

Lo screening dentale preoperatorio nei pazienti in attesa di interventi chirurgici cardiovascolari elettivi



Documento dedotto dal Consensus intersocietario tra:



Lo **screening dentale** preoperatorio nei pazienti in attesa di **interventi chirurgici cardiovascolari elettivi**

Premessa

Lo screening ed il trattamento delle infezioni dento/parodontali in pazienti che devono essere sottoposti a interventi chirurgici cardio-toracici o ad altre procedure cardiovascolari (CV) invasive rappresentano un problema controverso nel rapporto tra la gestione della salute orale e le patologie CV.

Le linee guida della European Society of Cardiology (ESC) raccomandano che "le potenziali fonti di sepsi dentale vengano eliminate almeno due settimane prima dell'impianto di una protesi valvolare o di altro materiale estraneo intracardiaco o intravascolare, a meno che tali procedure siano urgenti". Analogamente, l'American Heart Association (AHA) raccomanda "un'attenta valutazione dentale preoperatoria, in modo che eventuali trattamenti dentali possano essere completati, quando possibile, prima della chirurgia cardiaca valvolare o di riparazioni di difetti cardiaci congeniti". Queste misure preventive dovrebbero "diminuire l'incidenza dell'endocardite infettiva protesica secondaria, causata dagli streptococchi del gruppo viridans".

Il Consensus

Scopo del Consensus inter-societario è stato quello di raggiungere un accordo sui seguenti argomenti:

- adozione di una strategia coerente e ripetibile per lo screening del paziente CV al fine di individuare foci di infezioni dento/parodontali;
- condizioni dento/parodontali da considerate foci di infezione e, quindi, fattore di rischio per possibili complicanze successive a intervento di chirurgia CV;
- fattibilità della somministrazione di un trattamento dento/parodontale ai pazienti CV, dei quali gli operatori odontoiatrici, normalmente, non conoscono la storia naturale e i tempi clinici.

I risultati

Il pannello di esperti delle società scientifiche rappresentate, divisi in due gruppi di lavoro, a seguito del consensus, ha prodotto tre documenti in linea con le problematiche per le quali si è trovato l'accordo. Da questo lavoro risultano le seguenti tre tabelle:

Tabella I. Illustra:

- le condizioni cliniche dento/parodontali da considerare foci dentali, oggetto della valutazione pre-clinica nei pazienti in attesa di interventi di chirurgia CV;
- gli interventi odontoiatrici necessari per eliminare o guarire le condizioni patologiche dento/parodontali;
- la prognosi dei diversi trattamenti e i tempi necessari per verificarne l'efficacia.

Tabella II

Esponde la lista degli esami clinici, strumentali e radiologici da effettuare in modo sistematico, al fine di individuare in ogni paziente la presenza di foci dentali;

Tabella III.

Illustra le patologie CV per le quali si rendono necessari gli interventi chirurgici più frequenti, i diversi stadi di gravità e il tempo a disposizione prima dell'intervento.



TABELLA I

Foci dentali - Interventi odontoiatrici - Prognosi dei trattamenti - Tempi di verifica degli esiti

INFEZIONE	OPZIONI DI TRATTAMENTO	FOLLOW-UP	PROGNOSI
Gengivite/Mucosite correlata alla placca	Igiene orale professionale. Miglioramento delle procedure da parte del paziente.	3 giorni	> 95%
Parodontite cronica*	Sedute multiple (4/6) di igiene orale professionale Miglioramento delle procedure da parte del paziente.	6-8 settimane	> 90%
	Possibile chirurgia parodontale.	6 mesi	
Parodontite aggressiva*	Trattamento uguale a quello della parodontite cronica; è fortemente raccomandato associare terapia antibiotica sistemica.	1 settimana	> 90%
Parodontite associata alle malattie sistemiche	Trattamento uguale a quello della parodontite cronica, ma può essere raccomandata anche la terapia antibiotica sistemica.	6-8 settimane	Prognosi a lungo termine ancora sconosciuta.
Ascesso parodontale	Trattamento meccanico, antibiotici sistemici e rivalutazione - Terapia causale e trattamento chirurgico.	7-10 giorni	< 70% (con indicazioni per l'estrazione)
Peri-implantite	Rimozione meccanica della placca e miglioramento delle procedure di igiene del paziente. Gli antibiotici sistemici possono essere indicati. Rivalutazione, possibile chirurgia parodontale, possibile rimozione dell'impianto.	6-8 settimane	> 90% (se è stata attuata terapia parodontale di supporto)
		6 mesi (dopo chirurgia)	
Pulpite irreversibile	Rimozione della carie, trattamento endodontico, restauro. Alternativa: estrazione. Può essere necessaria assunzione di farmaci antiinfiammatori non-steroidi.	1 settimana (per la sintomatologia)	> 90%
Necrosi pulpare	Rimozione della carie, trattamento endodontico, restauro del dente. Alternativa: estrazione. Può essere necessaria l'assunzione di farmaci antiinfiammatori non steroidi.	1 settimana (per la sintomatologia) 1 anno (per la guarigione)	75-80%
Parodontite apicale	Rimozione della carie; trattamento o ritrattamento endodontico, restauro. Alternativa: endodonzia chirurgica o estrazione.	1 settimana (per la sintomatologia) 1 anno (per la guarigione)	75-80%
Ascesso apicale acuto	Stesso trattamento usato in caso di parodontite apicale. Possibile incisione con drenaggio e/o impiego di antibiotici sistemici.	1 settimana (per la sintomatologia) 1 anno (per la guarigione)	75-80%
Ascesso apicale cronico	Stesso trattamento usato in caso di parodontite apicale.	1 settimana (per la sintomatologia) 1 anno (per la guarigione)	< 80%

* La distinzione fra cronica e aggressiva non è più considerata, nella nuova classificazione delle malattie parodontali. In termini clinici si parla sempre di Parodontite con 4 stadi di gravità progressiva. Il rischio di progressione è identificato in 3 livelli progressivi (A, B, C)

Reference

Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, Flemmig TF, Garcia R, Giannobile WV, Graziani F, Greenwell H, Herrera D, Kao RT, Kebschull M, Kinane DF, Kirkwood KL, Kocher T, Kornman KS, Kumar PS, Loos BG, Machtei E, Meng H, Mombelli A, Needleman I, Offenbacher S, Seymour GJ, Teles R, Tonetti MS. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. J Periodontol. 2018 Jun;89 Suppl 1:S173-S182. doi: 10.1002/JPER.17-0721.



Lo **screening dentale** preoperatorio nei pazienti in attesa di **interventi chirurgici cardiovascolari elettivi**

TABELLA II

Lista degli esami clinici, strumentali e radiologici da effettuare in modo sistematico per individuare in ogni paziente la presenza di foci dentali

ANAMNESI MEDICA E ODONTOIATRICA

ESAME CLINICO

- Valutazione della sintomatologia soggettiva
- Esame dei tessuti molli orali, della faccia e del collo
- Palpazione dei tessuti molli e duri, orali e periorali, dei linfonodi correlati, dei tessuti buccali, linguali e palatali
- Esame degli elementi dentali: colore, posizione, carie, restauri, denti inclusi
- Indice di placca o di igiene orale
- Sondaggio parodontale e delle forcazioni, sondaggio perl-implantare
- Sondaggio delle carie
- Test di sensibilità pulpare su elementi selezionati
- Valutazione della risposta dentale alla percussione su elementi selezionati
- Mobilità dentale
- Test di masticazione su elementi selezionati
- Trans-illuminazione dentale

VALUTAZIONE RADIOGRAFICA

- A Bambino in dentatura decidua
- Paziente che presenta buone condizioni orali: nessun esame radiografico
 - Paziente affetto da patologie dento/parodontali evidenti o sospette: radiografie endorali mirate / Ortopantomografia
- B Bambino in dentatura mista
- Paziente che presenta buone condizioni orali: bite-wings
 - Paziente affetto da patologie dento/parodontali evidenti o sospette: radiografie endorali mirate / ortopantomografia / CBCT
- C Paziente adulto in dentatura permanente
- Paziente che presenta buone condizioni orali: bite-wings posteriori
 - Paziente affetto da patologie dento/parodontali evidenti o sospette, o con terzi molari inclusi: radiografie endorali mirate / ortopantomografia / CBCT
- D Paziente adulto edentulo, con impianti
- Paziente in buone condizioni orali: radiografie endorali mirate / ortopantomografia
 - Paziente affetto da peri-implantite sospetta o manifesta o con terzi molari inclusi: radiografie endorali mirate / ortopantomografia / CBCT

Nota. Questa sequenza razionalizzata dovrebbe rendere la valutazione dentale prevedibile e ripetibile



TABELLA III

Patologie CV e interventi chirurgici più frequenti - Stadi di gravità - Tempo a disposizione prima dell'intervento - Prognosi

INTERVENTO CHIRURGICO CARDIACO	CONDIZIONE MEDICA DEL PAZIENTE	TEMPO A DISPOSIZIONE PRE-INTERVENTO	PROGNOSI
Trapianto cardiaco	Compromissione estrema o end-stage	< 6 mesi	Molto sfavorevole in assenza di intervento
Stenosi aortica severa <i>(se asintomatica, se preservata la funzione ventricolare sinistra e se non associata a malattia coronarica)</i>	Stabile	> 6 mesi	Buona
Stenosi aortica severa <i>(se sintomatica o in presenza di disfunzione ventricolare sinistra)</i>	Instabile	< 6 mesi	Sfavorevole in assenza di intervento chirurgico
Rigurgito aortico severo <i>(se asintomatico e con funzione ventricolare sinistra conservata)</i>	Stabile	> 6 mesi	Buona
Rigurgito aortico severo <i>(se sintomatico, o in presenza di disfunzione ventricolare sinistra, o in presenza di importante dilatazione ventricolare sinistra, con DTD > 70 mm o DTS > 50 mm)</i>	Instabile	< 6 mesi	Sfavorevole in assenza di intervento chirurgico
Chirurgia aortica <i>(tutte le altre condizioni non elencate sopra)</i>	Stabile	> 6 mesi	Buona
Stenosi mitralica <i>(in paziente asintomatico, in assenza di severa ipertensione polmonare)</i>	Instabile	< 6 mesi	Sfavorevole in assenza di intervento chirurgico
Stenosi mitralica <i>(in paziente sintomatico, in assenza di severa ipertensione polmonare)</i>	Instabile	< 6 mesi	Sfavorevole in assenza di intervento chirurgico
Rigurgito mitralico severo <i>(asintomatico e con frazione d'eiezione preservata)</i>	Stabile	> 6 mesi	Buona
Rigurgito mitralico severo <i>(sintomatico o asintomatico, ma in presenza di disfunzione ventricolare sinistra)</i>	Instabile	< 6 mesi	Sfavorevole in assenza di intervento chirurgico
Rigurgito tricuspide <i>(Paziente asintomatico)</i>	Stabile	> 6 mesi	Buona
Rigurgito tricuspide <i>(paziente fortemente sintomatico, con segni/sintomi di scompenso cardiaco destro in assenza di severa disfunzione ventricolare destra)</i>	Instabile	< 6 mesi	Sfavorevole in assenza di intervento chirurgico
Presidi elettronici con catetere intracardiaco	Stabile	> 6 mesi	Buona dopo l'estrazione del catetere, se infetto

Nota. La tabella permette al clinico odontoiatra di : 1. farsi un'idea immediata delle condizioni del paziente per cui è richiesta la sua valutazione e le eventuali cure a essa conseguenti 2. valutare l'opportunità di intervenire, oppure decidere che il tempo a disposizione non è adeguato e/o che le condizioni del paziente non consentano un ulteriore stress da terapia dentale e che bisogna limitarsi a una profilassi antibiotica come atto preventivo.



Lo **screening dentale** preoperatorio nei pazienti in attesa di **interventi chirurgici cardiovascolari elettivi**

Punti chiave

- È fondamentale conoscere la prognosi complessiva del soggetto al fine di valutare il rischio per il paziente e la conseguente fattibilità del trattamento odontoiatrico.
- Il piano di trattamento odontoiatrico è subordinato al tempo a disposizione prima dell'intervento cardiovascolare.
- In caso di intervento cardiovascolare non urgente, il chirurgo dovrebbe inviare il paziente per lo screening odontoiatrico in concomitanza alla programmazione dell'intervento.
- Nel caso in cui non vi sia tempo per la terapia odontoiatrica, o questa sia sconsigliata per i fattori di rischio del paziente, è necessario che l'odontoiatra comunichi al chirurgo la presenza e la sede di eventuali foci orali.
- La terapia parodontale non chirurgica per il controllo dell'infezione orale è indicata anche quando il tempo a disposizione prima dell'intervento è inferiore a 6 mesi, se le condizioni generali del paziente lo consentono.
- La terapia endodontica è indicata per la risoluzione della sintomatologia anche quando il tempo a disposizione prima dell'intervento sia inferiore a 6 mesi, mentre la valutazione della guarigione dell'infezione periradicolare richiede un tempo più lungo.

Considerazioni conclusive

Gli autori auspicano che i contenuti di questa brochure, quale sintesi del più ampio e citato Documento di Consenso Intersocietario, vengano adottati dai Clinici e dagli Odontoiatri per la realizzazione di percorsi diagnostico-terapeutici intraospedalieri congiunti tra Cardiologi, Cardiochirurghi e Odontoiatri, finalizzati alla minimizzazione del rischio nel paziente con indicazione a intervento in elezione sul sistema cardiovascolare.

Referenze

Cotti E, Cairo F, Bassareo PP, Fonzar F, Venturi M, Landi L, Parolari A, Franco V, Fabiani C, Barili F, Di Lenarda A, Gulizia M, Borzi M, Campus G, Musumeci F, Mercuro G. Perioperative dental screening and treatment in patients undergoing cardio-thoracic surgery and interventional cardiovascular procedures. A consensus report based on RAND/UCLA methodology. *Int J Cardiol.* 2019; 292: 78-86.

Cotti E, Cairo F, Bassareo PP, Fonzar F, Venturi M, Landi L, Parolari A, Franco V, Fabiani C, Barili F, Di Lenarda A, Gulizia M, Borzi M, Campus G, Musumeci F, Mercuro G. Perioperative dental screening and treatment in patients undergoing cardio-thoracic surgery and interventional cardiovascular procedures. A consensus report based on RAND/UCLA methodology. *Int Endod J.* 2020; 53: 186-99.