

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

**Giuseppina Campisi<sup>1\*</sup>, Giacomo Oteri<sup>2</sup>, gruppo studio SIPMO<sup>3</sup>, gruppo studio SIdCO<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Department of Surgical, Oncological and Oral Sciences, University of Palermo, Palermo, Italy

<sup>2</sup>Department of Biomedical and Dental Sciences and Morphofunctional Imaging, University of Messina, Messina, Italy

<sup>3</sup>Study group for SIPMO, Foggia, Italy

<sup>4</sup>Italian Society of Odontostomatological Surgery (SIdCO), Rome, Italy

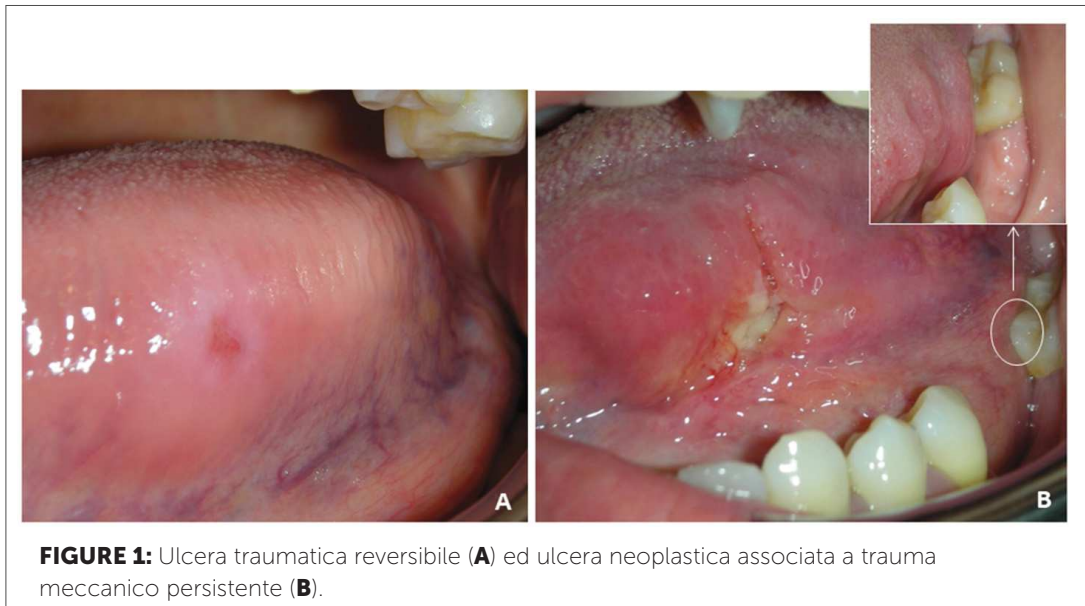
\*campisi@odonto.unipa.it

Pratiche a rischio di inappropriata in medicina orale (SIPMO) per i seguenti argomenti:

1. Lesioni ulcerative della mucosa orale
2. Prevenzione del carcinoma orale
3. Prescrizione di farmaci antifungini
4. Prescrizione di farmaci cortisonici
5. Presenza di infiammazione gengivale diffusa e persistente

### **1. LESIONI ULCERATIVE DELLA MUCOSA ORALE**

Un'ulcera è una discontinuità della mucosa orale, spesso dolente, in particolare in presenza di cibi caldi, acidi, piccanti o salati. Frequentemente è provocata da traumi dovuti adenti acuminati/fratturati o a morsicatura accidentale; ma può anche essere associata a malattie infiammatorie come afte ricorrenti, tumori benigni o maligni. Se non guarisce entro due settimane, è necessario indagarne accuratamente le cause.



Pratica a rischio di non appropriatezza

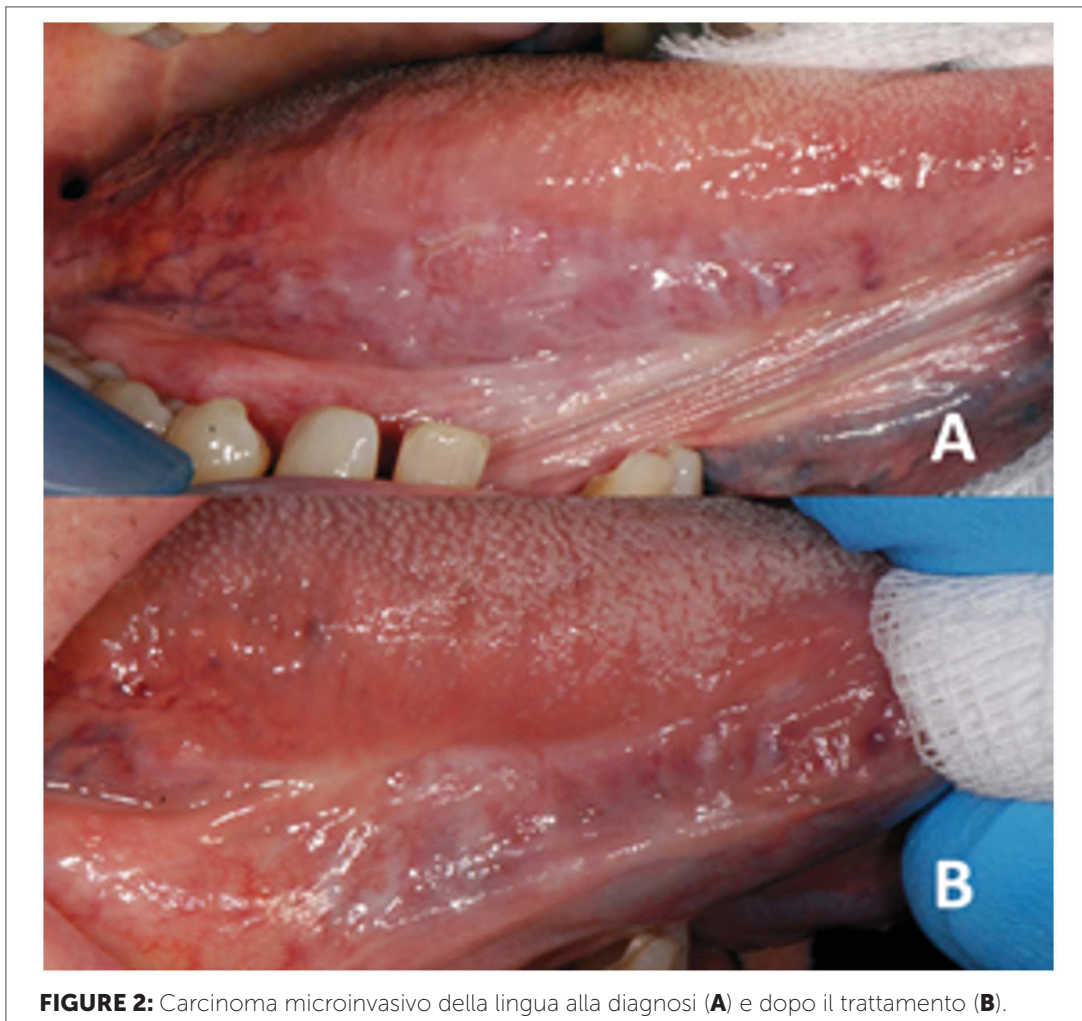
PRESCRIVERE sciacqui o altri presidi medici che ALLEVIANO i disturbi e RITARDANO l'esecuzione di procedure diagnostiche (es. biopsia).

Buona pratica

ELIMINARE gli eventuali fattori irritanti locali e RIVALUTARE il paziente entro 15 giorni.

## 2. PREVENZIONE DEL CARCINOMA ORALE

La bocca può essere interessata da diversi tumori maligni che devono essere correttamente riconosciuti. Tra questi il carcinoma orale è il più frequente ed ha un'elevata malignità, tuttavia se diagnosticato e curato nelle fasi più iniziali, ha ottime probabilità di guarire senza gravi conseguenze. Chiunque può ammalarsi di carcinoma orale, non solamente le persone esposte ai riconosciuti fattori di rischio, quali il tabacco e l'assunzione di alcool; si consiglia di prestare attenzione anche alla scadente condizione del cavo orale, ai traumi cronici alle mucose orali e, per alcuni siti anatomici adiacenti al cavo orale, all'infezione da HPV (Figure 1).



Pratica a rischio di non appropriatezza

SOTTOVALUTARE la possibilità che un'alterazione di forma/colore/consistenza dei tessuti in qualunque sede del cavo orale possa essere una malattia premaligna o maligna (Figure 2).

Buona pratica

INFORMARE il paziente di ogni sesso ed età sui principali fattori di rischio del cancro orale.

### 3. PRESCRIZIONE DI FARMACI ANTIFUNGINI

La candidosi orale è causata da microbi patogeni, di solito funghi del genere *Candida*. Può manifestarsi in varie forme e modi, con placche o membrane bianche asportabili ("mughetto" o candidosi pseudomembranosa), più frequentemente con aree arrossate della mucosa (candidosi eritematosa), altre volte con spaccature agli angoli della bocca o placche bianche persistenti (Figure 3). Si manifesta sovente nei pazienti immunodepressi, diabetici, oncologici, o con la bocca molto asciutta. Solitamente può essere curata efficacemente con farmaci antifungini locali.

Pratica a rischio di non appropriatezza

Prescrivere farmaci antifungini, IN ASSENZA di una diagnosi clinica e/o microbiologica di infezione orale da funghi.

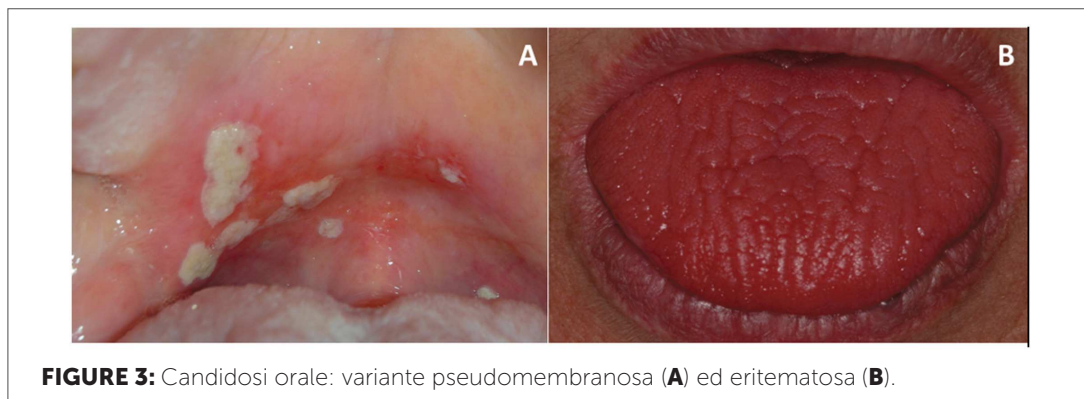
Buona pratica

I farmaci antifungini locali o sistemici SONO INDICATI ESCLUSIVAMENTE per la cura, con controllo clinico, di infezioni orali da funghi.

NON prescrivere farmaci antifungini, IN ASSENZA di una DIAGNOSI clinica certa e/o microbiologica di infezione orale da funghi.

### 4. PRESCRIZIONE DI FARMACI CORTISONICI

La mucosa della bocca può essere colpita da malattie infiammatorie immuno-mediate che provocano danni e disturbi talvolta molto intensi e persistenti,



la cui cura prevede l'impiego di cortisonici locali o sistemici. Tali farmaci devono essere prescritti solo a fronte di una diagnosi accurata e precisa, basata su dati bioptici e sierologici (Figure 4). Chi prescrive tali farmaci deve controllarne l'efficacia sulla malattia e gli eventuali effetti collaterali o interazioni farmacologiche, collaborando -ove necessario- con il medico di medicina generale o altri specialisti.

Pratica a rischio di non appropriatezza

PRESCRIVERE farmaci cortisonici per le comuni lesioni orali in assenza di una diagnosi certa.



Buona pratica

NON prescrivere cortisonici per le comuni lesioni orali in assenza di una diagnosi certa.

## 5. PRESENZA DI INFIAMMAZIONE GENGIVALE DIFFUSA E PERSISTENTE

La causa più frequente di infiammazione e sanguinamento delle gengive è la presenza di placca batterica, responsabile di gengivite e di parodontite. Tali patologie mostrano un netto miglioramento a seguito di manovre per la rimozione professionale di placca e tartaro e con l'adozione di un'adeguata igiene orale domiciliare. Se nonostante tali accorgimenti persistono arrossamento diffuso, sanguinamento e dolore, bisogna valutare la possibilità che l'infiammazione gengivale sia dovuta a una malattia immuno-mediata, come il Lichen Planus orale, il Pemfigo o il Pemfigoide (Figure 5).

Pratica a rischio di non appropriatezza

CONSIDERARE l'infiammazione gengivale -diffusa e persistente- esclusivamente provocata dalla placca batterica o da irritanti locali.

Buona pratica

CONSIDERARE l'infiammazione gengivale non associata a placca come possibile manifestazione di patologie immuno-mediate (es. lichen planus,



**Figure 5:** Paziente con gengivite desquamativa associata a pemfigoide della membrane mucose (a destra segno di Nikolsky positivo).

pemfigoide, pemfigo) le quali necessitano di procedure e competenze specialistiche per la corretta diagnosi (es. biopsia con immunofluorescenza) e per la terapia adeguata.

**Keywords: oral ulcer, periodontal disease, corticosteroids, antifungal drug, OSCC (oral squamous cell carcinoma), SIPMO, SidCO**

## REFERENCES

1. Papineni P, McIntosh AP. A guide to oral ulceration for the medical physician. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2015;76:488.
2. Siu et al. Differential diagnosis and management of oral ulcers. *Semin Cutan Med Surg*. 2015;34:171–7.
3. Brocklehurst et al. Systemic intervention for recurrent aphthous stomatitis (mouth ulcers). *Cochrane Database Syst Rev*. 2012:CD005411.
4. Bruce AJ et al. Diagnosing oral ulcers. *JAAPA*. 2015;28:1–10.
5. Ministero della Salute Raccomandazioni cliniche in odontostomatologia, 2017 [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2637\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2637_allegato.pdf)
6. Brocklehurst P. et al. Screening programmes for the early detection and prevention of oral cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013:CD004150.
7. Lingen M. Critical Evaluation of Diagnostic Aids for the Detection of Oral Cancer. *Oral Oncol*. 2008;44:10–22.
8. Pentenero M, et al. Clinical features of microinvasive stage I oral carcinoma. *Oral Dis*. 2011;17:298–303.
9. Perry BJ et al. Sites of Origin of Oral Cavity Cancer in Nonsmokers vs Smokers. Possible Evidence of Dental Trauma Carcinogenesis and Its Importance Compared With Human Papillomavirus. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2015;141:5–11.
10. Lazos JP et al. Characterization of Chronic Mechanical Irritation in Oral Cancer. *Int J Dent*. 2017:6784526.
11. Fariba S. Younai Oral Candidiasis. *BMJ Best Practice*, 2017.
12. Pankhurst C. Candidiasis (oropharyngeal). *BMJ Clin Evid*. 2013:1304.
13. Worthington HV et al. Interventions for treating oral candidiasis for patients with cancer receiving treatment. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010:CD001972.
14. Carbone M et al. Topical clobetasol in the treatment of atrophic-erosive oral lichen planus: a randomized controlled trial to compare two preparations with different concentrations. *J Oral Pathol Med*. 2009;38:227–33.
15. García-Pola MJ et al. Treatment of oral lichen planus. Systematic review and therapeutic guide. *Med Clin (Barc)*. 2017;149:351–62.
16. Gupta S. et al. Interventions for the management of oral lichen planus a review of the conventional and novel therapies. *Oral Dis*. 2017;23:1029–42.
17. Carbone M et al. Systemic and topical corticosteroid treatment of oral lichen planus a comparative study with long-term follow-up. *J Oral Pathol Med*. 2003;32:323–9.

18. Campisi G et al. A new delivery system of clobetasol-17-propionate (lipid-loaded microspheres 0.025%) compared with a conventional formulation (lipophilic ointment in a hydrophilic phase 0.025%) in topical treatment of atrophic/erosive oral lichen planus. A Phase IV, randomized, observer-blinded, parallel group clinical trial. *Br J Dermatol.* 2004;150:984–90.
19. Al-Abeedi F et al. The differential diagnosis of Desquamative Gingivitis review of the literature and Clinical Guide for dental undergraduates. *J Int Oral Health.* 2015;7:88–92.
20. Arduino PG et al. A practical clinical recording system for cases of desquamative gingivitis. *Br J Dermatol.* 2017;177:299–301.
21. Lo Russo L et al. Diagnostic pathways and clinical significance of desquamative gingivitis. *J Periodontol.* 2008;79:4–24.
22. Lo Russo, L et al. Periodontal clinical and microbiological data in desquamative gingivitis patients. *Clinical oral investigations.* 2014;18:917–25.
23. Stone SJ et al. Cost-effectiveness of personalized plaque control for managing the gingival manifestations of oral lichen planus: a randomized controlled study. *J Clin Periodontol.* 2013;40:859–67.