

Proceedings della Tavola Rotonda e *Italian Consensus* su appropriatezza clinica in Medicina orale e Chirurgia Orale - Parte II

Giuseppina Campisi^{1*}, Giacomo Oteri², gruppo studio SIPMO³, gruppo studio SIdCO⁴

¹*Department of Surgical, Oncological and Oral Sciences, University of Palermo, Palermo, Italy*

²*Department of Biomedical and Dental Sciences and Morphofunctional Imaging, University of Messina, Messina, Italy*

³*Study group for SIPMO, Foggia, Italy*

⁴*Italian Society of Odontostomatological Surgery (SIdCO), Rome, Italy*

**campisi@odonto.unipa.it*

Pratiche a rischio di inapproprietezza in chirurgia orale (SIdCO):

1. Prescrizione di esami radiodiagnostici
2. Prescrizione di antibiotici
3. Rinvio delle cure in gravidanza
4. Avulsione dei terzi molari inferiori inclusi
5. Sospensione della terapia antiaggregante piastrinica nelle procedure di chirurgia orale

1. PRESCRIZIONE DI ESAMI RADIODIAGNOSTICI

Le indagini radiografiche rappresentano un valido strumento per la formulazione diagnostica in ambito odontoiatrico. Tuttavia un accurato esame obiettivo, una raccolta anamnestica completa e l'eventuale acquisizione visione di precedenti esami radiografici dovrebbe sempre precedere la prescrizione di indagini strumentali. La tipologia dell'esame (endorale, OPT, TC) deve sempre essere giustificata dal quesito diagnostico ma anche mirata a minimizzare l'esposizione del paziente a dosi radianti non necessarie.

Pratica a rischio di non appropriatezza

PRESCRIVERE esami radiodiagnostici (es. endorale, OPT, CT) come strumento di screening prima dell'esame obiettivo intraorale.

Buona pratica

PRESCRIVERE esami radiografici (es. rx endorale, OPT, CT) solo con un valido quesito diagnostico.

2. PRESCRIZIONE DI ANTIBIOTICI

Benchè sia dimostrato che la profilassi antibiotica possa avere un ruolo nella prevenzione di complicanze infettive, come l'endocardite batterica o l'alveolite secca, il suo impatto appare controverso sulla guarigione dell'alveolo post-estrattivo, sul dolore e sulla limitazione funzionale che derivano dall'avulsione di un elemento dentario.

Pertanto risulta più appropriato limitare le prescrizioni di antibiotici a pazienti in cui la batteriemia transitoria espone ad un rischio più severo di endocardite batterica o complicanze infettive locali, come scompenso glicemico da diabete mellito, protesi valvolari o di altra sede e sindromi da immunodeficienza.

Negli interventi di chirurgia estrattiva e orale non invasiva e soprattutto in assenza di condizioni di rischio specifici locali e/o sistemiche, non devono essere somministrati antibiotici in maniera indiscriminata. In ogni caso è raccomandato adottare misure antisettiche locali peri-operatorie. È richiesta adeguata prescrizione antibiotica nei casi di interventi di chirurgia orale maggiormente invasivi.

Pratica a rischio di non appropriatezza

PRESCRIVERE la profilassi antibiotica indiscriminatamente a tutti i pazienti sottoposti a procedure dentistiche.

Buona pratica

LIMITARE la prescrizione della profilassi antibiotica a pazienti la cui batteriemia transitoria espone a un grave rischio di endocardite batterica o di complicanze infettive locali e ai casi di chirurgia orale più invasiva.

3. RINVIO DELLE CURE IN GRAVIDANZA

La gravidanza non rappresenta una controindicazione ai trattamenti odontoiatrici. In accordo alle Raccomandazioni per la promozione della salute orale in età perinatale del Ministero della Salute, è possibile adottare protocolli specifici in base al periodo di gestazione e ad eventuali condizioni di rischio ostetrico.

Procedure diagnostiche (anche radiografiche), ablazione del tartaro, levigatura radicolare, trattamenti endodontici e avulsioni dentarie possono essere effettuate in sicurezza durante tutta l'epoca di gestazione.

Utilizzare esclusivamente radiografie intraorali, con un basso tasso di esposizione e eseguirlo con una tecnica a cono lungo e l'uso di centratori Rinn, utilizzare colletto e protezione per l'addome.

Le misure di prevenzione delle patologie dento-parodontali sono fortemente indicate.

Il periodo ideale per eseguire le cure odontoiatriche va dalla 14a alla 20a settimana di gestazione, ciononostante la gravidanza non rappresenta una controindicazione assoluta ai trattamenti chirurgici che abbiano criteri d'urgenza e i trattamenti di emergenza non andrebbero procrastinati ma effettuati tempestivamente. Le misure di chirurgia elettiva devono essere procrastinate al termine della gravidanza.

In accordo con le eventuali indicazioni del ginecologo, è appropriato adottare protocolli specifici in base al periodo di gestazione e ad eventuali condizioni di rischio ostetrico

Pratica a rischio di non appropriatezza

RINVIARE le cure odontoiatriche durante la gravidanza.

Buona pratica

FORNIRE cure odontoiatriche durante tutto il periodo gestazionale secondo necessità e secondo le raccomandazioni del ginecologo.

4. AVULSIONE DEI TERZI MOLARI INFERIORI INCLUSI

L'avulsione dei terzi molari inferiori inclusi a scopo profilattico, ovvero in assenza di segni e sintomi, non è supportata da evidenze scientifiche e può esporre inutilmente il paziente ai rischi legati alla procedura chirurgica.

L'avulsione rappresenta intervento appropriato in presenza di: patologie flogistico-infettive, cariose e parodontali del terzo molare e/o dell'elemento adiacente; patologie algico-disfunzionali correlabili all'inclusione dentaria; necessità terapeutiche ortodontiche e protesiche.

Si raccomanda comunque un'attenta valutazione delle indicazioni cliniche per l'estrazione chirurgica dei terzi molari inferiori e delle possibili complicanze della procedura.

Nei casi di molari inferiori senza indicazione immediata per l'estrazione chirurgica, si raccomanda il monitoraggio delle condizioni cliniche con visite di controllo regolari.

Pratica a rischio di non appropriatezza

ESTRARRE abitualmente i terzi molari inferiori.

Buona pratica

ESTRARRE i terzi molari inferiori in presenza di patologie flogistico-infettive, carie e malattia parodontale del terzo molare e/o dell'elemento adiacente, patologie algico-disfunzionali correlate all'inclusione dentale, esigenze terapeutiche ortodontiche e protesiche.

5. SOSPENSIONE DELLA TERAPIA ANTIAGGREGANTE PIASTRINICA NELLE PROCEDURE DI CHIRURGIA ORALE

Il rischio emorragico intra/post-operatorio in pazienti in trattamento con antiaggreganti orali è molto inferiore alle potenziali complicanze cardiache e vascolari che derivano dalla sospensione del trattamento.

In accordo con le raccomandazioni della Società Europea di Cardiologia, è controindicata la sospensione della terapia con antiaggreganti piastrinici,

specialmente nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare, ed è quindi considerato più appropriato gestire il sanguinamento con farmaci antiemorragici ad uso locale.

Pratica a rischio di non appropriatezza

SOSPENDERE la terapia antiaggregante piastrinica in previsione di procedure di chirurgia orale.

Buona pratica

NON SOSPENDERE la terapia antiaggregante piastrinica inclusa la doppia terapia antiaggregante nelle procedure di chirurgia orale minore, APPLICARE farmaci antiemorragici per uso locale. CONSULTARE il medico in tutti i casi di chirurgia orale più invasiva.

Keywords: dental radiograph, Antiplatelet Therapy (AT), antibiotics in oral surgery, SIPMO, SidCO, Dental treatment in pregnant patient, lower molar teeth surgery

REFERENCES

1. American Dental association. Dental radiographic examinations: recommendations for patient selection and limiting radiation exposure, revised: 2012. Council on Scientific Affairs, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Food and Drug Administration.
2. Smith NJ. Selection criteria for dental radiography. *Br Dent J.* 1992;173:120–1.
3. Hintze H. Screening with conventional and digital bite-wing radiography compared to clinical examination alone for caries detection in low-risk children. *Caries Res.* 1993;27:499–504.
4. Hintze H, Wenzel A. Clinically undetected dental caries assessed by bitewing screening in children with little caries experience. *Dentomaxillofac Radiol* 1994;23:19–23.
5. Ferguson F, Festa SA. Radiography for children and adolescents. *NY State Dent J.* 1993;59:25–9.
6. Lawler B, et al. Antibiotic prophylaxis for dentoalveolar surgery: is it indicated? *Aust Dent J.* 2005;50(4 Suppl 2):S54–9.
7. Poeschl PW, et al. Postoperative prophylactic antibiotic treatment in third molar surgery—a necessity? *J Oral Maxillofac Surg.* 2004;62:3–8.
8. Tong DC, Rothwell BR. Antibiotic prophylaxis in dentistry: a review and practice recommendations. *J Am Dent Assoc.* 2000;131:366–74.
9. Hill M. No benefit from prophylactic antibiotics in third molar surgery. *Evid Based Dent.* 2005;6:10.
10. Habib G, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis: The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by: European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), the European Association of Nuclear Medicine (EANM). *Eur Heart J.* 2015;36:3075–128.

11. Ministero della Salute. Raccomandazioni per la promozione della salute orale in età perinatale 2014: 1-25.
12. Kurien S, et al. Management of Pregnant Patient in Dentistry. *Journal of International Oral Health: JIOH*. 2013;5:88–97.
13. Task Force on Periodontal Treatment of Pregnant Women, American Academy of Periodontology. American Academy of Periodontology statement regarding periodontal management of the pregnant patient. *J Periodontol*. 2004;75:495.
14. Turner MD, et al. Dental management of the gravid patient. *N Y State Dent J*. 2006;72:22–7.
15. Robinson BJ, Boyce RA. Why is dental treatment of the gravid patient regarded with caution? When is the appropriate time for care—be it emergent or routine—in the gravid patient? *J N J Dent Assoc*. 2014;85:11–4.
16. Friedman JW. The Prophylactic Extraction of Third Molars: A Public Health Hazard. *American Journal of Public Health*. 2007;97:1554–9.
17. Costa MG, et al. Is there justification for prophylactic extraction of third molars? A systematic review. *Braz Oral Res*. 2013;27:183–8.
18. Fuster Torres MA, et al. Evaluation of the indication for surgical extraction of third molars according to the oral surgeon and the primary care dentist. Experience in the Master of Oral Surgery and Implantology at Barcelona University Dental School. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008;13:E499–504.
19. Bataineh AB, et al. The surgical removal of mandibular third molars: a study in decision making. *Quintessence Int*. 2002;33:613–7.
20. Lysell L, Rohlin M. A study of indications used for removal of the mandibular third molar. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 1988;17:161–4.
21. Steen Dalby Kristensen et al. 2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management. *European Heart Journal*. 2014;35:2383–431.
22. Napeñas JJ, et al. The frequency of bleeding complications after invasive dental treatment in patients receiving single and dual antiplatelet therapy. *J Am Dent Assoc*. 2009;140:690–5.
23. Sadeghi-Ghahrody M, et al. Bleeding after tooth extraction in patients taking aspirin and clopidogrel (Plavix®) compared with healthy controls. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2016;54:568–72.
24. Halley D, et al. No evidence for stopping long-term aspirin therapy before tooth extraction. *Evid Based Dent*. 2015;16:118–9.
25. Zhao B, et al. Should aspirin be stopped before tooth extraction? A meta-analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2015;119:522–30.