

ODONTOIATRIA NEI PAZIENTI CON TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE (TAO)

Giuseppina Di Folco

Lo scomparso prof. Thomas Mckeown, illustre professore di Storia della Medicina, in una sua lettura magistrale affermava che *“se fossi San Pietro e dovessi decidere chi ammettere in Paradiso sulla base di quanto ottenuto in vita, accetterei sulla parola i chirurghi d’urgenza ed i dentisti”*.

Gli odontoiatri, in questa lettura magistrale di Mckeown vengono indicati per le importanti potenzialità che in campo preventivo sono in grado di offrire: sono infatti, gli specialisti più frequentemente consultati dai cittadini, operano in un setting favorevole allo sviluppo di una duratura comunicazione con i pazienti e posseggono esperienza nella trasmissione di informazioni inerenti i fattori di rischio delle malattie oro dento-parodontali e nelle relative traiettorie preventive¹.

I biofilm orali, la dieta, il tabacco, e in parte l’alcol rappresentano i principali fattori di rischio per le malattie dei tessuti duri e molli del cavo orale. Tabacco, dieta e alcool sono peraltro alla base delle principali e più diffuse malattie croniche non trasmissibili, principale problema di salute pubblica dei paesi industrializzati².

Un’ulteriore considerazione sul ruolo che gli odontoiatri possono svolgere, non solo a tutela della salute orale ma anche dello stato generale di salute, attiene la possibilità di avviare percorsi di diagnosi precoce per alcune malattie sistemiche (fig. 1e 2).

Abbiamo numerosi esempi di patologie sistemiche che presentano segni di parodontopatie; uno degli esempi più calzanti su quanto espresso finora è la parodontite, una delle patologie più comuni e più diffuse³.

La parodontite è una patologia caratterizzata dall’alterazione/perdita dei tessuti parodontali: gengiva, osso alveolare, cemento radicolare e legamento paradontale⁴.

La parodontite ha carattere progressivo. Se non trattata, con interventi di prevenzione prima-

ria e secondaria può determinare la perdita del dente e della dentatura.

L’accumulo di batteri determina la placca, che a sua volta è causa delle gengiviti caratterizzate da sanguinamento gengivale anche spontaneo. Gengivite e parodontite si possono considerare come un continuum di una patologia infiammatoria cronica⁵.

La parodontite è una delle patologie più diffuse del globo. Nelle popolazioni occidentali la prevalenza sopra i 35 anni è del 47%, e supera il 60% negli over 65.

I casi gravi, a rischio di perdita dentaria nel breve medio-periodo, sono il 10-15% della popolazione. La parodontite grave e avanzata è considerata la sesta patologia più diffusa al mondo, colpendo in media l’11% della popolazione, pari a 750 milioni di persone al mondo, 7-8 milioni in Italia. Il picco d’incidenza della malattia è fra la terza e la quarta decade⁶.

La parodontite può essere primaria o secondaria a patologie sistemiche.

Primo movens in questi casi è quello di eseguire una corretta igiene orale, che deve essere preceduta da un’accurata anamnesi per escludere patologie sistemiche quali:

- diabete mellito;
- insufficienza epatica;
- insufficienza renale;
- sindromi metaboliche;
- pazienti portatori di protesi;
- pazienti con organi trapiantati;
- pazienti che assumono farmaci.

Tale anamnesi viene correlata con la richiesta di esami ematochimici ed esami d’imaging diagnostico quali l’ortopanoramica, ed eventualmente TAC e Risonanza Magnetica Nucleare (RMN). Con tali linee guida si potrà effettuare una vera igiene orale, che dovrebbe precedere

qualsiasi intervento del cavo orale, prima fase della cura paradontale⁷.

Dopo questa prima fase in cui siamo a conoscenza di eventuali patologie sistemiche del paziente e dopo aver identificato il quadro delle patologie del cavo orale dobbiamo, prima di eseguire gli interventi di chirurgia orale o di parodontologia, accertarci delle terapie farmacologiche che il paziente assume.

Gli anticoagulanti orali, l'*eparina* e gli agenti antiplastrinici sono le basi del trattamento farmacologico delle patologie cardiovascolari e tromboemboliche, notoriamente più frequenti di tutte le altre patologie sistemiche⁸.

Negli ultimi decenni in Italia e in tutto il mondo industrializzato, i pazienti in terapia anticoagulante orale sono sempre più numerosi⁹. Questa terapia rappresenta, infatti, un trattamento di fondamentale importanza nella cura e nella prevenzione delle malattie cardiovascolari e in quelle a rischio tromboembolico in particolare:

- Trombosi venosa o arteriosa;
- Fibrillazione atriale;
- Protesi cardiache valvolari;
- Embolia arteriosa periferica;
- Catetere venoso centrale;
- Cardiopatia dilatativa;
- Ischemia miocardica;
- Embolia polmonare;
- Attacco ischemico transitorio (TIA);
- Trombofilia;
- Immobilizzazioni per lungo tempo (intervento chirurgico o ortopedico);
- Chemioterapia.

Il tema del rischio emorragico in Odontoiatria e la gestione di tali eventi nei pazienti con TAO terapia (Trattamenti con Anticoagulanti Orali) si presenta frequentemente nello studio odontoiatrico. Considerando che l'Odontoiatria moderna comprende una diversità di interventi chirurgici che vengono eseguiti in modo crescente in regime ambulatoriale è necessario avere un'esperienza chirurgica e seguire le linee guida internazionali.

Le prestazioni ambulatoriali che vengono eseguite con maggior frequenza sono le estrazioni dentali siano esse semplici o complesse, chirurgia pre-protetica, trattamenti paradontali e chirurgia implantologica. Non si escludono in questo elenco tutti gli interventi conservativi come ad esempio endodonzia per il trattamento dei denti vitali e necrotici. Per eseguire qualsiasi trattamento, sia esso conservativo, protesico o chirurgico nei pazienti con trattamento TAO è necessario richiedere i seguenti esami ematochimici:

- Tempo di tromboplastina parziale (PTT);
- Tempo di protrombina (PT);
- Conta piastrinica;
- Fibrinogenemia;
- INR.

Il trattamento va eseguito nella massima sicurezza, avendo, nel caso fosse necessario, contatti con il cardiologo, ematologo, e medici che seguono il paziente per patologie sistemiche.

Accertarsi dei farmaci assunti per evitare interazioni farmacologiche che non interferiscano sull'emostasi, quali antibiotici ed analgesici, antiflogistici ed antipiretici. È necessario modificare il trattamento TAO nei giorni precedenti l'intervento odontoiatrico, al fine di portare la capacità di coagulazione del sangue a un livello tale da ridurre sì il rischio emorragico ma non tale da far correre al paziente un eccessivo rischio tromboembolico.

Solo in presenza di valori ritenuti idonei (INR 1,5-2,5) si acconsente all'intervento odontoiatrico da eseguire necessariamente il giorno stesso del raggiungimento e della presa in visione di tali valori. I valori di coagulazione verranno poi riportati ai primitivi livelli pre-operatori nei giorni successivi.

I nuovi anticoagulanti orali potrebbero comportare vantaggi anche per l'odontoiatra, considerando nei loro fattori positivi che si tratta di farmaci con maggior maneggevolezza, per la non necessità di controlli di laboratorio, la maggior rapidità dell'inizio e della fine dell'effetto coagulante. ■

Bibliografia

1. McKeown T. **Medical issues in historical demography**. Int J Epidemiol. 2005 Jun;34(3):515-20. Epub 2004 Oct 1.
2. Huang YF, Chang CT, Liu SP, Muo CH, Tsai CH, Hong HH, Shen YF, Wu CZ. The Impact of **Oral Hygiene** Maintenance on the Association Between Periodontitis and Osteoporosis: A Nationwide Population-Based Cross Sectional Study. Medicine (Baltimore). 2016 Feb;95(6):e2348.
3. Costantinides F, Rizzo R, Pascazio L, Maglione M. Managing patients taking novel oral **anticoagulants** (NOAs) in dentistry: a discussion paper on clinical implications. BMC Oral Health. 2016 Jan 28;16(1):5.
4. Olsen I, Yilmaz Ö. Modulation of inflammasome activity by Porphyromonas gingivalis in **periodontitis** and associated systemic diseases. J Oral Microbiol. 2016. Collection 2016. Review.
5. Lange L, Thiele GM, McCracken C, Wang G, Ponder LA, Angeles-Han ST, Rouster-Stevens KA, Hersh AO, Vogler LB, Bohnsack JF, Abramowicz S, Mikuls TR, Prahalad S. Symptoms of **periodontitis** and antibody responses to Porphyromonas gingivalis in juvenile idiopathic arthritis. Pediatr Rheumatol Online J. 2016 Feb 9;14(1):8. doi: 10.1186/s12969-016-0068-6.
6. Elad S, Marshall J, Meyerowitz C, Connolly G. Novel **anticoagulants**: general overview and practical considerations for dental practitioners. Oral Dis. 2016 Jan;22(1):23-32.
7. Matsuo M, Okudera T, Takahashi SS, Wada-Takahashi S, Maeda S, Iimura A. Microcirculation alterations in experimentally induced **gingivitis** in dogs. Anat Sci Int. 2016 Feb 1
8. Buset S, Walter C, Friedmann A, Weiger R, Borgnakke WS, Zitzmann NU. Are periodontal diseases really silent? A systematic review of their effect on quality of life. J Clin Periodontol. 2016 Review.
9. Isola G, Matarese G, Cordasco G, Rotondo F, Crupi A, Ramaglia L. **Anticoagulant** therapy in patients undergoing dental interventions: a critical review of the literature and current perspectives. Minerva Stomatol. 2015 Feb;64(1):21-46. Review.



Figura 1 - Prima del trattamento di igiene orale



Figura 2 - Dopo il trattamento di igiene orale

Giuseppina Di Folco medico chirurgo, specialista in Odontoiatria, svolge attività di consulenza nel servizio di Odontoiatria.

Per informazioni e prenotazioni: CUP 06 809641