

I quaderni della professione - n. 6

**FABRIZIO MONTAGNA
GIUSEPPE FERRONATO
FRANCO MARTINELLI**

IL TRATTAMENTO ODONTOIATRICO DEL PAZIENTE CON PATOLOGIA BRONCOPOLMONARE, NEUROLOGICA E PSICHIATRICA

**ASSOCIAZIONE
NAZIONALE
DENTISTI
ITALIANI**

Edizioni Promoass



Si chiudono alcuni pazzi in un luogo per dare a intendere che quelli che sono fuori sono savi

F. de la Rochefoucauld

Perché trovarsi di fronte a un pazzo sapete cosa significa? Trovarsi davanti a uno che vi scrolla dalle fondamenta quanto avete costruito in voi, attorno a voi, la logica, la logica di tutte le vostre costruzioni.

L. Pirandello

Talvolta un pensiero mi annebbia l'Io: son pazzi gli altri o son pazzo io?

A. Einstein

La preconcetta ostilità di molti medici per la medicina psicosomatica si basa soprattutto su due punti: una istintiva antipatia ad ammettere che i fattori di ordine psichico abbiano qualche parte nella patogenesi delle malattie e dei loro sintomi; e la diffusissima, ingenua, puerile presunzione che il medico, in quanto medico che ha continui rapporti con gli uomini e le loro sofferenze, sia perciò anche psicologo e cioè conoscitore degli uomini. Questo grossolano equivoco forse non è dovuto ad altro che alla pigrizia mentale di chi non vuole fare lo sforzo di imparare una cosa per lui nuova.

M. Gozzano

La comprensione psicologica... dovrebbe essere usata dal medico come mezzo terapeutico alla pari con qualsiasi altro strumento o medicamento. Ciò è tanto più vero dal momento che, secondo statistiche, e valutazioni prudenti, circa un terzo degli ammalati che affollano gli ambulatori dei medici generici soffrono di disturbi di carattere funzionale o emotivo.

Luban-Plozza/Poldingner

FABRIZIO MONTAGNA
GIUSEPPE FERRONATO
FRANCO MARTINELLI

**IL TRATTAMENTO
ODONTOIATRICO
DEL PAZIENTE
CON PATOLOGIA
BRONCOPOLMONARE,
NEUROLOGICA
E PSICHIATRICA**



**ASSOCIAZIONE
NAZIONALE
DENTISTI
ITALIANI**

Edizioni Promoass

AUTORI

Fabrizio Montagna

Laurea in Medicina e Chirurgia
Diploma di Specializzazione in Odontostomatologia
Diplome d'Université en Orthodontie - Université de Nantes
Professore a contratto nel corso di laurea in Odontoiatria dell'Università degli Studi di Padova

Prof. Giuseppe Ferronato

Laurea in Medicina e Chirurgia
Diploma di Specializzazione in Odontostomatologia
Diploma di Specializzazione in Chirurgia Plastica e Ricostruttiva
Diploma di Specializzazione in Chirurgia Maxillo-Facciale
Cattedra e Unità Operativa di Chirurgia Maxillo-Facciale dell'Università degli Studi di Padova
Direttore della Scuola di Specializzazione di Chirurgia Maxillo-Facciale dell'Università degli Studi di Padova
Direttore della Scuola di Specializzazione di Ortognatodonzia dell'Università degli Studi di Padova

Franco Martinelli

Laurea in Medicina e Chirurgia
Diploma di Specializzazione in Odontostomatologia
Diploma di Specializzazione in Chirurgia Generale
Dirigente Reparto di Odontoiatria presso l'Università degli Studi di Padova

COLLABORATORI

Luigi Mario Daleffe

Laurea in Medicina e Chirurgia
Diploma di Specializzazione in Odontostomatologia

Marco Lorenzo Scarpelli

Laurea in Medicina e Chirurgia
Diploma di Specializzazione in Odontostomatologia

Aldo Nobili

Laurea in Medicina e Chirurgia
Diploma di Specializzazione in Odontostomatologia

I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo (compreso i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati.

Per informazioni, richieste e distribuzione del volume rivolgersi a:
EDIZIONI PROMOASS, via Savoia 78, 00198 Roma – Tel. 06 8411482

Della stessa Casa Editrice:

- *Formulario di terapia farmacologica per l'odontoiatra. Linee ragionate di terapia per gruppo Anatomico Chimico Terapeutico (ATC), MONTAGNA F., FERRONATO G., Promoass 2000*
- *Formulario di terapia farmacologica per l'odontoiatra. Linee ragionate di terapia per patologia odontostomatologica e emergenza, MONTAGNA F., FERRONATO G., Promoass 2000*
- *Il trattamento odontoiatrico del paziente con allergia, patologia gastrointestinale e renale, MONTAGNA F., SMACCHIA C., Promoass 1999*
- *Il trattamento odontoiatrico del paziente in gravidanza, nei primi anni di vita e disabile, MONTAGNA F., FERRO R., Promoass 1999*
- *Il trattamento odontoiatrico del paziente con patologia cardiovascolare, MONTAGNA F., Promoass 1998*
- *La responsabilità nella professione odontoiatrica, MONTAGNA F., DE LEO D., CARLI O., Promoass 1997*
- *Prevenzione delle infezioni in odontoiatria: epatiti e Aids, MONTAGNA F., Promoass 1996*

La ricerca e l'esperienza clinica ampliano costantemente le nostre conoscenze in odontoiatria soprattutto in relazione alle modalità terapeutiche e ne consegue la necessità di un continuo aggiornamento dei parametri diagnostici e terapeutici.

Le indicazioni e le dosi dei farmaci citati in questo manuale riportano le raccomandazioni riportate nella letteratura internazionale; particolare cura è stata posta nel controllo dei dosaggi che, quando non diversamente specificato, si intendono espressi per un paziente adulto, normopeso, in assenza di controindicazioni e interazioni.

Poiché non è esclusa la possibilità di qualche errore; si consiglia al lettore di verificare attentamente se le indicazioni riportate nel testo abbiano mantenuto la loro validità al momento di una futura consultazione; di prendere, inoltre, visione del foglietto illustrativo che accompagna ogni preparazione farmaceutica.

INDICE

PATOLOGIE BRONCOPOLMONARI

- 1.1 Broncopneumopatia cronica ostruttiva pag. 7
- 1.2 Asma bronchiale pag. 9

PATOLOGIE NEUROLOGICHE

- 2.1 Malattie cerebrovascolari pag. 11
- 2.2 Epilessia pag. 13

PATOLOGIE PSICHIATRICHE

- 3.1 Demenze pag. 16
- 3.2 Nevrosi, psicosi e altri disturbi funzionali pag. 17
- 3.3 Tossicodipendenza pag. 21
- 3.4 Bulimia e anoressia nervosa pag. 22

- BIBLIOGRAFIA pag. 23

PATOLOGIE BRONCOPOLMONARI

1

1.1 BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA

Eziologia e sintomatologia

Le broncopneumopatie croniche ostruttive (BPCO) comprendono la bronchite cronica, e l'enfisema polmonare e l'asma bronchiale (trattata a parte nel prossimo paragrafo). La bronchite cronica e l'enfisema polmonare presentano una prevalenza nella popolazione generale del 14% nel sesso maschile e dell'8% nel sesso femminile.

Il fattore eziologico più importante è rappresentato dal tabagismo (80-90% dei casi) e il rischio è direttamente correlato al numero di sigarette fumate al giorno.

L'enfisema polmonare è un aumento irreversibile degli spazi aerei situati distalmente ai bronchioli terminali, dovuto a distruzione del tessuto polmonare. I sintomi sono rappresentati da torace a botte con ridotta espansione nei movimenti respiratori e progressiva comparsa di insufficienza respiratoria.

Si definisce come bronchite cronica un quadro clinico caratterizzato da tosse ed espettorato che duri almeno 3 mesi all'anno per non meno di 2 anni consecutivi.

La sintomatologia nelle fasi iniziali si limita a tosse produttiva, particolarmente abbondante nelle ore mattutine e nei periodi invernale e autunnale.

In fase avanzata, compaiono l'insufficienza respiratoria (dispnea, cianosi, tachipnea) e l'insufficienza cardiaca destra o cor pulmonale (edemi declivi, epatomegalia, turgore delle giugulari).

Le complicanze sono rappresentate dalla comparsa di: episodi di dispnea acuti (asma) dovuti a iperattività bronchiale scatenata da fattori aspecifici (freddo, polveri da inquinamento, infezioni); bronchiectasie; infezioni broncopolmonari (bronchite purulenta, broncopolmonite e ascessi polmonari).

La terapia medica utilizza presidi diversi a seconda della gravità del quadro clinico: idratazione e fisioterapia respiratoria per migliorare la capacità respiratoria; vaccinazione annuale antinfluenzale e antipneumococcica per prevenire le infezioni acute; trattamento antibiotico aggressivo delle infezioni polmonari acute intercorrenti; broncodilatatori simpaticomimetici; costeroidi; metilxantine; ossigeno terapia cronica a basso flusso

Il tabagismo cronico si associa a patologie orali quali la stomatite nicotinic, la patologia parodontale e il carcinoma orale; la terapia cronica con corticosteroidi può favorire l'insorgenza di candidosi orale.

Rischio perioperatorio

La reazione adrenergica, conseguente allo stress della seduta odontoiatrica, può provocare quadri di dispnea acuti o scompensare patologie cardiovascolari associate (cardiopatía ischemica, aritmie, insufficienza cardiaca, crisi di ipertensione arteriosa).

Farmaci odontoiatrici possono causare depressione respiratoria come effetto collaterale (benzodiazepine, N₂O) o aritmie cardiache mediante interazioni farmacologiche con terapie mediche sistemiche (broncodilatatori-vasocostrittori, metilxantine-eritromicina).

La terapia cronica con corticosteroidi sistemicí può determinare una inibizione dell'asse ipotalamo-ipofisi-corticosurrene (ipocorticosurrenalismo farmacologico) riducendo le capacità di reazione allo stress, rappresentato dall'intervento odontoiatrico, con comparsa di crisi ipotensive; il rischio è ridotto con le terapie per inalazione.

Profilassi

1. Per stadiare l'entità del rischio nel corso delle sedute odontoiatriche, l'anamnesi e l'esame obiettivo devono evidenziare: il grado di insufficienza respiratoria, le terapie farmacologiche e le malattie cardiovascolari associate.
2. Per le appropriate precauzioni da assumere in presenza di patologie cardiovascolari (ipertensione arteriosa, aritmia, cardiopatía ischemica, insufficienza cardiaca) si rimanda al quaderno "Il trattamento odontoiatrico del paziente con patologia cardiovascolare".
3. I pazienti con BPCO severa, a causa della difficoltà respiratoria, possono richiedere alcuni accorgimenti particolari. Alcuni pazienti preferiscono la posizione seduta durante le cure per diminuire il ritorno venoso al torace e la conseguente dispnea che avviene in posizione sdraiata (ortopnea). Altri rifiutano la diga di gomma che riferiscono causare una sensazione di soffocamento. Altri ancora, in caso di anestesia bilaterale, possono lamentare sensazioni spiacevoli di tosse e difficoltà di deglutizione.
4. Gli interventi di elezione vanno programmati mediante appuntamenti di breve durata al mattino, quando il paziente è riposato e più preparato ad affrontare lo stress della seduta odontoiatrica. Inoltre i piani di terapia complessi vanno programmati preferenzialmente nei periodi di remissione della patologia broncopolmonare, che più tipicamente sono la primavera e l'estate.

Terapia farmacologica

La terapia medica utilizza presidi diversi a seconda la gravità del quadro clinico:

- Broncodilatatori simpaticomimetici non specifici (isoproterenolo, efedrina)
- Broncodilatatori selettivi, o simpaticomimetici beta-adrenergici specifici (terbutalina, salbutamolo, metaproterenolo)
- Metilxantine (aminofillina e teofillina)

Nei pazienti in terapia con metilxantine è consigliabile evitare la somministrazione di antibiotici macrolidi (ad es. eritromicina, azitromicina), di clindamicina e di ciprofloxacina poiché questi farmaci possono interagire alterando il metabolismo della teofillina e dell'aminofillina; ne possono conseguire sintomi di tossicità (anoressia, nausea, nervosismo, agitazione, vomito, mal di testa, aritmie cardiache e convulsioni). Tale rischio è particolarmente elevato nei pazienti che presentano sintomi di tossicità farmacologica di base; i sintomi più frequenti sono rilevabili con il semplice esame del polso prima dell'intervento (tachicardia e aritmia).

Per non aggravare l'insufficienza respiratoria cronica si deve evitare la somministrazione di farmaci depressori del sistema nervoso centrale (analgesici narcotici, barbiturici, anticolinergici, atropina, antistaminici, N20). Nel caso sia necessario eseguire un intervento di sedazione, in un paziente con

insufficienza respiratoria moderata, si possono utilizzare le benzodiazepine a basso dosaggio, previo consulto medico; mentre è consigliabile evitare la sedazione con protossido di azoto (depressione respiratoria secondaria alla eliminazione dello stimolo ipossico).

Nel caso si ritenga utile o necessaria la somministrazione di ossigeno, si deve utilizzare una ossigenoterapia a basso flusso (2-4 litri al minuto). Infatti nei pazienti con insufficienza respiratoria cronica moderata-severa, a causa della ipercapnia cronica, lo stimolo alla respirazione è dato prevalentemente dalla ipossiemia; una terapia ad alto flusso di ossigeno presenta il rischio di deprimere la funzione respiratoria residua riducendo lo stimolo ipossico.

Non esiste controindicazione all'uso degli anestetici locali, ma i vasocostrittori associati devono essere ridotti o evitati nei pazienti in terapia con broncodilatatori simpaticomimetici per il rischio di effetti collaterali sul ritmo cardiaco (tachicardia, aritmia). Il rischio risulta:

- Minimo per il salbutamolo (broncodilatatore selettivo); in pratica si può utilizzare 1-2 fiale di anestetico con noradrenalina 1:100.000.
- Intermedio per gli altri simpaticomimetici beta-adrenergici specifici (terbutalina); in questi pazienti esiste una controindicazione relativa ai vasocostrittori.

Tabella 1

TERAPIA ODONTOIATRICA IN PRESENZA DI INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA

Stadiazione	Indicazione al trattamento
INSUFFICIENZA RESPIRATORIA LIEVE <i>Dispnea solo per esercizi fisici intensi</i> <i>Valori normali di emogasanalisi</i> <i>(pCO₂ 40 mmhg, pO₂ 100 mmhg, pH 7,40)</i>	Evidenziare il grado di insufficienza respiratoria e le eventuali patologie cardiovascolari associate Non modifiche del normale piano di trattamento
INSUFFICIENZA RESPIRATORIA MODERATA <i>Dispnea da sforzo</i> <i>Terapia cronica con broncodilatatori e/o corticosteroidi</i> <i>Ipossiemia senza ipercapnia</i> <i>(pO₂ >80 mmhg)</i>	Programmare gli interventi di elezione (mattino, periodi di remissione della patologia) Mantenere la poltrona odontoiatrica in posizione semisupina secondo richiesta del paziente (ortopnea) Evitare i vasocostrittori nei pazienti in terapia con broncodilatatori Considerare opportunità di supplemento nei pazienti in terapia cronica con corticosteroidi
INSUFFICIENZA RESPIRATORIA GRAVE <i>Pazienti sintomatici privi di diagnosi medica</i> <i>Infezione broncopolmonare acuta in atto</i> <i>Dispnea a riposo</i> <i>Cor pulmonale in ossigenoterapia cronica</i> <i>Ipossia e ipercapnia</i> <i>(pCO₂<45 mmhg)</i>	Somministrare ossigeno terapia a basso flusso (2-4 lt. min.) Terapia di elezione controindicata in presenza di infezioni acute Ospedalizzare per interventi complessi di chirurgia orale Evitare i vasocostrittori in presenza di cor pulmonale (rischio di aritmia) Evitare farmaci depressori della funzione respiratoria e interventi in sedazione Evitare interazioni farmacologiche (teofillina- macrolidi e clindamicina)

- Elevato per i simpaticomimetici non specifici (isoproterenolo, efedrina), che rappresentano controindicazione assoluta ai vasocostrittori.

I pazienti in terapia cronica con steroidi possono richiedere un supplemento steroideo in caso di terapia chirurgica; i dosaggi variano, in relazione al tipo di intervento, dal raddoppio della dose abituale per interventi semplici di routine, sino a 20-60 mg di prednisone o dosi equivalenti di altri steroidi per interventi complessi. Comunque, la terapia inalatoria a lungo termine raramente causa soppressione della funzione surrenale.

Per la terapia analgesica e antinfiammatoria si utilizzano il paracetamolo e la nimesulide che risultano farmaci privi di azioni negative sull'apparato respiratorio.

In particolare, la nimesulide è dotata di ottima tollerabilità nei

pazienti con intolleranza ad altri FANS e nei soggetti allergici. L'acido acetilsalicilico e altri FANS possono causare crisi di asma allergica in soggetti predisposti e vanno quindi evitati. Gli analgesici narcotici (ad es. codeina, destropropossifene, pentazocina, buprenorfina) non devono essere utilizzati in quanto:

- deprimono i centri respiratori bulbari e pontini potendo causare ipoventilazione da riduzione della frequenza e volume corrente respiratorio,
- diminuiscono la sensibilità dei chemorecettori midollari alla pressione parziale di CO₂,
- deprimono il riflesso della tosse,
- causano spasmo della muscolatura liscia bronchiale,
- riducono le secrezioni tracheobronchiali derivandone un muco più denso e meno facilmente espettorabile.

1.2 ASMA BRONCHIALE

Eziologia e sintomatologia

L'asma bronchiale si caratterizza per le crisi di dispnea dovuta a una ostruzione reversibile delle vie respiratorie (edema della mucosa, ipersecrezione bronchiale, broncospasmo); la prevalenza nella popolazione generale è del 2%.

L'asma allergico, o estrinseco, è dovuto a una reazione allergica di tipo immediato verso allergeni ambientali (acari, pollini, polveri, sostanze utilizzate nel lavoro) e può associarsi ad altre malattie atopiche a trasmissione genetica (rinite allergica, dermatite atopica).

L'asma intrinseco è scatenato da fattori diversi: infezioni bronchiali; sostanze chimiche o agenti fisici (polvere, aria fredda); stress conseguente a esercizio fisico e affaticamento, ansia e dolore, reazioni pseudoallergiche a sostanze diverse o farmaci (ad esempio acido acetilsalicilico).

La crisi asmatica è caratterizzata da dispnea espiratoria a carattere accessionale che si accompagna a stridore respiratorio (fischii, sibili), tosse improduttiva, difficoltà all'espettorazione, ortopnea.

Casi gravi possono presentarsi con uno stato di male asmatico caratterizzato da broncospasmo resistente alla terapia con crisi subentranti, protratte per giorni e che alterano il sonno e l'attività.

La terapia medica sistemica varia in relazione alla frequenza e al tipo di asma: broncodilatatori (beta 2 adrenergici agonisti), corticosteroidi, disodiocromoglicato, teofillina.

Rischio perioperatorio

L'obiettivo consiste nella prevenzione della crisi asmatica acuta che può essere scatenata dallo stress emozionale rappresentato dalla seduta odontoiatrica.

Farmaci odontoiatrici possono causare aritmie cardiache mediante interazioni farmacologiche con terapie mediche sistemiche (broncodilatatori, vasocostrittori, metilxantine, eritromicina, azitromicina, clindamicina, ciprofloxacina).

La terapia cronica con corticosteroidi sistemici può determinare una inibizione dell'asse ipofisi-ipotalamo-surrene (ipocorticoadrenalismo farmacologico) riducendo le capacità di reazione allo stress, rappresentato dall'intervento odontoiatrico, con comparsa di crisi ipotensive; il rischio è ridotto con le terapie per inalazione.

Profilassi e trattamento

1. L'anamnesi deve evidenziare il tipo di asma (allergico, intrinseco), i fattori precipitanti (in particolare stress emozionali o farmaci), la frequenza, la severità degli attacchi, il momento di comparsa (ad esempio crisi notturne), il tipo di trattamento medico.
2. Alcune semplici precauzioni consistono nel trattare nelle tarde ore della mattinata i pazienti con attacchi notturni; nel ridurre lo stress (ansia, dolore) nei pazienti con asma scatenata da fattori emozionali.
3. Il paziente deve essere istruito nel portare con sé l'inalatore a base di broncodilatatore, normalmente utilizzato per la terapia; si può consigliare una inalazione profilattica prima dell'intervento odontoiatrico.
4. Nei pazienti con asma intrinseco, indotta dall'ansia e dal dolore, può risultare opportuno ridurre lo stress con la sedazione; si possono utilizzare il protossido di azoto (non è irritante per l'albero tracheobronchiale) o, in alternativa, una benzodiazepina ad azione rapida (temazepam, midazolam).
5. I pazienti in terapia cronica con steroidi possono richiedere un supplemento steroideo in caso di terapia chirurgica (cfr Terapia farmacologica nelle BPCO). Comunque, la terapia inalatoria a lungo termine raramente causa soppressione della funzione surrenale.
6. Non esiste controindicazione all'uso dell'anestesia locale, comunque è preferibile utilizzare anestetici locali privi di vasocostrittori, poiché la loro presenza è spesso associata a conservanti (metabisolfito) potenziali fattori allergeni-

- ci. Inoltre i vasocostrittori possono causare interazioni farmacologiche con i broncodilatatori (cfr. *Terapia farmacologica nelle BPCO*).
7. È opportuno evitare la somministrazione di ASA o altri FANS che possono rappresentare allergeni in grado di precipitare una crisi di asma estrinseca. Si deve preferire la somministrazione di paracetamolo o nimesulide. In particolare, la nimesulide presenta ridotti effetti sull'attività bronchiale nell'asma allergico in quanto inibisce la liberazione di istamina dalle mast-cellule e dalla cellule basofile.
 8. Sono da evitare i farmaci analgesici narcotici, che possono causare crisi di broncospasma (azione sulla muscolatura liscia bronchiale) e in generale i farmaci che possono causare depressione respiratoria.
 9. Dovrebbe essere evitata la somministrazione di antistaminici (ad es. prometazina, difenidramina) che, per il loro effetto di riduzione della secrezione bronchiale, rendono il muco più tenace e difficilmente espettorabile in

caso di attacco acuto.

10. Nei pazienti in terapia con metilxantine (teofillina, aminofillina) la somministrazione di antibiotici macrolidi, clindamicina o ciprofloxacina può causare una interazione farmacologica con comparsa di tossicità di quest'ultima (cfr. *Terapia farmacologica nelle BPCO*).

Emergenza medica

La terapia dell'attacco acuto si basa sulla inalazione di broncodilatatori beta-adrenergici specifici (ad es. 2-3 puff di salbutamolo) nei casi lievi e adrenalina 0,5 mg. sotto cute nelle crisi più gravi.

Per la terapia della crisi asmatica acuta si rimanda al quaderno della professione n. 4 *Formulario di terapia farmacologica per l'odontoiatra linee ragionate di terapia per patologia odontostomatologica e per emergenza* e n. 5 *Formulario di terapia farmacologica per l'odontoiatra linee ragionate di terapia per gruppo anatomico chimico terapeutico*, Promoass ed., Roma, 2000.

Tabella 2

TRATTAMENTO ODONTOIATRICO IN PRESENZA DI ASMA BRONCHIALE

Stadiazione

Indicazione al trattamento

ASMA LIEVE

Pazienti asintomatici al momento dell'appuntamento
Crisi rare o infrequenti
Nessuna terapia di mantenimento
Crisi scatenate dall'esposizione a stress emozionali

Nessuna modificazione del normale piano di trattamento odontoiatrico
 Chiedere al paziente di portare l'inalatore usato abitualmente
 Evitare farmaci potenziali allergeni (FANS, metabisolfito, acido acetilsalicilico)
 Ridurre dolore e ansia della seduta odontoiatrica

ASMA MODERATA

Pazienti asintomatici al momento dell'appuntamento
Attacchi asmatici intermittenti (1-2 al mese)
Terapia di mantenimento cronica

Controllare frequenza cardiaca (aritmia effetto collaterale di farmaci simpaticomimetici)
 Nessuna modificazione del normale piano di trattamento per terapie di routine
 Richiedere consulenza medica per programmare terapie di elezione complesse
 Consigliare inalazione di broncodilatatori a scopo profilattico prima dell'intervento
 Evitare i vasocostrittori (interazione farmacologica con i broncodilatatori)
 Considerare supplemento steroideo per interventi di chirurgia complessi nei pazienti in trattamento con corticosteroidi
 Considerare l'utilità della sedazione (N20, benzodiazepine)

ASMA GRAVE

Pazienti asintomatici all'appuntamento con crisi gravi e frequenti (settimanali, protratti per alcuni giorni, che alterano il sonno e l'attività, richiedono occasionali ricoveri ospedalieri)
Pazienti sintomatici al momento dell'appuntamento (dispnea espiratoria)
Segni di effetti collaterali di farmaci (tachicardia e polso aritmico)

Eeguire semplici e brevi interventi di urgenza Controindicazione a terapie odontoiatriche di elezione
 Inviare la medico per terapia

2.1 MALATTIE CEREBROVASCOLARI

Eziologia e sintomatologia

Con i sinonimi di ictus, colpo apoplettico e accidente cerebrovascolare (ACV) si definiscono tutte le alterazioni neurologiche a rapida insorgenza e secondarie ad una patologia del sistema vascolare.

Si tratta di patologie la cui prevalenza nella popolazione generale è di 600:100.000 abitanti; ma che risultano più frequenti nell'anziano; si stima che il 5% della popolazione sopra i 65 anni ha subito almeno un ictus.

Dal punto di vista anatomopatologico, si tratta prevalentemente di ischemie secondarie a trombosi o embolia, che insorgono su alterazioni arteriosclerotiche che determinano stenosi ed alterazione dei vasi cerebrali; in circa 1/4 di casi si tratta di emorragie intracerebrali secondarie o a microaneurismi o a rotture di vasi cerebrali causate da una ipertensione arteriosa di lunga durata.

L'infarto cerebrale può essere preceduto da turbe circolatorie transitorie o attacchi ischemici transitori (TIA) che, generalmente, durano meno di 10 minuti e regrediscono entro 1 giorno.

La sintomatologia varia in base al territorio interessato: carotide (amaurosi, emiparesi); sistema vertebro-basilar (disartria, ipoacusia, vertigini, insicurezza nella deambulazione, sincope o drop attack).

I deficit neurologici ischemici reversibili prolungati (RIND) sono manifestazioni reversibili, più gravi che perdurano oltre 1 giorno, e regrediscono entro una settimana.

Danni permanenti, invece, residuano alle emorragia intraparenchimali e agli infarti cerebrali.

Entità e tipo di sintomi dipendono dalla posizione ed estensione del focolaio e possono consistere in paralisi o paresi, disartria, afasia, parestesie e anestesi, atassia e riduzione del campo visivo.

Le emorragie causano, generalmente, una più marcata sofferenza neurologica e sono gravate da una percentuale di mortalità più elevata (80%) nei confronti dell'infarto (30%); complessivamente considerata la mortalità risulta del 38-47% entro un mese dall'evento.

La terapia medica di mantenimento consiste nella terapia antitrombotica (anticoagulanti e antiplastrinici) e antipertensiva. A livello del viso si può osservare la paralisi di tipo centrale del nervo facciale caratterizzata da: impossibilità a chiudere le palpebre dal lato malato; deviazione della bocca dal lato sano; deviazione della lingua in protrusione dal lato malato; ri-

sulta invece conservato l'aggrottamento delle sopracciglia e fronte (criterio diagnostico differenziale con la paralisi periferica).

Rischio perioperatorio

I pazienti presentano un maggior rischio di recidive nei primi 6-12 mesi conseguenti l'attacco cerebrovascolare.

Il rischio di complicanze correlato alla terapia odontoiatrica è in relazione al verificarsi di alterazioni della pressione arteriosa, che, peggiorando la perfusione ematica vascolare, possono precipitare un ACV.

Tali situazioni possono verificarsi con meccanismi diversi, con effetto sovrapponibile: ipertensione secondaria a farmaci vasocostrittori o reazioni adrenergiche allo stress; ipotensione arteriosa secondaria alla somministrazione di farmaci depressori del SNC (analgesici narcotici, benzodiazepine).

I pazienti in terapia antitrombotica (antiaggreganti piastrinici e anticoagulanti) presentano un rischio di emorragia a seguito di interventi di chirurgia orale.

Numerose patologie possono essere associate alla malattia cerebrovascolare e aumentare il rischio di complicanze perioperatorie: ipertensione arteriosa; cardiopatia embolica secondaria a fibrillazione atriale e valvulopatie; arteriosclerosi e coronarosclosi; diabete mellito e ipercolesterolemia.

Profilassi perioperatoria

1. L'anamnesi e l'esame obiettivo devono evidenziare entità, frequenza, data dell'ultimo ACV, patologie cardiovascolari associate. È consigliabile misurare la pressione arteriosa nei pazienti non controllati.
2. Nei pazienti con disartria, afasia e insufficienza mentale possono sussistere difficoltà di comunicazione ed è opportuno utilizzare una tecnica di comunicazione efficace (vedi tabella 3).
3. Il rischio di recidiva è più elevato nei 6-12 mesi successivi l'episodio acuto; in questo periodo i trattamenti di elezione vanno differiti e le prestazioni limitate ad interventi di urgenza di limitata invasività.
4. È consigliabile ridurre lo stress della seduta odontoiatrica per mantenere costanti pressione arteriosa e frequenza cardiaca. Le precauzioni consistono nel ridurre durata e invasività dell'intervento, controllare il dolore, tranquillizzare il paziente ed eventualmente, in una sedazione farmacologica (N₂O, benzodiazepine).

5. Per i pazienti in terapia anticoagulante (dicumarolici) si deve richiedere il PT. Un valore superiore a 2-2,5 volte il normale (PT 30%, INR di 3-3,5) sono compatibili con la maggior parte delle procedure di chirurgia minore; non è necessario interrompere la terapia anticoagulante ed è sufficiente l'emostasi locale. Per interventi di chirurgia maggiore, invece, si deve richiedere consulenza medica per sospendere o ridurre la terapia anticoagulante. Se tale adattamento posologico risulta incompatibile con le condizioni sistemiche si deve ospedalizzare il paziente per istituire una terapia eparinica (cfr. *Il trattamento odontoiatrico nel paziente con patologia cardiovascolare*)

Tabella 3
TECNICA DI COMUNICAZIONE CON PAZIENTI CON ESITI DI ICTUS

Deficit motori e sensitivi (afasia, disartria, etc)	Deficit cognitivi (demenza, etc)
<p>Controllare la capacità di comunicare (verbalizzazione) e seguire la logica del colloquio (comprensione)</p> <p>Non sottostimare o sovrastimare le capacità del paziente (ad esempio parlando in modo infantile e/o comunicando solo con i parenti)</p> <p>Porsi di fronte al paziente in posizione ben visibile</p> <p>Togliere le mascherine chirurgiche per facilitare la comunicazione</p> <p>Usare oggetti o schemi esplicativi (chiavi visuali)</p> <p>Porre domande brevi che richiedono risposte semplici (si/no)</p> <p>Proporre le terapie odontoiatriche in modo positivo e realistico</p>	<p>Usare espressioni semplici e concrete, parlando lentamente</p> <p>Chiedere al paziente di fare una sola cosa per volta</p> <p>Essere metodici e costanti</p> <p>Avvicinarsi lentamente e ripresentare ogni volta se stessi e i collaboratori</p> <p>Essere coscienti dei potenziali segni di trascuratezza e maltrattamento dei pazienti</p>

Tabella 4
TRATTAMENTO ODONTOIATRICO DEI PAZIENTI CON ACCIDENTI CEREBROVASCOLARI (ACV)

Stadiazione	Indicazione al trattamento
<p>RISCHIO LIEVE <i>ACV progressivo da anni, Quadro clinico stabile in assenza di esiti e recidive Nessuna terapia farmacologica</i></p>	<p>Controllare la pressione arteriosa</p> <p>Ridurre lo stress della seduta odontoiatrica</p> <p>Nessuna modifica del normale piano di terapia odontoiatrica</p>
<p>RISCHIO MODERATO <i>ACV progressivo da oltre 6-12 mesi Quadri clinici stabili Terapia farmacologica antitrombotica (antiaggreganti piastrinici, anticoagulanti orali)</i></p>	<p>Consulenza medica consigliata</p> <p>Programmare le terapie di elezione (relativamente controindicate)</p> <p>Richiedere PT nei pazienti in terapia anticoagulante</p> <p>Emostasi locale accurata dopo chirurgia</p> <p>Ridurre o interrompere la terapia antitrombotica per chirurgia con elevato rischio emorragico (solo previa consulenza medica)</p> <p>Ridurre la quantità di vasocostrittore (1-2 fiale di lidocaina con noradrenalina 1:100.000)</p> <p>Ridurre farmaci depressori del SNC</p>
<p>RISCHIO SEVERO <i>ACV entro 6-12 mesi Quadri clinici instabili, recidivanti o progressivi</i></p>	<p>Consulenza medica obbligatoria</p> <p>Controindicazione all'uso di vasocostrittori</p> <p>Eeguire terapie d'urgenza</p> <p>Controindicazione alle terapie di elezione</p> <p>Considerare l'ospedalizzare per interventi di chirurgia orale complessi</p>

6. I pazienti con terapia antiaggregante piastrinica non presentano particolari rischi emorragici; per interventi di chirurgia complessa il farmaco va sospeso 3-4 giorni prima, previa autorizzazione medica.
7. Nei pazienti con ACV secondaria a cardiopatia tromboembolica con valvulopatie si deve valutare la situazione cardiologica e prescrivere la profilassi antibiotica dell'endocardite batterica
8. Evitare di fare iperestendere il capo nei pazienti con insufficienza vertebrobasilare; la compressione vascolare, determinata da osteofiti dell'artrosi cervicale, può determinare dei drop attack (vertigini e perdita di coscienza improvvisa).
9. Nei pazienti con handicap fisico l'igiene orale può risultare difficoltosa; si deve considerare, quindi, l'opportunità di eseguire protesi rimovibili di facile gestione. Comunque, nei pazienti con difficoltà a rimuovere le protesi mobili, un ponte fisso facilmente detergibile può rappresentare una buona soluzione terapeutica. Per assicurare una corretta igiene orale, nei pazienti con deficit motori, si possono consigliare ausili diversi (idropulsore, spazzolini elettrici, spazzolini con manico ingrandito per facilitare la presa).

Terapia farmacologica

I farmaci depressori del SNC (analgesici narcotici, benzodiazepine) devono essere evitati o utilizzati a basso dosaggio in quanto possono causare una ipotensione secondaria, in grado di ridurre la perfusione ematica cerebrale e esacerbare un ACV. Nei pazienti con patologia severa la riduzione dello stress

può essere ottenuta con N₂O, e benzodiazepine a basso dosaggio; la somministrazione di O₂ ha l'effetto di migliorare la perfusione cerebrale.

I vasocostrittori devono essere evitati o utilizzati a basso dosaggio in quanto possono causare una ipertensione arteriosa per effetto diretto o per interazione farmacologica in pazienti in trattamento con IMAO e antidepressivi tricyclici.

Può essere utilizzato un anestetico locale con adrenalina 1:100.000 o 1:200.000 in quantità ridotta (2 tubofiale) previa esecuzione di un test di tolleranza (cfr. *Terapia farmacologica in nevrosi, psicosi e disturbi del comportamento*).

Emergenza medica

Il riscontro di sintomi focali anche rapidamente transitori, suggestivi di TIA (come ad es. paresi, disturbi della sensibilità, della vista e della parola) nel corso delle cure odontoiatriche impongono l'invio per una consulenza medica.

I pazienti con sintomatologia compatibile con accidente cerebrovascolare in atto (RIND, infarto, emorragia cerebrale) devono essere ospedalizzati con urgenza.

La terapia attuabile in uno studio odontoiatrico è limitata al monitoraggio dei parametri vitali e alla somministrazione di ossigeno, in attesa dell'intervento medico.

Per la terapia degli ACV si rimanda al Quaderno della Professione n. 4 e 5 della medesima collana:

Formulario di terapia farmacologica per l'odontoiatra Linee ragionate di terapia per patologia odontostomatologica e per emergenza; Formulario di terapia farmacologica per l'odontoiatra linee ragionate di terapia per gruppo anatomico chimico terapeutico, Promoass ed., Roma, 2000.

2.2 EPILESSIA

Eziologia e sintomatologia

Gli attacchi epilettici sono disturbi transitori funzionali dell'encefalo dovuti a scariche sincrone di un gruppo di neuroni o a una diminuita attività dei meccanismi di inibizione. L'attacco occasionale può essere scatenato da diverse situazioni (assenza di sonno, febbre, astinenza da alcol o collasso cardiocircolatorio) e può colpire il 5% di tutti i soggetti; si parla di epilessia quando gli episodi compaiono più volte nell'arco della vita. Lo 0,5-1% della popolazione è affetto da epilessia. Solo nel 50% dei casi è possibile trovare una causa organica (epilessia sintomatica), mentre i restanti casi sono definiti idiopatici o criptogenetici.

Per quanto riguarda le cause più frequenti dell'epilessia, in rapporto all'età, generalmente le forme infantili e giovanili dipendono da danni cerebrali perinatali, malformazioni, genetica; mentre le forme dell'età media dipendono più frequentemente da traumi, tumori, alcolismo, disturbi vascolari.

Gli attacchi sono estremamente polimorfi e, in base alla estensione e all'importanza della sintomatologia, si distinguono in parziali e generalizzati:

- Le crisi parziali sono definite a semeiologia semplice quando è conservato lo stato di coscienza e compaiono sintomi focali (convulsioni ritmiche di una estremità o di una metà del corpo, sintomi sensitivi o sensoriali o psichici); le crisi parziali a semeiologia complessa sono caratterizzate da movimenti stereotipati con perdita di coscienza.
- Le crisi generalizzate si accompagnano a perdita di coscienza, possono aversi: brevi assenze; improvvise cadute a terra (crisi atonica); irrigidimento tonico dei quattro arti (crisi toniche); brevi convulsioni miocloniche; movimenti ritmici degli arti. Possono essere secondarie a una crisi focale o comparire generalizzate.

La terapia medica utilizza farmaci antiepilettici in modo continuativo (fenitoina, carbamazepina, acido valproico).

L'iperplasia gengivale da fenitoina si riscontra nel 42% dei casi e, nei pazienti incapaci di mantenere una adeguata igiene orale, la forma si complica con gengivite, parodontite e carie.

Rischio perioperatorio

Nei pazienti con risposta parziale alla terapia medica lo stress

causato dall'ansia e dal dolore dell'intervento odontoiatrico può costituire un fattore precipitante le crisi epilettiche.

Nel corso delle crisi convulsive di grande male possono verificarsi traumi da caduta, morsicatura della lingua, deglutizione o inalazione di strumenti o materiali odontoiatrici, arresto cardiorespiratorio.

I farmaci antiepilettici possono causare soppressione midollare con leucopenia e trombocitopenia che possono risultare in un aumentato rischio di infezione, emorragia, ritardata guarigione dopo interventi di chirurgia orale.

Esiste il rischio di interazioni farmacologiche tra farmaci antiepilettici e odontoiatrici: eritromicina e propofol-carbamazepina (aumentata tossicità di quest'ultima); acido valproico-ASA e FANS (piastrinopatia).

I farmaci antiepilettici sono depressori del SNC e la loro azione può essere potenziata dagli analgesici narcotici e dalle benzodiazepine, aumentando la sedazione con effetti negativi sulla respirazione.

Profilassi

1. L'anamnesi deve individuare le caratteristiche dell'epilessia: tipo di crisi e frequenza, terapia medica, fattori precipitanti.
2. La maggior parte dei pazienti (60-80%) ottiene un buon controllo farmacologico della patologia e non richiede alterazioni del piano di trattamento. I pazienti con attacchi frequenti che dimostrino uno scarso controllo terapeutico possono richiedere una terapia addizionale anticonvulsiva o sedativa. Si deve infatti considerare che l'ansia e il dolore causati dall'appuntamento odontoiatrico possono rappresentare fattori precipitanti la crisi epilettica.
3. È consigliabile richiedere l'emocromo per i pazienti in terapia con antiepilettici candidati a interventi di chirurgia orale complessi (rischio di leucopenia e trombocitopenia).
4. Durante le cure è consigliabile prendere misure adatte a prevenire il rischio di deglutizione o inalazione di strumentario odontoiatrico nell'evenienza di crisi epilettiche (ad es. legare con filo interdentale i rullini di cotone, gli uncini da diga).
5. Si deve considerare il rischio di interazioni farmacologiche, evitando di somministrare: eritromicina in pazienti in terapia con carbamazepina; ASA e FANS ai pazienti in terapia con acido valproico, farmaci analgesici narcotici e benzodiazepine per l'interazione con farmaci antiepilettici.
6. L'iperplasia gengivale richiede la riduzione chirurgica; la scarsa igiene orale, i fattori irritativi locali (spigoli di denti fratturati, restauri difettosi) e la gengivite devono essere corrette in quanto aumentano entità e frequenza delle recidive. Il medico va consultato sulla necessità di sostituire la fenitoina, nei casi con recidive frequenti.
7. Vanno proposti piani di terapia realistici; interventi di terapia conservativa e protesici possono non essere perseguibili nei soggetti istituzionalizzati con scarsa assistenza o insufficienza mentale; in questi casi è consigliabile privilegiare la bonifica mediante estrazione degli elementi dentari a prognosi incerta.
8. In presenza di edentulie parziali è opportuno eseguire delle protesi fisse a ponte in modo da prevenire eventuali morsi della lingua nello spazio edentulo durante le crisi. I ponti fissi devono essere costruiti preferibilmente in metallo, in modo da ridurre il rischio di frattura. Le protesi mobili in resina sono meno consigliate per il rischio di frattura; nel caso siano necessarie sono da preferire basi estese, metalliche o in acrilico rinforzate con metallo, per evitare il rischio di rottura e deglutizione durante la crisi.

Tabella 5
TRATTAMENTO ODONTOIATRICO DEI PAZIENTI CON EPILESSIA

Stadiazione	Indicazione al trattamento
RISCHIO LIEVE <i>Attacchi occasionali in passato senza sequele</i> <i>Nessuna terapia antiepilettica</i>	Nessuna modifica del normale piano di trattamento
RISCHIO MODERATO <i>Epilessia con crisi epilettiche rare o infrequenti</i> <i>Buona risposta alla terapia antiepilettica</i>	Ridurre lo stress dell'intervento (ansia, dolore) Richiedere consulenza medica prima di interventi complessi di elezione Prevedere il rischio di aspirazione, deglutizione dello strumentario e protesi in caso di crisi Assicurare rapida disponibilità di farmaci d'urgenza (diazepam)
RISCHIO SEVERO <i>Epilessia con crisi frequenti (< 1 mese)</i> <i>Terapia antiepilettica con scarso controllo</i>	Terapia palliativa medica delle urgenze o manovre con minima invasività Rinviare le cure di elezione dopo che sia stato ottenuto il controllo medico della patologia

Emergenza medica

Le crisi generalizzate di “grande male” costituiscono il 90% dei casi e si presentano con convulsioni tonico-cliniche generalizzate con perdita di coscienza, incontinenza fecale e urinaria; richiedono una terapia d’urgenza complessa nello studio dentistico come esemplificato nella tabella seguente. Altri tipi di crisi con sintomatologia meno importante richiedono esclusivamente di essere controllate sino a risoluzione prima di dimettere il paziente accompagnato; esiste infatti il rischio di passaggio da forme focali a forme generalizzate.

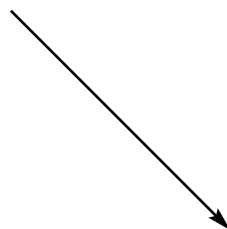
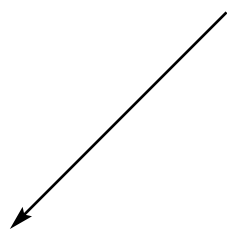
Tra le forme con sintomatologia meno importante ricordiamo: le crisi generalizzate di “piccolo male” (25% dei casi) con perdita di coscienza senza alterazioni dell’attività muscolare o convulsioni di ridotta entità e brevi (10-30 sec); le crisi psicomotorie (6% dei casi) caratterizzate da convulsioni localizzate senza perdita di coscienza, alterazioni del comportamento e incapacità di comunicare per parecchi minuti; altre crisi minori con caratteristiche diverse come crisi acinetiche, crisi jacksoniane (sintomi focali motori o sensoriali) e crisi miocloniche (contrazioni muscolari degli arti).

Tabella 6

CRISI EPILETTICA DI TIPO GRANDE MALE

Primo intervento

Liberare la bocca da corpi estranei (strumentario, materiali, protesi rimovibili) che possono essere deglutiti o aspirati
 Porre il paziente in posizione supina e contenerne i movimenti in modo morbido ma deciso per evitare traumi
 Posizionare uno spessore tra le arcate dentarie (abbassalingua, cuneo di gomma, garza) per prevenire morsi delle labbra e della lingua
 Estendere il capo per assicurare la pervietà delle vie aeree
 Controllare i segni vitali (polso e respiro) e il decorso della crisi (durata delle fasi di apnea)



Risoluzione

La maggior parte delle crisi si risolve in 2-5 minuti e segue un fase postcritica (stato confusionale o soporoso) con completa ripresa entro un’ora.
 Nella fase postcritica porre il paziente in decubito laterale sinistro
 Controllare il paziente fino al recupero, quindi dimettere il paziente a domicilio accompagnato da persona responsabile

Aggravamento

In alcuni casi le crisi sono prolungate oltre 5 min. o recidivanti sino alla comparsa di uno stato di male epilettico con rischio di arresto respiratorio
 Chiamare il Pronto Intervento Medico per ospedalizzare
 Somministrare diazepam 5-10 mg ev lentamente in 1-2 minuti
 Somministrare ossigeno ad alto flusso (5-6 l/min)

3.1 DEMENZE

Eziologia e sintomatologia

La demenza è una malattia cerebrale organica, caratterizzata da deficit cognitivi multipli, che consegue a diverse patologie, tra cui le più frequenti risultano: il morbo di Alzheimer che è la forma degenerativa primaria (70% dei casi totali) e la demenza vascolare da infarti multipli, secondaria ad aterosclerosi.

La prevalenza delle demenze sopra i 65 anni è del 10% e aumenta con l'età; l'aspettativa di vita media del paziente è lunga (>10 anni) e il problema assistenziale sistemico è quindi importante.

I sintomi e i segni sono progressivi e sono costituiti dalla perdita della memoria recente, dalla compromissione della capacità di giudizio, dalla afasia (difficoltà a nominare gli oggetti), dalla agnosia (difficoltà a identificare gli oggetti), dalla aprassia (difficoltà a camminare ed eseguire azioni), dalla difficoltà di ideazione (progettazione, organizzazione); inoltre, ansia, depressione, comportamenti aggressivi, insonnia, sindromi extrapiramidali sono disturbi spesso associati.

La terapia medica prevede l'utilizzazione di farmaci antipsicotici, antidepressivi, ipnotici, neurolettici.

I sintomi orali sono costituiti dalla xerostomia farmaco-indotta; disturbi extrapiramidali causati dalla malattia e/o dai neurolettici (discinesia, tic mandibolari, spasmo dei muscoli periorali e masticatori, disfagia con scialorrea secondaria).

Rischio perioperatorio

Considerando l'età media di insorgenza della patologia va premesso che l'anziano, di per sé, deve essere considerato un paziente a rischio per le terapie odontoiatriche a causa della riduzione della riserva funzionale respiratoria e cardiaca e delle patologie associate.

I pazienti affetti da demenza progressivamente non sono in grado di provvedere a sé stessi, di rispettare gli appuntamenti, di assumere terapie farmacologiche, di spostarsi dal proprio domicilio, di fronteggiare emergenze o di adattarsi a nuovi comportamenti.

La terapia con farmaci psichiatrici, inoltre, presenta il rischio di effetti indesiderati per interazioni farmacologiche con alcuni dei farmaci odontoiatrici: farmaci psichiatrici-benzodiazepine del SNC (eccessiva sedazione, depressione respiratoria); antidepressivi-vasocostrittori (crisi di ipertensione e arteriosa).

Da considerare, infine, che la somministrazione cronica di farmaci neurolettici può provocare inibizione midollare (agranulocitosi, leucopenia, trombocitopenia) e facilitare infezioni ed emorragie dopo interventi di chirurgia orale.

Profilassi

1. Il dialogo con il paziente ed i familiari, ed eventualmente la consulenza con il medico curante, permettono al dentista di valutare l'opportunità e la validità del trattamento odontoiatrico in funzione della capacità di collaborazione del paziente e della prognosi della malattia sistemica.
2. La terapia odontoiatrica elettiva e la riabilitazione protesica sono indicate nella fase iniziale della malattia in modo che il paziente possa abituarsi alla nuova situazione. Con il peggiorare della patologia sistemica è opportuno limitarsi alle sole terapie necessarie (esodonzia, conservativa) poiché il paziente non è progressivamente in grado di tollerare ed adattarsi ai cambiamenti. Si devono comunque sempre progettare protesi semplici considerando la progressiva perdita di abilità manuale e aprassia.
3. Nel corso del trattamento, per facilitare la comunicazione e la cooperazione del paziente, è necessario rispettare alcune regole di comportamento: chiedere al paziente di fare solo una cosa per volta; usare espressioni concrete e frasi corte; usare chiavi visuali e spiegare tutte le procedure; essere il più costanti e metodici possibile (avvicinarsi lentamente, ripresentare sempre se stessi e i collaboratori); essere coscienti dei potenziali segni di trascuratezza e maltrattamento dei pazienti.
4. Per l'anestesia si utilizzano anestetici locali senza vasocostrittori (rischio di interazione farmacologica con gli antidepressivi). Non si dovrebbe superare il dosaggio di tre fiale per seduta, considerando potenziali effetti di depressione sul sistema nervoso centrale per interazione con altri farmaci (cfr. Terapia farmacologica in nevrosi, psicosi e disturbi funzionali) in pazienti anziani con ridotta riserva funzionale, sia cardiovascolare che metabolica.
5. È opportuno richiedere un esame emocromocitometrico nei pazienti in trattamento cronico con neurolettici che non siano sottoposti a controllo medico periodico, per il rischio di inibizione midollare e complicanze a seguito di interventi di chirurgia orale.

Tabella 7
TRATTAMENTO ODONTOIATRICO IN PRESENZA DI MORBO DI ALZHEIMER

Stadiazione	Indicazione al trattamento
<p>STADIO INIZIALE <i>Coinvolgimento cognitivo multiplo (perdita della memoria recente; sottili cambiamenti della personalità come apatia, mancanza di spontaneità, ritiro dalla vita sociale, irritabilità occasionale).</i></p>	<p>Nessuna modifica del normale piano di trattamento Progettare protesi semplici (progressiva aprassia)</p>
<p>STADIO INTERMEDIO <i>Marcati cambiamenti della personalità e del comportamento Depressione, insonnia, difficoltà nella risoluzione di problemi anche facili, perdita delle capacità di giudizio, aumentato disorientamento.</i></p>	<p>Adottare un comportamento idoneo ad ottenere la collaborazione (avvicinarsi lentamente; impartire un ordine per volta; spiegare usando chiavi visive). Eseguire richiami periodici di controllo e motivazione all'igiene orale in modo da rendere automatica la cura orale. Limitarsi alla terapia di routine con trattamenti semplici di compromesso</p>
<p>STADIO AVANZATO <i>Disordini mioclonici e dell'andatura Epilessia (20% dei pazienti) Mancanza di comunicazione Non autosufficienza</i></p>	<p>Eseguire solo la terapia di routine necessaria per stabilizzare la patologia e prevenire complicazioni</p>

3.2 NEVROSI, PSICOSI E ALTRI DISTURBI FUNZIONALI

Eziologia e sintomatologia

Le malattie psichiatriche sono un rilievo comune nella società moderna, si calcola che circa un individuo su sei soffre di qualche disturbo psichiatrico (da una lieve nevrosi alle malattie più gravi e invalidanti); che un terzo della popolazione soffre nell'arco della propria vita di uno o più disturbi psichiatrici; e che il 10-20% delle prescrizioni mediche sia costituito da psicofarmaci.

A seconda della loro eziologia, i disturbi psichiatrici sono classificati in due categorie: le patologie organiche meno frequenti e secondarie a lesioni cerebrali come tumori, traumi, infezioni e difetti congeniti; i disturbi funzionali che formano la maggioranza e sono suddivisibili in disturbi ansiosi, affettivi, psicotici, della personalità.

I disturbi funzionali più frequenti che possono richiedere un adattamento del comportamento terapeutico dell'odontoiatra sono i seguenti:

I disturbi d'ansia (nevrosi) hanno una prevalenza del 2-4% nella popolazione generale, sono costituiti da un gruppo di problemi mentali in cui un'ansia persistente compare in assenza di minaccia apparente o in modo sproporzionato rispetto allo stimolo (fobie, attacchi di panico e di ansia generalizzata). Il disordine ansioso generalizzato (iperattività e apprensione persistente per più di sei mesi).

I disturbi affettivi (dell'umore) hanno una prevalenza del 5% nella popolazione generale e comprendono la depressione ed i disordini bipolari tra le forme più comuni.

- La depressione è un disturbo dell'umore caratterizzata dalla mancanza di piacere in quasi tutte le attività della vita: la distimia (3,3%) è una forma di depressione cronica minore; nella depressione maggiore i sintomi perdurano per almeno due settimane e sono rappresentati da disturbi dell'appetito e del sonno, agitazione psicomotoria, astenia e affaticabilità, senso di inutilità, ricorrenti pensieri di morte e/o tentativi di suicidio (forma grave o melancolia).
- I disordini bipolari (1,2%) sono disturbi affettivi costituiti dall'alternarsi di episodi ciclici depressivi e maniacali con recupero completo tra gli episodi (psicosi maniaco-depressive con fasi di irritabilità e di euforia).

I disturbi psicotici (psicosi) sono forme gravi caratterizzate dalla disorganizzazione della personalità con disturbi del pensiero, della percezione e dei sentimenti (autismo, schizofrenia, paranoia); il delirio e la catatonia sono i sintomi concomitanti.

I disturbi della personalità sono particolarità caratteriali croniche che provocano un disadattamento esistenziale in una vita apparentemente normale (personalità compulsiva, narci-

sistica, antisociale, istrionica, dipendente, eccetera).

I disordini somatoformi sono sindromi di conversione in cui il paziente converte l'ansia in una sintomatologia d'organo in assenza di patologia organica obiettivabile (somatizzazione, ipocondria).

Le malattie psicosomatiche sono patologie fisiche di origine psichica (malattia ulcerosa, cefalee, colite ulcerosa).

La sintomatologia orale può essere rappresentata da quadri diversi:

- i disturbi somatoformi possono manifestarsi con il dolore e le parestesie orofaringee (burning mouth syndrome) e la patofobia (ad esempio paura di un carcinoma),
- i disturbi d'ansia possono causare una sindrome algico-disunzionale da iperattività muscolare (bruxismo, serramento); altri disturbi ansiosi che possono manifestarsi nel corso dell'appuntamento odontoiatrico sono costituiti dalla fobia semplice (ad esempio fobia dell'ago), l'attacco di panico,
- le patologie psicosomatiche sono rappresentate da afte, lichen planus.

I sintomi lamentati dal paziente possono essere, comunque, molteplici: xerostomia, disgeusia, stomatopirosi, glossodinia, cefalee e dolori facciali

I segni sono rappresentati dalle: erosione dentali (bruxismo); lesioni autoinflitte (morsi, leucoplachia da parafunzione); carie e parodontopatia nei pazienti con scarsa igiene orale in quanto disinteressati al proprio stato di salute o non autosufficienti e privi di assistenza.

Rischio perioperatorio

Tra gli effetti indesiderati della terapia farmacologica sono da ricordare: l'ipotensione posturale (effetto collaterale di alcuni psicofarmaci) che può causare caduta a seguito di un rapido rialzo dalla poltrona odontoiatrica al termine della seduta di cura; la distonia ed i movimenti incontrollati che possono causare traumi e ferite nel corso delle cure; la pancito-

penia da neurolettici con rischio di infezione ed emorragia; l'ipertensione arteriosa per interazione degli antidepressivi e IMAO con i vasocostrittori; l'ipotensione arteriosa per interazione dei vasocostrittori con i neurolettici (antipsicotici).

Lo stress rappresentato dalla terapia odontoiatrica può superare le capacità di adattamento del paziente e scatenare emergenze psichiatriche.

Profilassi

1. La valutazione con anamnesi ed esame obiettivo deve accertare: il tipo di patologia, la terapia farmacologica in atto, la possibilità di cooperazione del paziente.
2. La consulenza medica o psichiatrica è necessaria prima di procedere a piani di trattamento complessi che devono essere programmati nei pazienti stabili psichicamente, cooperanti, capaci di intendere e volere.
3. Il piano di trattamento deve essere realistico, dinamico e flessibile per adeguarsi alle condizioni del paziente che può essere aggressivo o non cooperante, spesso incapace o disinteressato a mantenere un adeguato stato di salute orale. La priorità va data alle cure indispensabili a mantenere la dentatura presente e prevenire il peggioramento delle patologie orodentali.
4. Per i pazienti incapaci di intendere e volere, il consenso alle cure deve essere ottenuto dal tutore legale.
5. Si deve ridurre lo stress costituito dalle sedute odontoiatriche dividendo le terapie in più sedute, effettuando un buon controllo del dolore; nei pazienti nei quali la sintomatologia non è superabile con un atteggiamento di disponibilità al colloquio è utile ricorrere alla farmacosedazione (benzodiazepine a basso dosaggio, N2O).
6. Nei pazienti con patologia somatoforme va eseguita una accurata visita per escludere patologie organiche; si deve dare assistenza spiegando al paziente la situazione e mantenendo un atteggiamento disponibile a successive visite. Possono risultare utili le somministrazioni di farmaci pla-

Tabella 8
TRATTAMENTO DEL PAZIENTE CON PATOLOGIE PSICHIATRICHE

Stadiazione	Indicazione al trattamento
<p>DISTURBO DI LIEVE ENTITÀ <i>Presenza di contatto con la realtà e influenza dell'ambiente sul sintomo psichico; terapia con ansiolitici e antidepressivi; collaborazione da parte del paziente.</i></p>	<p>Nessuna modifica del normale piano di trattamento Erogare le terapie in base alle necessità e richieste del paziente Ridurre lo stress Evitare interazioni farmacologiche (vasocostrittori- antidepressivi)</p>
<p>DISTURBO GRAVE <i>Dissociazione e assenza di contatto con la realtà; tristezza vitale e melancolia; terapia farmacologiche con antipsicotici e associazioni polifarmacologiche Mancanza di collaborazione</i></p>	<p>Valutare la collaborazione Consenso informato dal tutore in caso di incapacità di intendere e volere Limitare il piano di terapia alle cure semplici e necessarie Evitare interazioni farmacologiche Consulenza psichiatrica prima di interventi complessi Considerare necessità di interventi in sedazione o narcosi</p>

cebo e i controlli periodici come supporto psicologico.

7. Nei pazienti con xerostomia (effetto atropinosimile o anticolinergico dei farmaci psichiatrici) è necessario istituire un piano di profilassi delle patologie cariosa e parodontale con richiami frequenti ogni 4-6 mesi.

Terapia farmacologica

I problemi nei pazienti in trattamento con farmaci psichiatrici sono costituiti dagli effetti collaterali e dalle interazioni farmacologiche con i farmaci somministrati nel corso della seduta odontoiatrica.

Le terapie psichiatriche con farmaci antipsicotici possono causare la comparsa di effetti indesiderati extrapiramidali che sono rappresentati da:

- pseudoparkinsonismo (tremori e discinesia),
- distonia e dalla acatisia (spasmi muscolari e movimenti ripetitivi incontrollati).

Gli effetti sulla muscolatura cefalica determinano trisma, movimenti del collo, della bocca, della lingua e delle guance che riducono la cooperazione del paziente, rendono difficile il lavoro del dentista, richiedono la protezione dei tessuti nel corso della terapia

Altri effetti collaterali, comuni alla maggior parte dei farmaci psichiatrici, sono rappresentati da:

- sedazione che può sommarsi all'azione di altri farmaci depressori del sistema nervoso centrale ad uso odontoiatrico con rischio di depressione respiratoria (benzodiazepine, N20, analgesici narcotici),
- xerostomia (effetto anticolinergico) che favorisce la patologia cariosa e parodontale e richiede richiami frequenti per la motivazione all'igiene orale,
- ipotensione posturale, per tale motivo è necessario far alzare lentamente il paziente al termine delle cure.

Per evitare le interazioni farmacologiche, con conseguente

Tabella 9
EFFETTI INDESIDERATI DEI FARMACI PSICHIATRICI

Farmaci	Effetti indesiderati	Profilassi odontoiatrica
ANTIDEPRESSIVI <i>Triciclici</i> (imipramina, amitriptilina) <i>Atipici</i> (trazodone) <i>Inibitori della ricaptazione della serotonina</i> (fluoxetina)	Xerostomia Ipotensione posturale, tachicardia Sedazione	Richiami periodici per motivazione all'igiene orale e controllo delle carie Far alzare il paziente lentamente al termine delle cure Non somministrare farmaci con effetto di depressione del SNC
NEUROLETTICI (o antipsicotici) <i>Fenotiazine</i> (clorpromazina, tioridazina) <i>Butirrofenoni</i> (aloperidolo, droperidolo) <i>Tioxanteni</i> (clopentixolo) <i>Litio</i>	Effetti comuni agli antidepressivi, come sopra Pseudoparkinsonismo con tremori e rigidità Distonia con spasmi muscolari e movimenti involontari Agranulocitosi (raro)	Precauzioni analoghe agli antidepressivi, come sopra Proteggere il paziente da ferite accidentali nel corso della terapia e dall'ingestione di strumenti Esame emocromocitometrico prima di interventi complessi di chirurgia orale
ANSIOLITICI E IPNOTICI <i>Barbiturici</i> (amobarbital, secobarbital) <i>Benzodiazepine</i> (diazepam, ecc) <i>Non benzodiazepinici</i> (meprobamato)	Effetti comuni agli antidepressivi, come sopra Dipendenza fisica e psichica	Precauzioni analoghe agli antidepressivi, come sopra Non prescrivere farmaci che possono causare dipendenza
IMAO (Tranilcipromina, toloxatone)	Effetti comuni agli antidepressivi, come sopra Crisi ipertensive	Precauzioni analoghe agli antidepressivi, come sopra Controllare la pressione arteriosa prima della seduta

comparsa di effetti indesiderati, tra farmaci psichiatrici e odontoiatrici è necessario adattare la scelta dell'anestetico, le tecniche di farmacosedazione e la terapia analgesica postoperatoria.

Gli effetti indesiderati più pericolosi sono conseguenti a interazioni farmacologiche e risultano a carico della pressione arteriosa:

- ipertensione arteriosa e tachicardia per interazione tra vasocostrittori e antidepressivi triciclici e IMAO,
- ipotensione arteriosa per interazione tra vasocostrittori e antipsicotici (fenotiazine).

Per valutare la risposta clinica si può eseguire un preventivo test di tolleranza somministrando 1ml di anestetico con vasocostrittore 1:100.000 e monitorando la pressione arteriosa per i 5 minuti successivi; se non si registrano variazioni pressorie si può somministrare senza pericolo un anestetico con vasocostrittore con dosaggio ridotto pari a di 2 fiale (dose massima <0,036 mg adrenalina).

Emergenze psichiatriche

Le emergenze psichiatriche sono rappresentate da diverse sindromi:

- L'attacco di panico si manifesta con apprensione o paura, accompagnata da sintomi come dispnea, palpitazioni, dolore toracico, sensazione di soffocamento, parestesie agli arti, sudorazione, sensazione di svenimento, tremori fini o a grandi scosse.
- Il disturbo d'ansia generalizzato si manifesta con segni di tensione motoria (tremori, incapacità a stare fermi), iperattività neurovegetativa (sudorazione, tachicardia, polipnea, parestesie agli arti, sensazione di caldo e freddo, diarrea, minzione frequente, malessere) e sintomi psichici (paura, stato di vigilanza ed allarme con iperattenzione e irritabilità).
- Nella crisi isterica i disturbi si estrinsecano con sintomi di conversione (pseudoneurologici, lipotimici o dolorosi) che possono mimare crisi epilettiche o tetaniche; la crisi tipica

Tabella 10
INTERAZIONI FARMACOLOGICHE TRA FARMACI PSICHIATRICI E ODONTOIATRICI

Farmaci Psichiatrici	Interazioni farmacologiche con farmaci odontoiatrici	Precauzioni nel corso della terapia odontoiatrica
ANTIDEPRESSIVI TRICICLICI IMAO ANSIOLITICI NEUROLETTICI	Eccessiva sedazione e depressione respiratoria per potenziamento dell'azione di altri farmaci depressori SNC (narcotici analgesici, antistaminici, alcol).	Ridurre il dosaggio (25-50% della dose normale) di: - Benzodiazepine utilizzate per farmacosedazione - Analgesici narcotici
	L'uso di protossido d'azoto può causare reazioni paradosse (eccitazione) e depressione respiratoria per interazione con i barbiturici	Non utilizzare la sedoanalgesia con N2O nei pazienti in terapia con barbiturici
ANTIDEPRESSIVI TRICICLICI IMAO NEUROLETTICI	Crisi di ipertensione arteriosa (IMAO, antidepressivi triciclici) o di ipotensione arteriosa (neurolettici) per interazione con i vasocostrittori associati all'anestetico	Controindicato l'uso di fenilefrina* Cautela nell'uso di vasocostrittori: - Dose massima di adrenalina per appuntamento 2 fiale 1:100.000 Aspirare prima di iniettare per evitare l'iniezione endovascolare - Iniettare lentamente per non causare un sovradosaggio relativo Eseguire test di tolleranza
ANTIDEPRESSIVI TRICICLICI	Glaucoma acuto per interazione con parasimpaticolitici (anticolinergici).	Controindicato l'uso di atropina (usata per ridurre la salivazione)
LITIO	FANS, eritromicina, carbamazepina e metronidazolo aumentano il livelli ematici e la tossicità. Le benzodiazepine possono causare ipotermia	Controindicata l'associazione di benzodiazepine, metronidazolo, FANS.

* Antiallergico e vasocostrittore per spray nasale, utilizzato per la terapia di rinosinusiti

(crisi isterica di Charcot) ha uno svolgimento tipico (prodromi, fase epilettoidale, fase degli atteggiamenti teatrali, progressivo ripristino della coscienza).

- Nello stato di agitazione psicomotoria il paziente si presenta agitato, terrorizzato, con momenti di aggressività incontrollata contro chi cerca di aiutarlo.
- Lo stato delirante acuto è caratterizzato dalla rottura dei rapporti con l'esterno con tematiche variabili di tipo allucinatorio; il paziente può presentarsi in uno stato di agitazione psicomotoria o immobile e areattivo (stato di arresto psicomotorio).

Nello studio odontoiatrico la terapia è limitata alla somministrazione di diazepam (10 mg ev o per via orale) nei casi di at-

tacco di panico, crisi isterica, disturbo d'ansia generalizzato; dopo risoluzione della sintomatologia il paziente deve quindi essere dimesso accompagnato da persona responsabile.

In caso di stato di agitazione psicomotoria o stato delirante acuto il paziente deve essere ricoverato in ospedale.

Si deve infine ricordare che il paziente affetto da depressione che manifesti idee di suicidio rappresenta un rischio reale e deve essere inviato con urgenza allo specialista psichiatra o al medico curante.

Sotto l'aspetto psicologico il paziente con depressione deve essere incoraggiato e non criticato; la disponibilità dell'odontoiatra può rappresentare una funzione di supporto per la terapia sistemica per il benessere del paziente.

3.3 TOSSICODIPENDENZA

Eziologia e sintomatologia

La tossicodipendenza è la perdita della libertà di astenersi da una sostanza tossica. A seguito di uso sporadico ricreativo di una sostanza di abuso si determina inizialmente uno stato di assuefazione (aumento della tolleranza che richiede un aumento delle dosi per mantenere lo stesso effetto positivo di soddisfazione). Successivamente subentra una dipendenza fisica e/o psichica in cui l'assunzione si rende necessaria per evitare le manifestazioni somatiche negative della sindrome da astinenza.

Le sostanze di abuso sono molteplici e nella popolazione tossicodipendente è frequente la condizione di polifarmacodipendenza; tra le più diffuse sono annoverate l'alcol, gli stupefacenti (eroina), la cocaina (crack), gli allucinogeni (LSD, canapa indiana), gli psicofarmaci e altre droghe di sintesi (derivati dalla anfetamine, ecstasy).

Non è possibile tratteggiare uno stereotipo del tossicodipendente: la sintomatologia psichiatrica varia in relazione alla personalità del soggetto e le condizioni sociali; inoltre, la sintomatologia somatica è in relazione al tipo di sostanza di abuso e patologie somatiche associate.

Rischio perioperatorio

Il rischio varia in relazione alla patologia somatica associata alla tossicodipendenza, le interazioni farmacologiche con i farmaci odontoiatrici e le sostanze di abuso.

Le epatiti tossiche costituiscono l'effetto comune di molti tipi di dipendenza cronica (alcol, eroina).

Inoltre i tossicodipendenti per via endovenosa presentano una elevata prevalenza di patologie infettive a trasmissione ematica (epatiti virali 80%, AIDS 20%) con conseguente elevato rischio di:

- infezione crociata,
- complicanze infettive postoperatorie correlate all'immunodeficienza,
- diatesi emorragica a seguito di interventi di chirurgia orale a causa della cirrosi epatica.

La cocaina presenta un effetto sinergico con i vasocostrittori

associati all'anestesia ed espone al rischio di effetti sull'apparato cardiovascolare (aritmia, infarto miocardico).

I farmaci utilizzati per la terapia psichiatrica (antidepressivi) possono provocare effetti collaterali indesiderati (crisi ipertensive) per interazione farmacologica con i vasocostrittori associati all'anestesia o contenuti nei fili di retrazione.

I farmaci utilizzati per la sedazione (benzodiazepine, protossido d'azoto) presentano un effetto sinergico con alcune sostanze di abuso (stupefacenti, ansiolitici), particolarmente in presenza di un insufficiente metabolismo epatico, e possono causare depressione del sistema nervoso centrale (sedazione eccessiva, arresto respiratorio).

Profilassi

1. L'anamnesi deve cercare di identificare il paziente a rischio accertando le eventuali terapie farmacologiche in atto e l'utilizzazione di sostanze d'abuso. L'esame obiettivo può evidenziare sintomi correlati: alle patologie sistemiche (epatiti, AIDS); alle modalità di somministrazione endovenosa (cicatrici sulle braccia per iniezioni endovenose e tromboflebiti); agli effetti delle sostanze di abuso sul comportamento (eccessiva sedazione o eccitazione; scarsa cura personale; alterazioni della personalità; carie e xerostomia da eroina).
2. I pazienti nei quali l'anamnesi evidenzia una dipendenza cronica, non in trattamento, possono essere indirizzati al medico curante o ai centri di assistenza pubblici o privati per la disintossicazione. È invece obbligatoria la segnalazione di pazienti con dipendenza cronica da stupefacenti ai servizi pubblici del Sistema Sanitario Nazionale (Servizi per la Tossicodipendenza).
3. Per i pazienti già in trattamento medico è opportuno erogare le terapie di urgenza e richiedere la consulenza del medico curante prima di iniziare un piano di trattamento odontoiatrico complesso. Vanno infatti accertate: le patologie somatiche e psichiatriche in atto; le terapie farmacologiche e il rischio di interazioni farmacologiche.

4. L'utilizzazione delle precauzioni universali per la prevenzione delle infezioni crociate, per quanto debba essere sempre applicata su qualsiasi paziente, è essenziale nei tossicodipendenti per via intravenosa, considerando l'elevato rischio a cui si vengono a trovare esposti il personale ed i successivi pazienti dello studio.
5. Non devono essere somministrati vasocostrittori ai pazienti che hanno assunto cocaina nelle 6 ore precedenti l'intervento odontoiatrico per evitare la possibile comparsa di complicazioni cardiovascolari acute (ipertensione arteriosa e infarto miocardico).
6. L'utilizzazione di farmaci sedativi per la farmacosedazione e il controllo dell'ansia (benzodiazepine, protossido d'azoto) deve essere evitata o ridotta nei pazienti con patologie epatiche o dipendenza cronica per evitare il rischio di interazione farmacologica (eccessiva sedazione e depressione respiratoria).
7. In presenza di terapie con farmaci psichiatrici devono essere evitati o ridotti i farmaci odontoiatrici che possono causare effetti indesiderati da interazioni farmacologiche (vasocostrittori- IMAO, antidepressivi triciclici).
8. Non devono essere prescritti farmaci in grado di determinare dipendenza psichica o fisica o che possano essere utilizzati come sostanze di abuso (antidolorifici stupefacenti, ansiolitici).
9. Non esiste limitazione al piano di terapia in assenza di patologie sistemiche gravi. Comunque il paziente con dipendenza cronica può risultare inaffidabile, non in grado di rispettare e mantenere l'impegno rappresentato da un piano complesso di terapia. Per questo motivo la pianificazione dell'intervento va adattata alla gravità della dipendenza ed alle fasi della riabilitazione sistemica. Inizialmente ci si deve limitare alle terapie urgenti e necessarie; i piani di cura elettivi vanno riservati ai pazienti riabilitati e stabili. Particolarmente in questa ultima tipologia di pazienti va enfatizzato il ruolo delle cure odontoiatriche considerando che il miglioramento della propria immagine ha lo scopo accessorio di favorire l'autostima del soggetto e le possibilità di reinserimento e quindi di recupero sociale.

3.4 BULIMIA E ANORESSIA NERVOSA

Eziologia e sintomatologia

I disturbi psichiatrici dell'alimentazione sono ad eziologia sconosciuta e presentano un picco di insorgenza nell'adolescenza, attorno ai 17 anni, e una predominanza nel sesso femminile (95%):

- l'anoressia è caratterizzata dal rifiuto del cibo con grave perdita di peso corporeo sino a quadri estremi di malnutrizione (mortalità del 6%),
- la bulimia si presenta con episodi ricorrenti compulsivi di eccessiva alimentazione (minimo 2 volte alla settimana per tre mesi) e presenta una prognosi più favorevole per una guarigione spontanea o con terapia.

I sintomi ed i segni sistemici sono parzialmente sovrapponibili, talvolta le due patologie si alternano, e sono rappresentati da: variazioni di peso; depressione e alterazione della propria immagine corporea; vomito autoindotto; uso di clisteri lassativi e diuretici per paura d'ingrassare.

I sintomi odontostomatologici sono costituiti da: tumefazione delle parotidi, lingua nigra e cheilite angolare (malnutrizione); xerostomia e disgeusia (farmaci psichiatrici); bruxismo (disturbi ansiosi); carie ed erosioni dentali (e acidità).

Nei casi che presentano vomito autoindotto di lunga durata (anni) la persistente acidità dell'ambiente orale delinea un quadro progressivo tipico di erosione della superficie palatina dei denti con ipersensibilità dentinale; l'eccessiva assunzione di carboidrati e la xerostomia facilitano l'insorgenza della carie dentale.

Rischio perioperatorio

L'interazione farmacologica tra farmaci psichiatrici e odontoiatrici può provocare effetti indesiderati: crisi ipertensiva

(vasocostrittori-antidepressivi triciclici e IMAO); crisi ipotensive (vasocostrittori-neurolettici); eccessiva sedazione (benzodiazepine-farmaci depressori del SNC).

I pazienti con grave denutrizione e perdita di peso corporeo superiore al 50% possono presentare un ridotto adattamento allo stress, ritardo di guarigione delle ferite e minore resistenza alle infezioni.

Profilassi

1. L'anamnesi e l'esame obiettivo devono evidenziare i cambiamenti di peso e i disordini alimentari, tenendo presente che la maggior parte dei pazienti tende a sminuire o negare la patologia. I pazienti privi di trattamento medico devono essere indirizzati ad una consulenza psichiatrica o psicoterapeutica.
2. La consulenza medica e gli esami di laboratorio (emocromo, test della coagulazione) sono indicati nei casi di malnutrizione candidati a interventi di chirurgia orale.
3. La terapia odontoiatrica deve diminuire i danni correlati alla patologia: sciacquarsi subito la bocca con acqua dopo aver vomitato; terapia topica con fluoro per prevenire la carie e la ipersensibilità dentinale; placche occlusali nei bruxisti poiché l'attrito accelera la perdita dei denti erosi; terapia conservativa o protesica per il restauro della dentatura.
4. Nelle fasi attive della patologia sono indicati gli interventi di routine rimandando le terapie di elezione o le riabilitazione complesse ai periodi di stabilizzazione della patologia in considerazione della ridotta resistenza allo stress del paziente.

BIBLIOGRAFIA

1. ANDRI L. e Altri, *Impiego della nimesulide in soggetti con intolleranza agli antinfiammatori non steroidei*, Folia Allergol. Immunol. Clin. 37: 93-97, 1990
2. ANDRI L. e Altri, *Tolerability of nimesulide in aspirin-sensitive patients*, Annals of Allergy, vol. 72, n. 1, January 1994
3. ASTARITA C. e Altri, *Epidemiologia delle reazioni avverse ai farmaci antinfiammatori non steroidei. La Nimesulide tollerata dai pazienti con reazioni avverse ai Fans e modula nell'uomo la risposta cutanea all'istamina e alla codeina*, Recenti progressi in medicina, vol. 83, n. 10, ottobre 1992
4. BERTI F., ROSSONI G., *La Nimesulide, un farmaco antinfiammatorio non steroideo da un insolito profilo farmacologico*, Riforma med., 1990, 105:325-8
5. BIANCO S. e Altri, *Could NSAIDs have a role as antiasthmatic agents?*, Drug 48 (1) 9:15, 1994
6. BIANCO S. e Altri, *Efficacia e tollerabilità della nimesulide nei pazienti asmatici con intolleranza all'acido acetilsalicilico*, Drug 46 (suppl. 1): 115-120, 1993
7. BIANCO S., *Bronchial inflammation and NSAIDs*, Drug Investigation 3 (suppl. 2): 33-38, 1991
8. BRUSASCO V. e Altri, *Assenza di effetti della nimesulide sull'attività bronchiale nell'asma allergico*, Drugs 46 (suppl.1): 121-123, 1993
9. CASOLARO V. e Altri, *Nimesulide, a sulfonanilide nonsteroidal anti-inflammatory Drug, inhibits mediator release from human basophils and mast cells*, The journal of pharmacology and experimental therapeutics, vol. 267, n.3, 1993
10. DE LUCIA F. e Altri, *Antiinflammatory-antioxidant treatment with a methane sultonilide in allergen-induced asthma*, Annals of Allergy, vol. 66, n. 5, May 1991
11. GIANARIS P.G. e Altri, *Treatment of bronchospastic disorders in the 1990s. What does the future hold?*, Drugs 46 (1): 1-6, 1993
12. LITTLE J.W., FALACE D.A., MILLER C.G., RHODUS N.L., *Dental management of the medically compromised patient*, Mosby Ed., St. Louis, 1997
13. MALAMED S. F., *Sedazione*, Piccin Ed, Padova, 1990
14. MONTAGNA F., FERRONATO G., *Formulario di terapia farmacologica per l'odontoiatra. Linee ragionate di terapia per gruppo Anatomico Chimico Terapeutico (ATC)*, Promoass Ed., Roma, 2000
15. MONTAGNA F., FERRONATO G., *Formulario di terapia farmacologica per l'odontoiatra. Linee ragionate di terapia per patologia odontostomatologica e emergenza*, Promoass Ed., Roma, 2000
16. MONTAGNA F., *Il trattamento odontoiatrico del paziente con patologia cardiovascolare*, Promoass Ed., Roma, 1998
17. MURATORE L. e Altri, *Studio controllato sulla tollerabilità della nimesulide in pazienti con manifestazioni cutanee da intolleranza ad ASA e FANS*, Giorn. It. Allergol. Immunol. Clin. 2: 157-162, 1992
18. PASINI W., HAYNAL A., *Psicologia medica*, Masson Ed., Milano, 1992.
19. QUARANTINO D., *Long-term tolerability of nimesulide and acetaminophen in nonsteroidal anti-inflammatory drug-intolerant patients*, Annals of Allergy, Asthma & Immunology, vol. 79, n. 1, July 1997
20. SEARLE CONTINUING MEDICAL EDUCATION, *Interazioni tra farmaci*, Cedof Vidal Spa Ed., Milano, 1998
21. SENNA G.E. e Altri, *Nimesulide in the treatment of patients intolerant of aspirin and other NSAIDs*, Drug Safety, 14 (2): 94-113, Feb. 1996
22. SONIS S., FAZIO R., FANG L., *Principles and practice of oral medicine*, WB Saunders Company Philadelphia, 1995.
23. WAGNER H., VAN HUSEN N., *Medicina interna per medici odontoiatri*, Micarelli Ed., Roma, 1998.

L'odontoiatria esige professionalità nell'esercizio di un'attività che richiede ritmi sempre più intensi per l'aggiornamento specialistico, per l'aumento delle esigenze di gestione e per la crescita delle pressioni finanziarie.

Come aspetto particolare della pratica quotidiana, spesso, l'odontoiatra si trova a valutare le patologie sistemiche da cui è affetto il paziente e la misura in cui queste possano condizionare i trattamenti dentali programmati.

Esigenza alla quale il ritmo di lavoro permette di dedicare sempre meno tempo per richiedere consulenze mediche e per consultare testi che consentano di approfondire la materia.

D'altra parte le nozioni di medicina interna, che si acquisiscono durante la formazione universitaria o da testi specialistici, risultano a volte troppo superficiali ed altre eccessivamente elaborate per poter essere agevolmente trasferiti ed utilizzati nella pratica quotidiana.

È evidente che l'insieme di tutti questi fattori potrebbe andare a discapito della qualità nella cura del paziente, che rappresenta il fine ultimo di ogni professione sanitaria.

La collana dei "Quaderni della professione" edita dall'ANDI è stata pensata specificatamente per alleviare questi problemi, fornendo la possibilità di un rapido accesso a tutte quelle informazioni che andrebbero ricercate consultando più testi.

La trattazione si rivolge agli odontoiatri che trascorrono gran parte del tempo professionale immersi in problematiche settoriali; gli argomenti discussi sono stati vagliati da medici e odontoiatri esperti, privilegiando le patologie sistemiche e i dettagli che più frequentemente costituiscono un ostacolo nella pratica lavorativa.

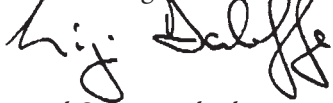
In questo modo il professionista, messo a confronto con un paziente affetto da una malattia sistemica, può facilmente trovare l'informazione di cui ha bisogno, adottare la cura più adatta, o indirizzare il paziente verso il centro medico più appropriato.

La diffusione della cultura, più che la sua produzione e la sua elaborazione, e l'aggiornamento sui grandi problemi dell'odontoiatria rappresentano un compito istituzionale dell'ANDI; ruolo che l'associazione è perfettamente strutturata a perseguire anche in funzione del suo elevato numero di iscritti e la sua capillare distribuzione sul territorio nazionale.

Un impegno per la cui realizzazione si è rivelata determinante la collaborazione con ROCHE, un'industria farmaceutica da sempre sensibile alle problematiche etiche e sociali della medicina e dell'odontoiatria.

ANDI e ROCHE ritengono che quest'impostazione possa costituire uno stimolo al risveglio del "medico" che è presente in ognuno di noi, una spinta a considerare il paziente nel suo insieme, un aiuto a cementare quel fondamentale rapporto "medico-paziente", di stima e fiducia, che sempre più si rende necessario nell'esercizio di una professione, in misura sempre maggiore, oggetto di situazioni di conflitto e di contenzioso.

Luigi Mario Daleffe



Cologno al Serio, 30 luglio 2000

La salute è uno stato provvisorio che non lascia presagire nulla di buono

Anonimo francese XIX secolo

Cod. 24003263

Questa opera della collana editoriale ANDI è stata realizzata con il contributo della



dall'Associazione Nazionale Dentisti Italiani
quale servizio ai propri soci