

PROBLEMATICHE ODONTOIATRICHE NEI PAZIENTI ANZIANI

Relatore: Prof. Vitaliano Cattaneo (Pavia)

Il paziente anziano è una figura in continua crescita numerica all’interno della popolazione dei Paesi industrializzati; questa realtà avrà un significativo impatto sulla richiesta di salute e quindi anche di cure del cavo orale, con una crescente esigenza di trattamenti complessi.

La conoscenza dei principali aspetti biologici, psicologici e medici è indispensabile per una soddisfacente cura di questa categoria di pazienti per la quale finora si è fatto spesso solo terapia d’urgenza, in attesa della protesi totale.

La cura del paziente anziano presenta tanti problemi a cominciare dalla comunicazione cioè di quel processo di trasmissione-ricezione attraverso canali verbali e non. Le persone anziane (1-2) possono infatti presentare ostacoli nell’apprendimento o meglio nella memoria-apprendimento, un processo che recupera informazioni immagazzinate nella memoria. Studi di neurofisiologia dimostrano che la memoria delle cose avviene secondo tre stadi successivi così organizzati:

1) memoria sensoriale, breve immagazzinamento associato ai vari sensi;

2) memoria primaria o di lavoro, dove il cervello deposita 7-9 pezzi di informazione per non più di 60”. In questo breve tempo il materiale può essere elaborato e trasferito alla 3) memoria secondaria (memoria permanente), oppure può essere perso. L’invecchiamento ne favorisce la perdita per difficoltà nella concentrazione e lentezza dei processi associativi. Queste considerazioni unite al declino clinicamente e scientificamente provato dell’efficienza degli organi di senso (3-4) non significano però impossibilità di ottenere la collaborazione del paziente anziano, bensì la necessità di ricorrere ad alcuni accorgimenti come quello di:

- discutere per esempio il piano di lavoro in un ambiente tranquillo senza il disturbo della musica di fondo,
- graduare le informazioni (tecnica delle “approssimazioni successive”),
- strutturare le informazioni con riferimenti temporali, simbolici, cromatici ecc.
- ascoltare le problematiche del paziente e fornire strumenti perché possa interagire.

Con questi accorgimenti spesso si possono superare le difficoltà derivanti dalla riduzione dell’efficienza del sistema fisiologico che dopo i trent’anni interessa pressoché tutti gli apparati. Di tale riduzione l’età è solo uno dei fattori responsabili essendo altri come lo stile di vita, l’ambiente e le malattie ugualmente o forse anche più importanti. Questa interpretazione limitativa del ruolo dell’età per i cambiamenti del sistema fisiologico è estensibile, secondo le attuali vedute, anche al sistema immunitario.

SISTEMA IMMUNITARIO

L'immunosenescenza non è un processo di inevitabile esaurimento delle capacità difensive del sistema. Il sistema immunitario (5-6) cambia in continuazione allestendo meccanismi compensatori che permettono di conservare una funzione immunitaria diversa ma efficiente tutta la vita. Ne sono prova i centenari, persone fortunate che hanno evitato quelle malattie e condizioni che producono difetti immunitari pericolosi per la vita come la malnutrizione, gli agenti mutageni e le malattie dismetaboliche (7-8).

I linfociti T dell'anziano diminuiscono la loro attività proliferativa, il numero e la secrezione di IL-2. I linfociti B diminuiscono la produzione di anticorpi, il loro numero e aumenta la sintesi di IL-6 che causa riduzione della eterogeneità delle immunoglobuline.

Per quanto riguarda l'immunità naturale, i macrofagi restano immutati in numero, le natural killer appaiono aumentate, mentre i granulociti in molti studi risultano diminuiti come anche la loro attività chemiotattica, ossidativa e fagocitaria.

Scarse ma presenti le risposte immunitarie alla parodontite nell'anziano.

EPIDEMIOLOGIA PARODONTALE (9-10-11-12-13-14-15-16-17-18)

Età-fattore di rischio.

Con l'età si assiste ad un aumento di prevalenza di parodontite di grado medio e ad una flessione di quella avanzata (30-31-32) anche se, per il fatto che i denti vengono sempre più conservati, si sta verificando una inversione del rapporto. L'età non è un fattore di rischio ma solo una condizione favorente. Le condizioni igieniche restano il fattore enormemente preponderante.

Placca.

È più abbondante per maggior superficie dentale esposta, per diminuzione della secrezione salivare, per diverse abitudini alimentari e per difficoltà di rimozione. La placca sopragengivale è qualitativamente uguale a quella dell'adulto (19-20-21). La sottogengivale si caratterizza per l'abbondanza di *P.gingivalis* (22-23-24-25).

Risposta alla placca.

La gengivite sperimentale nell'anziano dà una risposta infiammatoria con andamento perfettamente sovrapponibile a quella osservata nel giovane. Allontanata la placca i tessuti gengivali guariscono con la stessa rapidità (26-27-28-29). Questa osservazione, unitamente ad altre, pure da tempo messe in evidenza sulla prontezza e stabilità del risultato nella terapia chirurgica parodontale (33-34-35) ci dice che per quanto riguarda la reattività biologica non ci sono ostacoli ad intraprendere qualsiasi terapia chirurgica anche complessa. Il vero problema sono le condizioni generali di salute, da valutare accuratamente col medico curante e le insidie legate ad un organismo che può essere portatore di patologie latenti. Il buon senso, ma anche la letteratura (36) ci suggeriscono pertanto di adottare mediamente soluzioni terapeutiche non invasive anche in considerazione del fatto che nell'anziano può essere considerata sufficiente una dentatura estesa ai soli premolari (41-42) e di riservare le soluzioni complesse chirurgiche a casi molto controllati da curare con la opportuna assistenza e quando il paziente dia garanzia dal punto di vista del mantenimento del risultato.

IMPIANTI

Nonostante la presenza di osteoporosi (specie nel sesso femminile dopo la menopausa) la letteratura evidenzia la possibilità di osteointegrazione anche nel paziente anziano (37-38-39-40). E' utile tuttavia ricordare che essendo l'osso osteoporotico, comunque paragonabile all'osso tipo 4 della classificazione di Leckholm e Zarb, è buona norma adottare criteri di prudenza (43-44).

Bibliografia

- 1 Botwinick et al. Springfield, IL: Charles C. Thomas, 1974.
- 2 Kiyak HA. Memory and Learning. Munksgaard 1996.
- 3 Bartoshuk L. et al. Handbook of the biology of aging. 3rd edn. San Diego: Academic Press, Chap. 19:429-43 1990.
- 4 Winkler S. JADA 130:1759-65 1999.
- 5 Ligthart GJ et al. Necessity of the assessment of health status in immunogerontological studies: evaluation of SENIEUR protocol. Mech Ageing Dev 55: 89-97 1990.
- 6 Franceschi C. et al. Introduction: the reshaping of the immune system with age. Int. Rev. Immunol. 12: 1-4; 1995.
- 7 McArthur WP. et al. Antibody responses to suspected periodontal pathogens in elderly subjects with periodontal disease. J. Clin. Periodontol. 22: 842-849; 1995.
- 8 McArthur WP. et al. Peripheral blood leukocyte populations in the elderly with and without periodontal disease. J. Clin. Periodontol. 23: 846-852; 1996.
- 9 Karsten RH. et al. Periodontal treatment need of the Dutch 15-74 year-old population. Community Dent. Oral. Epidem. 20: 310-11; 1992.
- 10 Locker D. et al. Risk indicators and risk markers for periodontal disease experience in older adults living independently in Ontario, Canada. J. Dent. Res. 72: 9-17; 1993.
- 11 Grossi SG. et al. Assessment of risk for periodontal disease. II Risk indicators for alveolar bone loss. J. Periodontol. 66: 23-29; 1995.
- 12 Strohenger M. et al. Periodontal epidemiology in Italy by CPITN. Int. Dent. J. 1: 313-5 1991.
- 13 Papapanou PN. et al. A 10-year retrospective study of periodontal disease progression. J. Clin. Periodontol. 16: 403-411; 1989.
- 14 Ismail AL. et al. Natural history of periodontal disease in adults: findings from the Tecumseh. Periodontal Disease Study. 1959-87. J. Dent. Res. 69: 430-435; 1990.
- 15 Norderyd O. et al. Risk of severe periodontal disease in a Swedish adult population. A longitudinal study. J. Clin. Periodontol. 26: 608-615; 1999.
- 16 Brown LF. et al. Incidence of attachment loss in community-dwelling older adults. J. Periodontol. 65: 316-323; 1994.
- 17 Beck JD, Koch GG. Incidence of attachment loss over 3 years in older adults - new and progressing lesions. Comm. Dent. Or. Ep. 23: 291-296; 1995.
- 18 Ajwani S. Ainamo A. Periodontal conditions among the old elderly: 5 year longitudinal study. Spec. Care Dentist 21: 45-51; 2001.
- 19 Grytten J, Holst D, Gjermo P. Community Dental Oral Epidemiol. 1989.
- 20 Karsten RH. et al. Community Dental Oral Epidemiol. 1992.
- 21 Karsten RH. et al. Community Dental Oral Epidemiol. 1992.
- 22 Rodenburg JP. et al. Occurrence of... J. Clin. Periodontol. 17: 392-399; 1990.
- 23 Savitt ED, Kent RL. Distribution of... J. Periodontol. 62: 490-494; 1991.
- 24 Mombelli A. Ageing and... Periodontology 2000 16: 44-52; 1998.
- 25 Slots J. et al. Age and... Oral Microbiol. Immunol. 5: 305-308; 1990.
- 26 Holm-Pedersen P, Agerbæk N, Theilade E. xperimental gingivitis in young and elderly individuals. J. Clin. Periodontol. 2: 14-24; 1975.
- 27 Van der Velden U, Abbas F, Hart AAM. Experimental. J. Clin. Periodontol. 12: 61-68; 1985.
- 28 Winkel EG, Abbas F, Van der Velden U. Experimenta J. Clin. Periodontol. 14: 499-507; 1987.
- 29 Fransson C. et al. Differences J. Clin. Periodontol. 26: 453-460; 1999.
- 30 Locker D. et al. Epidemiology of periodontal disease among older adults: a review. Periodontology 2000 16: 16-33; 1998.

31. Hugoson A, Laurell L, Lundgren D. Frequency distribution of individuals aged 20-70 years according to severity of periodontal disease experience in 1973 and 1983. *J. Clin. Parodontol.* 19: 227-232; 1992.
 32. Abdellatif HM, Burt BA. An epidemiological investigation into the relative importance of age and oral hygiene status as determinants of periodontitis. *J. Dent. Res.* 66: 13-18; 1987.
 33. Lindhe J, Nyman S. The effect of plaque control and surgical pocket elimination *J. Clin. Periodontol.* 2: 67-79; 1975.
 34. Axelsson P, Lindhe J, Nyström B. On the prevention of caries and periodontal disease *J. Clin. Periodontol.* 18: 182-9; 1991.
 35. Lindhe J, Socransky SS, Nyman S, Westfelt E, Haffajee AD. Effect of age of healing following periodontal therapy. *J. Clin. Periodontol* 12: 774-87; 1985.
 36. Wennström J. L. Treatment of periodontal disease in older adults. *Periodontology* 2000 16: 106-112 1998.
 37. Bryant SR, Zarb GA. Osseointegration of oral implants in older. *Int. J. Oral Maxillofac. Implants* 13: 492-499; 1998.
 38. Meijer HJ, Batenburg RH, Raghoobar GM. Influence of patients age on the success rate of dental implants supporting an overdenture in an edentulous mandible: a 3-year prospective study. *Int. J. Oral Maxillofac. Implants* 16: 522-526; 2001.
 39. Van Steenberghe D, Quirynen M, Molly L, Jacobs R. Impact of systemic diseases... *Periodontology* 2000 33: 163-171; 2003.
 40. Lekholm U. Immediate/early loading. *Periodontology* 2000 33: 194-203; 2003.
 41. Käyser AF. *De gebitsfuncties...* Leiden: Stafflen & Tholen b.v. 1976.
 42. Imperiali D, Grunder U, Lang NP. Mundhygienegewohnheiten Schweiz *Monatsschr Zahnmed* 94: 612-624; 1984.
 43. Friberg B, Ekstubb A, Mellström D, Sennerby L. Brånemark implants and steoporosis: a clinical exploratory study. *Clin. Implant Dent. Relat. Res.* 3: 50-56; 2001.
 44. Sennerby L, Rasmusson L. Osseointegration surgery: host determinants In: Zarb GA, Lekholm U, Albrektsson T, Tenebaum H, eds *Aging, osteoporosis and dental implants.* Chicago: Quintessence 2001: 55-66.
-