World Health Organization

Centro di Collaborazione O.M.S.
per l'Epidemiologia Orale e l'Odontoiatria
di Comunità

Silvio ABATI

Università degli Studi di Milano

Ateneo Vita Salute San Raffaele

le linee guida nazionali: promozione della salute orale perinatale e in età evolutiva

Ministero della Salute

Cerca

Mappa | Guida | Contatti | Sala Stampa | Canale YouTube | RSS

http://www.salute.gov.it/

Quaderni del Ministero della Salute 7

Odontoiatria di comunità: criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale

GRUPPO DI LAVORO
Silvio Abati, Alberto Barlattani, Angelo Calderini, Roberto Callioni, Mario Capogreco, Giuseppe Gallina, Gabriella Galluccio, Enrico Gherlone, Alessandro Ghirardini, Ambra Michelotti, Michele Nardone, Fabrizio Oleari, Filippo Palumbo, Stefano Petti, Antonella Polimeni, Elisabetta Polizzi, Giovanni Simonetti, Laura Strohmenger, Luca Tognana, Tullio Toti, Roberto Weinstein

Età perinatale, le raccomandazioni per la promozione della salute orale

20 febbraio 2015 - Il documento offre indicazioni per la promozione della salute orale nelle donne in gravidanza e la prevenzione delle malattie orali nei bambini piccoli

- 22 novembre 2013 - **Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva - Aggiornamento**
  Area: Salute dei denti e della bocca

gruppo tecnico "salute orale perinatale"

abati, strohmenger, polimeni, cetin, di renzo, donzelli, banderali, guana, privitera, terenzi

SALUTE E MALATTIE ORALI IN GRAVIDANZA

1. durante la gravidanza si possono verificare compromissioni della salute orale?
2. quali sono le malattie orali che più frequentemente possono insorgere durante la gravidanza?
3. quali sono i fattori di rischio e le cause di queste condizioni patologiche?

PREVENZIONE ORALE PER LA GESTANTE, PER IL FETO E PER IL NEONATO

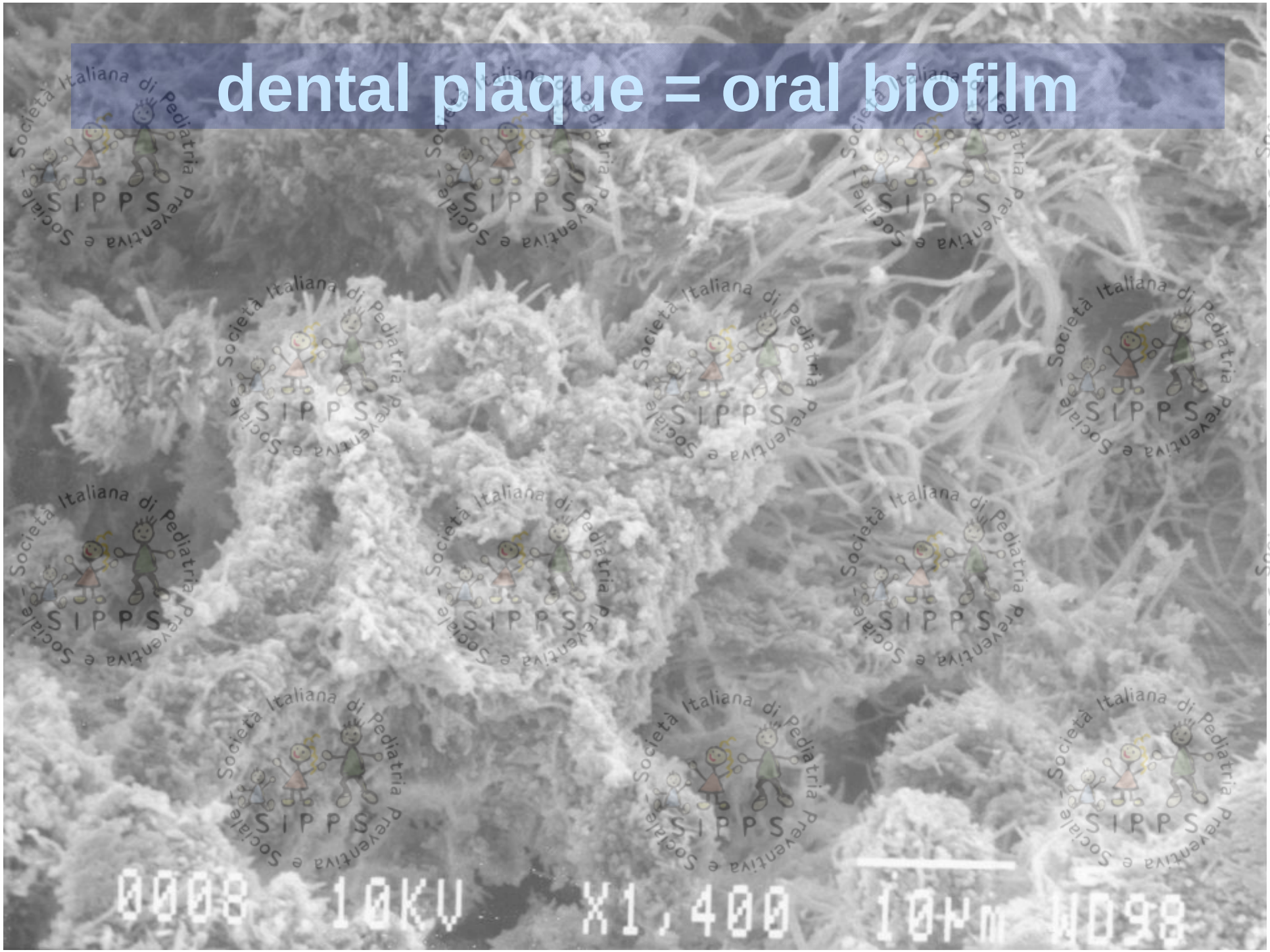
4. la presenza e l'aggravamento delle malattie gengivali nella gestante può contribuire agli esiti avversi della gravidanza quali aborto, parto pretermine, ritardo di accrescimento intrauterino, preeclampsia ?
5. la presenza di malattie dentali nella gestante può aumentare il rischio di carie dentale del bambino?
6. la prevenzione orale e le cure dentoparodontali prima e/o durante la gravidanza sono in grado di diminuire il rischio di eventi avversi della gravidanza e il rischio di malattie dentali nel nascituro ?
7. l'educazione sanitaria durante la gravidanza è un mezzo efficace per la prevenzione delle patologie orali nella madre e nel bambino?
8. la supplementazione con fluoro e/o con altri micronutrienti (vitamina D) durante la gravidanza è indicata e utile per la prevenzione della carie dentale del bambino ?

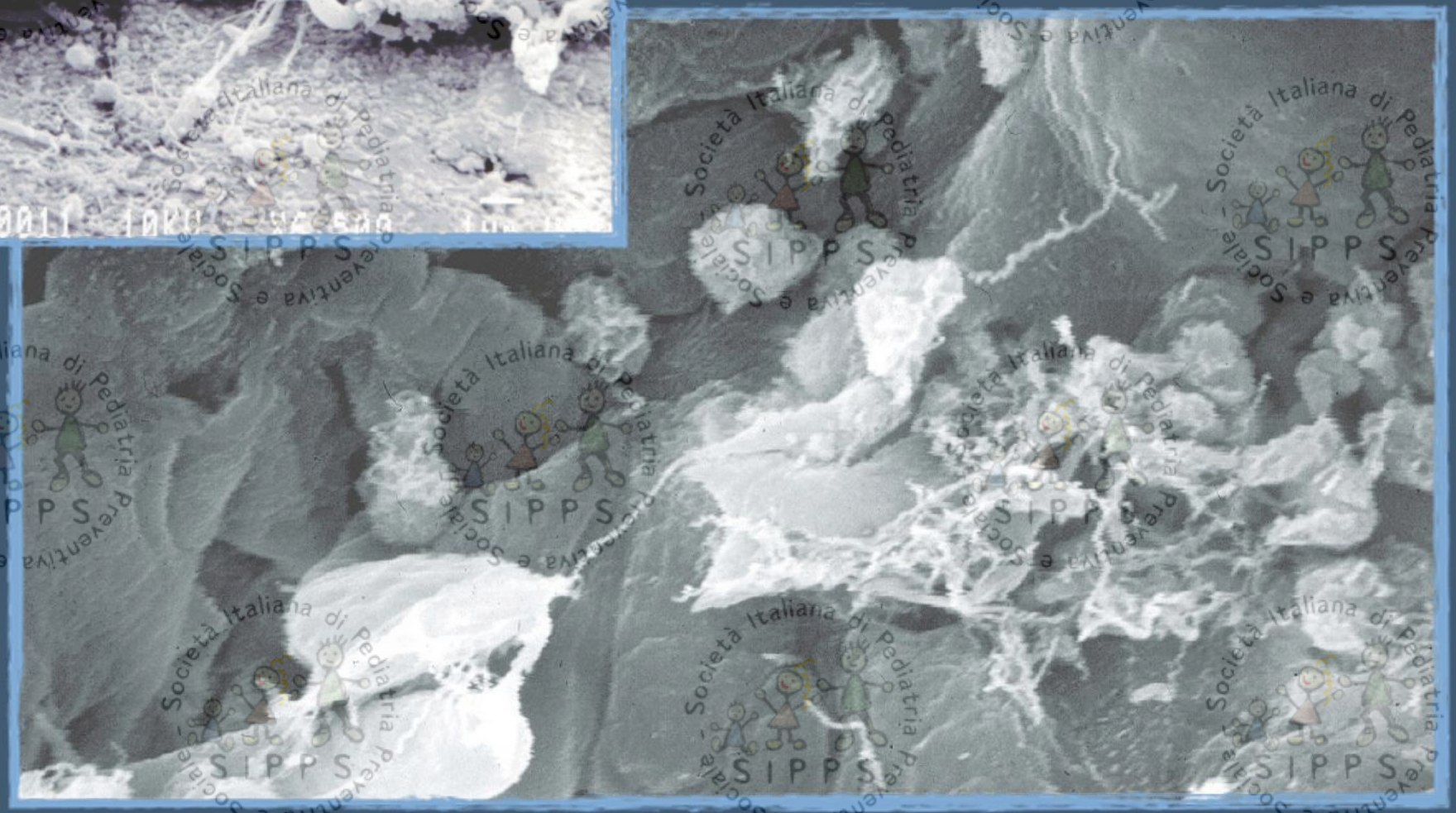
DIAGNOSI E CURE ORALI IN GRAVIDANZA

9. quali cure odontoiatriche sono eseguibili con sicurezza durante la gravidanza?
10. quali farmaci di uso odontoiatrico sono impiegabili con sicurezza durante la gravidanza?

dental plaque = oral biofilm

dental plaque = oral biofilm

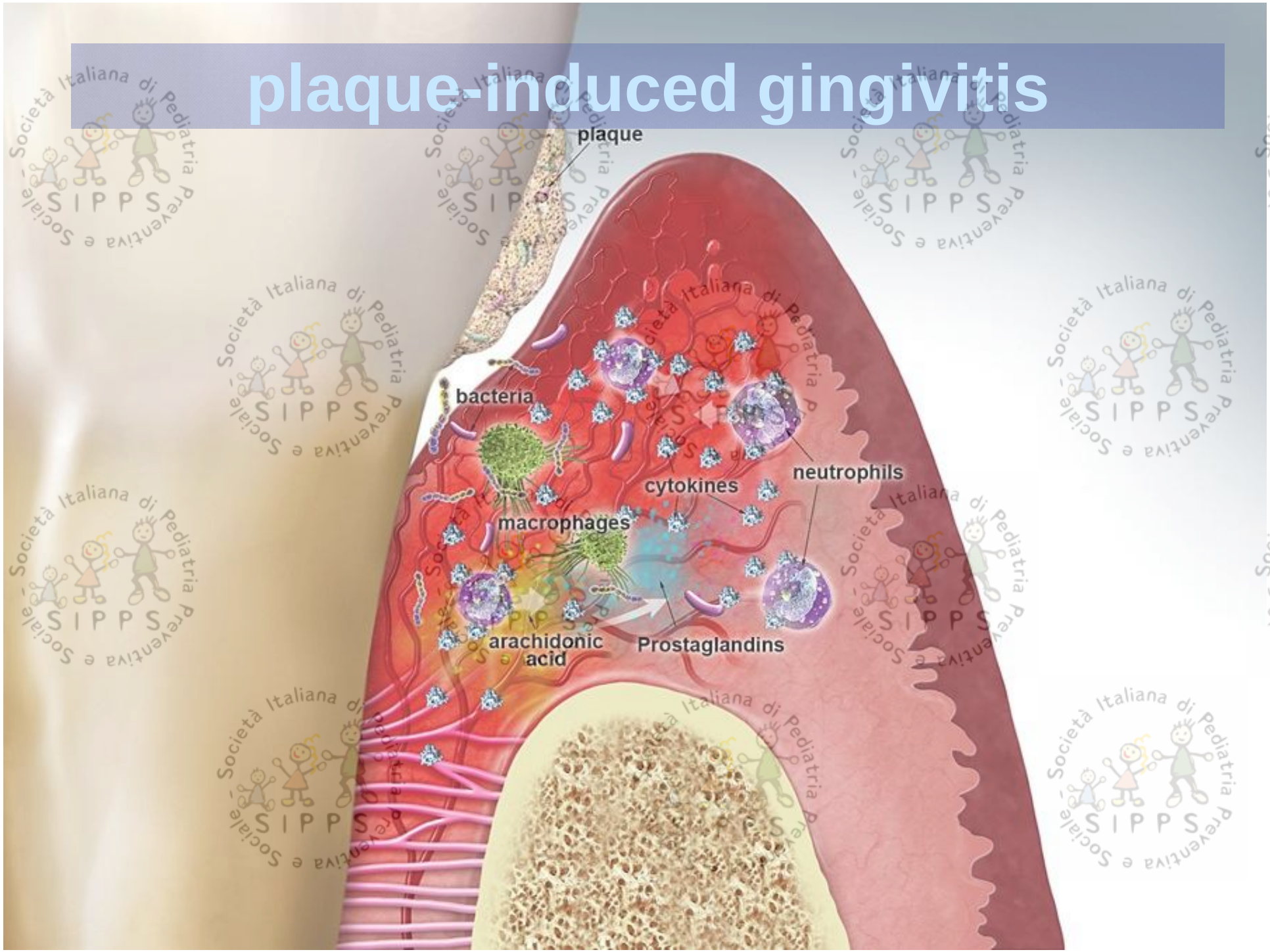




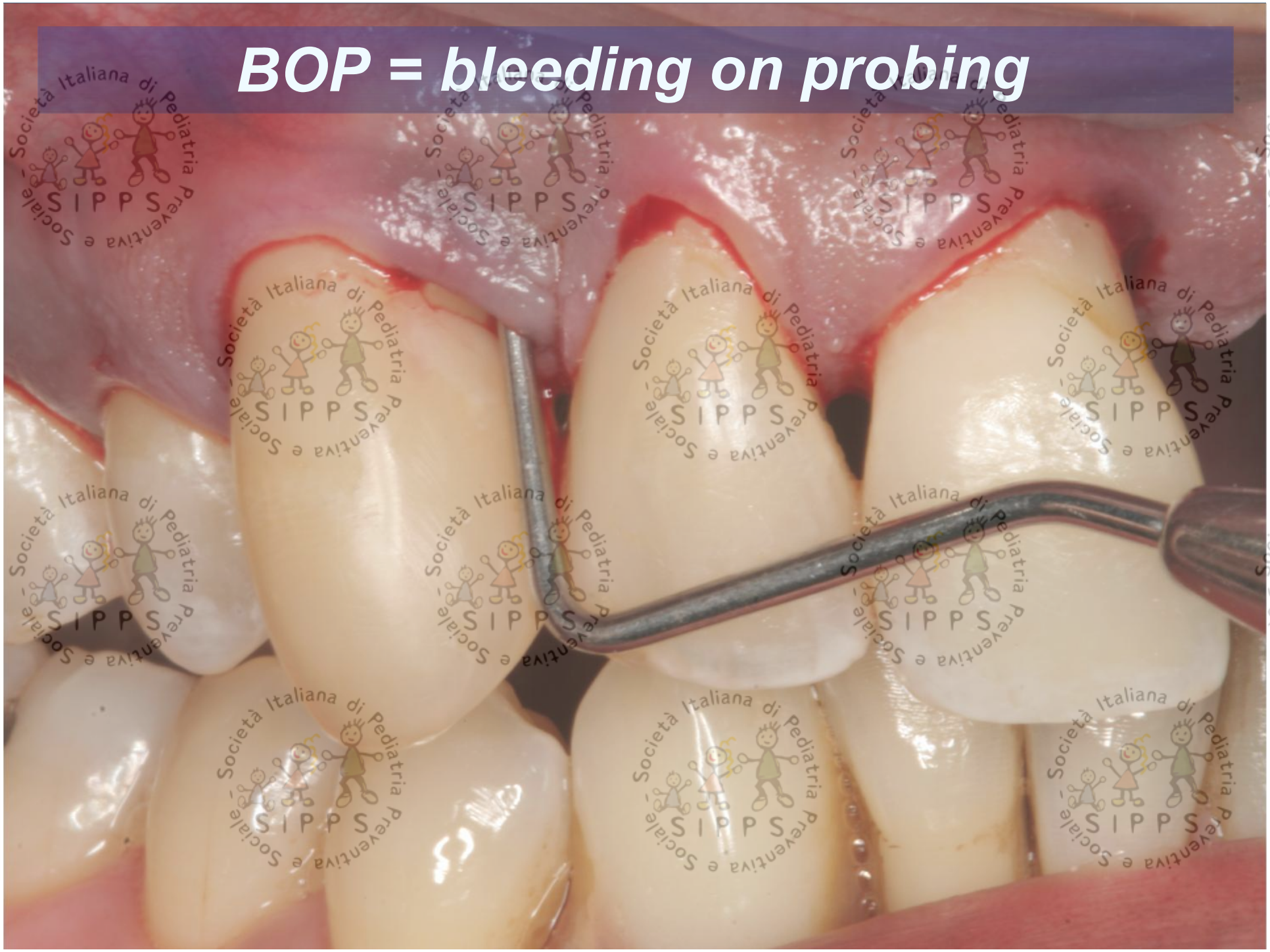
host-parasite interactions in diseased gingival sulcus

Abati S, 1984-2004

plaque-induced gingivitis



BOP = bleeding on probing



BOP = bleeding on probing

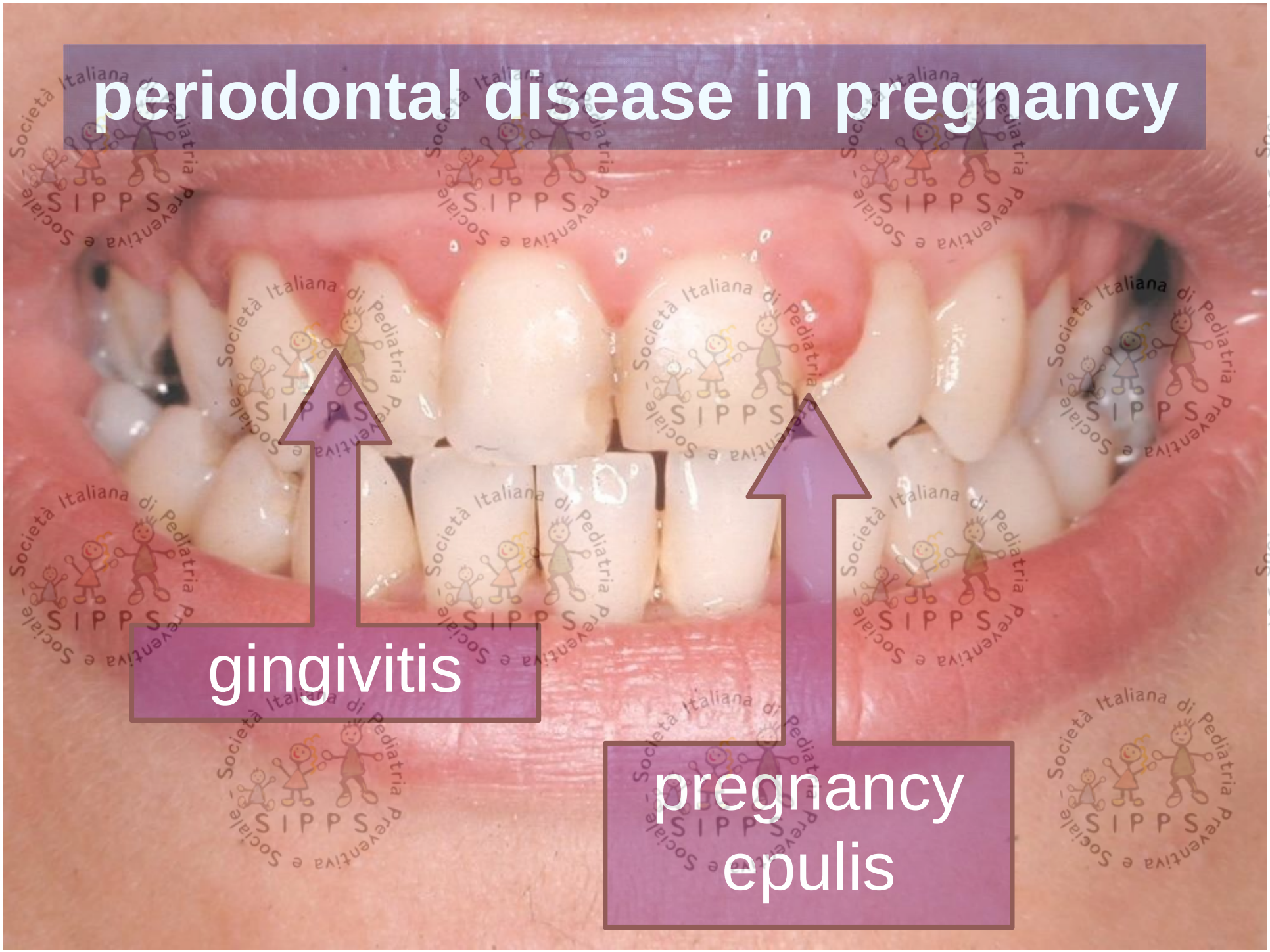
- this bleeding is not normal and signals ulceration between the tooth and gum
- in full-blown periodontal disease, the infected area around all 32 teeth becomes a huge ulcerated area, about *the size of the palm of your hand*
- these infected areas no longer have the natural mucosal barrier between the bacteria in dental plaque and the bloodstream
- bacteria and their product could enter the blood and travel to distant sites of our body

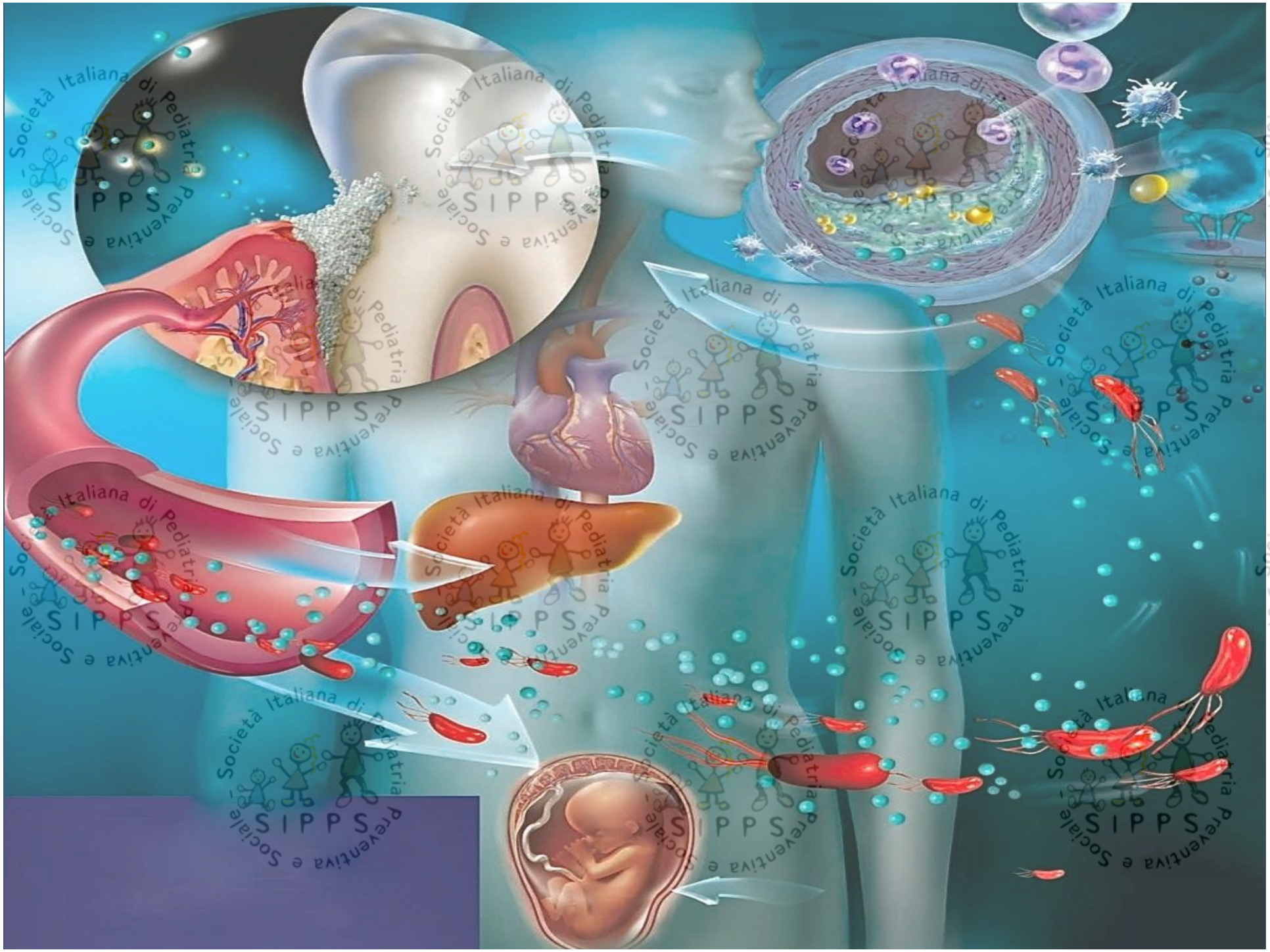
- during pregnancy hormonal and immunologic factors could lead to the onset or aggravation of periodontal diseases

- the disease of gingiva are common in second and third trimester
- they develop after the 4th wk and rise to maximum after 32 wk

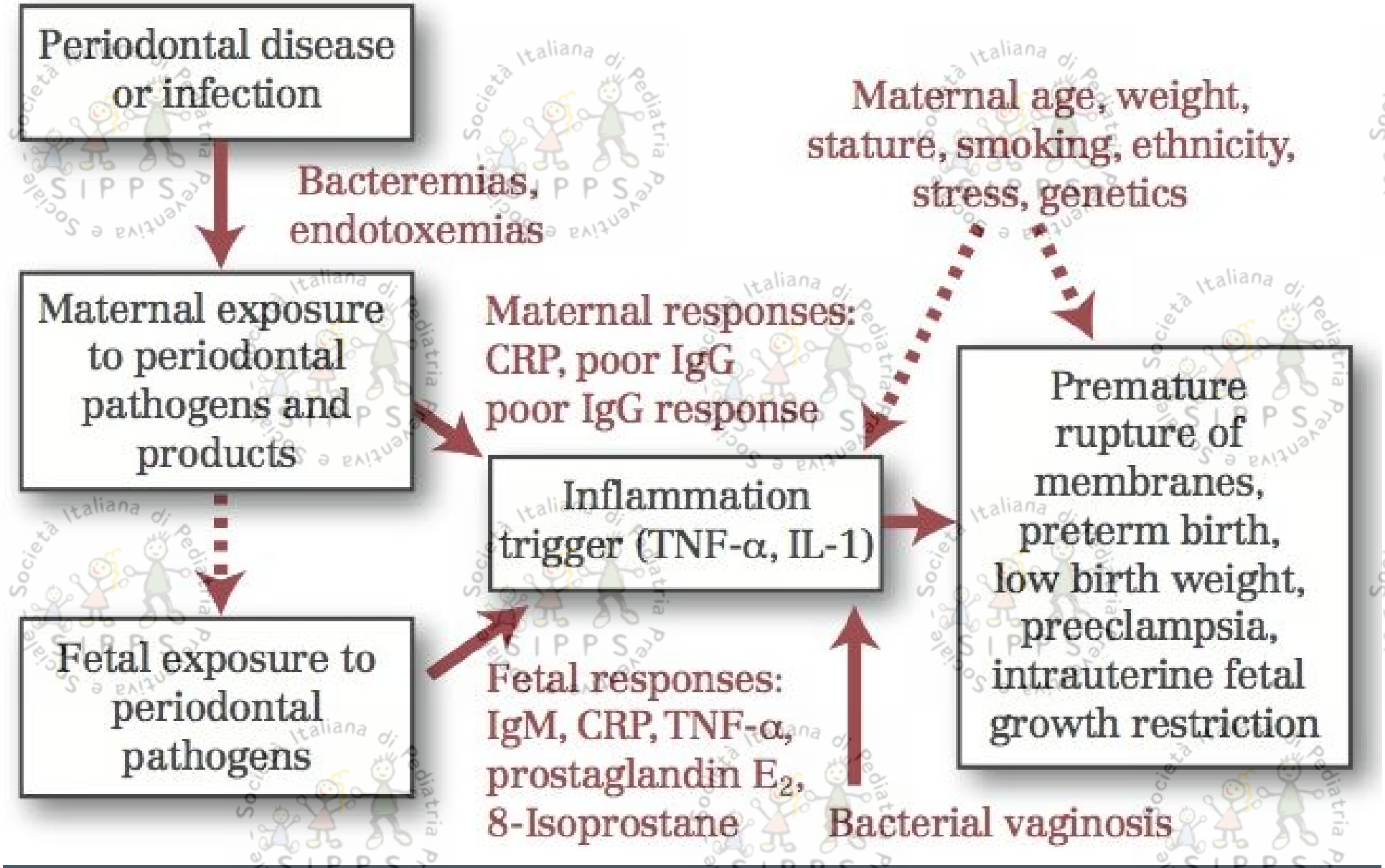
Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale SIPPS

periodontal disease in pregnancy





- since 30 years the relationship between oral infection and systemic inflammation has raised increasing attention in the scientific community
- in OB/GYN field growing evidence supports the concept that gum infection may play a role in pregnancy complications, possibly inducing miscarriage and premature birth as well as inhibiting the growth and development of the unborn child
- oral infection might be added to the list of many causes and possible risk factors for problems that can arise during pregnancy



Cetin I et al. Pathogenic mechanisms linking periodontal diseases with adverse pregnancy outcomes. *Reprod Sci. 2012 Jun;19(6):633-41*

4. la presenza e l'aggravamento delle malattie gengivali nella gestante può contribuire agli esiti avversi della gravidanza quali aborto, parto pretermine, ritardo di accrescimento intrauterino, preeclampsia ?

Prove scientifiche emergenti mostrano l'associazione tra infezione parodontale ed esiti negativi della gravidanza, *come il parto pretermine e il basso peso alla nascita (I-A).*

5. la presenza di malattie dentali nella gestante può aumentare il rischio di carie dentale del bambino***?***

Quanto più è elevata la presenza di carie dentale attiva e di batteri cariogeni nel biofilm orale materno, tanto maggiore è il rischio di trasmissione verticale e la conseguente colonizzazione delle superfici orali del bambino; *esistono correlazioni anche con il livello di igiene orale globale della madre, la presenza di parodontite, la frequenza dei pasti glucidici e lo stato socio-economico (I-A).*

6. la prevenzione orale e le cure dento-parodontali prima e/o durante la gravidanza sono in grado di diminuire il rischio di eventi avversi della gravidanza e il rischio di malattie dentali nel nascitu***ro ?***

Non appare certo che la terapia parodontale nella gestante riduca l'incidenza di esiti avversi della gravidanza (I-A). ***La riduzione della flora batterica orale cariogena nella gestante previene l'insorgenza di carie dentale del bambino nascituro (I-A)****. Il controllo delle malattie orali può, quindi, migliorare significativamente la qualità di vita della gestante e ha il potenziale di ridurre la trasmissione dei batteri orali da madre a figlio* (II-B).

8. la supplementazione con fluoro e/o con altri micronutrienti (vitamina D) durante la gravidanza è indicata e utile per la prevenzione della carie dentale e di patologie malformative del cavo orale del ***bambino?***

Nelle donne che programmano una gravidanza o che non ne escludono attivamente la possibilità, si raccomanda la promozione di una alimentazione ricca di frutta e verdura e l'assunzione di acido folico 400 mcg al giorno. *E' importante che la supplementazione inizi almeno un mese prima del concepimento e continui per tutto il primo trimestre di gravidanza.* ***Non è indicata la fluoroprofilassi*** *né la supplementazione con altre vitamine in base ai dati attualmente disponibili (I-A).*

S.Offenbacher in Scientific American special issue, 2006

WHAT EVERY WOMAN NEEDS TO KNOW

Tutti i sanitari dovrebbero consigliare alle donne in gravidanza che:

- le cure dei denti sono sicure ed efficaci
- durante il primo trimestre è utile recarsi dall'odontoiatra …
- in caso di sanguinamento gengivale, dolore dentale, presenza di cavità nei denti, denti mobili, gonfiore …
- il periodo di tempo tra la 14a e la 20a settimana è ideale per provvedere alle cure dentali;
- le terapie orali elettive possono, invece, essere rimandate dopo il parto;
- il ritardo nel provvedere alle cure necessarie per condizioni patologiche esistenti può comportare un rischio significativo per la madre e il feto.

Arch Gynecol Obstet © Springer-Verlag 2011
DOI 10.1007/s00404-011-1916-8

Self-reported oral hygiene habits and periodontal symptoms among postpartum women

Alessandro Villa · Silvio Abati · Laura Strohmenger · Irene Cetin

Table 2 Logistic regression model of the association between periodontal disease and periodontal symptoms

	Total ($N = 409$) n (%)	Periodontal disease[a]		Odds ratio (95% CI)
		No ($N = 158$)	Yes ($N = 251$)	
Halitosis				
No	251 (61.4)	104 (41.4)	147 (58.6)	1.0
Yes	158 (38.6)	54 (34.2)	104 (65.8)	1.4 (0.9–2.1)
Gum bleeding				
No	119 (29.1)	49 (41.2)	70 (58.8)	1.0
Yes	290 (70.9)	109 (37.6)	181 (62.4)	1.2 (0.8–1.8)
Gum swelling				
No	331 (80.9)	135 (40.8)	196 (59.2)	1.0
Yes	78 (19.1)	23 (29.5)	55 (70.5)	1.7 (0.9–2.8)
Tooth mobility				
No	370 (90.5)	147 (39.7)	223 (60.3)	1.0
Yes	39 (9.5)	11 (28.2)	28 (71.8)	1.7 (0.8–3.5)

[a] Periodontal disease was defined as having at least 3 or more sites ≥4 mm CAL

RACCOMANDAZIONI DI BUONA PRATICA CLINICA per la promozione della salute orale nel PERIODO PERINATALE

•PRODOTTI, FARMACI e PROCEDURE ODONTOIATRICHE DURANTE LA GRAVIDANZA*

INDICAZIONI per epoca gestazionale	RADIOGRAFIE	ANALGESICI (con categoria FDA*)	ANESTETICI LOCALI (con categoria FDA*)	RIMOZIONE AMALGAMA	SEDAZIONE con N2O2	ANTIBIOTICI (con categoria FDA*)
	Le **radiografie endorali** diagnostiche sono eseguibili in gravidanza, se utili per la diagnosi di una patologia dentale o periodontale. *Impiegare la tecnica del cono lungo con opportuni centratori, collari protettivi per il collo (tiroide) e protezioni per l'addome*	**Paracetamolo** (B) **Paracetamolo + Codeina** (C) **Codeina** (C) **Meperidina** (B) **Morfina** (B) *Nel secondo trimestre e per un periodo non superiore alle 72 ore:* *- **Ibuprofene** (B)* *- **Naprossene** (B)*	**Lidocaina** con epinefrina (2%) (B), è considerata sicura in gravidanza **Mepivacaina** (3%) (C), utilizzare solo se benefici superiori a possibile rischio fetale **Articaina** (3%) (C) utilizzare solo se benefici superiori a possibile rischio fetale	Non vi sono prove di danni fetali provocati dal **mercurio** rilasciato dalle otturazioni in amalgama *Usare diga di gomma e aspirazione ad alta velocità per ridurre l'inalazione di vapori di mercurio durante la rimozione*	**Protossido di azoto** in percentuale personale ("base line" individuale) può essere utilizzato quando gli anestetici topici o locali sono inadeguati. *Le donne gravide richiedono minori concentrazioni di N2O2 per la sedazione*	**Amoxicillina** (B) **Cefalosporine** (B) **Clindamicina** (B) **Eritromicina** (no estolato) (B) **Chinolonici** (C) **Claritromicina** (C) *Come profilassi in caso di chirurgia orale: valgono i medesimi criteri utili per tutti i soggetti a rischio per batteriemia.*

RACCOMANDAZIONI DI BUONA PRATICA CLINICA per la promozione della salute orale nel PERIODO PERINATALE

- pulire le gengive del bambino anche prima dell'eruzione dei denti, dopo la poppata, con una garza morbida o uno spazzolino a setole molto morbide; quando spunteranno i primi denti, pulire con uno spazzolino molto morbido;
- evitare di mettere a letto il bambino con il succhiotto o un biberon contenente bevande differenti dall'acqua;
- limitare i cibi contenenti zuccheri solo durante i pasti;
- evitare comportamenti con scambio di saliva, ad esempio la condivisione del cucchiaio della pappa o del succhiotto, o la pulizia del succhiotto con la propria saliva, lo scambio di saliva durante i giochi.

Breastfeeding: 6 Things Nursing Moms Should Know About Dental Health

Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale - SIPPS

Woman breastfeeding infant

Breastfeeding is one of the first (and most personal) decisions a mother makes for her baby. It can help your baby's body ***fight infections*** and ***reduce health risks*** like asthma, ear infections, SIDS and obesity in children. Nursing moms ***may lower their chances of developing breast and ovarian cancer***. But did you know ***breastfeeding can impact the dental health of both baby and mom***? Here's how:

- ***Breastfeeding May Help Build a Better Bite***
- ***You Don't Have to Wean When Your Baby Gets Teeth***
- ***Breastfeeding Reduces the Risk for Baby Bottle Tooth Decay***
- ***Breastfed Babies Can Still Get Cavities***
- ***Need Dental Work Done? Double Check Your Medications***
- ***Take Care of Your Mouth***
- ***Stay hydrated, especially if breastfeeding***

gruppo tecnico "salute orale in età evolutiva"

strohmenger, cagetti, campus, comaita, corsello, de giglio, majorana, marzo, mastroberardino, mele, montagna, picca, polimeni

PREVENZIONE DELLA CARIE

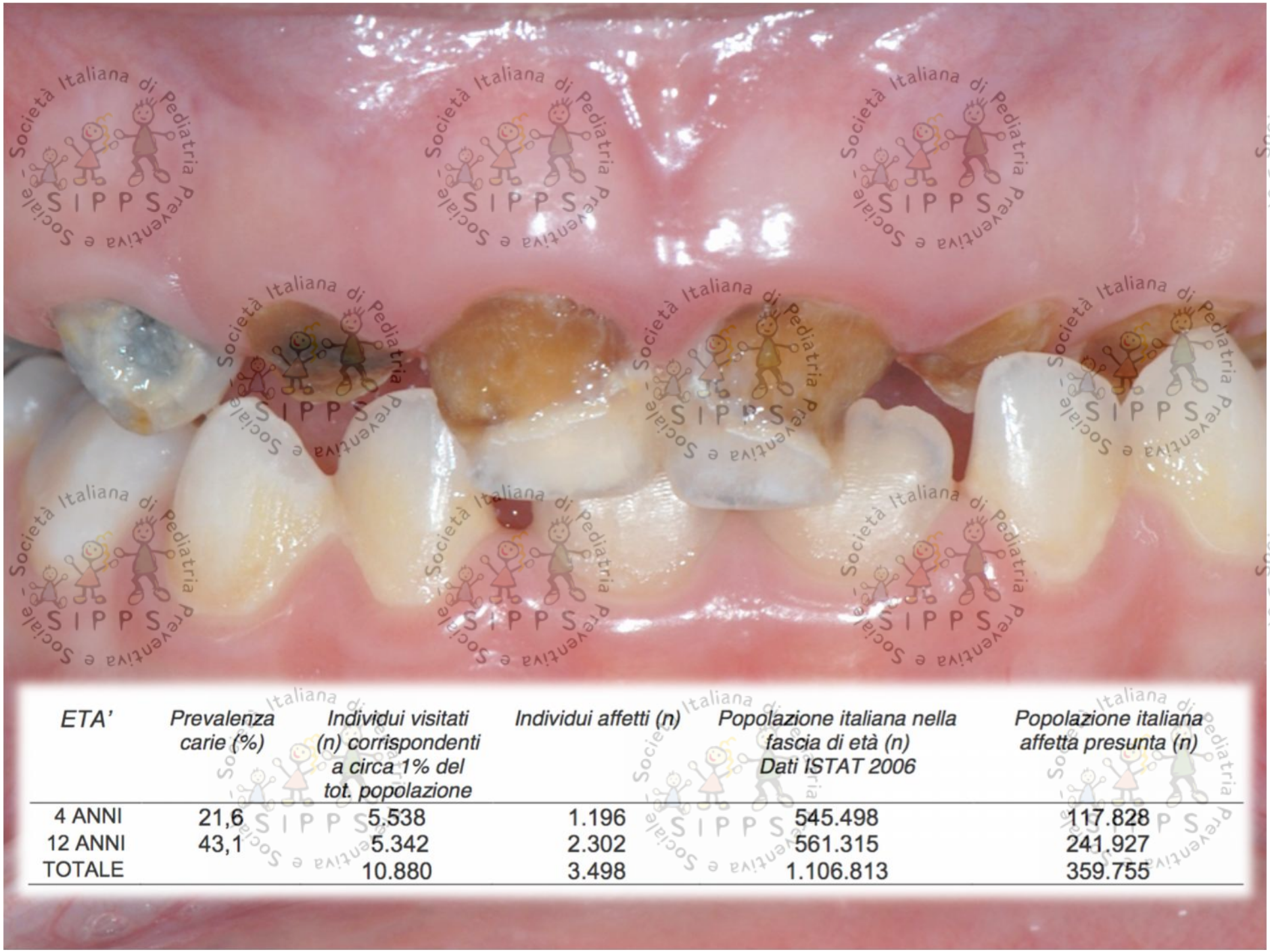
1. E' ancora possibile ridurre la prevalenza della carie nei bambini italiani?
2. E' possibile ridurre il rischio di carie e con quali interventi?
3. L'alimentazione ricca di carboidrati fermentabili un fattore di rischio per la carie?
4. Il fluoro utile nella prevenzione della carie?
5. Le sigillature dei solchi e delle fossette prevengono la carie?

PREVENZIONE DELLA GENGIVITE

1. Quali indicazioni possono essere fornite per prevenire la gengivite?

PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE DELLE MUCOSE

1. Ci sono segni clinici a carico delle mucose orali che possono far sospettare una patologia sistemica?
2. Lesioni ulcerative traumatiche a carico dei tessuti molli orali nella prima infanzia possono far sospettare deficit neurologici e/o di sviluppo?
3. Neoformazioni a carico dei tessuti molli orali possono avere eziologia virale a trasmissione materna?



ETA'	Prevalenza carie (%)	Individui visitati (n) corrispondenti a circa 1% del tot. popolazione	Individui affetti (n)	Popolazione italiana nella fascia di età (n) Dati ISTAT 2006	Popolazione italiana affetta presunta (n)
4 ANNI	21,6	5.538	1.196	545.498	117.828
12 ANNI	43,1	5.342	2.302	561.315	241.927
TOTALE		10.880	3.498	1.106.813	359.755

Raccomandazione 1

- Il rischio individuale di sviluppare lesioni cariose deve essere valutato attraverso l’esperienza di carie, le abitudini alimentari e di igiene orale, la fluoroprofilassi e lo stato di salute generale di ciascun individuo, oltre che attraverso lo stato socio-economico della famiglia. (A – I)

valutazione del rischio in età tra 6 mesi e 5 anni

Fattori	*Alto rischio*	*Rischio moderato*	*Basso rischio*
Biologici			
Cattive condizioni orali materne	Si		
Basso stato socio-economico	Si		
Assunzione > 4/die fuori pasto di cibi o bevande dolci	Si		
Uso notturno del biberon con bevande dolci o latte	Si		
Disabilità psichica o fisica		Si	
Protettivi			
Corretta esposizione a composti fluorati			Si
Buona igiene orale			Si
Clinici			
Presenza di *white spot* o difetti dello smalto	Si		
Presenza di almeno una lesione cariosa	Si		
Presenza di depositi di placca batterica		Si	

valutazione del rischio in età tra 6 mesi e 5 anni

Fattori	Alto rischio	Rischio moderato	Basso rischio
Biologici			
Basso stato socio-economico	Si		
Assunzione >4/die, fuori pasto, di cibi o bevande dolci	Si		
Disabilità psichica o fisica		Si	
Protettivi			
Corretta esposizione a composti fluorati			Si
Buona igiene orale			Si
Clinici			
Presenza di *white spot* o difetti dello smalto	Si		
Presenza di almeno una lesione cariosa interprossimale	Si		
Presenza di flusso salivare ridotto	Si		
Presenza di restauri incongrui		Si	
Presenza di apparecchiature ortodontiche		Si	

Raccomandazione 2

La prevenzione della carie attraverso l'utilizzo del fluoro è necessaria per tutti gli individui. (A – I)

- l'effetto preventivo post-eruttivo del fluoro, ottenuto attraverso la via di somministrazione topica, è considerato più efficace rispetto a quello pre-eruttivo, ottenuto attraverso la via di somministrazione sistemica
- WHO sottolinea che, qualunque sia la fonte di

minore 6 anni d'età

Rischio	Visite	Interventi preventivi		Interventi terapeutici
		Fluoro	Dieta	
Basso	Visite di controllo ogni 12 mesi Baseline MS	Spazzolamento dei denti almeno due volte al giorno con dentifricio fluorato (pea-size)	Consigli alimentari	Sorveglianza periodica
Moderato	Visite di controllo ogni 6 mesi Baseline MS	Spazzolamento dei denti almeno due volte al giorno con dentifricio fluorato (pea-size) senza risciacquo Applicazione topica di fluoro ogni 6 mesi	Consigli alimentari	Sorveglianza periodica Terapia delle lesioni cavitarie
Alto	Visite di controllo ogni 3 mesi Baseline MS e follow-up	Spazzolamento dei denti almeno due volte al giorno con dentifricio fluorato (pea-size) senza risciacquo Applicazione topica di fluoro ogni 3 mesi	Consigli alimentari	Sorveglianza periodica Terapia delle lesioni cavitarie

maggiore o uguale a 6 anni d'età

Rischio	Visite	Interventi preventivi			Interventi terapeutici
		Fluoro	Dieta	Sigillature	
Basso	Visite di controllo ogni 12 mesi	Spazzolamento dei denti dopo i tre pasti principali con dentifricio fluorato	No	Si*	Sorveglianza periodica
Moderato	Visite di controllo ogni 6 mesi Rx, dopo valutazione dell'odontoiatra	Spazzolamento dei denti dopo i tre pasti principali con dentifricio fluorato senza risciacquo Applicazione topica di fluoro ogni 6 mesi	Consigli alimentari	Si	Sorveglianza periodica Terapia delle lesioni cavitarie
Alto	Visite di controllo ogni 3 mesi Rx ogni 12-24 mese	Spazzolamento dei denti dopo i tre pasti principali con dentifricio fluorato senza risciacquo Applicazione topica di fluoro ogni 3 mesi	Consigli alimentari	Si	Sorveglianza periodica Terapia delle lesioni cavitarie

lesioni traumatiche mucosa orale
malattia di Riga-Fede (B-I)

key messages

1. leggete le linee guida
2. indirizzate la madre e il bimbo ai servizi sanitari pubblici

PRESTAZIONI EROGABILI	SOGGETTI AVENTI DIRITTO	CONDIZIONI APPROPRIATEZZA	MODALITA' ACCESSO
VISITA odontoiatrica prima visita e controllo	SOGGETTI INDIVIDUATI dalla normativa regionale**	non definiti	ACCESSO DIRETTO PRESCRIZIONE MMG/ PLS/SPECIALISTA
prestazioni correlate	donne in gravidanza residenti in Regione Lombardia	patologie dento-parodontali della gravidanza	prescrizione MMG/ SPECIALISTA

thank you for your kind attention !!!

silvio.abati@unimi.it s.abati@unisr.it