

LA CHIRURGIA ORALE ED IMPLANTARE NEL PAZIENTE A RISCHIO MEDICO. INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO E VALUTAZIONE SISTEMICA

(SICOI)

**Responsabile del progetto:
dott Alfonso Caiazzo**

INDICE

1. Anamnesi
2. Valutazione del rischio medio
3. Trattamento dei pazienti a rischio medico
4. Bibliografia

1. ANAMNESI

Il paziente che deve essere sottoposto ad interventi di chirurgia orale e/o implantologia ha necessità di andare incontro ad un protocollo diagnostico e clinico al fine di individuare il suo stato di salute, le patologie sistemiche se presenti, le terapie mediche in atto, il livello di rischio relativo alla terapia odontoiatrica da eseguire.

La valutazione iniziale ha la funzione di diminuire sostanzialmente il rischio di complicanze provocate dall'intervento odontoiatrico e di programmare un piano terapeutico indicato per le condizioni generali del paziente.

Il workup del paziente chirurgico consiste di 3 fasi essenziali:

- anamnesi e studio della storia clinica – visita medica-esame obiettivo
- valutazione degli esami di laboratorio
- formulazione del corretto piano diagnostico e terapeutico

L'anamnesi è la raccolta di tutte quelle informazioni che ricostruiscono le modalità di insorgenza ed il decorso della patologia in atto, investigando inoltre sulle possibili predisposizioni genetiche del gruppo familiare verso l'insorgenza di determinati tipi di malattie

(anamnesi familiare).

L'anamnesi si divide in più parti, principalmente una familiare e una personale. L'anamnesi personale si divide a sua volta in fisiologica, patologica remota e patologica prossima.

Il questionario anamnestico è lo strumento più indicato, semplice ed utile da sottoporre al paziente per raccogliere tutti i dati generali in occasione della prima visita; quest'ultimo deve essere chiaro, semplice, dettagliato e comprensibile da chiunque.

ESAMI DI LABORATORIO standard

Prima di ogni procedura chirurgica o implantare, è fondamentale valutare gli esami di laboratorio del paziente, al fine di definire l'eventuale presenza di importanti patologie ed il grado di rischio medico, riducendo al minimo qualsiasi emergenza o pericolo per la salute dell'assistito.

Gli esami standard preoperatori più importanti sono:

- a) emocromo
- b) VES
- c) PT,PTT,INR
- d) glicemia
- e) azotemia e creatinemia
- f) GAMMA GT
- g) urine standard

A questi esami di primo livello possono essere associati tutti i parametri specialistici in riferimento alla particolare patologia rilevata dal profilo anamnestico o suggeriti dal sospetto clinico dopo l'esame obiettivo.

a) Emocromo

L'emocromo è un esame di laboratorio completo del sangue, che serve a determinare la quantità di alcuni tipi di cellule (eritrociti, leucociti, piastrine) e a determinare i livelli dell'ematocrito (HTC), e dell'emoglobina (Hb), fattore esplicativo dell'anemia, nonché diversi altri parametri del sangue.

I valori di riferimento sono:

- eritrociti (numero di GR per μL o mm^3 di sangue) =

4.000.000-5.500.000 (donna)

4.500.000-5.900.000 (uomo)

-*leucociti* (il numero di GB per μL o mm^3 di sangue) =4500-8500

-*emoglobina* (Hb-la quantità in grammi di Hb presente in un L o in un dL di sangue)=

13-17,5 g/dL (uomo)

12-15,5 g/dL (donna)

-*ematocrito* (Ht la percentuale del volume del sangue che è occupato dagli elementi figurati(Eritrociti,Leucociti e Piastrine)

36-47 (donna)

40-48 (uomo)

- *piastrine* (PLTS il numero di piastrine presenti nel campione esaminato per mm^3
(200.000-400.000)

b) VES

La VES o velocità di eritrosedimentazione (velocità di sedimentazione degli eritrociti) è un esame di laboratorio che si effettua sul sangue, reso incoagulabile e messo in una pipetta graduata di piccolo calibro in posizione verticale, determinando la velocità con cui i globuli rossi si separano dal plasma depositandosi sul fondo. Dopo 60 minuti si misura in millimetri l'altezza della colonna che si è formata.

La misura della VES ha principalmente tre scopi:

- segnalare la presenza di un processo infiammatorio
- controllare il decorso o lo stato di attività di una malattia
- individuare patologie occulte.

c) PT, PTT E INR

(vedi sezione " trattamento del paziente in terapia con anticoagulanti orali")

d) Glicemia

La glicemia è il valore della concentrazione di glucosio nel sangue.

Il suo valore può essere espresso con diverse unità di misura in mg/dl o in mmol/l: vengono considerati normali valori a digiuno compresi tra 60 mg/dl e 70 mg/dl (questi valori debbono essere controllati da un esperto, 60 potrebbe essere troppo basso) valori superiori a 126 mg/dl a digiuno potrebbe essere sintomo di diabete, mentre a due ore da un pasto il valore può salire a 150 mg/dl.

I valori di glicemia non sono costanti nel tempo perché dipendono dall'assunzione di cibi:

- *post prandiale*, il valore è compreso tra 130-150 mg/dl
- *durante il digiuno*, il valore può scendere a 60-70 mg/dl, se il valore rilevato è compreso tra 100-125, si ha un'alterata glicemia a digiuno, se il valore è superiore a 126 mg/dl è sintomo di iperglicemia.

e) Azotemia e creatininemia

L'azotemia indica la concentrazione nel sangue di azoto, prodotto di scarto del metabolismo proteico. Le proteine della dieta contengono mediamente 16 g di azoto ogni 100 g. Una parte di queste proteine può essere utilizzata dall'organismo per costruire nuove proteine. Il resto viene distrutto (o sostituisce proteine a loro volta distrutte). Teoricamente, l'azoto assorbito con la dieta, in un adulto sano, deve uguagliare quello escreto con l'urina.

La creatininemia è la concentrazione di creatinina nel sangue. La sua misurazione viene utilizzata in sede di esame diagnostico per comprendere lo stato e gli eventuali danni a livello renale.

f) Gamma GT

La gamma-GT (gamma-glutamiltanspeptidasi) è un enzima contenuto a livello microsomiale in molti organi: fegato, intestino tenue, milza, pancreas e reni. Le principali patologie o situazioni che determinano un aumento dei valori sono l'alcolismo, la cirrosi, la colestasi epatica e le epatopatie in genere (in particolare la steatosi), alcuni farmaci (barbiturici), la pancreatite e alcune forme tumorali. I valori variano normalmente fra 1 e 30 UI/l per gli uomini, fra 1 e 20 UI/l per le donne.

2. LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO MEDICO

Lo schema di valutazione del rischio medico prevede :

- classificazione del rischio medico in base al trauma operatorio;
- classificazione del rischio medico in base alle condizioni di salute del paziente;
- prevenzione e trattamento di emergenze.
- La valutazione del rischio medico viene effettuata considerando il tipo e la stadiazione della patologia sistemica, le terapie in atto e le interazioni farmacologiche.
- La valutazione del trauma operatorio si basa sui seguenti parametri:
- tipo di intervento(invasività, durata, dolore, ansia e stress operatorio, decorso post-operatorio, eventuali complicanze)

- piano terapeutico ideale e possibili alternative terapeutiche

Esistono 3 stadi di rischio medico del paziente in riferimento alla stadiazione della patologia:

- rischio ridotto = patologia compensata , stabile ed età del paziente < 60 anni; sono pazienti asintomatici con buona riserva funzionale e senza limitazione dell'attività, sotto controllo medico e buona risposta alla terapia;in questi pazienti è opportuno eseguire il normale trattamento senza limitazioni.
- rischio medio = patologia in stadio avanzato , in progressione , non studiata o dubbia,età inferiore ad 80 anni; in questo caso è opportuno eseguire terapie semplici, necessarie, attuando precauzioni specifiche.
- rischio elevato = patologie scompensate e potenziali emergenze con pericolo di vita ; in questi pazienti è controindicato il trattamento ambulatoriale , limitando le prestazioni a terapie palliative o d'urgenza inviando il paziente in centri ospedalieri.

Per ciò che concerne la valutazione del trauma operatorio dei trattamenti chirurgici possiamo individuare:

- terapie non chirurgiche
- terapie chirurgiche

Tra le terapie chirurgiche distinguiamo:

- terapie semplici= brevi interventi d'urgenza, necessari, privi di difficoltà, in una sede anatomica di semplice accesso (estrazioni isolate, curettage,drenaggio di ascesso) con trauma ridotto;
- terapie complesse= interventi di elezione in un'unica sede anatomica, durata maggiore di 30 minuti , rapida guarigione e decorso post-operatorio prevedibile (estrazioni multiple, estrazioni singole di denti in inclusione ossea, interventi con lembo, chirurgia endodontica, impianti singoli) con trauma moderato;
- terapie estese= interventi in più sedi , guarigione prolungata e decorso operatorio prevedibile con complicazioni(estrazioni multiple di denti in inclusione ossea, bonifica di un'arcata, impianti multipli, interventi estesi e complessi) con trauma elevato;

3. TRATTAMENTO DEI PAZIENTI A RISCHIO MEDICO

3.1 IL PAZIENTE CARDIOPATICO

I pazienti che giungono all'osservazione dell'odontoiatra con malattia cardiovascolare possono essere distinti nella maggioranza dei casi in base alla patologia primaria in :

- A. pazienti con aritmie
- B. pazienti sottoposti ad interventi di cardiocirurgia
- C. pazienti con insufficienza cardiaca
- D. pazienti con cardiopatia ischemica
- E. ipertensione arteriosa

A. Pazienti con aritmie cardiache = sono alterazioni del ritmo cardiaco causate da difetti di conduzione di diversa etiologia.

La sintomatologia può consistere in varianti asintomatiche , sintomatiche(con polso irregolare , palpitazioni, dispnea) e gravi (fibrillazione ventricolare, arresto cardiaco). La somministrazione dei vasocostrittori associati all'anestetico o la reazione adrenergica allo stress chirurgico durante una seduta odontoiatrica può scatenare gravi crisi di aritmia cardiaca e sincopi. L'uso di vasocostrittori va ridotto nei pazienti a rischio moderato a due fiale di anestetico con adrenalina 1:100000 e va evitato nei pazienti con rischio elevato.

Emergenza: le situazioni aritmiche più gravi e pericolose sono rappresentate dalla tachicardia ventricolare sostenuta, dalla tachicardia parossistica ad alta frequenza, dalla fibrillazione atriale parossistica e dal blocco atrioventricolare di terzo grado.

Un elemento importante è rappresentato dalla durata del disturbo. Se non recede spontaneamente dopo qualche minuto si instaura un deficit emodinamico pericoloso.

Le aritmie ipocinetiche sono caratterizzate da frequenza cardiaca bassa (minore di 40 battiti/min), mioclonie palpebrali, senso di svenimento, vertigini, lipotimia.

In questi casi è opportuno intervenire d'urgenza con il seguente protocollo:

- reclinare la poltrona
- sollevare le gambe
- misurare la pressione arteriosa
- somministrare atropina 0,5 mg endovena
- se la sintomatologia non regredisce sospettare un blocco atrioventricolare, specie se

compaiono convulsioni

- somministrare orciprenalina solfato 0,5 mg/1 ml
- chiamare il 118

Nei pazienti con aritmia ipercinetica, si rileva frequenza cardiaca elevata(maggiore di 200 battiti/min), cardiopalmo, ipotensione, subcianosi periferica, disturbi della coscienza, agitazione.

In questi casi è opportuno intervenire d'urgenza con il seguente protocollo:

- rilevare la frequenza del polso
- effettuare stimolazione vagale comprimendo i globi oculari o il seno carotideo
- somministrare verapamil 5-10 mg lentamente e.v.

B. *Pazienti sottoposti ad interventi di cardiocirurgia*

Gli interventi più frequenti sono costituiti dagli innesti di bypass coronarici per la cardiopatia ischemica, dalla protesi valvolari per la steno-insufficienza aortica o mitrale, dalla correzione di malformazioni congenite e dal pacemaker per le aritmie.

Gli interventi di chirurgia orale che inducono batteriemia possono determinare:

- endocarditi batteriche su valvole naturali con lesioni residue o su protesi cardiovascolari
- endoarterite infettiva su protesi vascolari

I pazienti candidati ad interventi di cardiocirurgia che presentino un elevato rischio di endocardite devono essere sottoposti preventivamente a valutazione odontoiatrica e bonificare le foci infettive. E' sempre opportuno estrarre i denti a prognosi incerta , scegliere protesi di tipo semplice e rimovibile, potenziare il supporto parodontale e di igiene orale.

Nei pazienti già operati è opportuno definire uno schema di profilassi in accordo con il cardiocirurgo in base alla tecnica utilizzata e dal tipo di intervento subito.

C. *Pazienti con insufficienza cardiaca*

Il quadro clinico rappresenta l'evoluzione comune di diverse patologie cardiache (miocardiopatia ischemica, ipertensione arteriosa ,cardiomiopatia, valvulopatie) e rappresenta una importante causa di mortalità. I segni dell'insufficienza cardiaca destra sono l'edema agli arti inferiori, il turgore delle giugulari, l'epatomegalia, l'ascite e la nicturia; l'insufficienza sinistra è caratterizzata da dispnea, ortopnea, asma cardiaco; la progressione della patologia determina l'insufficienza cardiaca congestizia (destra e sinistra). Questa condizione può

precipitare in presenza di interventi odontoiatrici, stress, lunghe sedute, dolore, vasocostrittori, aumento del sovraccarico di lavoro cardiaco. La presenza di una diminuita funzionalità epatica nella insufficienza cardiaca cronica diminuisce la metabolizzazione degli anestetici amidici (lidocaina) facilitando la comparsa di reazioni tossiche. L'interazione farmacologica tra vasocostrittori e digitale può precipitare crisi di aritmia. In questi pazienti deve essere modificata la posizione di lavoro (paziente seduto) in relazione alla tollerabilità del paziente (ortopnea) per ridurre la dispnea e l'ipossia che si verifica in posizione sdraiata a causa dell'aumento di ritorno venoso ai polmoni. I vasocostrittori vanno ridotti nei pazienti con rischio maggiore; evitati in presenza di terapia digitalica, per possibile interazione farmacologica. Devono essere limitati gli anestetici amidici a 2 fiale in presenza di epatopatia (cirrosi cardiaca) per evitare la possibile comparsa di tossicità da accumulo per diminuita metabolizzazione.

D. Pazienti con cardiopatia ischemica

I sintomi più importanti sono il dolore toracico retrosternale irradiato al braccio sinistro e il senso di oppressione solitamente precipitati dall'attività fisica o dallo stress. Lo stress ed il dolore conseguenti ad un intervento di chirurgia orale possono determinare un aumento della richiesta di attività cardiaca scatenando crisi acute di cardiopatia ischemica. Il rischio è aumentato soprattutto in presenza di altre patologie cardiovascolari (ipertensione arteriosa, aritmia, insufficienza cardiaca).

Il paziente con episodi di angina pectoris deve essere valutato con il seguente schema:

- indagare se vi siano stati cambiamenti recenti nella frequenza delle crisi, nella durata e l'entità (angina stabile o instabile)
- determinare quale sia la soglia in relazione all'esercizio fisico (angina da sforzo per esercizi moderati o impegnativi; angina spontanea);
- registrare i parametri vitali in condizioni di riposo (polso, pressione arteriosa)
- verificare altre patologie associate in grado di aumentare il rischio.

Nel paziente con episodio di infarto gli interventi di chirurgia orale vanno differiti a distanza di 6 mesi dalla fase acuta. Nei casi a rischio è opportuno eseguire solo gli interventi più semplici e necessari. Lo schema di trattamento da eseguire è il seguente:

- valutazione dei parametri vitali prima di iniziare le cure e nel corso della seduta (facies, frequenza, ritmo cardiaco e pressione arteriosa);
- mantenere polso e pressione arteriosa costanti durante il trattamento;
- rimandare l'intervento in presenza di affaticamento, ansia, aritmia;

Il trattamento dei pazienti con infarto del miocardio prevede la divisione del rischio in:

- RIDOTTO = pazienti con episodi di angina lieve o pregresso infarto superiore ad un anno dalla fase acuta. In questi casi è opportuno eseguire il normale trattamento senza limitazioni, riducendo lo stress e l'ansia.
- MODERATO = pazienti con episodi di angina moderata o pregresso infarto a 6-12 mesi dall'episodio acuto. In questi pazienti è opportuno limitare le attività alle terapie d'urgenza semplici e di breve durata, programmando gli interventi di elezione. L'uso dei vasocostrittori deve essere ridotto a non più di due fiale di anestetico con adrenalina 1:100000, la premedicazione con trinitina e la sedazione con assistenza anestesiologicala sono raccomandate.
- ELEVATO = pazienti con episodi di angina severa, pregresso infarti a meno di 6 mesi. In questi casi è consigliabile la sola terapia palliativa e farmacologica in accordo con il cardiologo curante, riservando le terapie di elezione solo in ambiente protetto. In caso di terapia d'urgenza ambulatoriale eseguire solo interventi semplici: non somministrare vasocostrittori; premedicare (sedazione, ossigeno, trinitrina); è raccomandata il trattamento in ambiente protetto (presenza di anestesista/rianimatore).

Emergenza= in caso di infarto miocardico acuto, è opportuno sospendere le manovre odontoiatriche, tenere il paziente in posizione semiseduta, slacciare il colletto della camicia e liberare il petto da ingombri o abiti, somministrare ossigeno con maschera oronasale e somministrare Trinitrina o Isosorbide dinitrato sublinguale, allertare una Unità di Rianimazione, incannulare una vena del braccio. In presenza di dolore toracico molto evidente somministrare morfina 5-10 mg e misurare la pressione arteriosa. Se compaiono segni di arresto cardiaco attivare le manovre di BLS.

E. pazienti con ipertensione arteriosa

La patologia è caratterizzata da un aumento della pressione arteriosa oltre i valori di 140/ 90 mmhg; il 90% dei casi è di origine sconosciuta (essenziale) mentre, meno frequenti risultano

le forme secondarie (nefropatie, patologie delle surrenali).

Le complicanze sono rappresentate da:

- cardiopatia ipertensiva
- dalla nefrangiosclerosi
- dalla retinopatia
- dalla encefalopatia cronica

Gli interventi di chirurgia orale e le terapie di elezione di lunga durata possono determinare fasi acute di ipertensione a causa dell'aumento della risposta adrenergica e del sovraccarico cardiaco con la possibilità di crisi ipertensive o il manifestarsi nefasto delle conseguenze più gravi(infarto del miocardio, ictus).

Le terapie con antipertensivi o sedativi possono causare ipotensione posturale, sincope e traumi da caduta. Le terapie antipertensive possono causare interazioni farmacologiche con i vasocostrittori associati all'anestetico. I farmaci betabloccanti possono interagire con i vasocostrittori causando ipertensione; il dosaggio dei vasocostrittori va quindi ridotto in questi pazienti a 2 fiale di anestetico con vasocostrittore 1:100000.

La valutazione odontoiatrica deve identificare il paziente a rischio che presenti:

- un' ipertensione di lunga durata
- valori pressori attuali elevati
- terapie polifarmacologiche e recenti aggiustamenti di posologia
- ipertensione in fase labile con crisi ipertensive
- episodi di ipotensione posturale.

Si deve rimandare qualsiasi intervento odontoiatrico in presenza di ipertensione molto severa; eseguire i soli interventi urgenti semplici con valori di ipertensione severa; le terapie di elezione vanno rimandate una volta ottenuto il controllo e stabilizzazione della patologia con terapia medica. Nel paziente con ipertensione moderata sotto controllo terapeutico e privo di complicazioni non si pongono limitazioni al piano di trattamento: attuando le precauzioni per ridurre lo stress (ansia e dolore); registrando i valori pressori a riposo come valore di raffronto per eventuali emergenze; ricontrollando la pressione arteriosa prima di ogni intervento.

Emergenza = I pazienti con crisi ipertensive possono manifestare cefalea, alterazioni del sensorio, confusione mentale, disturbi della parola, dispnea, tachicardia, distensione delle

vene del collo. E' opportuno in questi casi sospendere le manovre odontoiatriche e somministrare Nifedipina sottolinguale, Furosemide endovenosa, Clonidina. Ripetere la misurazione pressoria dopo 10 minuti e ripetere la somministrazione di Furosemide se necessario. Chiamare il 118 se compaiono complicanze cardiovascolari.

3.2 IL PAZIENTE CON DISTURBI DELLA COAGULAZIONE

Esami di laboratorio dell'emostasi

- Conta piastrinica: evidenzia la trombocitopenia, non sottolinea la funzionalità piastrinica
- Tempo di protrombina o di Quick (PT) : indaga la funzionalità della via estrinseca e comune della coagulazione. Il parametro può essere espresso in tre modi, i cui valori non sono strettamente sovrapponibili: in tempo (secondi), in unità internazionali INR (International Normalized Ratio) ed in tasso percentuale di attività protrombinica residua.
- Tempo di tromboplastina parziale (APTT) Studia tutti i fattori della coagulazione che contribuiscono alla generazione della trombina, tranne il fattore VII. Il valore normale è di 30-45 secondi e l'area di sicurezza è compresa tra i 40-50 secondi. Il tempo non dovrebbe scostarsi più di 8-10 secondi dal valore normale.

TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE (TAO)

L'assunzione di farmaci anticoagulanti, in particolare farmaci dicumarolici, è oramai molto diffusa e va monitorata in previsione di interventi di chirurgia orale ed implantare. Il parametro di valutazione oggettiva dello stato emocoagulativo del paziente è il test di protrombina che permette di calcolare l'INR(International Normalized Ratio). Il tempo di protrombina o tempo di Quick misura il tempo, espresso in secondi, necessario alla formazione del coagulo di fibrina quando al plasma del paziente si aggiungono tromboplastina e calcio. Il PT può essere espresso come INR formalmente definito come:

$$\text{INR} = (\text{PT paziente} / \text{PT media dei plasmi normali})$$

Tipologia di trattamento con anticoagulanti

Gli anticoagulanti orali rappresentano con l'eparina e gli agenti antiplastrinici le basi del trattamento farmacologico della patologia trombotica e tromboembolica; le indicazioni principali sono costituite dai pazienti con:

- protesi vascolari cardiache;
- flebotrombosi e tromboflebiti;
- fibrillazione atriale;
- embolia polmonare;
- malattie cerebrovascolari.

I dicumarolici (warfarina e l'acenocumarolo) per via orale sono i più comunemente utilizzati per la terapia continuativa, poiché alterano in modo cospicuo la via estrinseca della coagulazione inibendo la sintesi epatica dei fattori vit K-dipendenti. La regressione dell'effetto farmacologico dopo la sospensione della terapia richiede alcuni giorni (2-3 gg); il loro effetto è valutato con il Tempo di protrombina (PT) il cui valore per la maggior parte delle indicazioni è mantenuto entro 2-3 ui INR (range terapeutico 2-4,5 ui). L'eparina (sottocute, e.v.) interferisce sulla via intrinseca e altera in modo minore la coagulazione: ha un effetto breve (4-10 ore); è rapidamente antagonizzabile con solfato di protamina in caso di emergenza; è utilizzata in alternativa ai dicumarolici in caso di interventi di chirurgia generale, gravidanza, patologie acute (infarto miocardico, embolia polmonare, trombosi cerebrale); l'effetto prolunga l'APTT e le indicazioni terapeutiche prevedono un valore di 50-65 sec. (v.n. 25-40 sec).

Protocollo per i pazienti in schema TAO

- Controllare l'ultimo valore di INR, preferibilmente vicino al giorno del trattamento.
- Semplici interventi chirurgici, come estrazioni non complesse di 2 o 3 elementi, possono essere eseguiti con valori di INR compresi tra 1,5 e 3,5.
- Le anestesie tronculari sono controindicate.
- L'intervento deve essere il meno traumatico possibile, e coadiuvanti locali dell'emostasi [fibrina] possono essere utilizzati, benché non necessari.
- Nei pazienti che necessitano di chirurgia maggiore va effettuato il ricovero 48 ore prima dell'intervento, si può pensare di modificare la terapia, in accordo con l'ematologo.
- In caso di sanguinamento post-chirurgico non è indicata la somministrazione di vitamina K perché annulla l'effetto della cumarina, ma qualora non se ne possa fare a meno, non deve superare la dose di 10 mg.
- In caso d'emergenza può essere somministrato l'acido tranexamico per controllare l'emorragia.
- La detartrasi e una accurata igiene orale nei giorni precedenti l'intervento sono utili nel

ridurre la flogosi e di conseguenza il sanguinamento.

Il trattamento proposto nel periodo peri-operatorio dipende dal rischio di emorragia e dal tipo d'intervento da eseguire:

- Estrazioni dentarie semplici

L'intervento può essere eseguito senza modificare la TAO a condizione che i valori di INR siano compresi tra 2 e 3,5. La gestione del paziente cronicamente anti-coagulato nel periodo peri-operatorio deve essere rivolta al corretto bilanciamento del rischio di sanguinamento a fronte del rischio di trombosi conseguente alla sospensione della terapia anticoagulante.

Interventi di elezione

Nel caso di elevato rischio emorragico è necessario seguire un protocollo che preveda la sospensione dell'anticoagulante e la sua sostituzione con l'eparina (EBPM= Eparine a Basso Peso Molecolare). Essendo più breve l'emivita dell'eparina e più prevedibile il suo effetto farmacologico, sarà più semplice la gestione del caso.

Il protocollo da seguire prevede di:

- Sospendere l'anticoagulante 5 giorni prima della terapia e monitorare quotidianamente l'INR
- Iniziare EBPM 4 giorni prima dell'intervento se in trattamento con Sintrom, 3 giorni prima se in trattamento con Warfarin, a dosi terapeutiche.
- Sospendere l'eparina 12 ore prima dell'intervento con controllo dell'INR che deve essere inferiore a 1,5
- Riprendere EBPM e l'anticoagulante orale 12 ore dopo l'intervento, fino al ritorno dell'INR ai valori desiderabili, salvo l'insorgere di complicanze emorragiche o qualora il chirurgo ritenga vi sia un rischio troppo elevato di sanguinamento. La dose di anticoagulante deve essere al 50 % superiore di quella abituale per i primi 2 giorni.

L'eparina a Basso Peso Molecolare viene somministrata generalmente per via sottocutanea preferibilmente con mono-somministrazione quotidiana. Se l'eparina viene somministrata per più di 5 giorni, la conta piastrinica va tenuta sotto controllo perché può causare trombocitopenia. Il suo effetto terapeutico si esaurisce in genere dopo 6 ore dalla sospensione della terapia, anche se eparine a più basso peso molecolare, come la bemiparina, o l'enoxeparina, hanno un tempo d'azione più lungo. La scelta del tipo di eparina

da utilizzare e della relativa quantità da somministrare viene effettuata tenendo conto di alcuni fattori:

- Quantificazione del rischio relativo alla patologia di base
- Quantificazione del rischio relativo al tipo di trattamento da effettuare
- Emivita del farmaco
- Peso del paziente

Dall'analisi dei precedenti parametri si può valutare la necessità di somministrare una terapia eparinica individualizzata alle esigenze del paziente o rilevare la possibilità di attenersi a dei dosaggi standard.

Emergenza= L'emergenza è rappresentata dalla emorragia e il trattamento varia in relazione alla entità e gravità; è obbligatoria la consulenza cardiologica o ematologica urgente nei casi non controllabili con misure locali.

Procedure locali in caso di RISCHIO MODERATO

- Non intervenire in presenza di infezioni locali acute in atto (ridurre l'iperemia e vasodilatazione da flogosi);
- Ridurre il trauma chirurgico (incisione, scollamento accurato lungo i piani anatomici evitando lacerazioni e sezione di vasi);
- Irrigare la ferita con antifibrinolitici (10 ml. acido tranexamico 5%);
- Sutura per contenere il coagulo;
- Compressione locale prolungata con garza imbevuta con antifibrinolitico (>15-30 min.);
- Impacchi di ghiaccio;
- Sciacqui orali con antifibrinolitico (acido tranexamico 4 volte al giorno per 2 min. per 7 gg.);
- Istruzioni al paziente (evitare sostanze che causano iperemia come alcool, tabacco, cibi caldi; evitare suzioni e sciacqui energici e usare dieta semiliquida per evitare di rimuovere il coagulo).

Procedure aggiuntive locali in caso di RISCHIO ELEVATO

- Supporto meccanico intralveolare del coagulo (garze di cellulosa ossidata, spugna di gelatina, compresse di collagene), imbevute di antifibrinolitico o trombina.
- Profilassi antibiotica per evitare l'infezione del coagulo e la fibrinolisi per azione di enzimi batterici (streptochinasi)

- Terapia antidolorifica con paracetamolo o altri farmaci che non interferiscano con la coagulazione

3.3 IL PAZIENTE ALLERGICO

Qualunque sostanza è potenzialmente allergenica, ed in particolare tra i farmaci utilizzati comunemente in odontoiatria si riconosce un elevato potere antigenico ad alcuni antibiotici (betalattamici, sulfonamidi, tetracicline), all'acido acetilsalicilico e ad alcuni FANS.

Tra i materiali odontoiatrici un maggior potere allergenico è riconosciuto ad alcune sostanze: lattice; nickel; sostanze contenute nella gomma dei materiali da impronta (acceleratori, antiossidanti); materiali acrilici per protesi (monomero libero di metil-metacrilato); disinfettanti e antisettici; conservanti e antiossidanti contenuti nell'anestesia (metilbisolfito, paraben).

Allergia ai farmaci(valutazione del rischio)

RISCHIO RIDOTTO

- Non ci sono limitazioni all' utilizzo di farmaci;
- Assicurare nello studio odontoiatrico la pronta disponibilità di farmaci per l'emergenza;

RISCHIO MODERATO

- Pregresse reazioni lievi o moderate a singoli farmaci identificati;
- Identificare il farmaco con l'anamnesi;
- Evitare farmaci causa di reazioni pregresse;
- Evitare farmaci con analogie strutturali (reattività crociata).

RISCHIO ELEVATO

- Pregresse reazioni gravi o moderate a farmaci nel corso di cure odontoiatriche;
- Inviare all'allergologo per l'identificazione dell'allergene;
- Ospedalizzare per interventi necessari d'urgenza

Allergia agli anestetici

Nel caso in cui è noto l'anestetico nei confronti del quale è comparsa la reazione allergica:

- Usare un anestetico privo di analogie strutturali e conservanti (metilparaben);
- Assicurare la rapida disponibilità di farmaci d'emergenza (adrenalina, antistaminici, corticosteroidi);
- Iniettare una goccia nella sede da anestetizzare (aspirare prima di iniettare per evitare una iniezione endovascolare);

- Attendere 5 minuti e quindi, in assenza di reazione, eseguire la normale dose di anestesia e procedere con la terapia;

Allergia agli antibiotici

La penicillina e i suoi derivati sono i farmaci di prima scelta nelle infezioni oro-dentali; il loro utilizzo può predisporre in diversi casi a reazioni allergiche.

Le raccomandazioni nella somministrazione sono:

- Indagare con l'anamnesi su precedenti episodi allergici al farmaco;
- Prescrivere di preferenza le penicilline per via orale
- Avvertire il paziente sulle modalità di comparsa di eventuali sintomi e segni di allergia;
- In caso di somministrazione della prima dose in studio controllare il paziente per i 30 minuti successivi;
- In presenza di allergia confermata prescrivere eritromicina e clindamicina;

Emergenza= lo shock anafilattico è l'emergenza più grave in riferimento alla somministrazioni di farmaci. I sintomi sono tachicardia, stridore laringeo, orticaria, nausea, cefalea e successivamente ipotensione, aritmia, broncospasmo, angioedema, cianosi, vomito, diarrea, tremori, atonia degli sfinteri, perdita di coscienza ed arresto respiratorio. In questi casi l'intervento tempestivo può salvare la vita del paziente. E' indispensabile creare un accesso venoso ed immediatamente somministrare adrenalina 0,25 -1 mg ev, idrocortisone 1g, fleboclisi 1000, 1500 cc, solbutamolo spray e ossigeno. Attivare sempre il 118.

3.4 IL PAZIENTE DIALIZZATO

Lo scopo della dialisi consiste nell'eliminare i cataboliti, accumulati a causa della insufficiente funzione renale, filtrando il sangue del paziente con una membrana semipermeabile.

La dialisi peritoneale è talvolta utilizzata, nelle forme meno gravi di insufficienza renale cronica (IRC), come tappa intermedia prima di passare all'emodialisi. Il procedimento consente una maggior libertà al paziente ma presenta il rischio di peritonite. E' un procedimento più lento e meno efficace della emodialisi.

L'emodialisi rappresenta la terapia di scelta ma è un trattamento cronico che limita considerevolmente la qualità della vita poiché il paziente esegue due-tre sedute settimanali eseguite a giorni alterni e della durata di 3-5 ore ciascuna.

La tecnica richiede la formazione attraverso un intervento chirurgico di una fistola artero-

venosa permanente nel braccio; il sangue prelevato dalla fistola con una cannula viene filtrato attraverso l'emodializzatore e reimpresso, sempre attraverso la-stessa fistola, nel paziente; al fine di mantenere fluido il sangue il paziente riceve eparina.

Il paziente dializzato che necessita di interventi odontoiatrici presenta le seguenti problematiche:

- la somministrazione di eparina attuata nel corso della seduta di emodialisi favorisce la diatesi emorragica postchirurgica (nonostante la metabolizzazione del farmaco avvenga nel corso di 4-6 ore);
- va effettuato un controllo costante della pressione arteriosa dilatando l'intervento almeno di 6-8 ore dopo la dialisi ed eventualmente somministrare solfato di protamina;
- il braccio portatore della fistola non deve essere utilizzato per nessuna altra procedura profilattica o di emergenza;
- si devono scegliere nel post-operatorio farmaci a metabolismo epatico;
- la profilassi antibiotica, non sempre indicata, deve essere effettuata nei primi 3 mesi dopo l'approntamento della fistola e dosata in base alle situazioni individuali;
- controllare sempre il dosaggio dei farmaci definiti a dosaggio usuale (metronidazolo, clindamicina, anestetici amidici , benzodiazepine, narcotici) o a dosaggio supplementare (amoxicillina, doxiciclina...).

3.5 PAZIENTE TRAPIANTATO (TRAPIANTO RENALE)

I trapianti d'organo possono essere effettuati per diversi apparati (cuore, fegato, rene, pancreas, cuore polmoni, intestino, midollo osseo). Le linee guida per il paziente trapiantato possono essere applicate a tutti i tipi di trapianto, ma il paziente che maggiormente viene a contatto con l'odontoiatra è il paziente che ha ricevuto un trapianto renale.

La terapia immunosoppressiva ha permesso di aumentare le percentuali di successo e l'associazione di farmaci più comunemente utilizzata è costituita dalla ciclosporina, dall'azatioprina e dal prednisone. Le complicanze mediche nel paziente sottoposto a trapianto sono numerose: il rigetto acuto o cronico che è evidenziato dalla comparsa di una insufficienza d'organo; gli effetti collaterali dei farmaci come la depressione del midollo osseo, il rischio di trombosi, etc.

1. I pazienti candidati a trapianto renale devono essere sottoposti a valutazione della situazione orale e va programmato un piano di trattamento che rafforzi l'igiene orale, elimini i foci infettivi e ristabilisca una valida funzione masticatoria. Tale piano di trattamento costituisce peraltro una prassi consolidata nei centri di trapianto.
2. Il periodo di sei mesi successivi al trapianto d'organo sono contraddistinti da un elevato rischio di complicanze a causa dell'elevato livello di immunosoppressione farmacologica; il trattamento odontoiatrico va limitato alla terapia farmacologica ed agli interventi palliativi di urgenza, con limitata invasività, previa consulenza nefrologica.
3. Eventuali patologie orali (mucosite, ulcere) possono essere trattate con anestetici topici (lidocaina viscosa) o una sospensione a base di antistaminici miscelati con antiulcerosi (sucralfato, idrossido di alluminio) applicati localmente prima dei pasti per ricoprire le ulcere e fornire sollievo al dolore permettendo al paziente di mangiare.
4. Il trattamento dei pazienti con rigetto d'organo è rapportato al grado di insufficienza renale e limitato agli interventi d'urgenza.
5. Il protocollo di trattamento per i pazienti con trapianto renale funzionante e stabile presentano un protocollo di trattamento specifico:
 - Programmare richiami periodici per il controllo e l'igiene orale ogni 3-6 mesi; eseguire il trattamento delle nuove patologie orodentali in base alle necessità e richieste del paziente
 - Nei pazienti in terapia steroidea prolungata a basso dosaggio si deve considerare la necessità di prescrivere una terapia supplementare (raddoppiare la dose giornaliera il giorno dell'intervento) per interventi caratterizzati da elevato stress; le terapie corticosteroidi ad alto dosaggio, invece, non richiedono alcuna integrazione.

A. Preparazione al trapianto

Valutare la situazione orale

Terapie di routine ed elezione per eliminare i foci infettivi e consentire una adeguata alimentazione

(estrarre denti con patologie progressive e/o non trattabili; terapia protesica e conservativa)

Adeguare la terapia al grado di insufficienza renale

B. Periodo immediato post-trapianto (6 mesi)

Controindicate le terapie di elezione

Prescrivere terapia medica palliativa in caso di emergenza

Erogare le terapie necessarie di routine e non procrastinabili previa consulenza nefrologica

C. Trapianto stabile

Richiedere consulenza nefrologica

Disporre di esami di laboratorio recenti (emocromo e test della coagulazione)

Controllare la pressione arteriosa

Evidenziare sintomi e segni orali di eccessiva immunoppressione (candidosi, herpes)

Aggiustare la posologia di farmaci ad escrezione renale in relazione alla funzionalità renale

Evitare farmaci nefrotossici

Valutare la necessità di profilassi antibiotica (non necessaria di norma)

Valutare la necessità di terapia corticosteroidica supplementare

Eseguire trattamento odontoiatrico secondo necessità e richieste del paziente

4.6 IL PAZIENTE DIABETICO

Il diabete mellito è definito “un gruppo di malattie metaboliche caratterizzate da iperglicemia”.

Alla base di queste malattie si pone la mancanza assoluta o relativa di insulina, la ridotta sensibilità all'azione dell'insulina o l'associazione delle due precedenti condizioni.

La diagnosi di diabete viene posta in seguito al riscontro di almeno una di queste condizioni:

- 1) glicemia a digiuno ≥ 126 mg/dl (digiuno è l'assenza di apporto calorico da almeno 9 ore);
- 2) glicemia ≥ 200 mg/dl in occasione di misurazioni casuali, effettuate cioè in qualunque momento della giornata indipendentemente dall'assunzione di calorie, associata a sintomi di diabete (poliuria, polidipsia e perdita di peso senza causa apparente);
- 3) glicemia ≥ 200 mg/dl in corso di test di tolleranza al glucosio.
- 4)

Esistono 4 forme di diabete:

- tipo I (in passato definito giovanile o insulino-dipendente);
- tipo II (in passato definito dell'adulto o non insulino-dipendente), è la forma più comune;
- tipo III associato a patologie di diversa natura (genetiche, infettive, neoplastiche);
- tipo IV insorge durante la gravidanza (diabete gestazionale).

Nello piano di trattamento odontoiatrico è opportuno valutare se la glicemia del paziente sia adeguatamente controllata, a prescindere dalla forma di diabete da cui è affetto. Se la glicemia è normale, il paziente può essere sottoposto a qualunque cura odontoiatrica. Se, invece, il paziente è scompensato con valori di glicemia elevati l'intervento dovrebbe essere rinviato e il paziente va inviato al diabetologo.

Il diabetico scompensato presenta maggiore suscettibilità alle infezioni e un ritardo di guarigione delle ferite. Se al momento dell'intervento il paziente presenta valori di glicemia ridotti, è necessario somministrare glucosio al fine di prevenire l'insorgenza di una crisi ipoglicemia e rimisurare la glicemia.

Nel periodo perioperatorio il pericolo principale per un soggetto diabetico è l'ipoglicemia. Infatti, le conseguenze di uno stress o di un trauma operatorio si manifestano con maggiori richieste di insulina.

Al fine di prevenire una crisi ipoglicemica è indicato programmare l'appuntamento in prima mattinata, dopo la colazione e l'assunzione dei farmaci (insulina) e non modificare l'orario del pranzo; non fare aspettare a lungo il paziente in sala d'attesa per non aumentare lo stress; avere a disposizione zucchero o bevande zuccherate.

Nei pazienti compensati non è indicata la somministrazione profilattica di antibiotici in occasione di interventi chirurgici ad eccezione della chirurgia implantare; a differenza, la profilassi antibiotica va assolutamente prescritta nei diabetici scompensati. L'antibiotico di prima scelta è la amoxicillina, associata a sciacqui con clorexidina 0.12%. Non esistono controindicazioni alla prescrizione dei farmaci di uso odontoiatrico in un paziente diabetico. Tra i farmaci che potenziano gli effetti degli ipoglicemizanti orali ricordiamo l'aspirina e i farmaci che agiscono sul sistema del citocromo P450. Altri farmaci da evitare sono le tetracicline ed i corticosteroidi.

BIBLIOGRAFIA

Becker DE: Preoperative medical evaluation part 1: general principles and cardiovascular

considerations:Anesth Prog Vol 56:92-102

Callahan AM, Marangel LB, Ketter TA: Evaluating the clinical significance of drug interactions: a systemic approach .Harv Rev Psychiatry4,153:-8;1996

Finucane BT .Allergies to local anesthetics-the real truth.Can J Anaesth 50(9):869-74;Nov 2003

Hirsh J ,Levine M. Confusion over the therapeutic range for monitoring oral anticoagulant therapy in North America.Thromb Haemost 59;129-132;1988

HARRISON: Principi di medicina interna, Ed. Mc Graw-Hill, Libri Italia, Milano,1992.

MALAMED S:. Medical emergencies in the dental office, Mosby Ed., 1993.

Oates TW ,Dowells, Robinson M:Glycemic control and implant stabilization in type 2 diabetes mellitus .J Dent Res 88 (4):367-71;apr 2009

Scully C, Diz Dios P, Lumar N.Special care in dentistry :hanbook of oral health care .Edinburgh ,Scotland ,Elsevier Churchill Livingstone,2007

Taylor GW ,Burt BA, Becker ,Genco R:Non insulin dependent diabetes mellitus and alveolar bone loss progression over 2 years. J Periodontal 69 (1):76-83:Jan1998

Vernillo A.Dental consideration for the treatment of patients with diabete mellitus.J.Am Dent Assx 134; 24-34 ;2003

BaroneA,BianchiA e al, Manuale di Chirurgia Orale , Elsevier,2011

