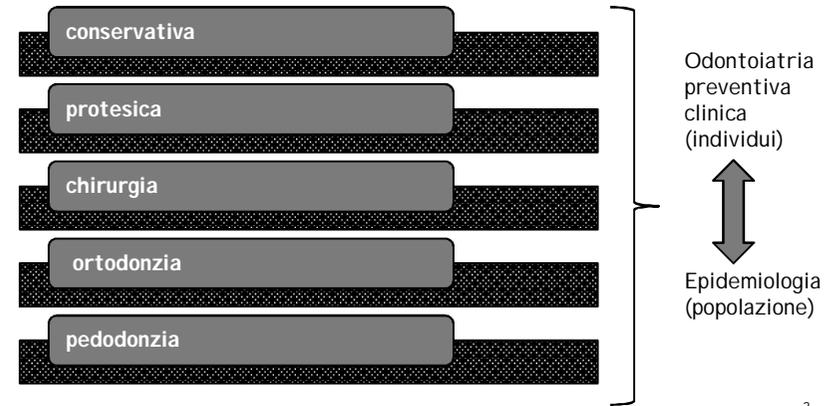




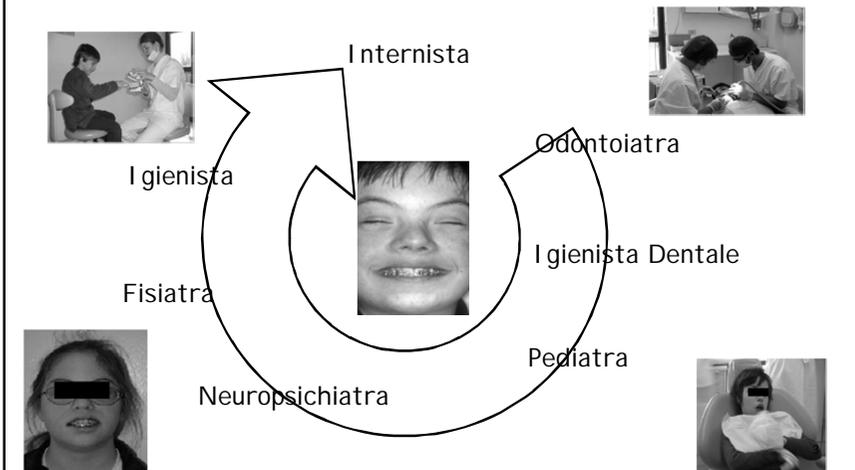
Prevenzione e profilassi nelle Scienze Odontoiatriche

ODONTOIATRIA PREVENTIVA

PREVENZIONE ED IMPEDIMENTO DI PATOLOGIE ORALI



APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE AL PAZIENTE PEDIATRICO CON BISOGNI SPECIALI



APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE AL PAZIENTE PEDIATRICO CON BISOGNI SPECIALI

- AUTISMO
- PARALISI CEREBRALI
- ANOMALIE CROMOSOMICHE (SINDROME DI DOWN)
- SCHISI LABIALI O PALATALI
- FIBROSI CISTICA
- IDROCEFALIA
- ARTRITE GIOVANILE
- DEFICITI INTELLETTIVI
- MALATTIE MUSCOLARI
- DANNI SPINALI (PARAPLEGIA E SPINA BIFIDA)
- DEFORMITÀ DENTALI
- DEFICITI ACUSTICI O VISIVI



Medical problems in dentistry. C. Scully, R. Cawson. 1998: Butterworth-Heinemann Ed.

APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE AL PAZIENTE PEDIATRICO CON BISOGNI SPECIALI

Linee Guida

La prevenzione, l'intercettazione e l'avvio alla terapia precoce delle manifestazioni orali nel soggetto con bisogni speciali è un atto sanitario di estrema rilevanza.

- **VALUTAZIONE MEDICA**
 - Rilevamento condizioni d'invalidità
 - Assunzioni farmacologiche
- **VALUTAZIONE ANESTESIOLOGICA**
 - Terapia Ambulatoriale
 - Tender care having
 - Sedazione o narcosi

5

APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE AL PAZIENTE PEDIATRICO CON BISOGNI SPECIALI

CLASSIFICAZIONE SECONDO LE CONDIZIONI D'INVALIDITA'

DEFICIT INTELLETTIVI

DISTROFIA
NEUROMUSCOLARE

PSICOPATIE GRAVI

DEFICIT SENSORIALI
GRAVI

6

CLASSIFICAZIONE SECONDO LE CONDIZIONI D'INVALIDITA'

Pazienti
collaboranti

Terapia
ambulatoriale

Pazienti
parzialmente
collaboranti

Tender Having
Care

Pazienti
non collaboranti

Sedazione e
narcosi

7

Metodi

Prevenzione

Profilassi
individuale

Profilassi di gruppo

Profilassi collettiva

Individuo

Collettività

8

Metodi

PROFILASSI COLLETTIVA

■ fluoroprofilassi (acqua potabile)

ca. 99 % della popolazione è affetta da carie
> necessità di prevenzione della carie: **tutti**

preventivo spese per terapia 2009 DDD:

carie	10.3 mrd. €
patologie cuore e sist. circ.	7.9 mrd. €

9

FLUOROPROFILASSI

NUOVE LINEE GUIDA ORGANIZZAZIONE MONDIALE SANITÀ

- Fermo restando che la fluoroprofilassi, intesa come prevenzione della patologia cariosa mediante la **somministrazione di fluoro**, risulta ancora considerata la "pietra miliare" in termini di prevenzione, negli ultimi anni si sono rivisitati alcuni concetti.
- Il fluoro può essere somministrato per:
 - **Via TOPICA**, esponendo le superfici dentali a sostanze che ne contengono elevate concentrazioni (gel, dentifrici, vernici).
 - Queste sostanze NON sono destinate ad essere ingerite.
 - **Via SISTEMICA**, cioè mediante l'assunzione costante e regolare per bocca (gocce, acque fluorate, latte, sale, compresse).
 - Ad oggi l'effetto preventivo sembra essere più efficace con la somministrazione topica post-eruttiva piuttosto che con la somministrazione sistemica.

10

FLUOROPROFILASSI

NUOVE LINEE GUIDA ORGANIZZAZIONE MONDIALE SANITÀ

Le linee guida dell'OMS prevedono quindi un programma di Fluoroprofilassi di questo tipo:

1. Dai 6 mesi ai 6 anni

- Uso di un DENTIFRICIO contenente almeno 1000ppm di fluoro 2 volte al giorno, con un ATTENTO CONTROLLO da parte degli adulti della dose utilizzata sullo spazzolino in quanto, essendo i bambini ancora piccoli, potrebbero ingerirne una certa quantità .
- Laddove l'uso del dentifricio risulti essere oggettivamente difficile o in individui ad alto rischio di carie si può integrare con l'assunzione di GOCCE (6mesi/3 anni 0,25 mg/die - 3/6 anni 0,5 mg/die in gocce o pastiglie).

11

FLUOROPROFILASSI

NUOVE LINEE GUIDA ORGANIZZAZIONE MONDIALE SANITÀ

Le linee guida dell'OMS prevedono quindi un programma di Fluoroprofilassi di questo tipo:

2. Dai 6 anni

- Uso di un DENTIFRICIO contenente almeno 1000ppm di fluoro 2 volte al giorno.
- Il dentifricio dovrebbe essere risciacquato il meno possibile.
- A ciò si deve aggiungere che qualsiasi ulteriore applicazione professionale topica di fluoro (gel, vernici) è consigliata ed in particolare modo NECESSARIA per individui a medio ed alto rischio di carie.
- Sulla base di diversi studi l'OMS sottolinea che è quasi impossibile ottenere benefici in termini di prevenzione senza dar luogo a forme, seppur lievi, di FLUOROSI, che si può manifestare anche con la comparsa di macchie bianche sullo smalto. Tuttavia se si seguono le indicazioni, l'eccessiva assunzione di fluoro nel corso della terapia topica risulta essere estremamente limitata.

12



13

Metodi

PROFILASSI DI GRUPPO

- profilassi di gruppo a scuola (buona relazione costi/benefici in paesi con livelli bassi di igiene orale e cura odontoiatrica:
 - motivazione ed istruzione per l'igiene a domicilio
 - spazzolamento con feed-back (controllo e correzione)
 - consigli dieta anti-carie
 - flouridazione

Efficacia non accertata da studi scientifici!

14

Metodi

PROFILASSI INDIVIDUALE

Definizione: P.i. è un azione orientata ai bisogni del paziente
eliminando fattori patogeni e rinforzando la difesa individuale:
 motivazione, istruzione, comunicazione e feed-back individuale

- sostituisce la prof. collettiva e di gruppo in età adulta;
- È attuata nelle terapie che richiedono un'attenzione specifica per ogni individuo con rischio maggiore (PA, Ortodonzia):
 - la profilassi individuale dipende dalla diagnosi dei rischi;
 - buona relazione costi/benefici.

15

ESEMPIO: LA PROFILASSI INDIVIDUALE DELL'ENDOCARDITE BATTERICA IN ODONTOIATRIA

- L'**endocardite batterica** è una malattia causata dall'infezione microbica dell'endocardio con colonizzazione batterica delle valvole cardiache o della parete endoteliale precedentemente danneggiate da lesioni congenite o acquisite. L'incidenza è di 1-5 casi ogni 100.000 abitanti/anno. Si manifesta con vegetazioni costituite da colonie di batteri, che si sviluppano all'interno del cuore, determinandone il malfunzionamento.
- Il rischio in caso di endocardite è elevato: ancora oggi, nonostante i progressi diagnostici e terapeutici, resta gravata da elevata mortalità. Il tasso di mortalità stimato nella popolazione generale è di 10-60 casi per milione.
- Circa il 20% delle endocarditi subacute sembra essere associato a terapie dentali e nella maggior parte dei casi la patologia compare entro 2 settimane dall'intervento odontoiatrico.
- Le terapie dentali spesso recano sanguinamento causando una batteriemia transitoria quantitativamente proporzionale al trauma locale ed alla infiammazione locale; alcuni batteri (**streptococcus viridans**, **staphilococcus aureus**) possono colonizzare le vegetazioni piastriniche presenti su preesistenti lesioni valvolari.

16

LA PROFILASSI DELL'ENDOCARDITE BATTERICA IN ODONTOIATRIA:
I QUADRI PATOLOGICI IN CUI È NECESSARIA LA PROFILASSI

Patologie a rischio moderato **Patologie a rischio elevato**

- Malformazioni cardiache congenite
- Cardiopatia reumatica
- Valvulopatie acquisite
- Cardiomiopatia ipertrofica
- Prolasso mitrale con insufficienza
- Progrediente endocardite
- Protesi valvolari cardiache
- Shunt chirurgico tra arteria polmonare e circolazione sistemica

17

LA PROFILASSI DELL'ENDOCARDITE BATTERICA IN ODONTOIATRIA:
I QUADRI PATOLOGICI IN CUI LA PROFILASSI È DA VALUTARE

- Solitamente la presenza di **cateteri permanenti** non impone la profilassi, a eccezione di quelli in prossimità del cuore destro.
- Dopo **intervento percutaneo coronarico (PCI)**, un significativo rischio di infezione dello stent si ha nelle prime due settimane dal posizionamento; successivamente uno strato epiteliale, ricoprendolo, riduce notevolmente questa eventualità.
- I **dispositivi sottocutanei per la somministrazione sistemica di farmaci** per lunghi periodi inducono l'utilizzo della profilassi quando il paziente presenta una situazione immunitaria compromessa e non finalizzata alla presenza del catetere stesso.
- Solitamente, i **pazienti emodializzati che presentano una fistola arterovenosa** (sia autogena che con la presenza di una protesi vascolare) vengono preventivamente sottoposti a copertura antibiotica in quanto una latente immunodepressione a carico di questi pazienti soprattutto se da lunga data sono stati sottoposti a emodialisi. Nella **dialisi peritoneale**, invece, non viene richiesto alcun tipo di profilassi.

18

LA PROFILASSI DELL'ENDOCARDITE BATTERICA IN ODONTOIATRIA:
I QUADRI PATOLOGICI IN CUI LA PROFILASSI È DA VALUTARE

- I **pazienti immunosoppressi** rappresentano una categoria eterogenea che mostra un rischio elevato di sviluppare, in seguito a batteriemia, una progressiva infezione sistemica.
- Nei **pazienti sieropositivi per HIV** in trattamento con retrovirali abitualmente la profilassi non è indicata. Ovviamente nel caso che il clinico lo ritenesse opportuno, soprattutto in presenza di infezioni sistemiche conclamate, la somministrazione profilattica è raccomandata.
- I **diabetici**, soprattutto se insulino-dipendenti, mostrano una maggior suscettibilità alle infezioni anche a causa di una frequente e concomitante disfunzione leucocitaria. La copertura antibiotica più che essere determinata dalla tipologia d'intervento o dal grado di insulino-dipendenza.

19

LA PROFILASSI DELL'ENDOCARDITE BATTERICA IN ODONTOIATRIA:
LA PROFILASSI IN ETÀ PEDIATRICA

Alcune significative differenze vanno considerate prima di un trattamento antibiotico in età pediatrica:

- i giovani pazienti tendono a non avere una pregressa anamnesi farmacologica paventando la possibilità di allergie o reazioni avverse;
- la notevole percentuale di acqua nei tessuti e l'estesa componente spongiosa dell'osso facilitano la diffusione delle infezioni;
- la difficoltà al mantenimento di una corretta igiene orale associata a una dieta ricca di carboidrati aumenta il rischio di batteriemia;
- le frequenti infezioni che interessano l'anello di Waldeyer con conseguente antibiotico-terapia aumentano la probabilità di resistenze.
- Considerando ciò la profilassi viene indicata in ogni intervento chirurgico, soprattutto se si sospetta la presenza di un'alta carica microbica.

20

LA PROFILASSI DELL'ENDOCARDITE BATTERICA IN ODONTOIATRIA:
LA PROFILASSI IN ETÀ PEDIATRICA

- Su queste basi, le indicazioni si possono applicare ai seguenti casi:
- **pazienti immunodepressi** compresi quelli in chemio-radioterapia. Questi criteri vanno, inoltre, applicati ai seguenti casi: infezione da HIV, immunodeficienze, neutropenie, immunosoppressioni, anemia, splenectomia, uso abituale di steroidi, lupus eritematoso, diabete e trapianti d'organo.
- **Pazienti con problematiche cardiache.** Oltre alle raccomandazioni dell'AHA e in accordo con questa, l'American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) ha aggiunto i pazienti con storia di **assunzione di farmaci per via endovenosa** (soprattutto se associata ad anomalie cardiache) e i **bambini affetti da sindromi (di Down, di Marfan ecc.)** in cui sono frequenti alterazioni cardiache spesso misconosciute.
- **Pazienti con shunt, cateteri permanenti o con presidi.**
- **Casi di auto-trapianto dentale.**

21

LA PROFILASSI DELL'ENDOCARDITE BATTERICA IN ODONTOIATRIA:
I QUADRI PATOLOGICI IN CUI NON È NECESSARIA LA PROFILASSI

- Portatori di pace-maker.
- Prolasso mitralico senza rigurgito.
- Presenza di soffi «fisiologici».
- Pregresso intervento di by-pass coronarico.
- Pregressa malattia di Kawasaki senza valvulopatia residua.
- Pregressa malattia reumatica senza valvulopatia residua.

22

LA PROFILASSI DELL'ENDOCARDITE BATTERICA IN ODONTOIATRIA:
IN QUALI PROCEDURE ODONTOIATRICHE È NECESSARIA?

Gli interventi chirurgici vengono classificati in quattro tipologie:

- puliti;
 - puliti-contaminati;
 - contaminati (con flogosi acuta non purulenta);
 - sporchi (flemmoni ascessualizzati).
- Le procedure chirurgiche del cavo orale avvengono principalmente in ambiente che viene definito "pulito-contaminato", la situazione in cui la profilassi ha maggior efficacia.
 - L'incidenza delle infezioni dopo terapia estrattiva è molto bassa, approssimativamente di circa l'1%.
 - La batteriemia che insorge in seguito ad alcune terapie odontoiatriche ha una durata assai limitata e generalmente non supera i 15 minuti, periodo comunque sufficiente a determinare una colonizzazione batterica.

23

LA PROFILASSI DELL'ENDOCARDITE BATTERICA IN ODONTOIATRIA:
IN QUALI PROCEDURE ODONTOIATRICHE È NECESSARIA?

- La definizione di infezione post chirurgica del sito estrattivo dovrebbe prevedere la presenza di cellulite (con fluttuazione, tensione e calore locale), fuoriuscita di pus dopo 72 ore dall'intervento, dolore e gonfiore che si prolungano dopo le 48 ore e persistente temperatura corporea superiore ai 38 °C [Wilson W et al. Prevention of Infective Endocarditis Guidelines from The American Heart Association. Circulation 2007;115 & NA].
- In chirurgia parodontale, in presenza di un sito altamente contaminato, la profilassi trova indicazione soprattutto nei pazienti immunodepressi e in presenza di presidi protesici [Pallasch T, Slots J. Antibiotic prophylaxis for medical risk patients. J Periodontol 1991;62:227-31].
- L'uso della profilassi preimpianto è stato a lungo controverso [Tong DC, Rothwell BR. Antibiotic prophylaxis in dentistry: a review and practice recommendations. JADA 2000 March;vol 131:366-74].
- In una recente review della Cochrane Library non risulta ancora chiara l'efficacia dell'antibiotico terapia post operatoria e dell'antibiotico di prima scelta [Esposito M, Coulthard P, Oliver R, Thompsen P, Worthington HV. Antibiotics to prevent complications following dental implants treatment. The Cochrane Library, Issue 2, 2005].

24

LA PROFILASSI DELL'ENDOCARDITE BATTERICA IN ODONTOIATRIA:
IN QUALI PROCEDURE ODONTOIATRICHE È NECESSARIA?

Nelle seguenti condizioni seguenti la profilassi è fondamentale (per pazienti nelle categorie a medio ed alto rischio) :

- Estrazioni dentarie
- Ablazione del tartaro
- Procedure parodontali chirurgiche
- Interventi che coinvolgano l'osso
- Implantologia

Alcuni Autori ritengono che sia indicata in tutte le procedure in cui:

- si esegua l'impianto di fixture o biomateriale;
- l'infezione post operatoria possa comportare conseguenze di particolare gravità;
- i pazienti abbiano una valutazione secondo la classificazione dell'American Society of Anesthesiologist (ASA) maggiore o uguale a 3. [Schwatz AB, Larson EL. Antibiotic prophylaxis and post operative complications after tooth extraction and implant placement: a review of the literature. Journal of dentistry 2007 35:881-888.]₂₅

LA PROFILASSI DELL'ENDOCARDITE BATTERICA IN ODONTOIATRIA:
LA CHEMIOPROFILASSI

- Con il termine di **chemioprofilassi**, o profilassi antibiotica, si intende la somministrazione di antibiotici allo scopo di prevenire l'insorgenza di infezioni.
- In chirurgia odontoiatrica si attua attraverso la somministrazione di un farmaco prima che si verifichi la contaminazione batterica del campo operatorio e il successivo sviluppo di un'infezione del sito chirurgico.
- La chemioprofilassi non ha lo scopo di sterilizzare i tessuti ma quello di ridurre la carica microbica in modo che possa essere controllata dalle difese dell'ospite.
- Affinché si possa ridurre l'incidenza delle infezioni del sito chirurgico è importante che si considerino tre punti fondamentali:
 - la scelta dell'antibiotico;
 - le modalità di somministrazione;
 - in quali interventi la terapia è efficace.

26

LA PROFILASSI DELL'ENDOCARDITE BATTERICA IN ODONTOIATRIA:
LA CHEMIOPROFILASSI

- Il razionale della chemioprofilassi è impedire che un'eventuale batteriemia sostenuta da germi endogeni si trasformi in una malattia infettiva locale o sistemica.
- Per tale motivo la chemioprofilassi differisce in maniera sostanziale, nella posologia e durata, dalla terapia la cui finalità è la cura di un'infezione in atto.
- I vantaggi della chemioprofilassi sono innumerevoli; infatti oltre a ridurre la quantità di antibiotico somministrata, la durata del trattamento e il costo economico dello stesso, diminuisce notevolmente anche le probabilità di insorgenza delle resistenze.
- La chemioprofilassi è somministrata in un breve lasso di tempo e si avvale di dosaggi elevati per assicurare la presenza del farmaco in circolo e nel sito operatorio con concentrazioni 3-4 volte superiori alla Minima Concentrazione Inibente (MIC), definendo per MIC la più bassa concentrazione di farmaco in grado di bloccare lo sviluppo batterico rilevabile.

27

LA PROFILASSI DELL'ENDOCARDITE BATTERICA IN ODONTOIATRIA:
LA CHEMIOPROFILASSI

Innanzitutto sarà bene provvedere alla riduzione dell'infiammazione e del processo infettivo attraverso misure locali nella sede d'intervento (miglioramento dell'igiene orale, sciacqui e irrigazione sulculare con clorexidina) al fine di ridurre l'entità della batteriemia.

Posologia per la chemioprofilassi

- Profilassi generica standard: Adulti: 2.0 g di **Amoxicillina+Acido Clavulanico** per via orale ; bambini: 50 mg/kg per os/1 ora prima della procedura.
- Se non in grado di assumere farmaci per os: Adulti: 2.0 g di **Ampicillina** I M o EV; bambini: 50 mg/kg I M o EV entro 30 minuti prima della procedura.
- Se allergia alla penicillina: Adulti: 600 mg di **Clindamicina**; bambini: 20 mg/kg per os/ 1 ora prima della procedura.

28

LA PREVENZIONE DENTALE

- La **Prevenzione Dentale** è quella branca della medicina odontoiatrica che, attraverso interventi specialistici, applica misure di profilassi e trattamenti precoci, sia a livello individuale che di comunità, per assicurare e mantenere l'integrità delle strutture dentali dell'uomo per tutta la sua vita.
- Anche nei paesi più avanzati la popolazione presenta un insufficiente livello di salute dei denti e dei tessuti relativi. Ciò è dovuto non tanto alla carenza di risorse economiche o specialistiche, quanto alla carenza di motivazione della popolazione stessa.

29

LA PREVENZIONE DENTALE

Il mantenimento di una buona igiene orale rappresenta il primo fattore di prevenzione verso le patologie che colpiscono il cavo orale.

- L'**igiene orale professionale** è praticata da parte di personale qualificato ed è volta alla motivazione ed all'istruzione del paziente al mantenimento della salute orale ed alla rimozione dei fattori irritativi locali (placca e tartaro) dal cavo orale con metodiche manuali e ultrasonici.
- L'**igiene orale domiciliare** rappresenta l'insieme di quelle procedure volte alla disgregazione giornaliera della placca dentale, al fine di ridurre o eliminare la capacità da parte degli aggregati batterici di iniziare e mantenere un'infiammazione gengivale.

30

LINEE GUIDA NAZIONALI PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE ORALE E LA PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE ORALI IN ETÀ ADULTA

- Prevenzione delle patologie dei tessuti duri.

Raccomandazione 1	<i>In considerazione dell'elevata incidenza di carie è importante che vengano aggiornati gli attuali metodi di prevenzione</i>
Raccomandazione 2	<i>La carie dentale presenta un'elevata incidenza in Italia; è utile, pertanto, mettere in atto, in tutta la popolazione, indipendentemente dall'età, ogni presidio per prevenirla</i>
Raccomandazione 3	<i>Particolare attenzione va posta al tipo e alla frequenza di assunzione degli alimenti</i>
Raccomandazione 4	<i>L'utilizzo di paste dentifricie fluorate riduce l'incidenza della carie</i>
Raccomandazione 5	<i>Le paste contenenti casein phosphopeptide-amorphous e calcium phosphate contribuiscono ai processi di re-mineralizzazione delle superfici dentali</i>
Raccomandazione 6	<i>La sostituzione del saccarosio con lo xilitolo riduce l'incidenza della carie</i>
Raccomandazione 7	<i>L'adeguato spazzolamento dei denti riduce significativamente la presenza di placca dentale</i>
Raccomandazione 8	<i>L'utilizzo di uno spazzolino elettrico è raccomandabile</i>
Raccomandazione 9	<i>Per la prevenzione della carie, si raccomanda la sigillatura dei solchi e delle fessure</i>
Raccomandazione 10	<i>È necessario impostare un corretto programma di informazione e di educazione sull'importanza della prevenzione e del trattamento precoce dell'usura dentale</i>

31

LINEE GUIDA NAZIONALI PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE ORALE E LA PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE ORALI IN ETÀ ADULTA

- Prevenzione delle malattie parodontali.

Raccomandazione 1	<i>Il controllo della placca dentale è una componente fondamentale nella gestione delle malattie parodontali. L'istruzione dei pazienti sulle tecniche di igiene orale domiciliare deve essere parte integrante di ogni piano di trattamento per la cura delle stesse. La frequenza dei richiami va personalizzata sulla base del livello di rischio del paziente che dovrebbe essere sempre inserito in un programma di mantenimento corretto</i>
Raccomandazione 2	<i>L'uso dei colluttori e dello spazzolino elettrico possono essere d'aiuto nel controllo della placca</i>
Raccomandazione 3	<i>La terapia meccanica non chirurgica è la base del trattamento delle malattie parodontali e consiste nella strumentazione meccanica, sopra e sotto gengivale, delle superfici radicali, allo scopo di renderle biologicamente compatibili</i>
Raccomandazione 4	<i>La terapia chirurgica deve essere considerata un mezzo aggiuntivo alla terapia meccanica non chirurgica. La scelta della tecnica chirurgica avviene valutando l'anatomia dei difetti e l'architettura gengivale. La mancanza di un'efficace ed efficiente igiene domiciliare esclude il paziente dal trattamento chirurgico</i>
Raccomandazione 5	<i>La somministrazione di antibiotici per via sistemica, in aggiunta alla terapia meccanica, può offrire dei miglioramenti rispetto alla sola terapia meccanica in termini di guadagno di attacco clinico e riduzione della profondità di tasca nelle parodontiti aggressive. Scarso o nullo è l'effetto nelle parodontiti croniche. La continua emergenza di specie batteriche antibiotico-resistenti rende necessaria una limitazione all'uso degli antibiotici in terapia parodontale</i>
Raccomandazione 6	<i>La somministrazione di antibiotici per via topica in aggiunta alla terapia locale meccanica ha effetto limitato nelle parodontiti croniche e scarso nelle parodontiti aggressive</i>

32

LINEE GUIDA NAZIONALI PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE ORALE E LA PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE ORALI IN ETÀ ADULTA

• Prevenzione dell'edentulia.

Raccomandazione 1	<i>Tutta la popolazione anziana deve essere considerata a rischio di edentulia</i>
Raccomandazione 2	<i>L'igiene orale domiciliare è un presidio preventodontico insostituibile per contrastare la perdita degli elementi dentari</i>
Raccomandazione 3	<i>Nei soggetti adulti sono consigliate visite di controllo specialistiche con periodicità specifica in rapporto alle condizioni del cavo orale e interventi preventivi mirati per la conservazione dell'articolato dentale</i>
Raccomandazione 4	<i>Nei soggetti anziani sono consigliabili percorsi preventodontici individualizzati in rapporto al grado di autosufficienza. I soggetti anziani istituzionalizzati necessitano di maggiori interventi preventivi e terapeutici</i>
Raccomandazione 5	<i>L'alimentazione e gli stili di vita sono fattori determinanti nella salute generale e in quella specifica del cavo orale dell'individuo adulto e anziano</i>
Raccomandazione 6	<i>Il ripristino dell'articolato dentale migliora la qualità della vita</i>

33

LINEE GUIDA NAZIONALI PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE ORALE E LA PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE ORALI IN ETÀ ADULTA

• Prevenzione dei tumori maligni del cavo orale.

Raccomandazione 1	<i>Promuovere uno stile di vita sano, in particolare rispetto all'uso di alcoolici/superalcolici e all'abitudine al fumo, specie se associati tra loro. Favorire lo screening e il follow-up periodico, soprattutto per i soggetti a rischio e valorizzare l'utilità di una regolare "auto-ispezione" del cavo orale.</i>
Raccomandazione 2	<i>Sottoporre ad accurata visita del cavo orale, almeno una volta l'anno, gli individui di età superiore ai 40 anni e, specie in assenza di adeguate cure nel cavo orale, indipendentemente dall'età, coloro che fumano e/o consumano quotidianamente alcoolici o superalcolici.</i>
Raccomandazione 3	<i>Ricerchare, in corso di visita, eventuali lesioni sospette in tutto il cavo orale ponendo particolare attenzione alle aree nascoste, specie dalla lingua.</i>
Raccomandazione 4	<i>Considerare come caso dubbio ogni lesione che si presenti come macchia o placca, nodulo o erosione-ulcera, o verrucosità, indipendentemente dai sintomi o dalle cause apparenti finché non venga dimostrato il contrario mediante esame istologico.</i>
Raccomandazione 5	<i>Rimuovere ogni possibile causa apparente collegata ad una lesione, seguire l'evoluzione della stessa e considerare come caso dubbio quelle lesioni che non guariscono entro 14 giorni. Il miglioramento, dopo la rimozione della causa apparente, non è guarigione; bisogna continuare a considerare il caso come dubbio.</i>
Raccomandazione 6	<i>In caso di lesioni dubbie non ritardare mai la diagnosi con terapie a base di vitamine, collutori, antibiotici o altro per un periodo di tempo superiore ai 14 giorni.</i>
Raccomandazione 7	<i>In caso di forte sospetto diagnostico è necessario effettuare una biopsia; tale metodica seguita da analisi e valutazione del campione in laboratorio rappresenta a tutt'oggi l'esame gold standard nel determinismo diagnostico di una lesione sospetta. Il prelievo biptico deve essere eseguito da personale adeguatamente formato. La tecnica biptica deve essere escissionale per tutte quelle lesioni di dimensioni ridotte e localizzate in zone accessibili e non debilitanti per il paziente. In alternativa, va eseguita la tecnica incisionale a livello dei bordi della lesione, facendo attenzione a includere le aree cliniche più sospette, evitando le zone necrotiche</i>

34

Metodi

PREVENZIONE INDIVIDUALE

Oral self care (responsabilizzazione del paziente)

- non penalizza l'economia sociale;
- dovrebbe avere l'assoluta priorità nella scelta del tipo di prevenzione.

Compliance (PBI)

- Il colloquio motivazionale è lo strumento più efficace per attuare l'**odontoatria partecipativa**, un percorso in cui il paziente viene coinvolto e responsabilizzato sul percorso di cura.
- Un modello estremamente valido nell'ambito dell'igiene orale

35

Metodi

PREVENZIONE INDIVIDUALE (carie + parodontopatie)

■ riduzione domiciliare della formazione della placca batterica

- dieta anti-carie (sostitutivi di zuccheri)
- aumento flusso saliva (masticazione non rimuove biofilm!)
- igiene orale (rivelatori, spazzolini, filo interdentale, CHX, etc.)
- scelta individuale per una motilità individuale!
- fluoroprofilassi (collutori, dentifrici, gel, lacca, pastiglie, sale)
- concentrazione fluoruro 0,1 mg sufficiente (?)
- eliminazione della placca batterica ogni due giorni → no carie e gengivite (*Lang et al. 2003*)

36

Metodi

PREVENZIONE INDIVIDUALE (carie)

■ riduzione professionale della formazione della placca batterica

- valutazione del rischio di carie (test saliva, *Str.mutans*)
- sigilli delle fessure dentali, DMFT 90 % delle carie (*Menghini 1997*);
- igiene orale professionale, IO trimestrale → no carie (*Axelsson 2007, Lindhe 2008*);
- PAA profilassi antimicrobica aggiuntiva, CHX + aminofluoruro (collutori, gel, lacca).

37

Metodi

PREVENZIONE INDIVIDUALE (parodontopatie)

■ riduzione professionale della formazione della placca batterica

- igiene orale professionale, terapia causale per gengiviti!
- durante la fase iniziale nella parodontoterapia, FMT/FMD conclude ogni fase di mantenimento;
- recall dipende dai fattori di rischio individuali;
- PAA profilassi antimicrobica aggiuntiva, CHX + aminofluoruro (collutori, gel, lacca);
- test polimorfismo del gene IL-1.

38

Metodi

PREVENZIONE INDIVIDUALE (parodontopatie)

■ riduzione professionale della formazione della placca batterica

- strumenti a mano (curettes)
- strumenti sonici ed ultrasonici
- strumenti rotativi per superficie e spazi interdentali
- fattori di rischio (♂, ↑ età, medicine, status socio-economico, diabete, tabagismo, immunodeficienza)

39

Metodi

PREVENZIONE INDIVIDUALE (parafunzioni + abitudini)

■ eliminazioni di fattori distruttivi

- erosioni (cibi acidi ed erosivi > 1µm, bulimia nervosa);
- pH + flusso saliva, cambiamento abitudini spazzolamento);
- abrasioni e difetti cuneiformi (sovraccarico), cambiamento di abitudini spazzolamento, eliminazione di stress;
- abrasione occlusale (pre-contatti, restauri non corretti, stress);
- placche, faccette, agopuntura, eliminazioni di fattori di stress;

40

Metodi

PREVENZIONE INDIVIDUALE (conservativa)

■ Tendere a conservare

- terapia minimal-invasiva
- air abrasion
- strumenti ottici
- micro-strumenti
- riparazione di restauri esistenti
- correzione diretta della morfologia dentale

41

Metodi

PREVENZIONE INDIVIDUALE (protesi)

■ guadagno del massimo comfort con il minimo danno iatrogeno

- 90% efficienza masticatoria da premolare e premolare (*Käser 1996, Steele 1997*);
- riduzione del 50% degli scheletrati non in uso (*Wetherell + Smales, 1980*);
- restauro fisso o amovibile (85% ↔ 40-60% dopo 10 aa.) (*Luthardt et al. 2000*);
- margini, mantenimento cresta alveolare, manutenzione (*Schätzle et al. 2001; Schwartz-Arad, Chaushu 1997; Walther 1990*).

42

Metodi

PREVENZIONE INDIVIDUALE (traumi)

■ proteggere i denti per godere lo sport

- placche diverse individuali (*Jost-Brinkmann et al. 2000*);
- placche diverse pre-confezionate (*Jost-Brinkmann et al. 2000*);
- «Dentosafe» (per denti lussati) (*Kirschner et al. 1997; Peters 2001*);
- coinvolgere associazioni sportive, medici sportivi e scuole

43

Metodi

PREVENZIONE INDIVIDUALE (ortodonzia)

■ gestione personalizzata del rischio individuale

- motivazione ed istruzione individuale (*Jost-Brinkmann et al. 1996*);
- utensili e particolari e sostanze per l'igiene domiciliare (*Zimmer et al. 2000*);
- "spazzolino chimico" CHX, fluoroprofilassi (*Heintze et al. 1999; Büyükyilmaz et al. 1997*);
- igiene orale professionale (air-flow con polvere di glicina) (*Petersilka et al. 2003*).

44

Metodi

PREVENZIONE COLLETTIVA (Tabacco, alcool e salute orale)

■ campagne contro tabagismo ed alcolismo

- 60% dei carcinomi orali sono associati al tabacco
- alterazioni della mucosa (leucoplacchie, carcinomi, leucodema, melanosì, fibrosi submucosa);
- mucosite da alcool, carcinomi (concausa ↑ permeabilità, combinazione in 95% dei carcinomi dell'epitelio pavimentoso pluristratificato).

45

Metodi

PREVENZIONE INDIVIDUALE E COLLETTIVA (Diagnosi precoce del carcinoma orale e delle precancerosi orali)

■ Il team odontoiatrico e la sua importanza

- principi basali della prevenzione (diagnosi e mezzi diagnostici);
- prevenzione del carcinoma :
 - primaria = informazione; ricerca e allontanamento dei fattori di rischio;
 - secondaria = diagnosi precoce delle precancerosi;
 - terziaria = dopo eliminazione del carcinoma.

46

Metodi

PREVENZIONE INDIVIDUALE E COLLETTIVA (diagnosi precoce di disgnazie)

■ controllo della dentatura decidua e permanente

- eliminazione precoce parafunzioni e malposizione mandibolare;
- stabilizzazione normofunzione e guida dei denti in eruzione;
- mantenimento e preparazione spazio per denti in eruzione;
- diminuzione ritenzione denti;
- guida dello sviluppo dello scheletro del massiccio facciale;
- regolazione delle basi apicali;
- riduzione degli effetti di sviluppi di disgnazie.

47

Metodi

PREVENZIONE DI GRUPPO E COLLETTIVA

■ Aspetti pedagogici ed informazione

- solo leggere
- solo ascoltare
- solo vedere
- vedere ed ascoltare
- spiegare da sé
- elaborare da sé

} Empowerment !

48

