



Prevenzione e gestione delle emergenze nello studio odontoiatrico

Sabato 13 aprile 2013 – ore 8.15-13.45
Aula Magna – IRCCS Istituto Ortopedico Galzazzi
Via Riccardo Galzazzi 4 – Milano

Evento n. 1834 – 58076
crediti n. 5

Prevenzione e gestione delle emergenze nello studio odontoiatrico

Sabato 13 aprile 2013 – ore 8.15-13.45
Aula Magna – IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi
Via Riccardo Galeazzi 4 – Milano

Coordinatore

Dott. Claudio Gatti

Consigliere Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano
Referente Odontoiatri Commissione Aggiornamento Professionale e Formazione

Programma

- 8.15-8.30 *Registrazione Partecipanti*
- 8.30-8.45 Saluto del Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli
Odontoiatri di Milano e del Presidente dell'Albo Odontoiatri
- 8.45-9.00 *Dott. Claudio Gatti*
Introduzione
- 9.00-10.30 *Dott. Gianmaria Paolillo*
Anestesista-Rianimatore Libero professionista
Le emergenze mediche
- 10.30-11.00 *Intervallo*
- 11.00-12.00 *Prof. Luca Francetti*
Professore associato di Malattie Odontostomatologiche
Direttore Centro di Ricerca in Implantologia Orale
Università degli Studi di Milano
IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi – Milano
- Dott. Silvio Taschieri*
Clinica Odontostomatologica – IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi –
Milano
Le emergenze chirurgiche

12.00-12.45 Prof. Federico Biglioli

Direttore Scuola di Specializzazione e U.O. di Chirurgia Maxillo-Facciale
A.O. San Paolo – Università degli Studi di Milano
Il trattamento delle lesioni neurologiche in odontostomatologia

12.45-13.15 Discussione

13.15-13.45 Compilazione schede di valutazione e di verifica

Le emergenze mediche

Dott. Gianmaria Paolillo

Anestesista-Rianimatore Libero professionista

La gestione di un'emergenza nello studio odontoiatrico pone il sanitario nella necessità di affrontare con rapidità e decisione situazioni che, per la loro rarità e relativa imprevedibilità, richiedono una solida preparazione di base alle manovre di assistenza delle funzioni vitali e la disponibilità immediata di quel minimo di attrezzatura indispensabile per un primo, ma importantissimo, soccorso.

E' quindi estremamente importante che tutto il personale dello studio sia già allenato alle modalità di intervento in caso di emergenza e che l'attrezzatura necessaria sia sempre immediatamente disponibile e mantenuta in perfetta efficienza. Se è vero che l'incidenza delle emergenze in uno studio odontoiatrico è relativamente bassa, è certamente vero che tale incidenza è destinata ad aumentare a causa della richiesta di cure di elevata qualità anche da parte di pazienti sempre più anziani e quindi con un'incidenza più elevata di comorbidità.

Nella relazione viene sottolineata l'estrema importanza della prevenzione del verificarsi di queste situazioni, mediante l'individuazione accurata dei pazienti più a rischio, con un'attenta valutazione preoperatoria. Se ritenuto utile è decisamente auspicabile un contatto con il medico curante per una più precisa quantizzazione del rischio, una ottimizzazione della terapia e l'eventuale sospensione di alcuni farmaci oppure l'eventuale modifica della somministrazione di altri. Tutto questo è necessario anche per una valutazione del rapporto rischio:benefici, permettendo al paziente di esprimere un corretto consenso informato sul programma di cure propostogli.

Nella relazione è indicato inoltre di cosa è assolutamente necessario si doti uno studio odontoiatrico per affrontare in maniera efficace situazioni in cui sia necessario assistere le funzioni vitali, sottolineando la necessità del mantenimento dell'efficienza delle attrezzature, del coinvolgimento di tutto il personale e della immediata disponibilità del necessario.

Vengono poi passate in rassegna le emergenze mediche più comuni, sia quelle legate ad una patologia preesistente che quelle dovute ai farmaci o alle manovre effettuate nello studio odontoiatrico.

Vengono illustrati molto brevemente i motivi fisiopatologici che spiegano quali sono le alterazioni nervose, ormonali, cardiovascolari e respiratorie che possono determinare lo scompensarsi, in maniera acuta e potenzialmente pericolosa, in occasione di un intervento, anche nel caso sia ritenuto dal curante modesto, di una patologia cronica di per sé sostanzialmente stabile.

Da ultimo viene sottolineata l'importanza della conoscenza delle manovre di Basic Life Support, ribadendo il fatto che i primi interventi rianimatori devono assolutamente essere effettuati da chi è presente sul luogo dell'emergenza, e che la loro efficacia è determinante per il successo o meno del successivo intervento più specialistico (Advanced Life Support).

Le emergenze chirurgiche

Prof. Luca Francetti

Professore associato di Malattie Odontostomatologiche
Direttore Centro di Ricerca in Implantologia Orale
Università degli Studi di Milano
IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi - Milano

Dott. Silvio Taschieri

Clinica Odontostomatologica - IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi - Milano

Seguendo le raccomandazioni per la condotta clinica e per l'aggiornamento del personale sanitario odontoiatrico secondo normativa europea, il Coordinamento dei Docenti di Anestesia in Odontostomatologia (CDAO) sottolinea che la prima responsabilità del dentista consiste nel garantire l'interesse e la salute del paziente, agendo sempre a tal fine: "primum non nocere".

Fondamentale allo scopo è che il dentista sia in grado di prevenire, diagnosticare e trattare eventuali urgenze ed Emergenze Mediche (EM) che si possono presentare nella pratica odontoiatrica. Per chiarezza ricordiamo che si definisce "urgenza" una condizione patologica che richiede un trattamento entro 24 ore e che per "emergenza" si intende una condizione patologica che richiede un trattamento entro 1 ora.

La relazione si incentrerà sulle zone anatomiche di interesse chirurgico in ambito orale. I diversi distretti anatomici, in particolare quelli vascolari e neurologici, saranno mostrati in modo da poterne comprendere i vari decorsi. Alcune delle principali tecniche di chirurgia orale verranno spiegate in maniera da mettere in evidenza le strutture anatomiche a rischio e le metodiche che consentono di rendere le procedure chirurgiche più sicure.

Contestualmente verranno esposti i principi basilari di gestione dei diversi distretti anatomici danneggiati.

Il trattamento delle lesioni neurologiche in odontostomatologia

Prof. Federico Biglioli

Direttore Scuola di Specializzazione e U.O. di Chirurgia Maxillo-Facciale A.O. San Paolo
Università degli Studi di Milano

Le lesioni nervose che possono verificarsi in corso di chirurgia orale sono sostanzialmente a carico delle ramificazioni della seconda e terza branca trigeminale.

I nervi più facilmente coinvolti sono infatti l'alveolare inferiore, il linguale, il palatino, il nasopalatino e l'infraorbitario.

Gli interventi di chirurgia orale che maggiormente pongono a rischio queste strutture sono l'avulsione dell'ottavo inferiore, l'enucleazione di cisti odontogene e non, il posizionamento di impianti dentali e la chirurgia periimplantare. Le lesioni nervose possono essere classificate secondo Seddon seguendo un criterio di danno progressivamente più grave come neuraprassia (prognosi buona, recupero in 1-2 mesi), assonotmesi (recupero parziale in 3-6 mesi) e neurotmesi (recupero spontaneo nullo). Eseguita una diagnosi clinica di anestesia della regione in esame ed effettuato un esame strumentale tramite il test di soppressione esteroceettiva, può essere indicato intervenire chirurgicamente tramite la decompressione del nervo lesionato, l'anastomosi diretta dei monconi nervosi sezionati, la loro ricostruzione tramite innesto nervoso di interposizione. La ripresa funzionale di un nervo sensitivo ricostruito è in genere attorno al 50-80%.

Nel caso la sintomatologia sia costituita da dolore simpatico mediato o anestesia dolorosa, il trattamento chirurgico ha poca efficacia (miglioramento della situazione clinica nel 14-20% dei casi) e si ricorre preferibilmente ad una terapia farmacologica.

Qualora invece si tratti di iperpatia o iperalgesia si può ottenere miglioramento della sintomatologia (talora completa guarigione) nel 30-40% dei casi con il trattamento chirurgico.

Evento più raro come conseguenza di trattamenti chirurgici endorali o semplicemente per anestesia tronculare del nervo alveolare inferiore, ma più drammatico per i suoi risvolti clinici e psicologici, è la lesione del nervo facciale. Questa può comportare una paralisi parziale (paresi) della muscolatura mimica fino ad una paralisi facciale completa. Ne consegue una grottesca asimmetria del viso del paziente a riposo fino alla perdita dei movimenti durante l'espressione emozionale spontanea o volontaria. In caso di lesione irreversibile il trattamento è rigorosamente microchirurgico e consta di procedimenti di anastomosi diretta dei monconi nervosi sezionati oppure tramite innesti di interposizione per paralisi ad insorgenza recente.

In caso di paralisi croniche è invece indicato un trattamento mirato a trasportare muscolatura sana nell'emivolto tramite lembi locali o microvascolari.

Appunti

Appunti