



GUIDA PER IL PAZIENTE E PER LA
FAMIGLIA

PROBLEMATICHE ORALI
NEL PAZIENTE IN
ATTESA DI TRAPIANTO
D'ORGANO

Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

Con grande piacere ed orgoglio presento questo volume dedicato alle patologie del cavo orale ed alla loro prevenzione nei pazienti in attesa di trapianto d'organo, curato dal dott. Gaetano Castronovo, dalla dott.ssa Costanza Frattini, dal dott. Umberto Vio e dal dott. Jacopo Toso, tutti professionisti di grande spessore e profilo clinico, didattico, di ricerca ed umano.

Il testo riporta la sintesi di un progetto cresciuto negli anni e che sempre più sta dimostrando tutta la sua importanza e valenza, non solo nel migliorare la qualità della vita dei pazienti, ma anche nell'innalzare il livello di salute, nel ridurre le terapie necessarie (ed i relativi costi) ed in ultima analisi nell'implementare la prognosi dei nostri pazienti.



*Prof. Roberto Di Lenarda
Magnifico Rettore
Università degli Studi di
Trieste*

A nome di tutti i trapiantati di cuore rivolgo un grazie particolare al prof. Roberto Di Lenarda, al dott. Gaetano Castronovo ed alla dottoressa Elisa Ritossa per il grande impegno che hanno profuso nella stesura del manuale per i pazienti in attesa di trapianto che soffrono di malattie dell'apparato boccale.

Da tanti anni la Clinica Odontoiatrica e Stomatologica del Maggiore di Trieste ha preso a cuore il mondo dei trapiantati d'organo e, unica realtà in Italia, propone a tutti coloro che sono in fase di pre, intra e post trapianto delle soluzioni personalizzate per i tanti problemi che assillano i pazienti.

L'ACTI FVG e L'ACTI Italia sono e saranno sempre vicini ai professionisti che operano con abnegazione e con vero spirito di servizio, prima come educatori e poi come medici.



*Nevio Toneatto
Presidente ACTI Italia*

Ricordare una persona che non c'è più è un'attività mai facile e comunque riduttiva, parlo della dottoressa Franca Pellini Gabardini, Assistente Sociale all' Ospedale San Carlo di Milano fondatrice nel 1972 della Associazione Nazionale Emodializzati Dialisi e Trapianto

Onlus, (ANED).

“La missione della nostra Associazione è quella di aiutare a risolvere i problemi dei malati in dialisi, dei trapiantati e di chi soffre di insufficienza renale a livello nazionale, perché, ricordiamolo ancora una volta, i problemi dei malati sono uguali in tutta Italia e devono essere risolti a priori per una questione di giustizia sociale”.

Il nostro benessere dipende in gran parte della salute dei nostri organi quando funzionano bene, quando invece la loro funzione è compromessa si devono accettare dei vincoli a volta molto pesanti, semplicemente per rimanere in vita. Vincoli che condizionano pesantemente ogni aspetto della vita, dal lavoro ai viaggi, dai rapporti familiari all'utilizzo del tempo libero. Per fortuna, oggi, per molte malattie croniche dove la terapia farmacologica ha fallito, il trapianto può dare una nuova prospettiva di vita. Si parla molto dei progressi della medicina in materia di trapianto e poco di donazione di organi, come se i primi possano esistere a prescindere dai secondi, ma non esiste trapianto se non c'è donazione.

Siamo giunti alla terza edizione di questa importante pubblicazione, aggiornata e attuale, che può essere una guida di informazione sanitaria al pari di: “Problematiche orali nel paziente trapiantato d'organo”.

Il Comitato Regionale Aned-Fvg ringrazia di cuore il Direttore della Clinica di Chirurgia Maxillofacciale e Odontostomatologia dell'Università degli Studi di Trieste, il prof. Roberto Di Lenarda, per l'attenzione che negli ultimi quindici anni di attività ha rivolto a tutti i pazienti trapiantati d'organo . Tutto il personale della Clinica per il quotidiano ed enorme impegno clinico-assistenziale a favore dei pazienti, ed in particolare il dr. Gaetano Castronovo, responsabile del Progetto, e la dr.ssa Costanza Frattini, igienista dentale, che hanno anche contribuito alla redazione di tale pubblicazione.

*ANED continuerà a rappresentare ed auto-tutelare tutti i pazienti con forza e determinazione perché **“ogni paziente ha il dovere di lottare per conquistare i propri diritti”**; grazie a questi principi, dopo 47 anni ANED è ancora più che mai viva.*

*Il Segretario Regionale Aned Fvg
Cav. Leo Udina*



**Associazione Nazionale Emodializzati
Dialisi e Trapianto - ONLUS**

Medaglia d'Oro al Merito della Sanità Pubblica

La normativa nazionale in materia di assistenza odontoiatrica è costituita principalmente dal D.lgs. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni, che definisce i criteri per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza (L.E.A.) e dal DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

Tali disposizioni nazionali prevedono che l'assistenza odontoiatrica a carico del SSN sia limitata a:

- ✚ programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva (0-14 anni)
- ✚ determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità.

Quest'ultima è riconosciuta a quelle persone affette da gravi patologie, le cui condizioni di salute possono essere gravemente compromesse da una patologia odontoiatrica concomitante; in questa categoria infatti, rientrano anche i pazienti in attesa di trapianto e post-trapianto.

La regione Friuli Venezia Giulia mette a disposizione un servizio per cui le cure odontostomatologiche vengono garantite a questi pazienti. Per quanto concerne la nostra attività, la Clinica Odontoiatrica e Stomatologica dell'Ospedale Maggiore di Trieste, dà la possibilità alle persone trapiantate d'organo o in attesa del trapianto, di sottoporsi a terapie di prevenzione, a cure odontoiatriche e di entrare a far parte di un programma di supporto che permette di monitorare nel tempo la salute orale.

Il trapianto, che dal punto di vista chirurgico ha oramai raggiunto livelli di eccellenza, permette non solo di ripristinare la funzione di un organo che è stata completamente compromessa, ma anche di riportare uno stato di benessere al paziente che ha vissuto un periodo complicato anche dal punto di vista psicologico. Nel periodo di attesa sono predominanti i disturbi fisici della malattia e i cambiamenti delle proprie

abitudini, a partire dall'ambito familiare, a quello lavorativo e sociale che quindi condizionano molti aspetti della vita quotidiana.

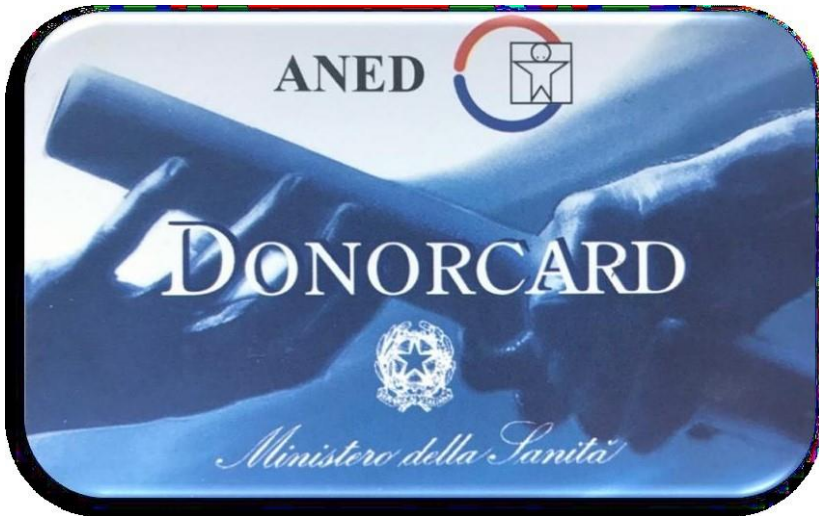
I pazienti valutati clinicamente idonei al trapianto vengono inseriti in una lista d'attesa che segue determinati criteri di assegnazione degli organi tra cui la gravità della patologia, la compatibilità dell'organo, il gruppo sanguigno, l'età e il tempo di attesa in lista.

Alla base del trapianto c'è la donazione, un atto volontario, consapevole, gratuito e anonimo, oltre che di grande valore etico. Nonostante il lavoro di informazione e sensibilizzazione però l'offerta di organi rimane inferiore rispetto alle richieste di trapianto, ed è proprio questo, a determinare la formazione delle liste.

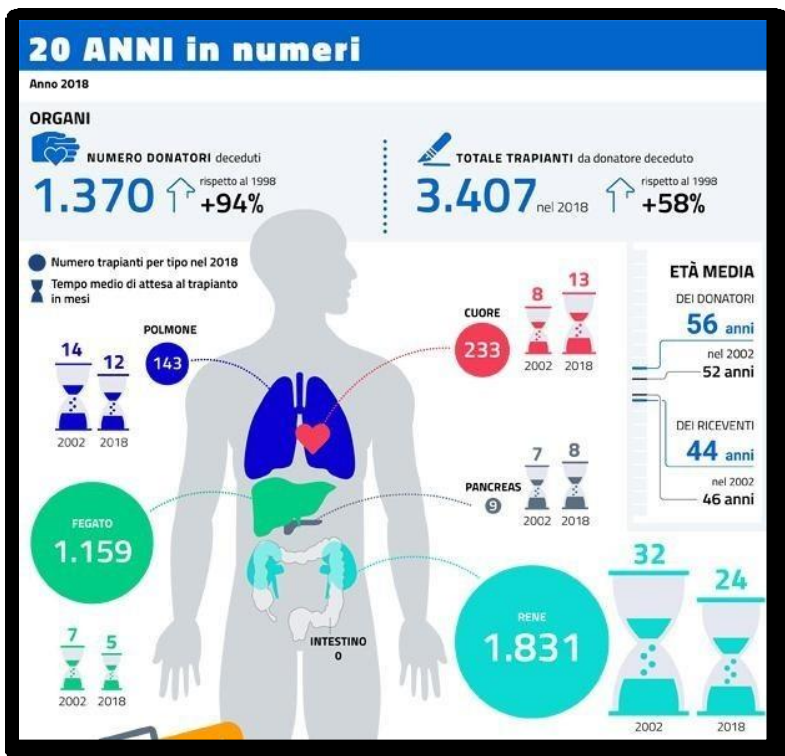
La donazione può avvenire in vita come quella del sangue, del midollo, di alcuni organi quali reni, polmoni, fegato, al momento del parto quella del sangue del cordone ombelicale, oppure da cadavere nel caso di persone decedute per lesioni cerebrali irreversibili (emorragia, trauma cranico, aneurisma ecc.) o per prolungato arresto circolatorio, ovviamente in assenza di malattie.

Sono stati stabiliti dei limiti di età, intorno ai 55-65 anni per la donazione di cuore, polmoni e pancreas, mentre non esiste nessuna limitazione per quanto riguarda i reni, il fegato e le cornee.

Non esistono neanche limiti di età per esprimersi o cambiare idea sulla donazione, e nel caso in cui, la persona non abbia rilasciato una dichiarazione in merito in vita, il prelievo è consentito solo se i familiari aventi diritto (nell'ordine: coniuge non separato, convivente more uxorio, figli maggiorenni e genitori) non si oppongono. Per i minori sono sempre i genitori a decidere, e, se anche solo uno dei due è contrario, il prelievo non può essere effettuato.



Grazie all'istituzione del "Registro Nazionale per le attività di prelievo e trapianto" presso l'Istituto Superiore di Sanità, è stato possibile monitorare l'andamento delle attività di trapianto su tutto il territorio nazionale. Il risultato è che la rete trapiantologica italiana è cresciuta esponenzialmente ed è diventata un'eccellenza del Servizio Sanitario Nazionale. Dal 1998 ad oggi, prendendo in considerazione solamente le donazioni da persone decedute, queste ultime sono aumentate del 94% e c'è stata una crescita dei trapianti del 54%.



E' stata dimostrata da numerosi studi scientifici una stretta correlazione tra la salute generale e la cavità orale, per questo si ritiene di fondamentale importanza seguire da un punto di vista odontoiatrico i pazienti dalla fase pre a quella post trapianto.

Lo scopo iniziale è quello di eliminare tutti i foci infettivi odontogeni che potrebbero causare infezioni locali o sistemiche, le quali, non solo risulterebbero difficilmente controllabili una volta assunta la terapia immunosoppressiva, ma, potrebbero addirittura danneggiare l'organo trapiantato e, nei casi più gravi, causarne il rigetto.

Che cosa sono i “foci odontogeni”?

Quando si parla di foci infettivi dentari si intendono le infezioni odontogene croniche a carico della dentatura permanente.

FOCI INFETTIVI CRONICI ODONTOGENI

Patologie della polpa dentaria:

- ✚ denti vitali con danno pulpare
- ✚ necrosi della polpa dentaria
- ✚ parodontiti apicali croniche
- ✚ trattamenti endodontici incompleti

Osteiti:

- ✚ osteiti acute e ascessi periapicali
- ✚ osteiti residue
- ✚ osteiti sclerosanti

Parodontopatie:

- ✚ Gengiviti
 - ✚ Parodontiti
- Residui radicolari
- Corpi estranei
- Sinusiti odontogene

Malposizioni dentarie

- ✚ Pericoronariti dei denti del giudizio
- ✚ Cisti radicolari e residue
- ✚ Denti inclusi (con o senza cisti follicolari)

Granulomi periapicali

Una carie profonda e non trattata, una frattura o un trauma dentale, una terapia canalare incompleta possono portare alla formazione di un granuloma periapicale. Nella maggior parte dei casi i responsabili sono i batteri, che, raggiungendo i tessuti all'apice del dente, determinano la formazione di una lesione, visibile solamente all'esame radiografico. Trattandosi di una lesione cronica, molto raramente presenta dei sintomi, che potrebbero essere limitati ad una lieve sensibilità alla masticazione o alla percussione dell'elemento, anche se, anche a distanza di anni l'infezione potrebbe riacutizzarsi e manifestarsi con un dolore acuto e ben localizzato.

La sua eliminazione avviene di solito tramite la cura canalare, ma, nel caso in cui il dente risulti troppo compromesso, (ad es. per una carie distruttiva o per l'associazione con altre patologie come una parodontite grave), la terapia di scelta sarà l'estrazione.



Granuloma periapicale

Residui radicolari

Pazienti che non si sottopongono a visite periodiche possono presentarsi all'esame obiettivo con residui radicolari in arcata. Può accadere in seguito ad una carie penetrante con necrosi pulpare, al cedimento della struttura dentaria o a causa di un trauma. Non vanno sottovalutati in quanto serbatoio di batteri che potrebbero portare non solo all'infiammazione dei tessuti parodontali superficiali ma anche di quelli profondi causando granulomi, cisti e osteiti. Il trattamento, quando possibile, è di tipo protesico; anche in questo caso, se l'elemento è troppo compromesso si eseguirà l'estrazione dello stesso.



Residuo radicolare

Malposizioni dentarie

Le malposizioni dentarie a cui si fa riferimento sono quelle dei terzi molari. Quando questi elementi non sono completamente erotti e di conseguenza sono difficilmente detergibili, è possibile che si venga a formare un'infezione del tessuto che circonda la corona dell'elemento detta pericoronarite. I batteri presenti nel cavo orale penetrano all'interno dello spazio tra dente e gengiva determinando il processo infiammatorio. I sintomi sono una gengiva arrossata, gonfia e dolente; il dolore a livello dell'angolo della mandibola può aumentare di intensità durante la masticazione ed inoltre può irradiarsi fino all'orecchio.



Pericoronarite

Ascesso

L'ascesso dentale è un accumulo di materiale infiammatorio racchiuso nei tessuti che circondano la radice di un dente (gengiva, osso o polpa dentale). Di solito è causato da infezioni batteriche che si propagano nei tessuti dentali fino ad esteriorizzarsi a livello della mucosa provocando un dolore acuto e localizzato.

Può essere:

- ✚ Parodontale, quando coinvolge i tessuti di sostegno del dente, come ad esempio un'infezione all'interno di una tasca parodontale.
- ✚ Periapicale, quando l'infezione origina dalla polpa dentaria, ossia la porzione vitale in cui risiede il nervo del dente.



Ascesso dentale

Parodontopatia

Le malattie parodontali sono un gruppo di patologie a carattere infiammatorio che colpiscono i tessuti di sostegno del dente. Quando il disturbo è limitato alle gengive si tratta di gengivite, il cui sintomo più caratteristico è rappresentato dal sanguinamento, che si manifesta anche in seguito a traumi di modesta entità, come lo spazzolamento o la masticazione di cibi duri. Inoltre, le gengive non avranno un aspetto tonico e un colore rosato ma saranno gonfie e caratterizzate da un colore rossastro.

Questa condizione tuttavia, se non trattata, potrebbe progredire e portare alla distruzione dei tessuti che assicurano sostegno e stabilità ai denti, cioè ad un quadro di parodontite. Quest'ultima è la fase finale dell'evoluzione dei disturbi gengivali, e, a differenza della gengivite, è una condizione non reversibile che spesso ha conseguenze gravi e a lungo termine può portare alla perdita degli elementi dentari.

La parodontite può essere il risultato diretto di una scarsa igiene orale, ci può essere una predisposizione familiare ed inoltre è favorita da fattori di rischio:

- ✚ Gengivite non curata
- ✚ Età avanzata
- ✚ Fumo
- ✚ Malnutrizione
- ✚ Uso scorretto di spazzolino e filo interdentale
- ✚ Abbassamento delle difese immunitarie
- ✚ Diabete mellito

La rimozione della placca batterica sopra e sottogengivale attuata con l'igiene orale domiciliare e professionale permette di arrestare la malattia o perlomeno di rallentarla. Sarà necessario inoltre tenere in considerazione i fattori di rischio che la condizionano e monitorare il paziente nel tempo al fine di evitare recidive.



gingivite



parodontite

La prima visita

Durante la prima visita vengono raccolti i dati anagrafici ed anamnestici del paziente, stabilendo se si tratta di un paziente già inserito in lista di trapianto o se, nei casi di insufficienza renale ha già cominciato il trattamento dialitico.

Una volta raccolte le informazioni sulla storia clinica del paziente, si valuta lo stato del cavo orale per individuare eventuali situazioni a rischio (carie, placca, tartaro, infezioni batteriche ecc.).

Il tutto viene completato dall'esame radiografico: l'ortopantomografia (OPT) e le radiografie endorali consentono l'accuratezza della diagnosi e la programmazione del piano di trattamento.

Molto importante è l'ispezione delle mucose orali e la raccolta di fotografie intraorali al fine di documentare e valutare nel tempo i tessuti duri e i tessuti molli.

Nei pazienti in attesa, prima di iniziare le cure odontoiatriche, è fondamentale delineare il rischio paziente. Le informazioni di base necessarie sono:

- ✚ la necessità della profilassi antibiotica
- ✚ la necessità di modificare la terapia farmacologica con particolare attenzione ai farmaci ad escrezione epatica e renale
- ✚ il rischio di sanguinamento.

La profilassi antibiotica

Il rischio di una batteriemia transitoria, ossia una diffusione dei batteri che attraverso il sangue possono raggiungere dal cavo orale altri distretti del nostro organismo, può risultare pericolosa in pazienti immunodepressi e affetti da patologie sistemiche. Tuttavia, in questi casi, la profilassi antibiotica va stabilita caso per caso, in relazione alle condizioni generali del paziente, all'entità dell'intervento da affrontare e al rischio di infezione della ferita.

E' invece fortemente raccomandata nei seguenti casi come da linee guida dell'American Heart Association consultabili sul sito "americanheart.org":

- ✚ storia di pregressa endocardite batterica
- ✚ presenza di protesi valvolari cardiache
- ✚ cardiopatie congenite:
 - cardiopatie congenite cianogene complesse
 - difetti cardiaci riparati chirurgicamente nei sei mesi dopo l'intervento
 - cardiopatie congenite operate ma con difetti residui in sede o nelle vicinanze del dispositivo protesico

- pazienti con pregresso trapianto cardiaco che abbiano sviluppato valvulopatia

I farmaci

Data l'importanza del fegato e del rene nel metabolismo di molti farmaci, è richiesta grande cautela nella scelta e nella posologia dei farmaci da somministrare.

I più comunemente utilizzati, i FANS (farmaci anti-infiammatori non steroidei), vengono metabolizzati da questi organi, ma, la loro ridotta metabolizzazione in una fase di insufficienza terminale, porterebbe al loro accumulo e alla comparsa di effetti indesiderati; prima del trattamento odontoiatrico, è bene consultare il medico coordinatore sulla selezione dei farmaci, il loro dosaggio e gli intervalli di somministrazione.

Inoltre, i pazienti in attesa di trapianto di solito assumono molti farmaci tra cui anticoagulanti, calcio-antagonisti, beta-bloccanti, ipoglicemizzanti; oltre a tenere in considerazione le eventuali patologie concomitanti è necessario conoscere le possibili interazioni con altri farmaci e i loro effetti indesiderati che possono ripercuotersi anche a livello del cavo orale.

Il rischio di sanguinamento

La gestione del sanguinamento orale, per quanto facilmente controllabile tramite misure emostatiche locali, è affidata alle valutazioni eseguite prima dell'intervento, con l'identificazione del paziente soggetto ad un rischio maggiore attraverso un'accurata anamnesi.

Alcuni farmaci come gli antiaggreganti e gli anticoagulanti orali, utilizzati per le terapie nel caso di problematiche cardiocircolatorie, vanno ad interferire con i normali processi di coagulazione.

Gli antiaggreganti non richiedono alcun esame di monitoraggio, cosa che non vale invece per gli anticoagulanti orali tradizionali (TAO). Questi infatti devono essere monitorati periodicamente attraverso la rilevazione degli INR, un valore che indica la capacità coagulativa del sangue.

In base al tipo, alla difficoltà del trattamento odontoiatrico e al valore degli INR valuteremo la procedura adatta in accordo con il medico coordinatore (l'eventuale sospensione momentanea del farmaco, la sua sostituzione con l'eparina, l'utilizzo della vitamina K ecc.).

Negli ultimi anni si sono resi disponibili nuovi farmaci anticoagulanti orali (NAO), che, anche se non richiedono monitoraggio e test

emocoagulativi, impongono grande attenzione durante le procedure odontoiatriche.

Altre patologie tra cui malattie autoimmuni, abuso di alcol, farmaci e malattie ematiche possono portare ad una riduzione del numero delle piastrine o ad una perdita della loro funzionalità e quindi rappresentare un problema nella gestione del sanguinamento; per questo sono necessari gli esami ematochimici che indichino la conta piastrinica (valore considerato minimo 50000/mm³) ed eventualmente la loro funzionalità.

Il piano di trattamento

Dopo la prima visita, in base alle necessità, il paziente viene inviato negli appositi reparti per ricevere le cure necessarie (terapie canalari, otturazioni, estrazioni degli elementi non mantenibili, valutazione delle protesi fisse o mobili ecc.). Alla loro conclusione viene preparato il nulla-osta, un documento in cui il medico odontoiatra conferma il completo stato di salute orale del paziente, che gli permetterà di entrare nella lista di attesa del trapianto.

Di solito, il piano di trattamento comincia dall'igiene orale professionale ossia la completa rimozione della placca batterica e del tartaro sopra e sottogengivale. Il paziente viene istruito alle tecniche di igiene orale domiciliari a lui più adatte, quindi tecniche di spazzolamento e utilizzo dei dispositivi più appropriati per mantenere la salute di denti e gengive.

Possibili manifestazioni orali nel paziente in attesa di trapianto

Sono molteplici le problematiche orali che possono manifestarsi durante il periodo di attesa al trapianto. E' stato stimato che il 90% dei pazienti con insufficienza renale cronica presenta dei sintomi che possono colpire in toto il cavo orale coinvolgendo i tessuti molli, i tessuti duri e le ghiandole. Vi sono numerosi studi a riguardo, in particolare rivolti ai pazienti in dialisi, molto probabilmente per la coesistenza di più patologie (ipertensione, diabete mellito, anemia) che ne aumenta ulteriormente il rischio e il numero delle possibili complicanze.

La xerostomia

La xerostomia è definita come il disturbo della secchezza orale causato da un flusso di saliva ridotto o assente. Questa condizione può causare disagio, interferire con il linguaggio e la deglutizione, rendere difficile l'uso dei manufatti protesici mobili, causare alitosi, e compromettere l'igiene orale causando una riduzione del pH orale e un incremento della placca batterica. Una xerostomia di lunga durata inoltre può portare a lesioni cariose destruenti e a infezioni fungine.

I sintomi principali sono:

- ✚ Bocca appiccicosa e secca
- ✚ Saliva spessa e viscosa
- ✚ Sensazione di bruciore alla bocca
- ✚ Sensazione di labbra e gola secca
- ✚ Alitosi
- ✚ Difficoltà nel deglutire
- ✚ Difficoltà a parlare
- ✚ Infezioni del cavo orale (batteriche e micotiche)
- ✚ Lesioni aftose

Le cause principali sono da ricondurre ad alcuni farmaci, tra cui ansiolitici, antiemetici, antineoplastici, antipertensivi, antistaminici, ipoglicemizzanti, a malattie sistemiche come il lupus eritematoso sistemico, l'artrite reumatoide, la malattia di Sjögren, il diabete mellito, all'alterazione e conseguente diminuzione della funzionalità da parte delle ghiandole salivari, alla respirazione orale causata da problematiche polmonari, o, come nel caso specifico dei pazienti in dialisi, alle restrizioni dietetiche che limitano l'assunzione di sodio e di liquidi. Ciò può favorire la secchezza orale e la perdita delle proprietà antibatteriche, antivirali e antimicotiche che naturalmente si trovano nella saliva.

Per gestire le complicanze associate alla secchezza orale è consigliato l'uso di prodotti stimolanti e di sostituti salivari privi di alcol e capaci di riprodurre l'azione lubrificante. Si trovano in commercio in formato di gel, collutori, spray o pastiglie. Per aiutare la stimolazione salivare è consigliato masticare gomme senza zucchero, evitare caffeina, tabacco, alcol e cibi secchi o difficili da masticare.



Atrofia linguale

Alitosi e disgeusia

Associate alla xerostomia vi sono altre problematiche: un terzo dei pazienti in emodialisi presenta un'alitosi caratteristica chiamata "fetore uremico" e lamentano una sensazione di gusto metallico e un'alterata percezione dei sapori dolci e acidi, causato dall'alto contenuto di urea nella saliva.

La disgeusia è definita come un'alterazione persistente del gusto le cui cause sono molteplici. Viene influenzata da:

- ✚ Invecchiamento
- ✚ fattori locali: infezioni micotiche e batteriche, gengiviti e parodontiti, malattie vescicolo-erosive, uso topico di collutori o altri farmaci, terapia radiante testa collo.
- ✚ Fattori sistemici: deficit di zinco, carenze vitaminiche, malattie epatiche, infezioni del tratto respiratorio, sindrome di Sjögren, malattia di Addison, anoressia e bulimia, intossicazione da metalli pesanti, paralisi del nervo facciale, trauma ai nervi gustativi, neoplasie cerebrali ed insufficienza renale cronica.
- ✚ Farmaci: antibiotici, antineoplastici, antipsicotici e anticonvulsivanti, antireumatici, antipertensivi, ipoglicemizzanti e antistaminici.

La carie

La patologia cariosa è una malattia infettiva che interessa i tessuti duri dentali e provoca la distruzione degli stessi.

Quando la carie è allo stadio iniziale, ossia interessa gli strati più esterni del dente, è asintomatica, ma, se i batteri giungono in profondità possono dare origine a dei disturbi come il mal di denti, l'ipersensibilità

dentinale e l'alitosi.

Inoltre, una carie non curata può andare incontro ad alcune complicanze tra cui ascessi dentali, granulomi periapicali, pulpiti, che, ricordiamo essere anche dei foci infettivi potenzialmente dannosi per i pazienti in attesa di trapianto.

Vi sono dei fattori predisponenti che aumentano il rischio di carie, tra cui la composizione salivare, un'alimentazione scorretta (spuntini frequenti, l'eccessivo consumo di cibi dolci), un' arcata dentaria disarmonica che rende più difficile la rimozione della placca, la composizione batterica del biofilm, e vi sono inoltre dei soggetti più suscettibili di altri; questo ancora dipende da fattori quali gravidanza, allattamento, stati patologici, fattori immunitari, età, sesso, igiene orale, ma uno di questi riguarda ancora più da vicino i pazienti in attesa di trapianto che spesso mostrano i segni della xerostomia; la saliva infatti svolge un ruolo molto importante nella protezione dei denti dalla carie grazie alla sua azione di deterzione e di neutralizzazione degli acidi dopo il consumo di carboidrati.

Il trattamento di elezione per la cura delle carie è l'otturazione anche se, nel caso di lesioni complicate si potrebbe ricorrere alla devitalizzazione o addirittura all'estrazione del dente. Per questo motivo, controlli periodici dal proprio dentista e la prevenzione attuata con regolari sedute di igiene professionale, il mantenimento di una buona igiene domiciliare, l'utilizzo di prodotti fluorati e corrette abitudini alimentari sono altamente raccomandati. Rilevare e gestire la carie in una fase iniziale o prevenirla consente di mantenere la salute dentale e migliorare la qualità della vita di questi pazienti.



carie interprossimale tra due premolari

Le erosioni dentali

Queste lesioni sono presenti principalmente sulla superficie linguale dei denti a causa del reflusso e dei frequenti episodi di vomito causati dagli squilibri elettrolitici nei pazienti uremici.

Il contenuto acido del vomito rappresenta una vera e propria minaccia per lo smalto dentale, soprattutto se, dopo aver vomitato, si spazzolano i denti, provocando ulteriori lesioni. I consigli sono di:

- ✚ sciacquare la bocca con acqua, soluzioni neutre o leggermente saline (acqua e bicarbonato, acqua e idrossido di magnesio)
- ✚ spazzolare i denti almeno 30 minuti dopo gli episodi di emesi. Utilizzare dentifrici poco abrasivi e contenenti agenti remineralizzanti (fluoruro di sodio, nitrato di potassio ecc) e spazzolini con setole morbide.
- ✚ utilizzare collutori o gel a pH neutro



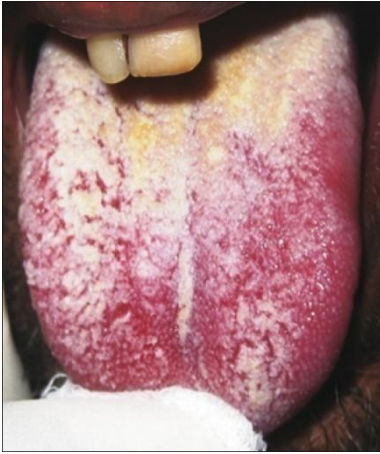
erosione dentale delle superfici palatali

La stomatite uremica

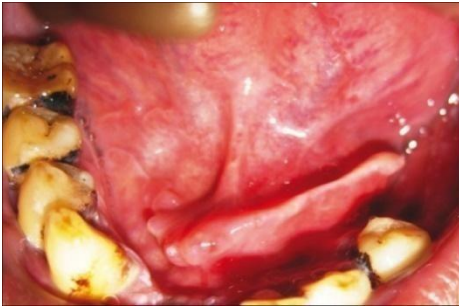
La stomatite uremica è una rara complicanza dell'uremia che può verificarsi a seguito di insufficienza renale avanzata.

Si manifesta con lesioni simili alle afte o a strie biancastre e le zone più frequentemente colpite sono la lingua e il pavimento orale. I sintomi sono secchezza orale, alitosi, alterazione del gusto e bruciore delle mucose.

Sono lesioni che normalmente guariscono spontaneamente, ma al fine di promuovere la guarigione, il trattamento con un risciacquo leggermente acido, come il perossido di idrogeno al 10%, sembra aiutare la loro eliminazione.



Stomatite uremica a livello del dorso linguale



Stomatite uremica a livello del pavimento orale.

L'osteodistrofia

Il tessuto osseo mandibolare e mascellare può essere compromesso dall'osteodistrofia renale.

La più comune è l'osteite fibrosa che colpisce circa il 30% dei pazienti con malattia renale terminale e compare nelle prime fasi della malattia per poi progredire con il deteriorarsi della funzione renale.

Le manifestazioni orali dell'osteodistrofia renale comprendono:

- Mobilità dei denti
- ✚ malocclusione
- ✚ calcificazioni
- ✚ alterazione dell'aspetto dello smalto
- ✚ riduzione dello spessore osseo
- ✚ frattura della mascella (spontanea o dopo procedura dentali)
- ✚ alterazione nella guarigione ossea in seguito alle estrazioni dentarie.

L'iperplasia gengivale

L'iperplasia gengivale è un aumento del volume gengivale che causa non solo un disagio estetico ma anche difficoltà a mangiare, a masticare e a mantenere una buona igiene orale.

E' ormai noto che alcuni farmaci possono essere implicati nella comparsa dell'iperplasia gengivale. I principali sono:

- ✚ anticonvulsivanti
- ✚ calcioantagonisti (antipertensivi)
- ✚ immunosoppressori: ciclosporina
- ✚ contraccettivi orali.

La placca batterica è un ulteriore fattore infiammatorio, per questo l'igiene orale è indispensabile. Nelle forme più avanzate si può intervenire chirurgicamente rimuovendo il tessuto in eccesso.



Iperplasia gengivale

La candidosi orale

La candidosi orale è un'infezione fungina causata principalmente dalla *Candida albicans*. Si tratta di un micete che è normalmente presente nella cavità orale e del tratto gastroenterico che può diventare patogeno in presenza di alcune condizioni, come l'immunodepressione, ed in presenza di alcuni fattori predisponenti:

- + diabete
- + presenza di protesi mobili associate a scarsa igiene orale
- + terapia antibiotica prolungata
- + terapia con farmaci chemioterapici
- + terapia con farmaci corticosteroidi
- + xerostomia
- + carenze vitaminiche (vit.B12, folati)
- + anemia

Gli studi condotti sui pazienti in emodialisi sono ancora pochi, pare comunque che la sua presenza sia correlata all'uso di protesi dentarie, a xerostomia e a bassi livelli di albumina sierica. Inoltre, nei pazienti in emodialisi e diabetici, il rischio di infezioni fungine è ancora più elevato, sia per l'ambiente ricco di glucosio e quindi più favorevole alla crescita micotica sia per la disfunzione immunitaria. Comuni in questi soggetti

sono anche la glossite, un'infezione dolente della lingua per cui appare lucida ed eritematosa e la cheilite angolare.

Le principali manifestazioni della candida sono:

- ✚ la candidosi pseudomembranosa che consiste in placche bianche che si localizzano a livello della mucosa orofaringea, della mucosa vestibolare, del palato e del dorso linguale. Hanno un aspetto rotondo e possono essere facilmente rimosse lasciando al di sotto un'area eritematosa. I sintomi sono bruciore e sapore metallico.



Candidosi pseudomembranosa

- ✚ candidosi eritematosa: è associata ad un'intensa sensazione di bruciore e ad atrofia delle papille filiformi. Si localizza prevalentemente sul dorso linguale e sul palato con l'aspetto di aree rosse. Tra le forme più comuni troviamo quelle associate alla presenza di protesi mobili e al diabete.



Candidosi eritematosa del palato

- + candidosi cronica iperplastica: è una forma molto rara che si riscontra quasi esclusivamente nei forti fumatori a livello della mucosa retrocommisurale ed ha l'aspetto di placche adese alla superficie.



Candidosi cronica iperplastica

Cheilite angolare: segnalata in più del 4% dei pazienti sottoposti a emodialisi, si manifesta con ragadi, eritema e desquamazione a livello delle commissure labiali e spesso si accompagna a bruciore



Cheilite angolare e fissurazioni labiali

- ✚ Glossite romboidale mediana: si riscontra nell'1% degli adulti e si presenta come una zona eritematosa che può essere liscia o lobulata a livello del dorso linguale



glossite romboidale mediana

Infezione da Citomegalovirus

Il CMV è molto diffuso in natura, circa il 60-80% della popolazione ne è infetta. Dopo l'infezione iniziale il virus rimane latente in vari organi e, nel caso in cui si verificano delle condizioni predisponenti come l'immunodepressione, ci può esserci una sua riattivazione.

È stato documentato, che nei pazienti in emodialisi, i tassi di prevalenza di infezioni virali, incluso il CMV, sono più elevati.

Le infezioni possono essere dovute ad un'infezione primaria, a una nuova infezione da virus esogeno ma la riattivazione dell'infezione latente da CMV sembra essere la più frequente tra i pazienti emodializzati e si presume sia dovuta allo stato di immunodeficienza associato all'uremia.

Nel 90% dei casi, l'esposizione al virus non causa alcuna manifestazione clinica, in alcuni individui può dare origine a sintomi simili a quelli della mononucleosi infettiva come malessere, febbricola, dolori muscolari, linfocitosi e alterazione degli enzimi epatici. La sua riattivazione invece può causare corioretinite, esofagite, colite, polmonite ed encefalite e, nei pazienti più a rischio tra cui quelli con trapianto d'organo, di midollo osseo e trattati con antitumorali, c'è il rischio dello sviluppo di una polmonite.

E' anche responsabile di un altro gruppo di malattie che comprende il carcinoma nasofaringeo, i linfomi non-Hodkin e la leucoplachia capelluta. Le lesioni mucocutanee sono molto rare e le manifestazioni orali consistono in ulcere che compaiono a livello della mucosa vestibolare o linguale.



ulcera linguale

L'igiene orale domiciliare

La rimozione quotidiana della placca, attraverso l'impiego di ausili adeguati, garantisce la prevenzione e riduce al minimo il rischio di infezioni e la comparsa di gengiviti o parodontiti.

La placca è una sottile pellicola, invisibile ad occhio nudo, che aderisce ai denti ma anche a tutte le superfici del cavo orale (guance, lingua ecc). E' composta da batteri e residui alimentari e, se non viene rimossa in maniera adeguata, aumenta il suo spessore.

Per mantenere denti e gengive in salute è fondamentale spazzolare i denti almeno due volte al giorno per due minuti, facendo particolare attenzione la sera, prima di coricarsi. E' fondamentale inoltre limitare l'assunzione di alimenti potenzialmente dannosi e zuccherati,

specialmente se di consistenza morbida e appiccicosa, perché favoriscono la formazione della placca.

Per la detersione degli spazi tra dente e dente invece sono necessari ulteriori dispositivi quali il filo interdentale o gli scovolini interdentali.

Per una pulizia completa del cavo orale non andrebbe dimenticata la detersione del dorso linguale.

Quando la tecnica di spazzolamento non è corretta o l'utilizzo di spazzolino e filo interdentale non avviene regolarmente, la placca mineralizza formando il tartaro, un deposito duro che potrà essere rimosso solo in una seduta d'igiene orale professionale tramite strumenti manuali o ad ultrasuoni.

I depositi di placca e tartaro che permangono nel cavo orale possono provocare l'insorgere di disturbi gengivali, inizialmente reversibili (gengiviti), che possono aggravarsi provocando danni irreversibili ai tessuti di sostegno che circondano il dente (parodontite).

Spazzolino manuale o spazzolino elettrico?

Gli spazzolini possono essere di tipo manuale, sonico ed elettrico. L'utilizzo di questi ultimi due a dei notevoli vantaggi, molti studi infatti dimostrano la loro maggiore efficacia nella rimozione del biofilm batterico rispetto a quello tradizionale.

In ogni caso, a prescindere dalla scelta dello spazzolino, le raccomandazioni sono di utilizzare setole morbide, delicate sui tessuti molli e di

sostituirlo ogni due/tre mesi o non appena si nota un consumo delle setole che può danneggiare le gengive oltre a non essere più efficace



Le tecniche di spazzolamento:

Lo spazzolino elettrico o sonico

Posizionare lo spazzolino inclinato a 45° rispetto alla gengiva, come per lo spazzolino manuale.

Attivarlo e spostarlo di dente in dente mantenendo la stessa posizione.

Guida lo spazzolino elettrico sulle superfici anteriori, posteriori e sulle scun

Posizionare lo spazzolino per inclinato a 45° rispetto alla gengiva e muoverlo dalla gengiva verso il dente, spazzolando una coppia di denti per volta.

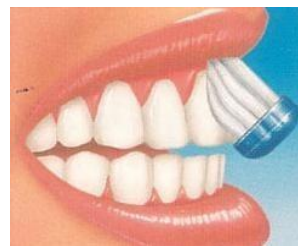


Eseguire almeno 5 movimenti per ogni coppia di denti, sia sulla superficie esterna che su quella interna.

Lo spazzolino manuale

Con la punta dello spazzolino pulire la parte interna dei denti anteriori, superiori e inferiori.

Il movimento orizzontale è meno efficace e deve essere limitato alla superficie masticatoria del





Estrarre 40 centimetri circa di filo interdentale e avvolgerli intorno alle dita medie di entrambe le mani.

Afferrare il filo con i pollici e con gli indici, lasciando uno o due centimetri di spazio.

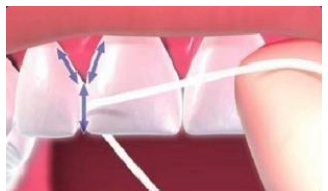
Far passare delicatamente il filo fra i denti avendo cura di tenerlo teso e ben saldo.

Abbracciare il dente con il filo formando una sorta di C.

Far scivolare il filo verso il basso fino a pulire il dente anche al di sotto del margine gengivale.

Ogni volta che s'inserisce il filo in uno spazio interdentale, le superfici da pulire sono due; pertanto, è necessario passare il filo in entrambe le parti.

Il filo interdentale



Lo scovolino interdentale

Lo scovolino va inserito nello spazio interdentale con una leggera inclinazione (dal basso verso l'alto per l'arcata inferiore e dall'alto verso il basso per quella superiore).

Va tenuto ben aderente alla superficie dentale da detergere effettuando dei movimenti orizzontali di "va e vieni".

Le dimensioni devono essere adeguate allo spazio da pulire, poiché scovolini troppo grandi possono provocare lesioni e quelli troppo piccoli favorire un eccessivo accumulo di placca.

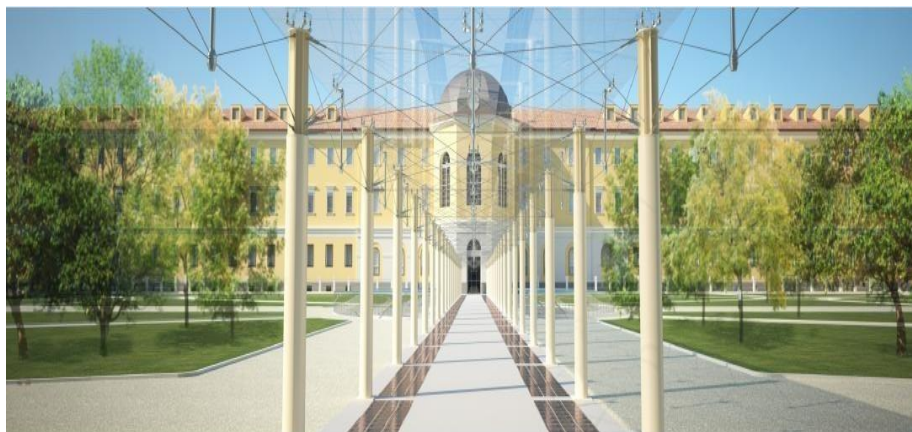


La prima visita

La prima visita del paziente in attesa di trapianto avviene presso l'ambulatorio di prevenzione della S.C di Chirurgia Maxillo-facciale e Odontostomatologia tramite accesso diretto e prenotando la visita al numero 040-3992600.

Il giorno della visita è consigliabile che il paziente porti con se tutta la documentazione medica generale e quella relativa alla farmacologia assunta.

Dopo gli appuntamenti successivi e una volta terminato il piano di cure, al paziente verrà rilasciato il nulla osta per l'inserimento in lista d'attesa trapianto e lo stesso verrà inserito in un programma di terapia parodontale di supporto con intervalli di richiamo regolari a 3, 4 o 6 mesi a seconda dell'esigenza e del livello di rischio personale del soggetto.



NOTA

Questo opuscolo riporta le informazioni valide al momento della stampa e viene periodicamente aggiornato. Tra un'edizione e l'altra potrebbero però intervenire modifiche nell'operatività

Per informazioni o prenotazioni visite tutti gli utenti trapiantati o in attesa di trapianto possono rivolgersi all'Ambulatorio della Clinica di Chirurgia Maxillofacciale e Odontostomatologia dell'Ospedale Maggiore di Trieste chiamando lo

040 – 399 2600

Redatto Comunicazione, Relazioni Esterne Aziendali, Ufficio Stampa, ASUGI su testi ed immagini forniti dal Dott. Gaetano Castronovo della Struttura Complessa Clinica di Chirurgia Maxillofacciale e Odontostomatologia

Revisione 00 – maggio 2022