



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

MICROORGANISMI ORALI e GRAVIDANZA

Relatore: Prof. Silvio Abati

Professore Associato di Malattie Odontostomatologiche

Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria

Università degli Studi di Milano

Stomatologo, responsabile dell'Unità Clinica "Prevenzione orale in Gravidanza" presso l'Ospedale Odontoiatrico convenzionato "Dental Bulding- Clinica Odontoiatrica SpA" – Via Beldiletto 1 – Milano

La ricerca scientifica in campo parodontale ha fornito nell'ultimo decennio crescenti evidenze che collegano lo stato di salute parodontale con lo stato di salute sistemico. Numerosi ricercatori hanno infatti evidenziato che le parodontiti, oltre ad essere una rilevante causa di malattia, di malessere orale e di perdita dei denti, costituirebbero un serio fattore di rischio per condizioni patologiche sistemiche come le malattie cardiovascolari, le infezioni polmonari e il diabete mellito. La gravidanza è una delle condizioni sistemiche umane che possono influenzare ed essere influenzate dallo stato di salute orale parodontale.

Gravidanza e patologia parodontale

Durante la gravidanza è frequente l'insorgenza di lesioni orali come gengivite, parodontite e epulidi. Le gengiviti colpiscono dal 30 al 75 per cento delle donne gravide, mentre le epulidi fino al 10%. Le due condizioni sono simili alle gengiviti comuni e ai granulomi piogenici gengivali non associati alla gravidanza, con una disposizione a manifestarsi prevalentemente durante il secondo e terzo trimestre ed a livello dei settori frontali superiori.

Il fattore che principalmente contribuisce all'aumentata incidenza di patologia parodontale in gravidanza è essenzialmente rappresentato dall'aumento dei livelli circolanti di ormoni steroidei, che condizionano la modifica della flora batterica sottogengivale e deprimono le difese a livello parodontale.

Anche in gravidanza, l'insorgenza delle lesioni parodontali è naturalmente associata al livello di igiene orale che la paziente è in grado di mantenere e alle misure preventive igieniche messe in atto dall'odontoiatra.

Infezione parodontale ed esiti avversi della gravidanza

In tutto il mondo e in tutti i gruppi di popolazione umana, il peso alla nascita costituisce il fattore che determina in modo più rilevante le possibilità che ha un neonato di sopravvivere, crescere e svilupparsi in buona salute: il basso peso alla nascita (≤ 2500 gr) è una rilevante causa di mortalità e morbilità perinatale; tra le sue cause vi sono il parto prematuro (prima della 37a sett.) e il ritardato accrescimento intrauterino ($< 10^{\circ}$ centile). Un rilevante numero di studi ha inoltre riportato che il basso peso alla nascita risulta uno dei maggiori determinanti di malattia cardiovascolare e intolleranza al glucosio nella vita adulta (*fetal programming*). L'identificazione di fattori che possono influenzare l'ambiente intrauterino, la crescita perinatale ed il conseguente sviluppo neonatale risulta quindi di cruciale importanza per la salute umana a lungo termine e per le sue ripercussioni economiche.

Tra le cause di *nascita pretermine* oltre a noti fattori quali alcol, fumo, deprivazione alimentare, stress e diverse condizioni patologiche materne, vi sono le infezioni sintomatiche locali o sistemiche materne, ad esempio quelle del tratto urinario o respiratorio. Un consistente numero di studi ha indicato anche le infezioni subcliniche o remote come causa importante di parto pretermine. Dati recenti suggeriscono inoltre che i processi infiammatori siano coinvolti come fattore eziologico di insufficienza placentare che condiziona patologie diverse feto-placentari come la riduzione della crescita intrauterina, la preeclampsia, l'abortività e morte intrauterina del feto.

Gli studi associativi epidemiologici, patogenetici e di intervento condotti nelle due ultime decadi evidenziano che la presenza e la gravità di parodontite nella donna gravida abbiano un significativo effetto sul peso alla nascita del nascituro, anche dopo aver corretto per età gestazionale e per altri rilevanti fattori di rischio. Ciò suggerisce che l'infezione parodontale materna non influisca solo sui meccanismi del parto, ma anche sulla crescita fetale alterando la funzionalità placentare o con effetto diretto sul feto. È stato calcolato un aumento del rischio di parto prematuro associato alla presenza di parodontite grave in gravidanza pari a circa 7,5 volte. Diversi studi indipendenti di tipo interventistico hanno evidenziato inoltre che la terapia locale dell'infezione parodontale nella gravida è in grado di ridurre l'incidenza di parto prematuro nei gruppi trattati rispetto ai gruppi di controllo.

Globalmente, i dati esistenti supportano il concetto che l'infezione parodontale materna, con meccanismo diretto batterico o mediato dall'aumento di alcuni mediatori infiammatori, sia un fattore di rischio potenziale per gli esiti sfavorevoli della gravidanza. Sono necessari ulteriori studi per chiarire le relazioni eziologiche e patogenetiche che correlano la presenza di parodontite con le condizioni sfavorevoli materno-fetali. Da un punto di vista clinico si evidenzia che la valutazione dello stato parodontale all'inizio della gravidanza potrebbe fornire un importante indicatore di rischio per eventuali complicanze sfavorevoli della stessa

Le terapie odontoiatriche in gravidanza

Un importante tema di relazione interdisciplinare tra ostetricia e odontostomatologia è costituito dalle indicazioni e controindicazioni ai trattamenti odontoiatrici in gravidanza, seguendo corretti protocolli e linee

guida che consentano di evitare possibili complicanze per la donna e per il nascituro indotte dai trattamenti stessi.

Frequentemente l'atteggiamento di eccessiva cautela, che può costituire un ostacolo alla possibilità di fornire idonee terapie preventive e curative alle pazienti gravide, risulta dal timore di potenziali danni alla madre e al feto. Questi possono correlati alla somministrazione di farmaci, di anestetici locali, di radiazioni ionizzanti o allo stress psicofisico correlato ai trattamenti dentali.

Come indicazione generale, in particolare quando la paziente riferisce problemi pregressi o potenziali relativi alla gravidanza, risulta opportuno contattare l'ostetrico curante per un chiarimento relativo allo stato di salute e alle eventuali terapie seguite dalla donna gravida.

Le terapie necessarie per il controllo delle situazioni di urgenza di origine orale, dolore e infezione acuta, possono e dovrebbero essere provvedute durante l'intero periodo della gravidanza, eventualmente senza ricorso a manovre chirurgiche se controindicate.

Per quanto concerne le terapie elettive di routine, la finestra temporale in cui viene considerato più sicuro il trattamento odontoiatrico è compresa tra la dodicesima e la trentaduesima settimana di gravidanza, cioè tra il secondo trimestre e la prima metà del terzo. In questo periodo è opportuno controllare la patologia attiva presente ed eliminare i problemi che potenzialmente potrebbero manifestarsi nelle fasi terminali della gravidanza.

SCHEMA DEI TRATTAMENTI ODONTOIATRICI ESEGUIBILI NELLA DONNA GRAVIDA

(da Little and Falace, modificato)

PRIMO TRIMESTRE	SECONDO TRIMESTRE	TERZO TRIMESTRE
<ul style="list-style-type: none"> • Istruzioni di igiene orale • Controllo professionale dei biofilm orali (ablazione del tartaro e levigatura radicolare) • Terapie di emergenza • EVITARE TERAPIE ELETTIVE 	<ul style="list-style-type: none"> • Istruzioni di igiene orale • Controllo professionale dei biofilm orali (ablazione del tartaro e levigatura radicolare) • TERAPIE ODONTOIATRICHE DI ROUTINE 	<ul style="list-style-type: none"> • Istruzioni di igiene orale • Controllo professionale dei biofilm orali (ablazione del tartaro e levigatura radicolare) • TERAPIE ODONTOIATRICHE DI ROUTINE fino alla 32° settimana, quindi solo terapie di emergenza

La prevenzione orale in gravidanza

Durante la gravidanza, l'implementazione di adeguati protocolli preventivi è in grado di influenzare non solo lo stato di salute orale della gestante, ma anche di ridurre la morbilità orale e sistemica nel nascituro. L'obiettivo principale dell'odontoiatra dovrebbe essere la pianificazione di un programma di intervento in grado di promuovere condizioni di salute orale e ottenere un ottimale controllo dell'igiene orale.

E' stato recentemente pubblicato dall'*American Academy of Periodontology* uno *statement* specificamente indirizzato al trattamento parodontale in gravidanza (J Periodontol, marzo 2004 – www.perio.org). Nel documento viene sottolineata l'importanza della diagnosi e del trattamento della gengivite e della parodontite nella donna gravida, dell'istruzione e della motivazione al mantenimento di elevati standard igienici; viene inoltre considerata la rilevanza della comunicazione da parte del parodontologo all'ostetrico curante relativa al riscontro di patologia parodontale, in quanto possibile fattore di rischio per esiti avversi della gravidanza.

Lecture consigliate

The American Academy of Periodontology, Committee on Research, Science, and Therapy.
Periodontal disease as a potential risk factor for systemic diseases.
J Periodontol 1998; 69: 841-50.

Otomo-Corgel J Steinberg BJ
Periodontal Medicine and the Female Patient - in "Periodontal Medicine" Eds Rose LE et al. - BCDecker Inc., 2000 - chap. 9 - pp151-165.

Laine MA.
Effect of pregnancy on periodontal and dental health.
Acta Odontol Scand 2002; 60: 257-264.

Gibbs RS, Romero R, Hillier SL, Eschenbach DA, Sweet RL.
A review of premature birth and subclinical infection.
Am J Obstet Gynecol 1992; 166: 1515-1528.

Offenbacher S, Kats V, Fertik Gregor Y, et al.
Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight
J Periodontol 1996; 67: 1103-1113.

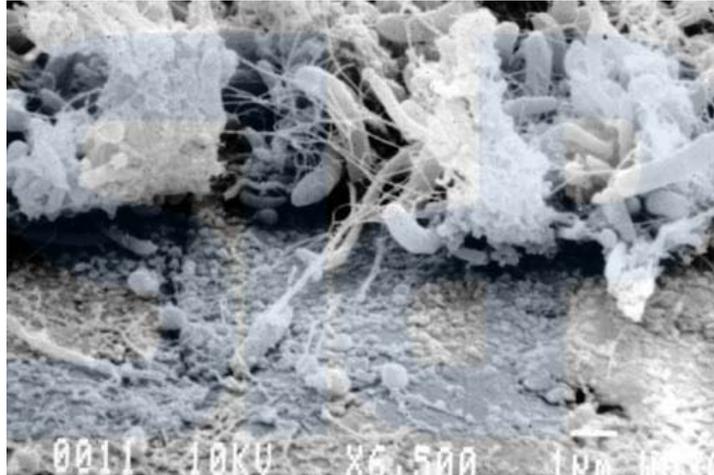
Offenbacher S, Jared HL, O'Reilly PG, et al.
Potential pathogenic mechanisms of periodontitis-associated pregnancy complications.
Ann Periodontol 1998; 3: 233-250.

Scannapieco FA, Bush RB, Paju S
Periodontal disease as a risk factor for adverse pregnancy outcomes. A systematic review.
Ann Periodontol 2003; 8: 70-78.

Suresh L, Radfar L
Pregnancy and lactation
Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2004; 97: 672-82.

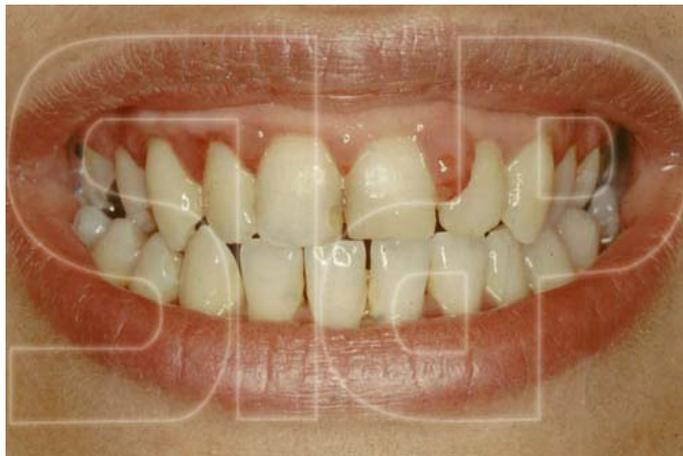
The American Academy of Periodontology Statement regarding Periodontal Management of the Pregnant Patient
J Periodontol march 2004

Figura 1



Batteri parodontopatogeni dei biofilm orali: i bastoncini curvi e le forme spirillari sono morfologicamente compatibili con le specie patogene descritte in caso di parodontite nei biofilm orali subgengivali.
S.E.M. – 6500 X

Figura 2



Gengivite nella gravida con edema ed eritema dei tessuti gengivali, prevalente nei settori frontali dell'arcata.

Figura 3



Epulide in corrispondenza degli elementi dentali 14-15.