

OSTEONECROSI DELLE OSSA MASCELLARI IN CORSI DI BIFOSFONATI: PREVENZIONE E TERAPIA.

Dott. Giuseppe Latorre

Faenza, 07.06.2018

Il tessuto osseo viene classificato in corticale e trabecolare. I bifosfonati si depositano nelle zone ossee a più alto turnover. La distribuzione risulta dipendente da dosaggio, via di somministrazione e caratteristiche ossee.



Aspetti clinici e diagnostici

- Esposizione nel cavo orale di porzioni più o meno estese di corticale mascellare o mandibolare (il tessuto esposto è necrotico, grigiastro, avascolare, di consistenza dura e gessosa)
 - Comparsa di fistole e tumefazioni ed esordio sintomatologia algica
 - Alitosi, ampie esposizioni ossee, fistole mucose e cutanee, sequestri spontanei e suppurazioni, dolore costante, spontaneo
- 

- Fattori di comorbidità
- Età
- Sesso
- Sede anatomica
- Interventi odontoiatrici invasivi
- Cattive condizioni di igiene orale
- Fumo
- Terapie mediche

Il riconoscimento precoce dell'ONJ è decisivo per il successo delle terapie da utilizzare

Gestione clinica delle lesioni
 Classificazione delle lesioni ONJ : dimensione /sintomatologia

Stadio	Dimensione	Sintomatologia	Trattamento
0	Lesione subclinica	-----	Prevenzione
I	< 1 cm	Assente Dolore	Topico/antibiotici Chirurgico conservativo
II	> 1 cm / < 5 cm	Assente Dolore- alitosi	Topico / antibiotico Chirurgico conservativo
III	> 5 cm / multifocale	Dolore – Alitosi	Chirurgico resettivo

Terapia

- Le peculiari caratteristiche fisiopatologiche delle ONJ non permettono di affrontare le lesioni in maniera univoca né di dare speranze assolute di successo terapeutico.
- La terapia chirurgica non riesce a rimuovere tutto il tessuto necrotico, inoltre l'atto chirurgico rappresenta un stimolo alla necrosi: tutti gli atti chirurgici sono fonte di trauma termico e meccanico per il tessuto osseo restante e potenzialmente causa di necrosi successive.

Prevenzione

- Nonostante siano stati fatti consistenti progressi nella terapia dell'ONJ, rimane indubbia la necessità di grande attenzione da parte dell'odontoiatra verso tutti i pazienti che devono essere sottoposti a terapie con BF: la prevenzione e l'intercettazione delle lesioni in fase precoce rappresentano la migliore gestione del problema.

Trattamento topico conservativo

- Riservato al gruppo delle lesioni riconosciute in fase precoce, con sintomi blandi e scarse manifestazioni cliniche caratterizzate da algia discontinua locale, presenza di fistole mucose e tasche piogene. Il trattamento elettivo consiste nel lavaggio con metronidazolo al 5% eseguito dall'odontoiatra e dal paziente mediante automedicazione che viene insegnata direttamente dall'odontoiatra.
- L'automedicazione contribuisce a svolgere un'azione meccanica di rimozione dei detriti necrotici all'interno della lesione e fornisce al paziente una motivazione forte nella gestione della patologia.

Risultati attesi :

- Rallentamento dell'invasività ONJ e miglioramento sintomatologia
- Per lesioni <1 cm, remissione completa della ONJ
- Prognosi di oltre 3 mesi, indicazione chirurgica (piezochirurgia , laser)





Trattamento chirurgico conservativo

- Riservato al gruppo di lesioni caratterizzati da esposizione ossea, dolore, suppurazione, tumefazione, fistole mucose o cutanee, alitosi.
- Qualora i sintomi dolorosi assumano una connotazione invalidante e le dimensioni delle lesioni diventino stabili (<5 cm), la terapia di elezione è la chirurgia conservativa.
- La complicanza più frequente della Ch. Conservativa risulta l'alta incidenza della recidiva clinica di ONJ a 12 mesi.



Trattamento chirurgico resettivo

- Riservato al gruppo di lesioni estremamente estese (>5 cm) o molto profonde coinvolgenti distretti diversi da quello orale (seno mascellare, cavità nasali) , solitamente riconosciute in fase tardiva o ingravescenti a seguito dell'impossibilità di trattamento per le condizioni cliniche del paziente. L' aggravamento è caratterizzato dall' estensione dell'esposizione delle corticali, dalla comparsa di nuove lesioni, dallo sconfinamento delle stesse verso piani ossei profondi.
- +Complicanze ricorrenti :
- Aumento della sintomatologia algica
 - Comunicazioni bucco-sinusali o bucco- nasali
 - Parestesie del nervo alveolare inferiore
 - Sequestri frequenti e spontanei di porzioni ossee con suppurazione delle ferite ed alitosi
 - Difficoltà elevata di nutrizione
 - I pazienti con estese osteonecrosi si presentano in gravi condizioni generali , sintomo di una mancata competenza immunitaria che è causa predisponente alla maggiore estensione ed approfondimento .
 - La terapia chirurgica resettiva è estremamente invalidante e non è scevra da recidive.



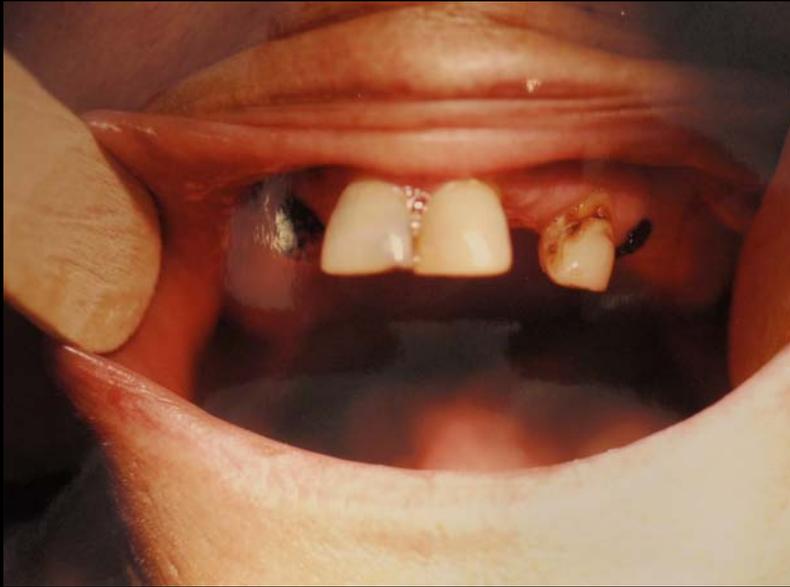


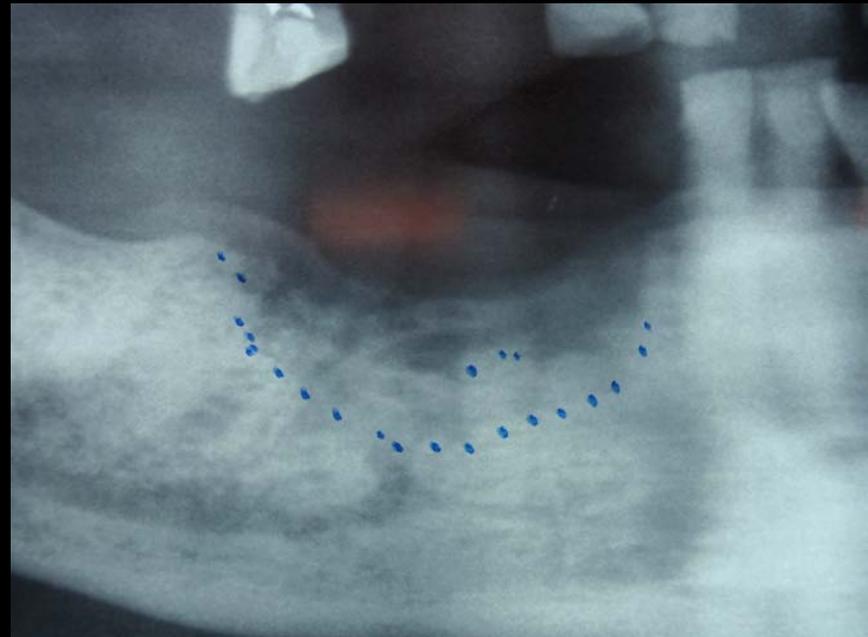
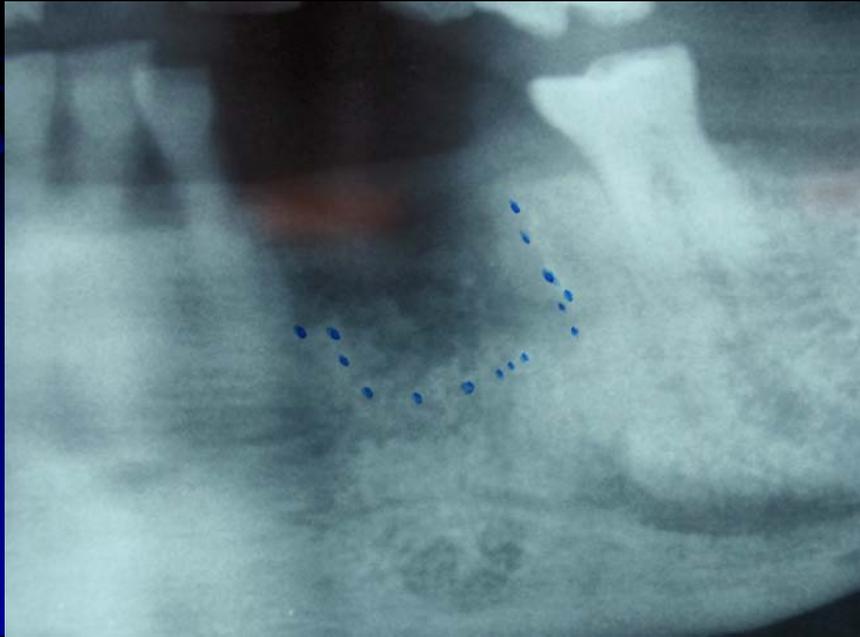
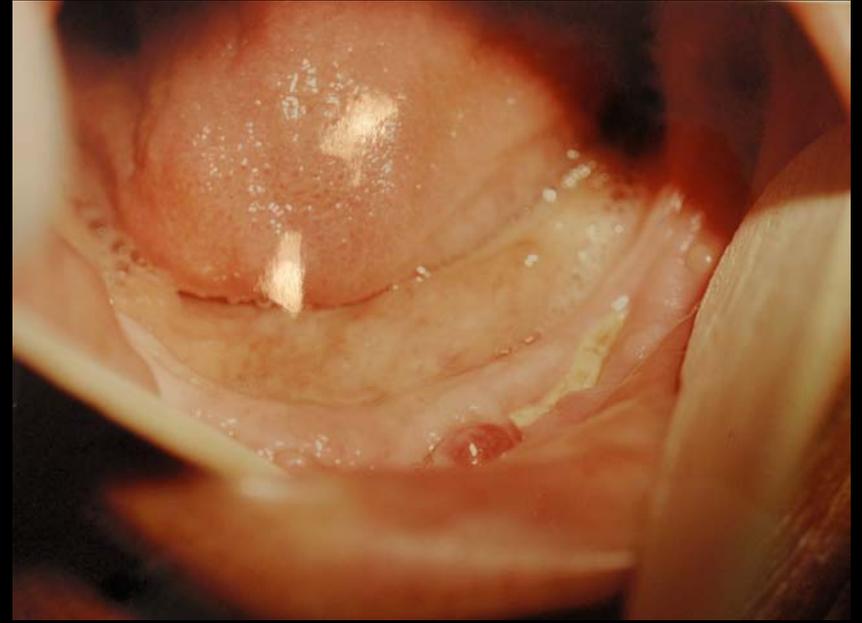
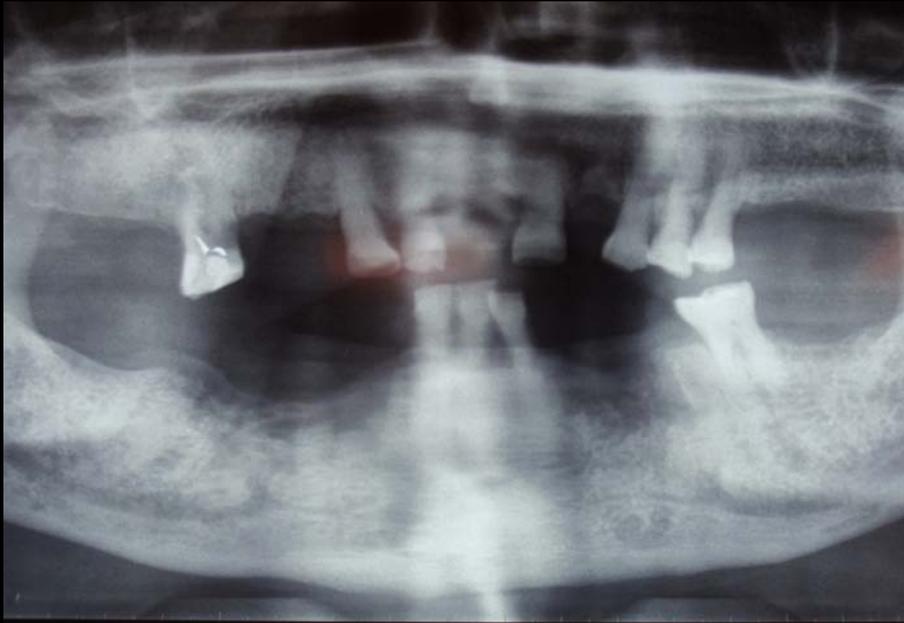
Trattamenti odontoiatrici nei pazienti in terapia con BF

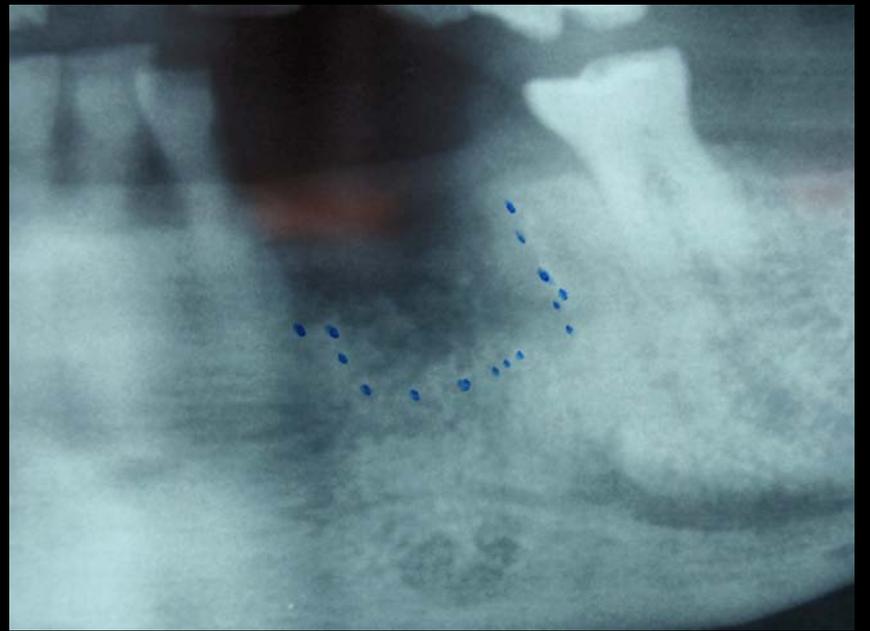
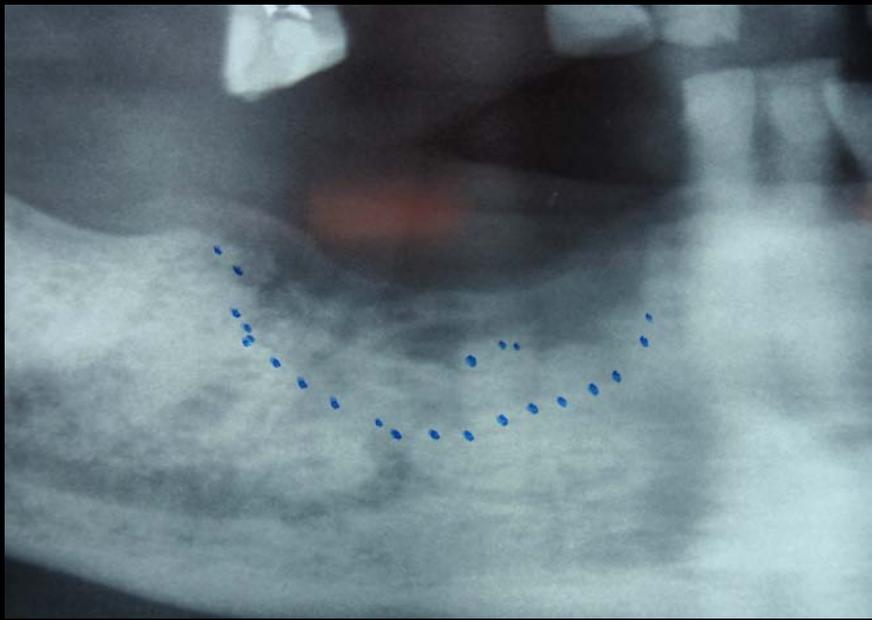
- La bibliografia non ha definito linee guida per definire un piano di cura razionale né evidenza definita sull'eventuale sospensione (data anche l'emivita >10 anni)
- Obiettivo primario è la prevenzione: bonifiche ed educazione prima del trattamento BF
- L'eziologia dell'ONJ definisce l'evento traumatico sul tessuto osseo quale elemento patogeno primario in corso di BF
- Le terapie odontoiatriche eseguibili non devono coinvolgere i tessuti profondi
- La terapia di elezione è conservativa, rivolta alla risoluzione delle urgenze e caratterizzata dalla minima invasività

Nel caso di recidive ascessuali l'indicazione è chirurgica (estrazioni, parodontologia) si segue la "buona norma" di seguire procedure atte a ridurre il trauma osseo e ad aumentare la velocità di guarigione delle ferite:

- Terapia antibiotica (amoxicillina +acido clavulanico per os , 1gr ogni 8 ore) 2 gg prima e 10 gg post estrazione
- Manovre e uso di strumenti minimamente invasivi (p. es leve vs pinze)
- Lembo mucoso atto alla risoluzione per prima intenzione
- Utilizzo precipitati piastrinici o gel di fibrina









grazie

per l'attenzione

