



Ministero della Salute



Regione Lazio



Raccomandazioni clinico - organizzative per l'inserimento dell'anziano in un programma di protesi dentaria

Ottobre 2005

Il testo è stato curato da:

Simonetta Ferrero

(Unità Operativa Odontoiatria - Ospedale S. Giovanni Calabita - Fatebenefratelli)

Alessandro Nisii

(U.O.C. Chirurgia Maxillo Facciale A.O. San Filippo Neri)

Eugenio Pacifici

(Libero professionista)

Daniele Venir

(Libero professionista)

RACCOMANDAZIONI CLINICO - ORGANIZZATIVE PER L'INSERIMENTO DELL'ANZIANO IN UN PROGRAMMA DI PROTESI DENTARIA

Il documento ha lo scopo di delineare i percorsi assistenziali per l'inserimento dell'anziano in un percorso di riabilitazione protesica.

Nello specifico viene descritta: la fase di prima valutazione, in cui devono essere verificate le capacità e le competenze dell'anziano per ricevere la protesi dentaria nonché le sue aspettative; la visita odontoiatrica, in cui si verifica la situazione clinica; la fase di valutazione di idoneità e prescrizione del trattamento. Le attività previste dovranno essere opportunamente indicate su di una cartella clinica personale che accompagnerà l'anziano durante tutto il percorso di riabilitazione protesica.

A seguire vengono elencati in ordine temporale le fasi del trattamento protesico, sia esso di tipo mobile o su impianti.

PRIMA VALUTAZIONE

L'inserimento dell'anziano in un piano di trattamento di protesi dentaria trova il suo momento iniziale nella valutazione degli aspetti psicosociali, tesi a verificare le sue competenze nella gestione della protesi.

Ha luogo in questa fase un colloquio preliminare con l'anziano effettuato dal personale dell'ambulatorio odontoiatrico, mirato a comprendere quali siano le sue esigenze e le sue aspettative rispetto alla riabilitazione protesica, ma anche le sue competenze rispetto alla necessità di mantenimento del manufatto protesico. Riguardo al grado di "disabilità" percepita legato allo stato di salute orale si raccomanda l'utilizzo di questionari standardizzati.

In questa fase è fondamentale che vi sia un'efficace forma di comunicazione fra personale sanitario e anziano soprattutto per verificare le sue aspettative verso l'offerta di cure.

E' certamente auspicabile che l'anziano sia indipendente dal punto di vista funzionale ma ciò non sempre è possibile. Laddove l'anziano non sia autosufficiente e non in grado di gestire da solo la protesi, l'eventuale presenza di supporto da parte dei familiari o di altre figure è da considerarsi un elemento favorente, (è ovvio che in casi di questo tipo l'implantologia è sconsigliabile).

Questa fase di accoglienza deve essere immediatamente seguita dalla visita odontoiatrica.

VISITA ODONTOIATRICA

La visita odontoiatrica ha innanzitutto lo scopo di stabilire se la situazione del cavo orale, clinica ed anatomica, richieda la riabilitazione protesica con protesi parziale rimovibile in resina con ganci in filo in corrispondenza dei denti superstiti, o con protesi totale in resina, eventualmente su impianti. L'implantologia è riservata generalmente all'arcata inferiore; l'arcata superiore viene riabilitata con impianti solo in casi eccezionali.

La visita odontoiatrica si effettua comparando l'osservazione clinica alla radiografia ortopantomica standard, ed eventualmente a una serie di radiografie endorali mirate.

L'osservazione clinica deve prevedere:

- una valutazione dello stato di salute dell'apparato stomatognatico considerando, dal punto di vista morfo-strutturale, l'osso alveolare residuo, la mucosa (*porre particolare attenzione alla produzione di saliva valutando il grado di lubrificazione della mucosa orale*), i muscoli masticatori, la lingua e la dentatura residua;
- una valutazione funzionale per evidenziare l'eventuale presenza di disfunzioni dell'articolazione temporo-mandibolare delle quali bisogna tenere conto nella costruzione della protesi.

L'esame radiografico ha lo scopo di:

- integrare e completare l'esame clinico del cavo orale;
- valutare lo stato di salute della dentatura residua e di formulare un giudizio prognostico su ogni elemento dentario, con particolare riferimento agli elementi pilastro;
- valutare la struttura ossea quantitativamente e qualitativamente;
- mettere in evidenza eventuali patologie dei mascellari difficilmente diagnosticabili con l'esame clinico.

Nel corso della visita è possibile rilevare quelle patologie del cavo orale che possono essere di ostacolo alla riabilitazione protesica. In alcuni casi, la loro presenza può costituire un impedimento, temporaneo o assoluto, all'accesso al programma di protesi. Nel caso di non idoneità temporanea, ciò comporta l'avvio di un percorso di cure, preliminare alla protesi.

Le più comuni patologie che devono essere trattate prima dell'inserimento nel programma sono:

- carie
- parodontopatie
- presenza in arcata di residui radicolari
- atrofie gravi dei mascellari
- neoformazioni benigne (osteolitiche e non)
- patologie post-traumatiche dell'ATM
- disfunzioni ATM

Dopo aver valutato tutti i fattori precedentemente descritti, l'odontoiatra definisce il piano di riabilitazione protesica, basandosi oltre che su criteri di efficacia e di rapporto costo/benefici anche sulle aspettative dell'anziano. Laddove sia possibile ripristinare le funzioni orali con una protesi mobile di tipo tradizionale, sarà sicuramente questa la soluzione da scegliere.

In presenza di fattori di ostacolo alla riabilitazione con protesi mobile, ad esempio per un'atrofia della cresta alveolare tale da non garantire una sufficiente stabilità del manufatto nello svolgimento delle normali funzioni orali, dovrà essere verificata la possibilità di eseguire una riabilitazione su impianti.

Nel corso della visita vanno decise eventuali estrazioni alle quali l'anziano dovrà essere sottoposto per ricevere la protesi. Se è necessario vanno prescritte sedute d'igiene orale, responsabilizzando l'anziano a mantenere una corretta igiene.

La decisione di procedere all'estrazione di un elemento dentario può essere determinata da molteplici cause, spesso strettamente interagenti tra loro. Un elemento dentario dovrebbe essere mantenuto se ha una speranza di permanenza nel cavo orale di almeno un paio d'anni. In genere si tende ad essere più conservativi riguardo agli elementi dentari dell'arcata inferiore.

Cosa fare in presenza di CARIE:

- si mantengono gli elementi dentari stabili, con carie di I e V classe, al massimo di secondo grado, dal momento che gli elementi superstiti dovranno essere sottoposti alla sollecitazione meccanica dei ganci e della protesi; per lo stesso motivo si estrarrebbero radici dentarie residue.

Cosa fare in presenza di CARIE PENETRANTI CON PERDITA DI VITALITA' DELL'ELEMENTO DENTARIO INTERESSATO:

- le terapie canalari sono contemplate perlopiù nel caso dei canini inferiori (o al massimo premolari), generalmente nel caso di monoradicolarità, se molto stabili e con perdita di tessuto dentale prevalentemente occlusale (es. bruxismo). Negli altri casi si tende ad estrarre l'elemento.

Cosa fare in presenza di MOBILITA':

- risulta tollerabile una mobilità di I grado negli elementi dentari dell'arcata superiore; nell'arcata inferiore si accetta anche il grado II, specie se riguarda coppie di denti simmetrici (es. canino- premolare); anche in questo caso si tende ad essere comunque più conservativi per l'arcata inferiore.

Cosa fare in presenza di EVENTUALI PROTESI DI TIPO FISSO:

- si mantengono se in buone condizioni estetiche e funzionali; si risparmiano anche elementi protesizzati da molti anni che presentino modesti granulomi apicali, sempre che non abbiano mai manifestato sintomatologia dolorosa. Eventualmente, nel caso di ponti, si procede alla resezione del manufatto con successiva estrazione del dente compromesso, al fine del mantenimento strategico degli elementi dentari superstiti. Allo stesso fine si tagliano eventuali attacchi per scheletrati caduti in disuso, se l'elemento dentario dà buone speranze di durata.

Cosa fare in presenza di DENTI INCLUSI D'OSTACOLO ALLA COSTRUZIONE DI UNA PROTESI:

- l'estrazione si effettua nel caso in cui la comunicazione del dente incluso

con il cavo orale renda indispensabile l'intervento, o qualora l'elemento incluso sia cariato; molte volte, considerando che l'estrazione è un passo troppo invasivo per l'anziano, i denti inclusi si lasciano in sede, fornendo all'anziano tutte le informazioni circa le eventuali complicanze. Lo stesso tipo di atteggiamento si mantiene nel caso di radici residue incluse.

Altri elementi da tenere in considerazione nella decisione di estrazioni dentarie:

- denti stabili ed esenti da carie potranno essere estratti per problemi d'inclinazione tali da impedire l'inserimento della protesi (POSIZIONE);
- La SIMMETRIA dovrebbe essere mantenuta per la stabilità dei manufatti protesici;
- si può decidere l'estrazione di elementi dentari stabili e indenni da carie nel caso la loro posizione (estrusione a causa della perdita dell'antagonista) sia d'ostacolo alla costruzione di una protesi (DIMENSIONE VERTICALE);
- può essere indicata l'estrazione di elementi dentari (soprattutto nell'arcata superiore) qualora la loro forma, disposizione, dimensione o colore pregiudichino o vincolino l'estetica della futura protesi; le considerazioni vengono formulate dal medico all'anziano e sottoscritte da quest'ultimo (ESTETICA).

Sempre nel corso della visita va deciso se intervenire su eventuali irregolarità mucose od ossee.

Nel caso di estrazioni o di altri interventi è necessario attendere circa un mese prima di cominciare la riabilitazione protesica.

Nel caso in cui si ravvisi la necessità di riabilitazione protesica associata ad una grave atrofia della cresta alveolare, dovrà essere valutata la possibilità di una protesi su impianti. In questo caso è prevista l'esecuzione di una TAC DentaScan e di una visita pre-implantare.

La TAC è necessaria per valutare le dimensioni e la qualità dell'osso, l'anatomia del distretto orale, con particolare riferimento alla posizione delle strutture nervose e del seno mascellare, e deciso se e dove collocare gli impianti che saranno i pilastri per la protesi.

Nel caso in cui l'osso non sia sufficiente ad accogliere gli impianti, il paziente dovrebbe ricorrere ad una protesi tradizionale. Se invece l'anziano risulta idoneo all'implantologia si richiedono, come controlli di base, le seguenti analisi cliniche: emocromo e prove di emocoagulazione- APTT, PT, Fibrinogeno- e un ECG per valutare l'idoneità all'intervento chirurgico.

Se l'anziano è in terapia con antiaggreganti piastrinici o con anticoagulanti, le eventuali interruzioni di terapie vanno decise insieme allo specialista che lo segue per la sua patologia. In presenza di patologie importanti l'implantologia deve essere decisa caso per caso insieme al medico curante in base ad una attenta valutazione del rapporto costo/beneficio. In linea di massima gli antiaggreganti vanno generalmente interrotti nei giorni che precedono l'intervento e in quelli immediatamente successivi; la sospensione degli anticoagulanti richiede la somministrazione di calcieparina sottocute e continui controlli ematologici. In casi di questo tipo è consigliabile il ricovero dell'anziano per agire in regime di sicurezza.

VALUTAZIONE DI IDONEITA' E PRESCRIZIONE DEL TRATTAMENTO

Al termine della visita l'odontoiatra deve essere in grado di comunicare correttamente e discutere con l'anziano il risultato della valutazione e quindi di esprimere un giudizio circa l'idoneità all'accesso al programma di protesi.

La valutazione di idoneità al programma può essere dunque:

- *positiva*;
- *negativa temporanea* - l'accesso al programma è subordinato all'esecuzione delle cure odontoiatriche necessarie. Una volta che l'anziano si sarà sottoposto alle cure si effettua una seconda valutazione e, in caso di esito positivo, si indirizza al trattamento di protesi;
- *negativa assoluta* - l'anziano non va inserito nel programma di protesi per la presenza di patologie incompatibili con la riabilitazione protesica o quando presenta un numero di denti tale da richiedere una riabilitazione protesica che si avvalga di uno scheletrato.

Per accedere ad un programma di protesi mobile vanno soddisfatte le seguenti condizioni:

- edentulia totale o parziale (meno di 10 di denti);
- condizione di edentulia che, a giudizio dell'odontoiatra, possa essere riabilitata in maniera soddisfacente con una protesi mobile parziale rimovibile in resina con ganci in filo o con una protesi totale in resina.

Per accedere ad un programma di protesi mobile su impianti vanno soddisfatte le seguenti condizioni:

- edentulia totale dell'arcata da sottoporre ad implantologia, un massimo di 5 denti nell'arcata antagonista;
- riscontro di una cresta ossea che, a giudizio dell'implantologo possa essere riabilitata con una protesi mobile su impianti (totale in resina su due impianti nell'arcata inferiore, quattro nell'arcata superiore forniti

di ancoraggio a pallina);

- spessori ossei (dimensione verticale e bucco-linguale) tali da consentire il posizionamento degli impianti senza ricorrere a interventi chirurgici di aumento delle creste alveolari;
- condizioni di salute generale che consentano di sottoporsi ad intervento chirurgico senza esporre a rischi eccessivi.

PERCORSO DI TRATTAMENTO DI PROTESI MOBILE

1. Rilievo delle impronte
2. RegISTRAZIONI occlusali
3. Prova dei denti montati con ribasamento delle basi d'articolazione
4. Finitura protesi
5. Eventuali ritocchi funzionali
6. Prima ribasatura a 6 mesi
7. Richiamo dell'anziano a scadenza annuale e seconda ribasatura

PERCORSO DI TRATTAMENTO DI PROTESI SU IMPIANTO

1. Profilassi con clorexidina in gel e collutorio per una settimana prima dell'intervento
2. Eventuale variazione delle terapie, ivi inclusa la sospensione dell'antiaggregante piastrinico e dell'anticoagulante, naturalmente nei tempi e nelle modalità stabiliti dallo specialista
3. Profilassi con antibiotico dalla mattina dell'intervento o dalla sera precedente
4. Terapia postintervento antiedemigena con FANS
5. Terapia postintervento locale con collutorio a base di clorexidina (0,2%) (2 sciacqui di 30 secondi al dì per 7 giorni)
6. Terapia postintervento con antibiotico per 7 giorni
7. Controllo per rimozione punti dopo 7 giorni
8. A 6 mesi esposizione viti
9. Rilievo dell'impronta con transfert
10. Posizionamento ancoraggio a pallina
11. Rilievo dell'impronta in alginato
12. RegISTRAZIONI occlusali
13. Prova dei denti montati con ribasamento delle basi d'articolazione
14. Finitura protesi
15. Eventuali ritocchi funzionali
16. Eventuale prima ribasatura a 6 mesi
17. Richiamo dell'anziano a scadenza annuale e eventuale seconda ribasatura

