



Gestione dei pazienti a rischio nello studio odontoiatrico

Il Dentista Moderno UTET

Nell'affrontare l'argomento del trattamento del paziente a rischio nello studio odontoiatrico, quando si opera nel campo della chirurgia orale, occorre sottolineare che alla popolazione dei pazienti che si rivolgono allo studio odontoiatrico è costituito in larga misura da individui sofferenti di una serie di malattie croniche.

Il 37% è affetto da artrosi, allergie, ipertensione. Si pensi che nel 1999, nel nostro paese, i farmaci più venduti sono i seguenti: Tavor, Aulin, Tachipirina, Enapren, Voltaren, Aspirina; Rocefin, Lexotan: Il consumo, in un anno di 222 milioni e mezzo di scatole di Tavor testimonia che non è raro, per un odontoiatra, trovarsi davanti a pazienti ansiosi, spesso dipendenti da farmaci che non è facile liberarsi.

Uno studio condotto presso l'università di Pavia ha messo in evidenza come, tra i pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia orale, è legittimo considerare la presenza di persone sofferenti a causa delle patologie elencate in tabella 1.

PAZIENTI SOTTOPOSTI A CHIRURGIA ORALE	
Condizione patologica	Percentuali di pazienti
neoplasie	4
allergie	4,28
ipertensione	8,57
diabete	4,22
cardiopatia ischemica	9,42
cardiopatia vascolare	5,71
trapiantati	0,28
dializzati	1

TABELLA 1

Come si può osservare, l'odontoiatra che si occupa di chirurgia orale presso il proprio studio, nel contesto di una struttura pubblica o di una clinica privata, ha un'alta probabilità di "incontrare"

Patologie tra le più diverse nei confronti delle quali ampio è il ventaglio delle conoscenze che bisogna avere, per affrontare senza rischi ogni situazione.

Scopo di questo lavoro è descrivere il paziente a rischio nello studio odontoiatrico,, offrendo qualche utile suggerimento relativo ai farmaci da tenere sempre a disposizione. Obiettivo di questo articolo è trasmettere informazioni concrete e pratiche, che aiutino l'odontoiatra ad essere pronto nei confronti delle diverse emergenze di più frequente riscontro.

QUALI FARMACI NELLO STUDIO ODONTOIATRICO?

Si vogliono indicare quali farmaci possono essere utilizzati dall'odontoiatra, anche in considerazione delle responsabilità delle responsabilità medico-legali che la legge gli attribuisce.

Nell'elenco di tabella 2, che riassume la dotazione farmacologia che dovrebbe essere presente in studio, si può notare che mancano diversi preparati "classici" dell'emergenza, ma si ritiene, com e del resto tanti altri colleghi, che sia meglio utilizzare pochi farmaci che si conoscono bene anziché gestire una grande farmacia, la cui utilità è discutibile se applicata alla pratica clinica.

TIPOLOGIE DI PAZIENTI

CARDIOPATICI

Dove si operi su pazienti che siano in terapia con anticoagulanti, i parametri che devono essere noti prima di affrontare interventi chirurgici sono elencati in tabella 3.

E' inutile sottolineare come, in questi pazienti, il rischio maggiore sia quello di andare incontro a ad un episodio tromboembolico.

Il valore di INR, uno dei parametri da considerare con più attenzione deve mantenersi sotto 2,5..

La terapia anticoagulante non va sospesa; vanno eseguite, nel post-operatorio, irrigazioni di acqua fredda oppure con acido tranexamico che, come è noto, sono farmaci estremamente utili, versatili, e possono essere assunti in varie forme.

A RISCHIO INFETTIVO

DOTAZIONE FARMACOLOGICA DI UNO STUDIO ODONTOIATRICO

Adrenalina in fiale da 1:1000 da 1 o 5 mg: è indicata come vasocostrittore, nei distress respiratori da broncospasmo, nelle reazioni da ipersensibilità a farmaci o allergeni, nella bronchite asmatica parossistica, quando si voglia prolungare l'azione degli anestetici locali.

Aloperidolo, in goccia, fiale o compresse: è indicato nella demenza, nell'oligofrenia, nella psicopatia, nell'alcolismo, nell'agitazione psicomotoria in stati maniacali, nei disordini della personalità.

Aminofillina, in fiale da 240 mg: è indicata nell'asma bronchiale acuto con bronchite cronica ed enfisema.

Atropina solfato, in fiale da 0,25 - 0,50 mg: indicata in anestesia per il controllo delle secrezioni nasali, bronchiali e salivari, nella bradicardia e nell'avvelenamento da organo-fosforati.

Beta-metilidossina, in compresse, goccie, o fiale: indicata nell'insufficienza cardiaca acuta e cronica e nella fibrillazione atriale ad alta frequenza.

Diazepam, in compresse, goccie o fiale: è indicato nell'irritabilità, nell'ansia, nella tensione emotiva, nello stato di male epilettico, nelle sindromi depressive con agitazione, negli stati febbrili.

Diolofenac sodico, in compresse da 50 mg o «retard» da 100 mg, o in fiale da 75 mg: è indicato nelle affezioni reumatiche infiammatorie o degenerative, negli spasmi della muscolatura liscia, nell'artrite, nel reumatismo articolare, negli stati dolorosi posttraumatici.

Furosemide, in compresse o fiale: indicata nell'ipertensione e nello scompenso cardiaco acuto.

Ketorolac è indicato nel trattamento a breve termine del dolore acuto di grado lieve o severo.

Ibuprofen, in compresse da 200 mg: trova un'applicazione nel dolore di varia natura ed è un coadiuvante nel trattamento delle sindromi influenzali e degli stati febbrili.

Isosorbide dinitrato, in compresse da 5 (sublinguale), 10 o 40 mg: è indicata nell'insufficienza coronarica e nel prevenire l'angina pectoris.

Floroglucina, in compresse, supposte o fiale: si utilizza nelle manifestazioni spasticodolorose delle vie biliari e urinarie.

Metilprednisolone, in fiale: è indicata negli stati allergici e nelle lesioni midollari.

Metilclorpromide cloridrato, in compresse, goccie pediatriche o fiale: cura le sindromi gastriche e dispeptico-enterocolitiche, il vomito, le discinesie biliari, le coliche digestive.

Nifedipina, in capsule da 10 mg: è indicata nell'angina e nel trattamento dell'ipertensione arteriosa.

Prometazina, in confetti, sciroppo o fiale: trova uso nel trattamento degli stati allergici e delle reazioni allergiche, come premedicazione prima delle anestesi e come sedativo ipnotico.

Salbutamolo, in aerosol o fiale: è indicata nel trattamento della BPCO con componente astmatico e dell'asma bronchiale.

Trinitrina (TNT), in confetti o spray: cura e previene le crisi anginosi¹.

TABELLA 2

Quando invece si tratta di pazienti a rischio infettivo è utile distinguerli in base al livello di rischio (alto o basso).

Nel primo gruppo si considerano coloro che presentano un difetto striale isolato, chi abbia subito un intervento di chirurgia plastica, del setto striale e chi, in generale, soffra di condizioni patologiche che comunque non sono a rischio di endocardite batterica.

Si considera invece ad alto rischio il paziente con *shunt* polmonari trattati chirurgicamente, il portatore di cardiopatie congenite cianotiche, chi abbia sofferto a causa di una precedente endocardite e chi sia stato operato alle valvole cardiache. La terapia antibiotica preventiva, oggi preferita, prevede l'uso di amoxicillina alla dose di 2 g un'ora prima dell'intervento, associato a gentamicina nei pazienti ad alto rischio. In passato si adottava uno schema che preferiva 3 g di amoxicillina da assumere un'ora prima dell'intervento e 80 mg di gentamicina intramuscolo solo in pazienti ad altissimo rischio.

PARAMETRI DA CONSIDERARE NEI PAZIENTI IN TERAPIA ANTICOAGULANTE

Parametri	Valori normali
INR	0,9-1,5
Tempo di Quick	100%
PTT	22-37*
Tempo di coagulazione	6-17'
Piastrine	140-350 mila

TABELLA 3

INFARTUATI

Non è raro poi che al dentista si rivolga un paziente colpito da pregresso infarto miocardico.

E' noto come spesso si tratti di persone preoccupate, ansiose, timorose del fatto che un intervento medico o chirurgico possa mettere a rischio una condizione di salute vissuta come precaria. In effetti, nei primi 6 mesi dopo l'evento infartuale, non

bisognerebbe intervenire, a meno che non sia inevitabile.

Trascorso questo periodo di tempo, il paziente può essere trattato, purchè si controllino il dolore e l'ansia, mediante medicinali, tecniche di psicoterapia, training autogeno e diversi metodi di rilassamento.

E' chiaro che la fiducia nell'operatore è un ottimo ansiolitico.

A proposito dell'utilizzo di un anestetico con e senza vasocostrittore, va ricordato che per quanto concerne l'adrenalina, negli anestetici il rapporto può essere di 1:100.000 o 1:200.000.

La dose massima iniettabile ad un adulto sano è di 0,2 mg, mentre nel cardiopatico è di 0,04 mg.

E' noto comunque che, nella pratica quotidiana, superare questa dose è un evento raro. E' interessante notare che un paziente, in condizioni di ansia, è in grado di produrre attraverso il surrene 0,014 mg/min di adrenalina.

DIABETICI

Per quanto riguarda il paziente diabetico, senza dimenticare che è frequente incontrare pazienti che mostrano una somma di patologie, si ricorda che se si cura un paziente adulto, che soffre di diabete insulino-dipendente, bisogna mantenere lo schema dietetico precedente all'intervento, non si deve modificare la terapia; il paziente va trattato al mattino e non a digiuno.

In questo tipo di paziente l'antibiotico terapia si baserà sull'uso di amoxicillina alla dose di 2 g, un'ora prima dell'intervento e di 1,5 g, 6 ore dopo.

DIALIZZATI

Nel caso di pazienti dializzati è consigliabile evitare i giorni in cui viene effettuata la dialisi.

NEOPLASTICI

Quando si deve affrontare il paziente neoplastico in radioterapia, opportuno che trascorrono almeno 2 settimane tra eventuali estrazioni e le applicazioni radioterapiche.

E' importante che l'operatore ricordi di non lasciare l'osso scoperto prima della radioterapia.

Se il paziente neoplastico è in chemioterapia vanno valutati eritrociti, granulociti e piastrine.

Se il valore dei granulociti è inferiore di 2000, è opportuno intervenire con terapia antibiotica.

IPERTESI

Nell'iperteso come nell'anginoso, bisogna riflettere sulla possibilità o meno di usare il vasocostrittore; può essere utile un'eventuale sedazione cosciente; anche in questo caso non occorre sospendere la terapia in corso ed è indispensabile controllare la pressione.

TRAPIANTATI

Se il paziente è un trapiantato, è chiaro che, come nel trattamento dell'infartuato, prima di tutto deve essersi stabilita una completa guarigione ed è altrettanto chiaro che la prevenzione attraverso l'antibiotico-terapia è indispensabile, perché esiste una perenne immunodepressione attuata contro il rigetto.

Si ricorre a 2 g di amoxicillina un'ora prima dell'intervento, più 80 mg intramuscolo di gentamicina; a distanza di 6 ore dall'intervento si somministrano 1,5 g di amoxicillina con 80 mg di gentamicina.

ALLERGICI

Per quanto concerne il paziente allergico, occorre, innanzitutto, accertarsi che sia realmente allergico

Si è molto parlato in passato di una pre-terapia cortisonica o antistaminica ma oggi si ritiene che non sia utile.

IN GRAVIDANZA

Se infine, si vuole considerare la gravidanza come una situazione a rischio si può dire senz'altro che dal punto di vista farmacologico, va evitato il ricorso agli oppiacei, aspirina, barbiturici e benzodiazepine.

Nel primo trimestre di gravidanza, è possibile realizzare estrazioni e devitalizzazioni provvisorie:

La chirurgia è da rimandare. Non vanno eseguite radiografie. Nel secondo trimestre si possono effettuare estrazioni, devitalizzazioni, otturazioni. La chirurgia è ancora da rimandare.

Nel terzo trimestre si realizzano otturazioni solo provvisorie, devitalizzazioni provvisorie, estrazioni urgenti. Nuovamente, gli interventi sono da rimandare. Nelle donne in gravidanza è opportuno curare sempre l'igiene orale. Occorre ancora con una certa frequenza che la futura mamma, osservando i copiosi sanguinamenti gengivali, supponga che sia meglio astenersi dalla pulizia dei denti: di fatto invece la situazione peggiora.

E' utile ricordare come sia infondata la convinzione che si verifichi un sequestro di calcio da parte del feto. E' triste constatare come i pregiudizi siano ancora difficili da contrastare, cosicché si assiste a una sorta di rassegnazione e il detto "un figlio, un dente" è lontano dall'essere abbandonato.

DISCUSSIONE

L'odontoiatria si deve confrontare con non pochi pazienti a rischio.

E' importante l'anamnesi, così come è fondamentale il dialogo ed è necessaria un'attenta compilazione della cartella clinica.

Porre in sala d'attesa un messaggio scritto che inviti le persone a dare comunicazione di qualsiasi patologia che interessi o farmaco che assumano è utile, così come lo è consegnando un questionario da compilare, che rilevi in modo completo qual'è lo stato di salute di coloro che si sottopongono alle cure odontoiatriche.

Non dimentichiamo che, in definitiva, un'anestesia locale, per esempio non è assolutamente priva di rischi, e che le conseguenze medico-legali per l'operatore non sono più un'ipotesi remota come in passato.

Facendo riferimento ancora alla tabella 1, dove sono elencate le condizioni patologiche o particolari che si riscontrano nei pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia orale si arriva ad affermare (sommando le varie percentuali) che non meno del 37% delle persone che beneficiano di interventi di chirurgia orale è, in qualche modo, a rischio

CONCLUSIONI

Questo lavoro vuol fornire un breve riassunto a chi si occupa di chirurgia orale, circa le più probabili situazioni a rischio che l'odontoiatra deve essere in grado di fronteggiare.

A tale riguardo si offrono alcuni suggerimenti concernenti il comportamento da tenere e le scelte terapeutiche da adottare.

La conclusione migliore alla qual vogliamo arrivare è comunque (se vogliamo definirla così) la solita: è opportuno che si imponga il buon senso.

Questo perchè sappiamo che ogni caso è a se stante: il fatto che la componente ansiosa sia più o meno presente, l'eventuale coinvolgimento di più patologie, l'evolvere stesso dell' intervento nelle sue fasi , son già fattori più che sufficienti per costituire una gamma di contesti estremamente varia, per cui occorre possedere le più vaste conoscenze e applicarle nei singoli casi, in virtù di una visione più ampia della situazione.

Certamente far parte di una delle "categorie" descritte significa essere già sofferente, per cui l'ulteriore prova di doversi sottoporre alla cura chirurgica e odontoiatrica porta a una somma di eventi stressanti che non deve essere sottovalutata.

BIBLIOGRAFIA

1. Landriscina M (a cura di). Guida completa alle emergenze in odontoiatria. Mediamix Edizioni scientifiche, 1997
2. Gatti G. Dal sintomo alla diagnosi alla terapia: Edizioni Dompè, Minerva Medica 2000
3. Bahons A. Vademecum per la medicina generale. Milano : Edizioni Dompè 1998
4. XII Simposio su ricerca scientifica. Nuove biotecnologie e applicazioni in odontostomatologia. Pavia , ottobre 2000
5. Bozza Marrubini ML, Ghezzi Laurenti R, Uccelli P. Intossicazioni acute: Meccanismi diagnosi e terapia. II ed Edizioni Oemf Int 1998