



LINEE GUIDA PRATICHE PER IL PAZIENTE CON IPERTENSIONE E PARODONTITE

Hyperio
progetto Healthy Heart
SIIA-SIDP Healthy Gums

Joint Report - Ottobre 2022

Autori: D. Pietropaoli, F. Cairo, F. Citterio, F. D'Aiuto, C. Ferri, G. Grassi, L. Landi, C. Letizia, S. Masi, M. L. Muiesan, N. M. Sforza, R. Del Pinto.

con il contributo non condizionante di

CURASEPT
FIRST BECAUSE WE CARE

INTRODUZIONE

L'ipertensione arteriosa (IA) e la parodontite sono tra le malattie croniche più comuni al mondo che possono influenzare significativamente la salute e il benessere delle persone [1]. L'IA è il fattore di rischio che più contribuisce allo sviluppo delle malattie cardiovascolari, che sono ancora la principale causa di morte nel mondo e colpiscono circa 1 italiano su 3, metà dei quali non ne è a conoscenza. Allo stesso modo, la parodontite, una malattia cronica non trasmissibile dei tessuti di supporto dei denti, colpisce fino al 50% della popolazione mondiale, con circa 3 milioni di italiani affetti dalle forme più gravi, che corrono un rischio imminente di perdita dei denti [2].

Nel 2021, la Società Italiana di Ipertensione Arteriosa (SIIA) e la Società Italiana di Parodontologia e Implantologia (SIdP) hanno unito le forze e pubblicato un rapporto congiunto sulle relazioni tra IA e parodontite, rivedendo le evidenze scientifiche esistenti e sottolineando la necessità di promuovere strategie che mirano a controllare l'infiammazione delle gengive nella gestione dei pazienti affetti da IA [3].

Il presente documento amplia il precedente rapporto congiunto, fornendo linee guida pratiche cliniche volte a supportare i medici, gli odontoiatri e gli igienisti dentali nella gestione dei pazienti affetti o a rischio di essere affetti da entrambe le malattie.

Le raccomandazioni contenute in questa linea guida si basano su un'attenta valutazione delle evidenze e delle linee guida disponibili sulla gestione di entrambe le malattie e sono supportate dalla SIIA e dalla SIdP.





RACCOMANDAZIONI PRATICHE



- 1. MISURAZIONE DELLA PRESSIONE SANGUIGNA E DIAGNOSI DI IPERTENSIONE ARTERIOSA**
- 2. DIAGNOSI DI GENGIVITE/PARODONTITE**
- 3. VALUTAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO COMUNI**
- 4. IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI CON PARODONTITE/GENGIVITE A RISCHIO DI IA**
- 5. IDENTIFICAZIONE DI PAZIENTI CON IA A RISCHIO DI GENGIVITE/PARODONTITE**
- 6. INFORMAZIONI SUL PAZIENTE PER AUMENTARE IL LIVELLO DI CONSAPEVOLEZZA**
- 7. IDENTIFICARE A CHI INDIRIZZARE I PAZIENTI A RISCHIO**
- 8. FASE 1, 2 E 3 DELLA TERAPIA PARODONTALE**
- 9. FOLLOW-UP E CURE DI SUPPORTO**
- 10. PERCORSI DI CURA INTEGRATI**
- 11. RACCOMANDAZIONI PER GLI OPERATORI SANITARI**
- 12. BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE**



1. MISURAZIONE DELLA PRESSIONE SANGUIGNA E DIAGNOSI DI IPERTENSIONE ARTERIOSA

Una corretta misurazione della pressione sanguigna (PA) è fondamentale per raggiungere una diagnosi accurata di ipertensione arteriosa (IA), definire la gravità della malattia, prescrivere trattamenti appropriati e pianificare il follow-up del paziente. Il metodo più utilizzato per lo screening per l'IA si basa sulla misura dei valori di PA in un ambiente sanitario (da un medico, un infermiere, un farmacista o un dentista), indicato come Office Blood Pressure Monitoring (OBPM) [4]. Una singola registrazione della pressione arteriosa è insufficiente per raggiungere una diagnosi finale di IA, che invece dovrebbe essere effettuata dopo ripetute misurazioni della pressione arteriosa [4].

Queste potrebbero essere acquisite:

- a. nello stesso contesto sanitario della visita di screening, se vi è esperienza nella misurazione della BP
- b. attraverso un monitoraggio ambulatoriale della pressione arteriosa (ABPM), che registra i valori di PA nell'arco di 24 ore (è richiesto un minimo del 70% di registrazioni PA utilizzabili per una sessione di misurazione ABPM valida)
- c. attraverso il monitoraggio della pressione arteriosa domiciliare (HBPM), che rappresenta la media di tutte le letture PA eseguite con un monitor di PA semiautomatico e convalidato, per almeno 3 giorni (e preferibilmente per 6-7 giorni consecutivi) prima di ogni visita clinica.

Quando l'HBPM viene utilizzato per confermare la diagnosi di ipertensione, i soggetti devono essere istruiti a acquisire almeno due misurazioni della pressione arteriosa a 1-2 minuti di distanza per ogni registrazione e le registrazioni devono essere eseguite al mattino e alla sera [4]. Il metodo utilizzato per confermare la diagnosi di IA dovrebbe tenere conto della disponibilità di dispositivi ABPM, della capacità dei soggetti di acquisire valori accurati di BP a casa, del sospetto di forme secondarie di IA (cioè sindrome da apnea ostruttiva del sonno) e della gravità dell'elevazione della PA registrata durante il primo screening.



Indipendentemente dal metodo utilizzato per confermare la diagnosi di IA, tutti i soggetti con valori elevati di PA ad un primo screening dovrebbero ricevere una formazione adeguata sul metodo più appropriato per misurare la PA a casa.

1.1. Le misurazioni della PA devono essere acquisite in un ambiente tranquillo dopo 5 minuti di riposo in posizione seduta.

1.2. Le acquisizioni dovrebbero essere effettuate in condizioni di benessere mentale e fisico, in quanto le misurazioni effettuate in presenza di sintomi (dolore, ansia, stress) sono generalmente associate ad un aumento dei valori di PA che non rappresentano il reale controllo della PA del soggetto.

1.3. Le misurazioni devono essere prese con un bracciale posto intorno alla parte superiore del braccio a livello del cuore. La dimensione del bracciale dovrebbe essere appropriata per le dimensioni del braccio del soggetto (i soggetti obesi dovrebbero usare bracciali più grandi per evitare la sovrastima dei valori di PA).

1.4. L'acquisizione della prima misurazione dovrebbe essere seguita da una seconda e terza misurazione, distanziate di almeno 2 o 3 minuti l'una dall'altra.

1.5. Una progressiva diminuzione della PA nelle misurazioni ripetute è spesso osservata in soggetti con un effetto camice bianco o una reazione di allerta alla misurazione della PA. In questi casi, il valore finale della PA del soggetto dovrebbe essere considerato la media di almeno 2 misurazioni pressorie prese consecutivamente e per le quali la differenza nella PA sistolica dovrebbe essere <10 mm Hg.

1.6. Alla prima valutazione, la PA dovrebbe essere misurata su entrambi le braccia.

1.7. Nei soggetti più anziani, un test per l'ipotensione ortostatica deve essere eseguito alla prima visita, compresa la misura della PA in posizione supina e dopo 1 e 3 minuti dall'acquisizione della posizione eretta. Test ripetuti per l'ipotensione ortostatica potrebbero essere necessari per i soggetti più anziani, in particolare quando il trattamento di abbassamento della pressione arteriosa viene modificato.

1.8. Una diagnosi di IA può essere confermata se

- I valori di PA in ambulatorio in più di 1 visita sono ≥ 140 e/o ≥ 90 mm Hg
- I valori medi di HBPM sono ≥ 135 e/o ≥ 85 mm Hg,
- I valori medi di PA di 24 ore all'ABPM sono ≥ 130 e/o ≥ 80 mm Hg, oppure i valori medi di PA diurni (svegli) sono ≥ 135 e/o ≥ 85 mm Hg, o i valori medi di PA notturni o addormentati sono ≥ 120 e/o ≥ 70 mm Hg.





TAKE HOME MESSAGE

- La diagnosi di ipertensione arteriosa è complessa e deve essere fatta da operatori sanitari con esperienza nella gestione dell'IA.
- Una singola misurazione della pressione arteriosa non è sufficiente per raggiungere una diagnosi di IA.
- HBPM, ABPM possono essere utilizzate per confermare la diagnosi di IA.
- I soggetti con una diagnosi sospetta o confermata di IA dovrebbero ricevere una formazione su come misurare la PA a casa per garantire una diagnosi, un trattamento e un follow-up appropriati.



2. **DIAGNOSI DI GENGIVITE/PARODONTITE**

La diagnosi delle malattie parodontali è piuttosto semplice e precisa, anche se richiede personale qualificato e un riunito attrezzato [5,6]. Attraverso l'uso della sonda parodontale, il dentista può controllare lo stato del tessuto parodontale. Il sondaggio consente di misurare il livello dell'attacco clinico (CAL), la profondità della tasca (PD), il livello dei tessuti molli (REC) e il sanguinamento al sondaggio (BOP). CAL è la distanza tra la punta della sonda inserita nel solco gengivale e la giunzione cemento-smalto (CEJ). In condizioni fisiologiche questa distanza è compresa tra 1 e 3 mm, misure maggiori possono essere considerate perdita di CAL e implica che il supporto parodontale è stato compromesso, anche se non è stata stabilita una soglia specifica per identificare la perdita di CAL. PD è la distanza tra la punta della sonda inserita nel solco gengivale e il margine gengivale. I siti con PD > 3 mm sono definiti come tasche, che in generale presentano colonizzazione batterica sottogengivale e beneficiano della terapia di scaling, mostrando guadagno di CAL e riduzione di PD dopo il trattamento.

REC è la distanza tra il CEJ e il margine gengivale. La valutazione del BOP consiste nella registrazione della presenza di sanguinamento in un sito specifico dopo un delicato sondaggio con la sonda parodontale. La BOP è strettamente correlata alla presenza di infiammazione nei tessuti parodontali.

È richiesta una valutazione completa della bocca in 4-6 siti per dente.



2.1. Un paziente con almeno il 10% dei siti con BOP viene diagnosticato con gengivite. La gengivite può essere localizzata ($10\% \leq \text{BOP} \leq 30\%$) o generalizzata ($> 30\%$). Questa classificazione si applica sia ai pazienti con parodonto intatto che ai pazienti con parodonto ridotto (cioè con perdita di CAL).

2.2. La diagnosi di parodontite è stabilita se un paziente presenta:

- a. Perdita di CAL interdentale su ≥ 2 denti non adiacenti,
- b. Perdita di CAL buccale o linguale ≥ 3 mm con tasca > 3 mm rilevabile su ≥ 2 denti

2.3. È importante escludere i casi in cui la perdita di CAL è causata da altri fattori oltre alla parodontite come REC traumatica, fratture della radice verticale, restauri o decadimento sottogengivale, terzi molari in inclusione o una carie che drena attraverso il parodonto marginale.

2.4. La gravità e il rischio di progressione della parodontite sono ulteriormente classificati in base allo stadio e al grado. Il processo diagnostico comprende: una dettagliata anamnesi medica e odontoiatrica ed esami radiologici endorali.

2.5. Lo stadio (I-IV) definisce la gravità della parodontite e la complessità del trattamento e dipende da diversi parametri tra cui CAL, PD, perdita ossea radiologica, perdita dei denti, coinvolgimento della forcazione e compromissione della funzione masticatoria

2.6. Il grado (da A a C) identifica il rischio di progressione della parodontite e dipende da precedenti evidenze di progressione e da fattori di rischio locali e sistemici.

2.7. L'estensione viene quindi classificata come localizzata ($<$ il 30% dei denti coinvolti), generalizzata o con pattern molare/incisivo.





TAKE HOME MESSAGE

- L'odontoiatra deve controllare le condizioni parodontali dei pazienti durante le visite di routine.
- Sono necessarie valutazioni cliniche e radiografiche per diagnosticare gengivite e parodontite.
- La stadiazione e la classificazione indicano la gravità della malattia e la complessità del trattamento.



3. VALUTAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO COMUNI

L'evidenza indica che esiste un'associazione indipendente tra parodontite e IA, con denominatori genetici comuni che coinvolgono geni coinvolti nella funzione immunitaria [7]. Parallelamente, condividono fattori di rischio comuni non modificabili e modificabili, come l'età avanzata, il sesso maschile, le abitudini al fumo, lo stile di vita sedentario, il sovrappeso/obesità, il basso status socioeconomico e la scarsa istruzione, che concorrono, attraverso meccanismi intrecciati, a determinare il fenotipo clinico.

Pertanto, quando si raccoglie l'anamnesi, si dovrebbe prestare attenzione al peso rappresentato dall'esposizione a tali fattori di rischio e il paziente dovrebbe essere informato in merito agli approcci più aggiornati per la gestione dei fattori modificabili al fine di raggiungere uno stile di vita sano. Fatto salvo il tempo disponibile durante l'attività clinica, sono da incoraggiare tutti i consigli e le informazioni date in forma breve, come raccomandato dalle linee guida sulla prevenzione cardiovascolare [8].



3.1 I pazienti con parodontite e con IA devono essere sottoposti a screening per fattori di rischio cardiovascolare modificabili concomitanti e condivisi.

3.2 I pazienti con parodontite e con IA devono essere informati che devono gestire attivamente tutti i loro fattori di rischio cardiovascolare per un'efficace riduzione del rischio di malattie correlate nel corso della vita.

3.3 Gli individui fumatori con IA e/o con parodontite devono essere identificati ("ASK"), consigliati sul metodo migliore per smettere ("ADVISE") e ricevere aiuto nei tentativi di smettere ("ACT") ad ogni visita.

3.4 Gli individui in sovrappeso e obesi con IA e/o con parodontite devono essere informati sul beneficio della riduzione della pressione arteriosa e della riduzione del rischio cardiovascolare associato alla perdita di peso, e ricevere ad ogni visita le raccomandazioni ad adottare una dieta sana e ad impegnarsi nell'esercizio fisico.

3.5 Secondo le linee guida, gli adulti di tutte le età dovrebbero essere incoraggiati a rimanere attivi in relazione alle loro capacità e condizioni di salute, ad aumentare la loro attività fisica se sedentari e, in assenza di limitazioni specifiche, a impegnarsi in almeno 150-300 minuti di esercizio di intensità moderata su base settimanale o in 75-150 minuti a settimana di esercizio aerobico di intensità vigorosa, o una combinazione equivalente di questi [8].

3.6 Gli individui con IA e/o con parodontite che presentano anche disturbi del metabolismo lipidico e/o del glucosio dovrebbero essere informati dell'importanza di controllare questi fattori di rischio concomitanti per ottenere un migliore controllo della loro PA, migliorare gli esiti della terapia parodontale e ridurre il rischio cardiovascolare nel corso della vita.



TAKE HOME MESSAGE

- **La valutazione di routine e la gestione dei fattori di rischio cardiovascolare modificabili secondo le linee guida devono essere intraprese negli individui con parodontite e in quelli con IA.**



4. **IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE CON GENGIVITE/ PARODONTITE A RISCHIO DI IA**

Esiste un aumentato rischio di incidenza di IA in presenza di malattia parodontale [9]. In particolare, studi osservazionali indicano un aumento del rischio di IA incontrollata negli adulti che ricevono un trattamento antipertensivo e che soffrono anche di parodontite [10]. Parallelamente, l'igiene orale domiciliare e professionale è associata a un migliore profilo di PA [11-13]. Per la connessione multimodale tra malattie parodontali e stato di salute cardiovascolare, alla luce delle implicazioni in termini di rischio di CVD nel corso della vita, è auspicabile un'identificazione precoce di individui con gengivite e parodontite che sono a rischio di sviluppare IA.

4.1 Nei pazienti con gengivite/parodontite, l'infiammazione parodontale aumenta il rischio di sviluppare IA e potrebbe influenzare il raggiungimento di un adeguato controllo della pressione arteriosa durante il trattamento antipertensivo;

4.2 I pazienti con gengivite/parodontite devono controllare regolarmente i loro valori di PA;

4.3 Nei pazienti con gengivite/parodontite, la storia familiare e personale di fattori di rischio e condizioni che aumentano il rischio di sviluppare IA deve essere valutata:

4.3.1 Informarsi sulla storia familiare di IA, CVD, ictus o malattia renale che, se presenti, determinano un aumentato rischio di sviluppare IA;

4.3.2 Informare su quegli aspetti dello stile di vita che hanno un impatto negativo sulla salute cardiovascolare e aumentano il rischio di IA, tra cui abitudini sedentarie, peso corporeo eccessivo, dieta ricca di sale, basso consumo di verdure, fumo, uso di alcol, uso di droghe e scarsità di sonno.





TAKE HOME MESSAGE

In individui con gengivite/parodontite:

- identificare quelli con fattori di rischio per lo sviluppo di IA
- invitare a controlli regolari della PA.

5. IDENTIFICAZIONE DI PAZIENTI CON IA A RISCHIO DI GENGIVITE/PARODONTITE

La componente genetica svolge un ruolo importante nel rischio di avere parodontite e IA nel corso della vita. In caso di suscettibilità accertata ad entrambe le condizioni a fattori di rischio comuni, è importante identificare gli individui con diagnosi di IA che potrebbero essere ad aumentato rischio di parodontite.

È interessante notare che una dieta ricca di sale, che è un trigger ambientale comune per l'IA, ha dimostrato di compromettere la risposta antibatterica e di favorire l'infiammazione dei tessuti [14,15], entrambi fattori che possono avere una potenziale rilevanza per il rischio e la gravità della parodontite.

Inoltre, poiché è stato riportato che la presenza di sanguinamento gengivale può aumentare il rischio di PA alta/incontrollata, specialmente quando si verifica associato ad una parodontite già stabilizzata [16], è importante che gli individui con IA siano resi consapevoli dell'importanza di avere un parodonto sano.



5.1 Agli individui con IA dovrebbero essere chieste informazioni sulla loro storia familiare di malattie parodontali.

5.2 L'esposizione a fattori di rischio comuni deve essere valutata.

5.3 Devono essere identificati gli individui con IA e con scadente igiene orale domiciliare (ad es. spazzolino da denti <2 volte al giorno).

5.4 Agli individui con IA dovrebbe essere chiesto se hanno sperimentato gengive sanguinanti, ipersensibilità dei denti, mobilità dei denti, alitosi o se hanno perso uno o più denti e per quale motivo.

5.5 Gli individui con IA dovrebbero essere invitati a visitare l'app GengiveInforma e fare il test per valutare il loro rischio di avere parodontite.

5.6 Gli individui con IA dovrebbero essere informati dell'importanza di visite odontoiatriche regolari per valutare le loro esigenze di salute orale (cioè almeno ogni 6 mesi).



TAKE HOME MESSAGE

Negli individui con IA:

- chiedere informazioni sullo stato di salute parodontale
- indagare i fattori di rischio per lo sviluppo di malattie parodontali
- promuovere una valutazione specifica del rischio e controlli parodontali regolari.



6. INFORMAZIONI SUL PAZIENTE PER AUMENTARE IL LIVELLO DI CONSAPEVEZZA

Nonostante l'alta prevalenza di IA e di parodontite, con la prima che colpisce oltre 1 miliardo di persone in tutto il mondo mentre la seconda quasi 800 milioni, il livello di consapevolezza, diagnosi e trattamento per controllare entrambe le malattie rimangono insoddisfacenti. In Italia, dati recenti (2013) indicano che circa il 26% dei pazienti adulti seguiti dal medico di famiglia aveva IA e circa il 61% di questi aveva livelli di pressione sanguigna controllati [17]. Allo stesso modo in Italia il 50% della popolazione soffre di qualche forma di malattia parodontale, con 3 adulti su 4 affetti da gengivite. Tuttavia, solo il 9% dei pazienti riferisce di aver ricevuto diagnosi di parodontite. Più recentemente i dati sono saliti al 13% NdR, è quindi essenziale aumentare il livello di consapevolezza nella popolazione e in particolare sul legame tra queste due malattie e sull'effetto positivo che il trattamento di una condizione può avere sull'altra.

6.1. I pazienti con gengivite o quelli a rischio o affetti da parodontite devono essere informati sulla relazione tra parodontite e malattie sistemiche e più in generale sulla relazione tra salute orale e sistemica.

6.2. I pazienti con o a rischio di avere IA devono essere specificamente informati sul legame tra gengivite/parodontite e IA e devono ricevere il decalogo della Raccomandazioni SIdP-SIIA.

6.3. Queste informazioni devono essere fornite durante la prima visita e lo step 1 della terapia parodontale e devono essere rafforzate in occasione di ogni rivalutazione e visita di follow-up da parte di odontoiatri e igienisti dentali.

6.4. I pazienti devono essere incoraggiati a visitare www.gengive.org per ulteriori informazioni e ad utilizzare l'app GengiveInforma per valutare il proprio rischio parodontale.





TAKE HOME MESSAGE

Gli individui con o a rischio di IA dovrebbero:

- Essere informati sulla correlazione tra IA e malattie parodontali
- Essere incoraggiati ad avere un esame parodontale.

7. >>> IDENTIFICARE A CHI INDIRIZZARE I PAZIENTI A RISCHIO

Una volta identificato il paziente a rischio di parodontite e IA, dovrebbe essere impostato un approccio multidisciplinare per la gestione integrata, la prevenzione e il controllo dei fattori di rischio. Ciò include il rinvio dei pazienti allo specialista come riassunto nei diagrammi di flusso (Figura 1 e 2).

7.1 Gli individui con diagnosi di IA dovrebbero sottoporsi a un questionario sul loro stato di salute parodontale e sui fattori di rischio (<https://www.sidp.it/news/dettaglio-news/?id=129>)

7.2 Gli individui con diagnosi di IA che sono a rischio da moderato ad alto di malattie parodontali secondo il questionario devono essere indirizzati allo specialista odontoiatra (<https://www.sidp.it/>).

7.3 Gli individui con malattie parodontali devono essere sottoposti a screening per i loro fattori di rischio, compresa l'IA e, parallelamente al trattamento parodontale appropriato, devono essere indirizzati al medico generico/internista/cardiologo (<https://sija.it/>) per un'ulteriore valutazione.

7.4 Le raccomandazioni di cui al punto 7.2 e 7.3 devono essere ripetute rispettivamente agli individui con scarso controllo dei loro fattori di rischio cardiovascolare e a quelli con scarso stato di salute parodontale.





TAKE HOME MESSAGE

- I pazienti a rischio di parodontite e IA devono essere indirizzati agli specialisti del settore (<https://www.sidp.it/>; <https://siai.it/>).

8. FASE 1, 2 E 3 DI TERAPIA PARODONTALE

La parodontite può essere trattata in modo semplice ed efficace, soprattutto se la diagnosi viene fatta precocemente e comunque prima della distruzione di gran parte dell'apparato di attacco. L'obiettivo del trattamento è quello di non avere tasche ≥ 4 mm con BOP o di non avere tasche parodontali profonde (≥ 5 mm), poiché entrambe queste condizioni sono associate ad un rischio elevato di progressione della parodontite nel tempo.

Secondo le Linee Guida della Federazione Europea di Parodontologia (EFP) per la cura della parodontite di stadio I-III, adottate in Italia da SidP, la terapia parodontale si articola in 4 fasi [18], ognuna delle quali è fondamentale per raggiungere la salute orale.



8.1 La fase 1 si è concentra sul controllo dei fattori di rischio e sul miglioramento dell'igiene orale domiciliare del paziente e include:

8.1.1 istruzioni del paziente per utilizzare correttamente gli strumenti per rimuovere quotidianamente il biofilm batterico come spazzolino da denti, spazzolino interdentale, filo interdentale e collutorio.

8.1.2 informazioni sulla natura e le conseguenze della parodontite sia da un punto di vista orale che generale, comprese le condizioni sistemiche come ipertensione, diabete e malattie cardiovascolari.

8.1.3 L'invito ad adottare stili di vita sani (dieta ed esercizio fisico), a cambiare abitudini scorrette (fumo di sigaretta) e a controllare le malattie concomitanti (diabete, ipertensione, malattie cardiovascolari, artrite reumatoide, ecc.)

8.1.4 Rimozione del biofilm batterico sopragengivale.

8.2 La Fase 2 mira a rimuovere efficacemente il biofilm batterico sottogengivale e gli eventuali fattori ritentivi quali tartaro e/o restauri inadeguati mediante procedure e strumenti professionali in una serie di appuntamenti consecutivi.

8.3 Gli antibiotici sistemici non sono raccomandati di routine, ma possono essere prescritti solo in casi limitati (casi gravi e in soggetti giovani). Il loro uso deve seguire o essere associato alla rimozione meccanica della placca batterica durante la fase 2.

8.4 Le fasi 1 e 2 vengono eseguite dall'odontoiatra e dall'igienista dentale.

8.5 Al termine delle Fasi 1 e 2 viene eseguita una rivalutazione clinica del paziente e vengono confrontati i parametri clinici registrati nella prima visita (PD, BOP, Indice di Placca, Mobilità Dentale ecc.).

8.6 Per i casi di parodontite di stadio I-II le fasi 1 e 2 possono essere adeguate per ripristinare la salute orale e raggiungere gli obiettivi del trattamento.

8.7 Nelle forme più gravi (stadio III-IV) può essere indicata la Fase 3, che comprende la ri-strumentazione non chirurgica delle tasche residue e/o la chirurgia parodontale. Per gestire la fase 3 del trattamento è necessario un ulteriore training parodontale.

8.8 Nella parodontite di stadio IV può essere necessario un trattamento interdisciplinare che coinvolga diverse specialità dentali.

8.9 Una volta che la patologia e le sue possibili sequele sono sotto controllo, è essenziale includere il paziente in un programma di supporto parodontale (Step 4).





TAKE HOME MESSAGE

- Il trattamento della parodontite è raccomandato per gli individui con o a rischio di IA.
- L'obiettivo del trattamento è quello di non avere tasche ≥ 4 mm con BOP e nessuna tasca parodontale ≥ 5 mm.

9. FOLLOW-UP E TERAPIA DI SUPPORTO

Il sistema di supporto parodontale (SPC) consente il monitoraggio delle condizioni parodontali nel tempo [18]. Ad ogni appuntamento l'odontoiatra e/o l'igienista dentale si occupano della rimozione della placca batterica e del tartaro, della verifica della corretta esecuzione delle manovre di igiene orale domiciliare nonché dell'aggiornamento della salute generale del paziente. Il mancato rispetto di quest'ultima fase è sempre associato ad un alto rischio di recidiva della malattia, rendendo inefficaci i trattamenti eseguiti fino a quel momento. Inoltre, l'SPC è efficace anche nel prevenire il passaggio dalla gengivite alla parodontite e riduce anche l'incidenza della carie, riducendo così il rischio di perdita dei denti.

9.1 I pazienti adulti devono essere visitati almeno ogni 12 mesi per il mantenimento e la valutazione della salute parodontale e orale.

9.2 I pazienti adulti con gengivite o a rischio di sviluppare parodontite devono essere visitati almeno ogni 6 mesi per il mantenimento e per la valutazione parodontale e orale della salute.



Il sistema di supporto parodontale (SPC) consente il monitoraggio delle condizioni parodontali nel tempo [18]. Ad ogni appuntamento l'odontoiatra e/o l'igienista dentale si occupano della rimozione della placca batterica e del tartaro, della verifica della corretta esecuzione delle manovre di igiene orale domiciliare nonché dell'aggiornamento della salute generale del paziente. Il mancato rispetto di quest'ultima fase è sempre associato ad un alto rischio di recidiva della malattia, rendendo inefficaci i trattamenti eseguiti fino a quel momento. Inoltre, l'SPC è efficace anche nel prevenire il passaggio dalla gengivite alla parodontite e riduce anche l'incidenza della carie, riducendo così il rischio di perdita dei denti.

9.1 I pazienti adulti devono essere visitati almeno ogni 12 mesi per il mantenimento e la valutazione della salute parodontale e orale.

9.2 I pazienti adulti con gengivite o a rischio di sviluppare parodontite devono essere visitati almeno ogni 6 mesi per il mantenimento e per la valutazione parodontale e orale della salute.

9.3 I pazienti con parodontite devono essere inseriti in un programma SPC con visita di richiamo, ogni 3-6 mesi, in base al loro profilo di rischio e alla gravità della malattia.

9.4 I pazienti con fattori di rischio per IA e parodontite (fumo, diabete, obesità, stress, dieta non equilibrata, inadeguata attività fisica) devono essere inclusi in un programma SPC con una frequenza di richiamo individualizzata.



TAKE HOME MESSAGE

- **Gli individui con o a rischio di IA dovrebbero essere inclusi in un programma di supporto parodontale (SPC) personalizzato in base al profilo di rischio individuale.**



10. **PERCORSI DI CURA INTEGRATI PER LA GESTIONE DI SOGGETTI CON O A RISCHIO DI CONCOMITANTE GENGIVITE/PARODONTITE E IPERTENSIONE ARTERIOSA.**

Figura 1.

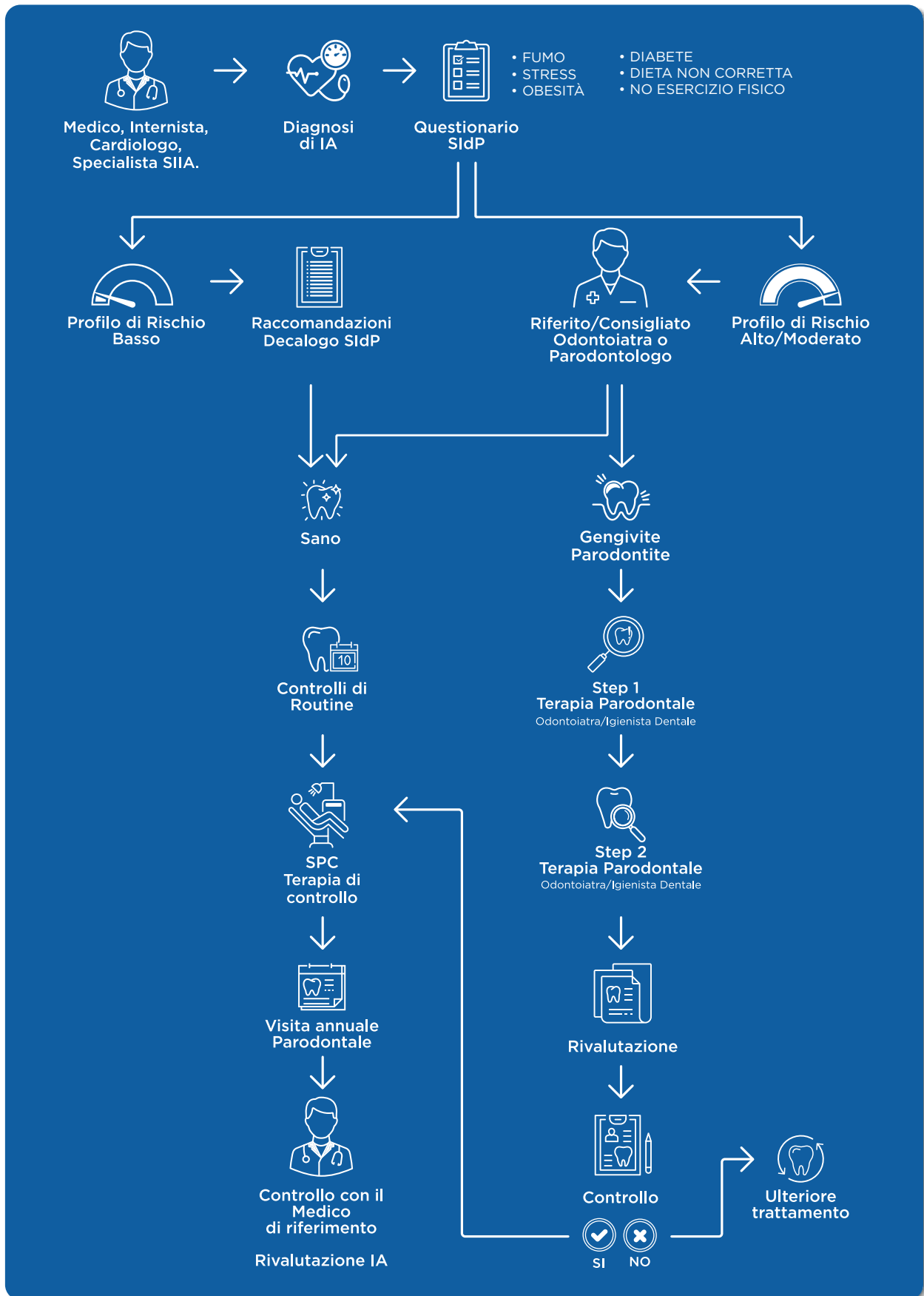
Percorsi di cura integrati per la gestione di pazienti con IA con o a rischio di gengivite/parodontite.

Figura 2.

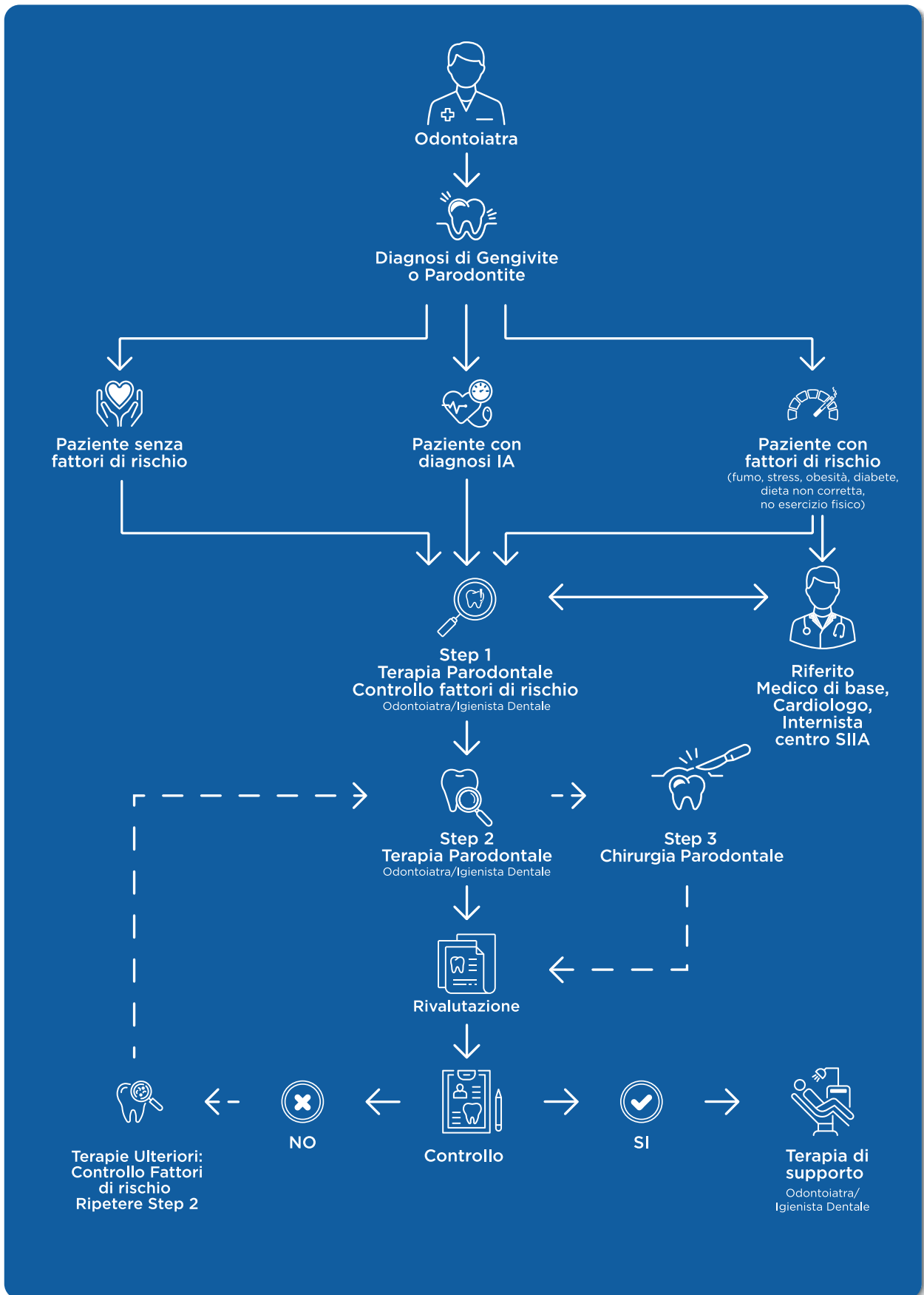
Percorsi di cura integrati per la gestione dei pazienti con gengivite/parodontite con o a rischio di IA.



PDTA PAZIENTE CON IPERTENSIONE ARTERIOSA (IA) CON/O A RISCHIO DI GENGIVITE O PARODONTITE



PDTA PAZIENTE CON GENGIVITE/PARODONTITE IPERTESO O A RISCHIO IPERTENSIONE (IA)



11. RACCOMANDAZIONI PER GLI OPERATORI SANITARI


- Raccomandazioni per i medici che gestiscono pazienti con ipertensione arteriosa (IA)
- Raccomandazioni per gli odontoiatri che gestiscono pazienti con gengivite/parodontite




DECALOGO PER IL MEDICO

PAZIENTE CON IPERTENSIONE ARTERIOSA (IA) ESSENZIALE A RISCHIO GENGIVITE O PARODONTITE

01  IA e parodontite sono due malattie croniche non trasmissibili molto comuni


02  La parodontite colpisce circa il **50%** della popolazione adulta, mentre la gengivite può raggiungere fino al 75%.


03  Ci sono prove che dimostrano l'associazione di IA con parodontite e gengivite.


04  La mancata diagnosi e trattamento della parodontite porta alla perdita di denti e tessuti di supporto.


05  La parodontite è la **principale causa di perdita dei denti**, con effetti funzionali, estetici e psicologici negativi.

06  IA e parodontite condividono molti **fattori di rischio**: fumo, stress, obesità, diabete, dieta malsana, stile di vita sedentario.

07  La presenza di malattia parodontale in un paziente con IA deve essere sospettata in caso di **sintomi** quali: sanguinamento gengivale spontaneo o sanguinamento allo spazzolamento, ipersensibilità dentale, mobilità dentale, sensazione di gengive gonfie (InForma Gums App)

08  Il controllo con il **dentista/parodontologo** almeno una volta all'anno è importante per valutare lo stato di salute orale e fare diagnosi precoce delle malattie parodontali.

09  L'**igiene orale professionale** e la strumentazione delle tasche parodontali mostrano un beneficio sul profilo della pressione sanguigna, in particolare con una **diminuzione della pressione arteriosa sistolica**.

10  Una **corretta igiene orale domiciliare**, con l'uso di spazzolino da denti, scovolino e filo interdentale, è un elemento importante per la riduzione dell'infiammazione orale e sistemica, con **effetti positivi sul controllo di molte malattie croniche sistemiche**.

DECALOGO PER L'ODONTOIATRA

PAZIENTE CON IPERTENSIONE ARTERIOSA (IA) E PARODONTITE

01



IA e parodontite sono due malattie croniche non trasmissibili molto comuni.

02



IA è definito quando i valori della pressione sanguigna sono $\geq 140/90$ mmHg.

03



L'IA colpisce circa un terzo della popolazione in Italia e si stima che almeno una persona ipertesa su 10 non abbia ricevuto diagnosi e non sia consapevole.

04



IA contribuisce allo sviluppo di malattie cardiovascolari che sono la principale causa di morte in Italia.

05



Esistono prove scientifiche che dimostrano l'associazione di IA con parodontite e gengivite.

06



IA e parodontite condividono molti fattori di rischio: fumo, stress, obesità, diabete, dieta malsana, stile di vita sedentario.

07



I pazienti con diagnosi di IA devono essere valutati per la presenza di parodontite e gengivite.

08



La valutazione della pressione arteriosa, secondo le linee guida, può consentire la diagnosi precoce di pazienti a rischio di o con IA.

09



Pazienti con valori di pressione arteriosa $\geq 140/90$ mmHg e fattori di rischio associati (fumo, diabete, obesità, dieta malsana, ecc.) devono essere indirizzati al proprio medico di medicina generale o a un centro di trattamento dell'ipertensione (<https://siia.it/>).

10



Oltre a migliorare lo stato di salute orale, la terapia parodontale può anche aiutare a ottenere un migliore controllo della pressione arteriosa sistolica.

12. BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

1. *NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Tendenze mondiali nella prevalenza dell'ipertensione e progressi nel trattamento e nel controllo dal 1990 al 2019: un'analisi aggregata di 1201 studi rappresentativi della popolazione con 104 milioni di partecipanti. Bisturi. 2021;398: 957-980.*
2. *Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJL, Marcenes W. Onere globale della parodontite grave nel 1990-2010: una revisione sistematica e una meta-regressione. J Dent Res. 2014;93: 1045-1053.*
3. *Del Pinto R, Landi L, Grassi G, Sforza NM, Cairo F, Citterio F, et al. Ipertensione e Parodontite: Rapporto Congiunto della Società Italiana di Ipertensione (SIIA) e della Società Italiana di Parodontologia e Implantologia (SidP). High Blood Press Cardiovasc Prec. 2021;28: 427-438.*
4. *Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 Linee guida ESC/ESH per la gestione dell'ipertensione arteriosa. Eur Cuore J. 2018;39: 3021-3104.*
5. *Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Stadiazione e classificazione della parodontite: quadro e proposta di una nuova classificazione e definizione del caso. J Parodontolo. 2018;89 Suppl. 1: S159-S172.*
6. *Trombelli L, Farina R, Silva CO, Tatakis DN. Gengivite indotta da placca: definizione del caso e considerazioni diagnostiche. J Parodontolo. 2018;89 Suppl 1: S46-S73.*
7. *Czesnikiewicz-Guzik M, Osmenda G, Siedlinski M, Nosalski R, Pelka P, Nowakowski D, et al. Associazione causale tra parodontite e ipertensione: evidenza di randomizzazione mendeliana e uno studio randomizzato controllato di terapia parodontale non chirurgica. Eur Cuore J. 2019;40: 3459-3470.*
8. *Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. 2021 Linee guida ESC sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica. Eur Cuore J. 2021;42: 3227-3337.*
9. *Carra MC, Fessi S, Detzen L, Darnaud C, Julia C, Hercberg S, et al. Salute parodontale auto-riferita e ipertensione incidente: evidenza longitudinale dalla e-coorte NutriNet-Santé. J Hypertens. 2021;39: 2422-2430.*



10. Pietropaoli D, Del Pinto R, Ferri C, Wright JT Jr, Giannoni M, Ortu E, et al. Scarsa salute orale e controllo della pressione sanguigna tra gli adulti ipertesi statunitensi. *Ipertensione*. 2018;72: 1365-1373.
11. Sharma S, Sridhar S, McIntosh A, Messow C-M, Aguilera EM, Del Pinto R, et al. Terapia parodontale e trattamento dell'ipertensione-alternativa all'approccio farmacologico. Una revisione sistematica e una meta-analisi. *Pharmacol Res*. 2021;166: 105511.
12. Hwang S-Y, Oh H, Rhee M-Y, Kang S, Kim H-Y. Associazione di parodontite, denti mancanti e comportamenti di igiene orale con l'incidenza di ipertensione negli adulti di mezza età e negli anziani in Corea: uno studio di follow-up di 10 anni. *J Parodontolo* 2022;93: 1283-1293.
13. Del Pinto R, Pietropaoli D, Grassi G, Muiesan ML, Monaco A, Cossolo M, et al. L'igiene orale domiciliare è associata ai profili della pressione arteriosa: risultati di un'indagine a livello nazionale nelle farmacie italiane. *J Clin Parodontolo*. 2022. DOI:10.1111/jcpe.13720
14. Wu C, Yosef N, Thalhamer T, Zhu C, Xiao S, Kishi Y, et al. Induzione di cellule patogene TH17 da parte della chinasi inducibile con rilevamento del sale SGK1. *Natura*. 2013;496: 513-517.
15. Jobin K, Stumpf NE, Schwab S, Eichler M, Neubert P, Rauh M, et al. Una dieta ricca di sale compromette le risposte dei neutrofili antibatterici attraverso la perturbazione ormonale. *Sci Transl Med*. 2020;12. DOI:10.1126/scitranslmed.aay3850
16. Pietropaoli D, Del Pinto R, Ferri C, Marzo G, Giannoni M, Ortu E, et al. Associazione tra infiammazione parodontale e ipertensione utilizzando la superficie parodontale infiammata e sanguinamento al sondaggio. *J Clin Parodontolo*. 2020;47: 160-172.
17. Tocci G, Nati G, Cricelli C, Parretti D, Lapi F, Ferrucci A, et al. Prevalenza e controllo dell'ipertensione nella medicina generale in Italia: analisi aggiornata di un ampio database. *J Hum Hypertens*. 2017;31: 258-262.
18. Sanz M, Herrera D, Kebschull M, Chapple I, Jepsen S, Beglundh T, et al. Trattamento della parodontite di stadio I-III - Le linee guida di pratica clinica di livello EFP S3. *J Clin Parodontolo*. 2020;47 Suppl 22: 4-60.



