concentrato o plasma fresco congelato).

Il soggetto "a rischio"

Un caso diverso è quello del soggetto in salute, che però, a causa dei nostri trattamenti, rischia di contrarre una malattia. Il caso più noto è quello del soggetto a rischio di endocardite infettiva. Rientrano in questa categoria soggetti con diverse condizioni, benché nei paesi occidentali i portatori di valvole cardiache rappresentino il gruppo a rischio con cui il parodontologo si troverà più frequentemente a trattare. Tra le altre categorie a rischio vanno ricordati i soggetti con storia pregressa di endocardite infettiva e quelli con patologie valvolari.

Poiché l'endocardite infettiva è tutt'ora gravata da un'alta mortalità (17-35%), è essenziale che il clinico non solo sia in grado di individuare i pazienti a rischio, ma che conosca le manovre capaci di determinarne l'insorgenza e i protocolli di profilassi antibiotica.

Come è possibile rilevare dalla tabella tratta da un articolo di Seymour del 2003 (Fig 4), pressoché tutte le manovre parodontali possono determinare batteremia e quindi causare una endocardite infettiva in un paziente predisposto.

Manovra	Incidenza di batteremia
Estrazione	
singola	51%
multipla	68-100%
Chirurgia parodontale	
lembo	36-88%
gengivectomia	83%
Scaling e levigatura radicolare	8-80%
Profilassi parodontale	0-40%
Spazzolamento dei denti	0-26%
Uso del filo interdentale	20-58%
Uso di strumenti per l'igiene interdentale	20-40%
Strumenti per l'irrigazione	7-50%
Masticazione	17-51%

Fig. 4 – Fonte: Seymour RA, Preshaw PM, Thomason JM, Ellis JS, Steele JG. Cardiovascular diseases and periodontology. *J Clin Periodontol.* 2003 Apr;30(4):279-92. Review.

Per questo motivo è essenziale che in tutte le fasi del trattamento parodontale i pazienti a rischio di endocardite vengano sottoposti a profilassi antibiotica secondo le linee guida attuali. In tabella (Fig.5) sono riportate le indicazioni dell'American Heart Association e della British Society for Antimicrobial Chemotherapy.

Situazione	Farmaco	AHA	BSAC
Profilassi standard	Amoxicillina	Adulti: 2 g per via orale 1 ora prima dell'intervento* Bambini: 50 mg/kg per via orale 1 ora prima dell'intervento #	Adulti: 3 g per via orale 1 ora prima dell'intervento ** Bambini fino a 5 anni 250 mg per via orale 1 ora prima dell'intervento; dai 5 ai 10 anni 500 mg 1 ora prima dell'intervento
Impossibilità all'assunzione orale	Ampicillina	Adulti: 2 g per via intramuscolare o intravenosa 30 minuti prima dell'intervento Bambini: 50 mg/kg per via via intramuscolare o intravenosa 30 minuti prima dell'intervento	
Allergia alle penicilline	Clindamicina	Adulti: 600 mg per via orale 1 ora prima dell'intervento Bambini: 20 mg/kg per via orale 1 ora prima dell'intervento	Adulti: 600 mg per via orale 1 ora prima dell'intervento Bambini fino a 5 anni 150 mg per via orale 1 ora prima dell'intervento; dai 5 ai 10 anni 300 mg 1 ora prima dell'intervento
	Azitromicina	Adulti: 500 mg per via orale 1 ora prima dell'intervento Bambini: 15 mg/kg per via orale 1 ora prima dell'intervento	Bambini fino a 5 anni 200 mg per via orale 1 ora prima dell'intervento; dai 5 ai 10 anni 300 mg 1 ora prima dell'intervento
	Claritromicina	Adulti: 500 mg per via orale 1 ora prima dell'intervento Bambini: 15 mg/kg per via orale 1 ora prima dell'intervento	
	Cefalexina o cefadroxila §	Adulti: 2 g per via orale 1 ora prima dell'intervento Bambini: 50 mg/kg per via orale 1 ora prima dell'intervento	
Allergia alle penicilline e impossibilità all'assunzione orale	Clindamicina	Adulti: 600 mg per via intramuscolare o intravenosa 30 minuti prima dell'intervento Bambini: 20 mg/kg per via intramuscolare o intravenosa 30 minuti prima dell'intervento	
	Cefazolina §	Adulti: 1 g per via intramuscolare o intravenosa 30 minuti prima dell'intervento Bambini: 25 mg/kg per via intramuscolare o intravenosa 30 minuti prima dell'intervento	

* se il paziente per altri motivi sta assumendo gli antibiotici raccomandati per la profilassi, è prudente prescrivere un antibiotico di classe diversa ** in caso di interventi in più sedute possono essere somministrate al massimo 2 dosi di amoxicillina in un mese, in caso di ulteriore necessità bisogna ricorrere agli altri farmaci e l'amoxicillina non dovrebbe essere impiegata nei 3-4 mesi successivi # le dosi pediatriche non devono comunque superare quelle dell'adulto § l'impiego di cefalosporine non è raccomandato nei pazienti con ipersensibilità di tipo immediato alle penicilline (orticaria, angioedema, anafilassi)

Fig. 5

Soggetto sottoposto a terapia

Un'altra situazione con cui l'odontoiatra e il parodontologo possono confrontarsi è quella in cui i trattamenti a cui un paziente sia stato sottoposto, rendano interventi odontoiatrici altrimenti molto sicuri, a rischio di gravi complicanze. La situazione più nota è quella del paziente oncologico che sia stato curato con radioterapia della testa e del collo. In questo caso infatti il paziente è a rischio di osteonecrosi gravi e difficilmente trattabili, in seguito ad interventi anche banali, quali l'estrazione di un dente. In questi pazienti è quindi essenziale che prima della radioterapia si proceda all'eliminazione di tutti i foci infettivi e degli elementi con prognosi dubbia.

Una situazione simile sta attualmente emergendo per pazienti oncologici che abbiano assunto bifosfonati per il trattamento delle metastasi ossee. Anche in questo caso il rischio è quello di sviluppare lesioni ossee in conseguenza di interventi odontoiatrici altrimenti routinari.

E' da sottolineare che questo gruppo di farmaci è anche largamente impiegato nel trattamento della osteoporosi, benché sia possibile che in questo caso i pazienti siano esposti ad un rischio minore di sviluppare osteonecrosi.

Soggetto in particolare situazione fisiologica

E' questo il caso della paziente gravida, in la cui particolare situazione fisiologica della futura mamma e la vulnerabilità del feto richiedono una particolare precauzione nella prescrizione di farmaci e non solo. Per quanto riguarda la terapia farmacologica, esistono delle classificazioni che, sulla base dei dati scientifici disponibili, suddividono i farmaci in base alla loro potenziale pericolosità per il feto. Riportiamo di seguito la classificazione della *American Food and Drug Administration*.

Category A—Controlled human studies indicate no apparent risk to the fetus. The possibility of risk to the fetus is remote.

Category B—Animal studies do not indicate fetal risk. Well-controlled human studies have failed to demonstrate a risk

Category C—Animal studies show an adverse effect on the fetus but there are no controlled studies in humans. The benefits from use of such drugs may be acceptable.

Category D—Evidence of human risk, but in certain circumstances the use of such a drug may be acceptable in pregnant women despite its potential risk.

Category X—Risk of use in pregnant women clearly outweighs possible benefits.

E' importante sottolineare che meno del 20% dei farmaci autorizzati dalla FDA appartengono alle categorie A e B. Per quanto riguarda farmaci di uso comune in odontoiatria, possiamo citare tra gli anestetici, la lidocaina (categoria B), da preferirsi alla bupivacaina (categoria C) e tra gli antibiotici la amoxicillina (categoria B) che è senz'altro da preferire alla tetraciclina (categoria D). Va rammentato che anche la doxiciclina, antibiotico che a dosi non antimicrobiche può essere indicato nella terapia parodontale, è (sia) da evitare nella gravida per gli stessi motivi.

Anche una importante procedure diagnostica quale la radiografia, va impiegata con estrema prudenza nel caso di pazienti gravide. Infatti, benché la dose ricevuta dal feto nel corso di lastre odontoiatriche sia estremamente limitata e quindi non rappresenti un rischio significativo per il feto, un recente studio di grandi dimensioni e di buona metodologia, ha dimostrato come le radiografie orali nel corso della gravidanza, rappresentino un significativo fattore di rischio per la nascita di un bambino sottopeso, probabilmente per l'effetto delle radiazioni sull'asse ipotalamo-ipofisi-tiroide.

Soggetto con abitudini viziate

In questo caso siamo di fronte ad un paziente che a causa di abitudini viziate o particolari stili di vita, può risultare maggiormente esposto a condizioni patologiche o anche mostrare una risposta ai trattamenti inferiore alla norma. E' questo il caso del soggetto fumatore. Fanno ormai parte del sapere diffuso gli innumerevoli danni che il fumo di sigaretta può arrecare alla salute. Grazie infatti a studi come quelli di Doll e colleghi, che per 50 anni hanno seguito una coorte di maschi inglesi, sappiamo come il fumo sia un importante fattore di rischio per numerose e gravi malattie, tanto da rappresentare la causa di morte per metà dei fumatori di lunga durata. Anche per quanto riguarda la malattia parodontale, le prove a carico dei danni da fumo sono numerosissime: come sottolineato dal rapporto prodotto sull'argomento dalla *American Academy of Periodontology*, il fumo è un fattore predittivo negativo per trattamenti parodontali chirurgici e non, così come per procedure di tipo rigenerativo o per il posizionamento di impianti. Non dobbiamo infine dimenticare che il fumo è anche il principale fattore di rischio della più temibile malattia che può colpire la bocca, ovvero il carcinoma orale.

E' quindi dovere dell'odontoiatra non solo visitare con particolare attenzione il paziente fumatore in cerca di possibili lesioni precancerose (Fig. 6) o tumori iniziali (Fig. 7), ma anche informarlo degli effetti del fumo sulla salute orale e sistemica e consigliarlo su possibili metodi per interrompere tale abitudine.

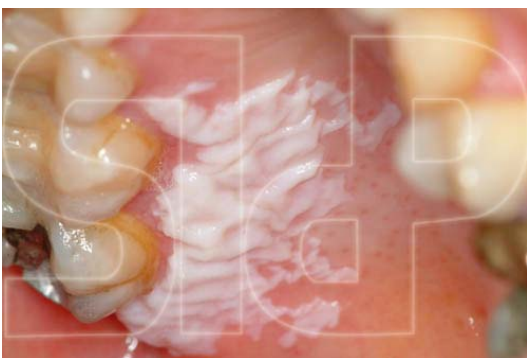


Fig. 6



Fig. 7

Per saperne di più

- Scully C, Cawson RA. **Il trattamento odontoiatrico nei pazienti affetti da malattie sistemiche.** Antonio Delfino Editore.
- Little JW, Falace DA, Miller CS; Rhodus NL. **Dental management of the medically compromised patients.** Mosby 2002 6th Edition.
- Committee on Research, Science and Therapy. American Academy of Periodontology. **Diabetes and periodontal diseases.** *J Periodontol* 2000; 71:664-78.
- Rees TD. **Periodontal management of the patient with diabetes mellitus.** *Periodontol 2000* 2000; 23: 63-72.
- Lodi G, Sardella A, Bez C, Demarosi F, Cicardi M, Carrassi A. **Dental experience and self-perceived dental care needs of patients with angioedema.** *Spec Care Dentist* 2001; 21: 27-31.
- Dajani AS, Taubert KA, Wilson W, Bolger AF, Bayer A, Ferrieri P, Gewitz MH, Shulman ST, Nouri S, Newburger JW, Hutto C, Pallasch TJ, Gage TW, Levison ME, Peter G, Zuccaro G, Jr. **Prevention of bacterial endocarditis. Recommendations by the American Heart Association.** *Circulation* 1997; 96: 358-66
- Epstein JB, Stevenson-Moore P. **Periodontal disease and periodontal management in patients with cancer.** *Oral Oncol* 2001;37:613-9.
- Ruggiero SL, Mehrotra B, Rosenberg TJ, Engroff SL. **Osteonecrosis of the jaws associated with the use of bisphosphonates: a review of 63 cases.** *J Oral Maxillofac Surg* 2004;62: 527-34.
- Ministero della salute. **Guida all'uso dei farmaci, sulla base del British National Formulary.** Versione on line www.guidausofarmaci.it/
- Hujoel PP, Bollen AM, Noonan CJ, del Aguila MA. **Antepartum dental radiography and infant low birth weight.** *JAMA.* 2004;291: 1987-93.
- Research, Science and Therapy Committee of the American Academy of Periodontology. **Position paper: tobacco use and the periodontal patient.** *J Periodontol* 1999; 70:1419-27.
- Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. **Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors.** *BMJ.* 2004;328:1519.