

**IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI ENDO-PARODONTALI
DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E SUCCESSIVO CONSENSO**

Egregio paziente,

la relazione tra medico e paziente è costituita sulla libertà di scelta del luogo di cura e del medico e sull'individuazione e condivisione del percorso terapeutico nelle rispettive autonomie e responsabilità. Il medico nella relazione con il paziente persegue l'alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti e su un'informazione comprensibile e completa (art. 20 Codice di Deontologia Medica).

Quindi un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che lei abbia dato il suo consenso che deve essere libero e informato (art. 5 Convenzione di Oviedo. Consiglio d'Europa - 1997. "Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la dignità dell'essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina". Ratificata con la Legge 28 marzo 2001, n. 145 (Gazzetta Ufficiale n. 95 del 24 aprile 2001). Questo in quanto, io sottoscritto odontoiatra, non posso intraprendere né proseguire procedure diagnostiche e/o interventi terapeutici senza la preliminare acquisizione del consenso informato. Non posso ovviamente procedere in presenza di dissenso che anche in questo caso deve essere successivo ad adeguata informazione (art. 35 Codice di Deontologia Medica).

Per darle la possibilità di scegliere, se iniziare o meno il percorso diagnostico terapeutico, le presento questo modulo, riassuntivo rispetto a quanto già detto oralmente, contenente un'informazione adeguata allo scopo e alla natura dell'intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi. Lei può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso e interrompere la terapia (art. 5 Convenzione di Oviedo. Consiglio d'Europa - 1997. "Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la dignità dell'essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina". Ratificata con la Legge 28 marzo 2001, n. 145 (Gazzetta Ufficiale n. 95 del 24 aprile 2001).

Devo garantire a lei e/o al suo rappresentante legale un'informazione comprensibile ed esaustiva sulla prevenzione, sul percorso diagnostico, sulla diagnosi, sulla prognosi, sulla terapia e sulle eventuali alternative diagnostico-terapeutiche, sui prevedibili rischi e complicanze, nonché sui comportamenti che lei dovrà osservare nel processo di cura. Risponderò ad ogni sua richiesta di chiarimento (art. 33 Codice di Deontologia Medica). Garantisco il mio massimo impegno e competenze nell'attività riservata alla mia professione di appartenenza ma non assumerò compiti che eventualmente si dovessero palesare, o che lei mi dovesse chiedere, che non sia in grado di soddisfare o che non sia legittimato a svolgere (art. 21 Codice di Deontologia Medica), oppure prestazioni in contrasto con la mia coscienza o con i miei convincimenti tecnico-scientifici (art. 22 Codice di Deontologia Medica).

Se riterrò interrotto il rapporto di fiducia con lei e/o con il suo rappresentante legale, posso risolvere la relazione di cura con tempestivo e idoneo avviso, proseguendo la mia opera sino alla sostituzione con altro collega, cui trasmetterò le informazioni e la documentazione utile alla continuità delle cure, previo consenso scritto da parte sua (art. 28 Codice di Deontologia Medica) che potrò annotare anche solo sul diario clinico e nel pieno rispetto della normativa sulla privacy.

Cercherò di garantire la continuità delle cure anche, in caso di mia indisponibilità o di impedimento e assicurerò, se possibile, la mia sostituzione informandola il prima possibile (art. 23 Codice di Deontologia Medica). Le fornirò comunque ogni utile informazione e chiarimento per consentire la fruizione della prestazione (art. 22 Codice di Deontologia Medica) consigliandole, all'occorrenza, consulenti o luoghi di cura ritenuti idonei al caso rimanendo suo diritto di decidere il luogo di cura ed il medico (art. 27 Codice di Deontologia Medica).

Se il paziente è un minore terrò in adeguata considerazione le sue opinioni, espresse dallo stesso, in tutti i processi decisionali che lo riguardano (art. 35 Codice di Deontologia Medica). Garantisco allo stesso minore elementi di informazione utili perché comprenda la sua condizione di salute e gli interventi diagnostico-terapeutici programmati, al fine di coinvolgerlo nel processo decisionale (art. 33 Codice di Deontologia Medica).

Acquisisco il consenso in forma scritta, pur non essendo obbligatoria tale modalità (art. 35 Codice di Deontologia Medica).

Diagnosi

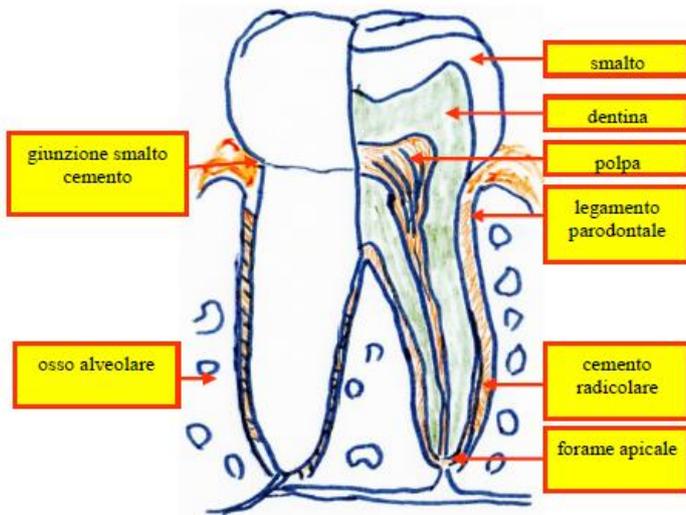
Lesione endo-parodontale a carico del/dei

Terapia prospettata

Trattamento a carico del/dei

.....

Anatomia del dente e dei suoi tessuti di sostegno



SMALTO E' il tessuto che ricopre la corona del dente.

DENTINA La dentina ricopre la polpa del dente ed è ricoperta dallo smalto nella corona e dal cemento a livello radicolare.

CEMENTO RADICOLARE E' un tessuto calcificato che ricopre la dentina radicolare.

POLPA DENTARIA E' un tessuto molle vascolarizzato.

FORAME APICALE Mette in comunicazione la polpa con il legamento parodontale.

LEGAMENTO PARODONTALE E' preposto al mantenimento del dente nell'alveolo attraverso fibre collagene disposte tra la superficie interna dell'alveolo dell'osso e il cemento radicolare.

Cos'è una lesione endo-parodontale?

Una lesione parodontale è caratterizzata da perdita dei tessuti di sostegno di un dente causata da batteri patogeni contenuti all'interno dello stesso dente. Forma una "tasca" tra gengiva e dente.

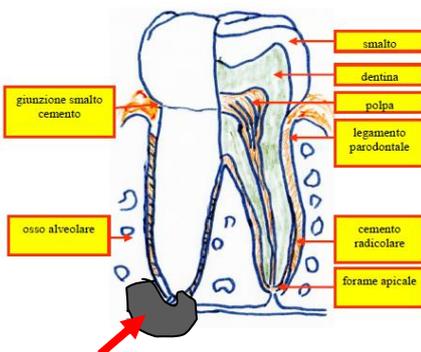
Una lesione endodontica è processo infiammatorio a carico della polpa dentaria che si può trasmettere nei tessuti di sostegno del dente in particolare a livello dell'apice della radice.

Nella lesione endoparodontale le lesioni sono comunicanti.

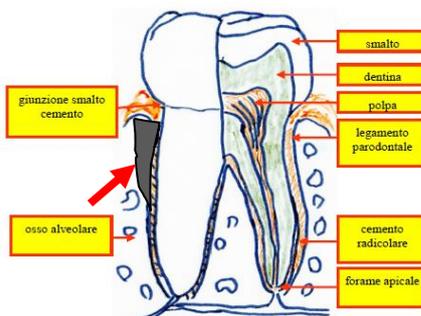
Non sempre è possibile sapere quale sia stato il primo processo patogeno a partire.

Esemplificazione di lesioni singole e di una lesione endo-parodontale

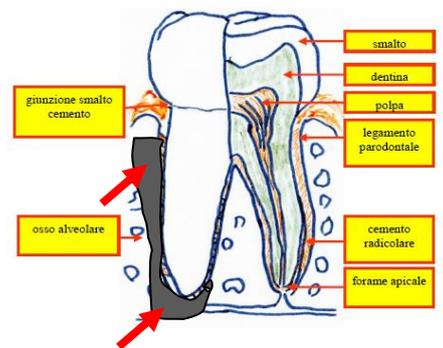
Lesione endodontica



Lesione parodontale



Lesione endo-parodontale



Sequenze terapeutiche

- Si inizia con il trattamento endodontico dell'elemento dentario.
- Rivalutazione parodontale, dopo circa 6/8 mesi per valutare la remissione delle lesioni ossee.
- Se ciò non si dovesse verificare si procede con un eventuale trattamento parodontale chirurgico che sarà oggetto di successiva informativa e consenso.

Esami preliminari

Prima di ogni trattamento è necessaria un'attenta valutazione preoperatoria da eseguirsi con anamnesi, esame clinico, esami radiografici singoli o multipli (da valutare di volta in volta es: RX endorale, RX ortopantomografia, tomografia computerizzata (CBCT) e, ove sia ritenuto necessario, esami ematochimici solo se le informazioni fornite dall'anamnesi li rendono necessari.

Gli esami radiografici sono eseguiti, o comunque richiesti, nel pieno rispetto dei principi di giustificazione (cioè ci deve essere un valido motivo, in questo caso diagnostico, per eseguire gli esami) e ottimizzazione (quindi si usano le apparecchiature e le tecniche radiografiche che comportino una minore esposizione in termini di tempo e emissione di radiazioni ionizzanti per i pazienti), imposti dalle normative vigenti, dal Codice Deontologico e dall'etica che dovrebbe guidare ogni professione medica. In sostanza l'esposizione alle radiazioni ionizzanti è mantenuta al livello più basso ragionevolmente ottenibile, compatibilmente con le esigenze diagnostiche.

odontoiatriche, e sono giustificate dai vantaggi che ne possono derivare, dal punto di vista terapeutico, per il soggetto esposto.

Fasi operatorie da eseguirsi anche in più sedute

- Si distende il paziente sulla poltrona odontoiatrica (non è possibile lavorare con il paziente seduto). Si esegue l'anestesia locale. Ciò comporta la sensazione di avere formicolio e gonfiore nella zona di interesse.
- Isolamento del campo operatorio mediante, quando possibile, un foglio di gomma (diga) teso da un archetto e ancorato al dente da un uncino metallico.



- Preparazione della cavità di accesso del dente ed eventuale eliminazione di tessuto carioso e/o precedenti otturazioni. Ciò comporta quindi l'uso di strumenti che provocano rumore, emissione di acqua e vibrazione. L'immagine a destra mostra la sostanza del dente residua dopo l'eliminazione del tessuto cariato. Il punto rosso indica la polpa ("nervo del dente") quindi è certa la compromissione del dente e la necessità di trattarlo endodonticamente (devitalizzarlo).
- Una volta individuati gli orifizi canalari, è norma sondare il canale con strumenti endodontici adeguati fino a portarsi il più vicino possibile al termine dell'endodonto per determinare la lunghezza di lavoro⁽³⁾.



- Metodologie utilizzabili per la determinazione della lunghezza di lavoro sono quelle che prevedono l'uso di rilevatori elettronici dell'apice e/o, di esami radiografici intraoperatori eventualmente eseguiti con l'uso di centratori. La devitalizzazione, o eliminazione della polpa canalare, è perseguita attraverso una tecnica di strumentazione manuale o meccanica che permetta di alesare il canale fino ad ottenere una sagomatura adeguata, mantenendo per quanto possibile il disegno anatomico originario del canale in particolare della sua area apicale, rimuovendo contemporaneamente i tessuti pulpari e i detriti organici e inorganici e riducendo la carica batterica⁽³⁾.



- Questi risultati possono essere ottenuti solo se la tecnica strumentale viene eseguita in presenza di continui e abbondanti lavaggi canalari con irriganti, anche diversi, dotati di capacità antibatteriche, lubrificanti e specificità d'azione nei confronti dei residui organici e inorganici⁽⁴⁾.
- La sagomatura, detersione e disinfezione dei canali radicolari è seguita dall'otturazione canalare, con guttaperca, verificata successivamente con un esame radiografico post-operatorio.
- Generalmente successiva ricostruzione con materiale provvisorio.



Otturazione dei canali con guttaperca

- Rivalutazione parodontale, (dopo circa 6/8 mesi) per valutare la remissione delle lesione ossea. Se ciò non si dovesse verificare si procede con un eventuale trattamento parodontale chirurgico che sarà oggetto di successiva informativa e consenso.

Quanto tempo e quante sedute occorrono per il trattamento endodontico?

Il trattamento endodontico può richiedere fino a due, tre sedute, soprattutto se interessa elementi dentari con anatomia complessa. Ogni seduta può impegnare dai 30 minuti sino anche a 2 ore. Quando possibile si conclude il tutto in una seduta.

Talvolta, possono essere utilizzate medicazioni intermedie per prevenire o ridurre la proliferazione di microrganismi nel sistema canalare nel periodo tra due sedute terapeutiche successive⁽⁴⁾.

Farà male durante il trattamento endodontico?

Durante il trattamento il dolore è assente a parte alcune condizioni tali per cui anche durante il trattamento il dolore è presente. In questi casi risulterà necessario rinforzare l'anestesia che potrà essere comunque ancora dolorosa. Ovviamente questa situazione non è prevedibile.

Soprattutto durante le fasi finali durante le quali si otturano i canali radicolari è possibile avvertire una forte pressione, anche dolorosa. In genere è comunque una sensazione momentanea.

Farà male dopo il trattamento endodontico?

È possibile avvertire dolore dopo il trattamento endodontico controllabile con un antidolorifico. È probabile anche avvertire dolore sia durante la masticazione come semplicemente al tatto. In ogni caso questa sintomatologia normalmente regredisce spontaneamente e in caso di necessità si consiglia comunque di continuare con la terapia antidolorifica.

Imprevisti

In alcuni casi si può scatenare un ascesso post endodontico con la necessità di prescrivere una idonea copertura antibiotica.

In rari casi può addirittura risultare necessario ritrattare endodonticamente l'elemento dentario.

Istruzioni successive al trattamento endodontico

- Durante la permanenza dell'anestesia attenzione a non mordersi e a non scottarsi, involontariamente le labbra, la guancia e la lingua.
- Durante l'effetto dell'anestesia è possibile mangiare e bere. Mancando la sensibilità e per evitare di auto lesionarsi i tessuti molli, è preferibile l'assunzione di cibi teneri e freddi e bevande fredde. Evitare quindi quelli duri o caldi. È consigliabile preparare piccole porzioni di cibo e porlo dalla parte della bocca non anestetizzata.
- È possibile mangiare sul dente trattato endodonticamente? Generalmente il dente è ricoperto con una otturazione provvisoria. Di conseguenza, non essendo ancora stato adeguatamente ricostruito e protetto, è a rischio di frattura. Nel caso in cui la frattura dovesse essere estesa e estendersi al di sotto della gengiva il rischio è che il dente non sia recuperabile. Di conseguenza non è possibile masticare sull'elemento dentario trattato.
- È indicata l'assunzione di un antidolorifico. In considerazione del fatto che, in genere, l'effetto dell'anestesia tende a diminuire gradualmente sino ad una totale scomparsa tra le 3 e le 5 ore dopo la prima iniezione, è indicata l'assunzione dell'antidolorifico preventivamente (salvo diversa indicazione è meglio assumerlo appena possibile). Di seguito può assumerne al bisogno seguendo le indicazioni riportate sul foglio illustrativo e informativo che accompagna ogni farmaco.
- Fara male? In corrispondenza dell'elemento dentario trattato è normale avvertire, per qualche giorno, fastidio e/o dolore durante la masticazione o la normale funzione (es. stringere i denti). È altresì possibile avvertire dolore anche nella zona delle iniezioni. L'importante è che qualsiasi sintomatologia diminuisca nel tempo. In caso contrario contatti lo studio per concordare eventuali altre azioni terapeutiche o la prescrizione di farmaci.
- Salvo diversa indicazione può eseguire le normali manovre di igiene orale. È possibile avvertire dolenzia e sanguinamento nel momento in cui la zona è stimolata durante le normali manovre di igiene orale.

L'endodonzia è una terapia sicura?

Come ogni atto medico, anche l'endodonzia, presenta una percentuale di incidenti o lesioni iatrogene, cioè danni involontari conseguenti al trattamento stesso che qui vado a riassumere⁽³⁾:

- Otturazione incompleta cioè non completa chiusura del lume canalare per tutta la sua lunghezza con possibile permanenza di materiale settico. Questo molto spesso è dovuto a impossibilità di strumentare i canali per difficoltà anatomiche o calcificazione totale o parziale dello stesso.
- Otturazione in eccesso cioè il materiale utilizzato all'interno dei canali fuoriesce dal dente stesso.
- Frattura di strumenti.
- Falsa strada cioè perforazione della radice.
- Frattura del dente.
- Inalazione o deglutizione degli strumenti utilizzati.
- Mancata guarigione delle lesioni provocate dal dente stesso.
- Fuoriuscita di materiale settico oltre l'apice della radice durante la strumentazione del canale.
- Necrosi tissutale e/o ascesso causato dalla immissione inevitabile dei disinfettanti durante il lavaggio all'interno del canale endodontico.

Ad ogni modo, indipendentemente dagli inconvenienti sopra ricordati, in assenza di sintomatologia riferita successivamente dal paziente, oppure riduzione o comunque non aumento dell'eventuale lesione radiografica il

trattamento viene comunque considerato un successo. In caso contrario saranno necessarie altre azioni terapeutiche compresa l'eventuale estrazione.

Possibili alternative?

<p>✘ non eseguire nessuna cura. Il suo mantenimento comporta il rischio che si possano manifestare successivamente fenomeni infettivi acuti o cronici.</p>	
<p>○ estrarre l'elemento dentario</p>	
<p>vantaggi rispetto alla terapia prospettata:</p> <ul style="list-style-type: none"> - terapia più veloce - economicamente meno cara 	<p>svantaggi rispetto alla terapia prospettata</p> <ul style="list-style-type: none"> - danno biologico per la perdita di un dente - deficit masticatorio - possibile danno estetico - possibile spostamento degli altri elementi dentari - minore stabilità oclusale con possibile conseguente danno a livello dell'articolazione temporo mandibolare e danno muscolare - trauma oclusale nei confronti dei denti residui. In sostanza gli altri denti devono "lavorare" anche per quello che è stato estratto - se in futuro dovesse decidere di riabilitare l'elemento dentario estratto i costi per la riabilitazione protesica come i tempi risulteranno maggiori

Rischi e complicanze. Sono tutti possibili con una maggiore probabilità per quelli evidenziati

- Ferite dei tessuti molli come labbra, guance, lingua anche per movimenti accidentali del paziente o ristrettezza dello spazio. Evento comunque rarissimo in condizioni normali di lavoro.
- Enfisema sottocutaneo per penetrazione di aria sotto i tessuti molli dovuti all'utilizzo, a volte inevitabile, degli strumenti rotanti dinamici. Come conseguenza l'aria può rimanere localmente al sito chirurgico o continuare a diffondersi lungo il piano del tessuto connettivo lasso. Ciò comporta gonfiore locale, tensione della pelle e crepitio alla palpazione. Nei casi estremi l'aria può passare attraverso lo spazio masticatorio nelle aree parafaringee e retrofaringee penetrando nel mediastino dando o enfisema cervico-facciale, enfisema mediastinico e/o pneumotorace. In questi ultimi casi, estremamente rari, è necessario il ricovero ospedaliero d'urgenza con conseguente ricovero e intervento chirurgico, generalmente, in narcosi. Evento comunque rarissimo in condizioni normali di lavoro.
- Processi infettivi (setticemia, endocardite batterica) ad esempio, ma non necessariamente, in pazienti defedati, immunocompromessi o con valvulopatie e protesi valvolari e possibile conseguente ricovero ospedaliero. Evento rarissimo ma possibile solo in pazienti predisposti per patologie preesistenti anche non conosciute.
- Ematoma e/o ecchimosi. Evento raro.
- E' possibile che si possano verificare, nei pazienti predisposti se non individuate in fase di visita, fobie e reazioni psicologiche negative quali attacchi di panico che possono provocare tachicardia, sudorazione, sino alla svenimento.
- Ingestione involontaria di frammenti di dente, di materiale organico, piccolo strumentario o prodotti ad uso odontoiatrico. Evento comunque rarissimo in condizioni normali di lavoro.
- Tutti i rischi conseguenti all'assunzione dei farmaci eventualmente prescritti prima e dopo la terapia odontoiatrica.
- Reazioni allergiche ai materiali impiegati.
- Riflesso del vomito accentuato dalla prestazioni odontoiatriche in pazienti predisposti.

Rischi e complicanze conseguenti all'anestesia loco regionale

- Rottura dell'ago. Evento rarissimo.
- Sensazione di dolore e bruciore durante l'iniezione. Evento frequente.
- Complicanze infettive. Evento rarissimo.
- Complicanze emorragiche quindi sanguinamento prolungato e non controllabile. Evento rarissimo ma possibile solo in pazienti predisposti per patologie preesistenti o particolari farmaci assunti.
- Ematomi cioè la raccolta localizzata di sangue in un tessuto conseguente alla rottura dei vasi sanguigni. Evento rarissimo.
- Trisma cioè una contrattura dei muscoli della bocca che provoca difficoltà o impossibilità ad aprirla. Evento rarissimo.
- Edema cioè la presenza di una quantità di liquido superiore alla norma negli spazi interstiziali, dei tessuti. Si manifesta con gonfiore, rossore, dolore difficoltà nei movimenti della mandibola. Evento raro.

- Persistenza anestesia oltre le 4/5 ore. Evento raro.
- Lesioni nervose a carico dei rami terminali del ramo trigemino che può risultare temporanea o permanente. Evento raro.
- Lesione tessuti molli. Evento raro.
- Lesioni post anestetiche intraorali quali necrosi dei tessuti orali. Evento raro.
- Desquamazione dei tessuti molli. Evento rarissimo.

Igiene orale

Indipendentemente dalla terapia prospettata è necessario mantenere una corretta igiene orale. E' indispensabile lavarsi i denti con spazzolino e dentifricio dopo ogni pasto, quindi, almeno tre volte al giorno.

In particolare, si consiglia di:

- spazzolare i denti dopo ogni pasto per un tempo di almeno 2-3 minuti,
- usare uno spazzolino dalla testina medio-piccola in modo da arrivare in tutte le zone della bocca,
- è preferibile che sia provvisto di setole artificiali di durezza media,
- sostituire lo spazzolino almeno ogni due mesi,
- spazzolare accuratamente tutti i denti sia quelli anteriori che quelli posteriori,
- spazzolare le aree interdentali con filo e/o scovolino interdentale. Pulire le aree di compressione gengivale con filo tipo "superfloss".

Igiene alimentare

Anche una dieta appropriata rappresenta un importante contributo alla prevenzione delle malattie dei denti. Il controllo della placca batterica è il primo obiettivo per ridurre l'incidenza di patologie del cavo orale e per quindi potere ottenere anche un miglior risultato rispetto alla terapia prospettata. È possibile ridurre la formazione della placca batterica limitando il consumo di dolci e di altri cibi ricchi di zuccheri; è poi consigliabile seguire una dieta equilibrata e ricca di frutta e verdura, alimenti contenenti vitamine e minerali essenziali (vitamine C, A e D, calcio, fosforo, potassio, sodio, ferro e magnesio) per la salute dei denti⁽⁴⁾.

Visite periodiche

E' importante sottoporsi regolarmente a visite periodiche per identificare e poter curare, sin dalle prime fasi, eventuali processi patologici a carico dei denti e delle gengive.

Altre informazioni richieste dal paziente o comunque di cui si è discusso

.....

Io sottoscritto paziente, o tutore legale del paziente, Sig.

nato il a apponendo la firma al presente modulo

dichiaro di avere ben compreso la terapia che mi è stata prospettata, la diagnosi, la prognosi, le eventuali alternative terapeutiche, compresi i vantaggi e gli svantaggi rispetto alla terapia prospettata, sui prevedibili rischi e complicanze e sui comportamenti che dovrò osservare nei processi di cura.

Dichiaro di avere avuto il tempo di elaborare quanto presentato e di avere avuto la possibilità di porre richieste di chiarimenti che saranno comunque consentiti in qualunque momento.

Presto pertanto il mio assenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Data consegna

.....

Data ritiro del consenso

.....

Firma del paziente o del tutore

.....

Firma del medico

.....

Bibliografia

- 1) Codice di Deontologia Medica
- 2) Anestesia in odontostomatologia di Giovanni Manani. Idelson-Gnocchi. Edizione 2003
- 3) Raccomandazioni cliniche in odontostomatologia. Ministero della Salute. Segretariato Generale. Edizione settembre 2017
- 4) <http://www.salute.gov.it/sorrisoSalute/paginaMenuSorrisoSalute.jsp?menu=patologie&lingua=italiano>