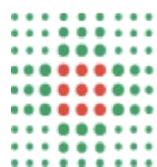




SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara



Università  
degli Studi  
di Ferrara



Società  
Medico Chirurgica  
di Ferrara dal 1846



il PDTA del  
CARCINOMA  
del  
DISTRETTO  
TESTA-COLLO

13 MAGGIO 2023

# IL PUNTO DI VISTA DELL'ODONTOIATRA

Renata Vecchiadini - UOC Odontoiatria Provinciale - AUSL Ferrara

## RINGRAZIAMENTI



**Società Medico Chirurgica  
(S.M.C.) di Ferrara**  
Dott. Zoppellari  
Dott. Vason

**Responsabili Scientifici**  
Prof.ssa Bianchini  
Prof. Ciorba  
Prof. Stomeo

**UO ORL**  
Prof. Pelucchi

**UO Radioterapia  
Oncologica**  
Dott. Stefanelli

**UO Oncologia**  
Prof. Frassoldati

**Rete Oncologica**  
Prof. Frassoldati

**UO Radiologia  
Universitaria**  
Prof. Giganti

**UO Radiologia  
Ospedaliera**  
Prof. Leprotti

**UO Maxillo Faciale**  
Dr. Galiè

**Prof. Trombelli**  
**UOC di Odontoiatria Provinciale**  
**Polo Odontoiatrico**  
**Staff Medico e Tecnico Sanitario**



# PDTA del CARCINOMA del DISTRETTO TESTA-COLLO - il punto di vista dell'Odontoiatra



# PDTA del CARCINOMA del DISTRETTO TESTA-COLLO - il punto di vista dell'Odontoiatra



# PDTA del CARCINOMA del DISTRETTO TESTA-COLLO - il punto di vista dell'Odontoiatra

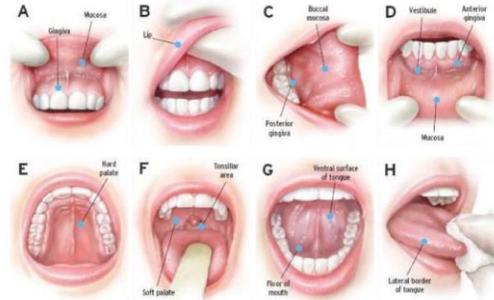


## Ministero della Salute

Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione

Raccomandazioni per la promozione della salute orale, la prevenzione delle patologie orali e la terapia odontostomatologica nei pazienti adulti con malattia neoplastica.

Gennaio 2014



8 Steps of Oral Cancer Screening

**News**  
**Nuovo aggiornamento PDTA**  
27 Aprile 2023

Da oggi è online, a disposizione di tutti gli specialisti del testa-collo, l'aggiornamento del PDTA realizzato dagli esperti AIACC. A integrazione dell'edizione 2022, pubblicata lo scorso autunno, è stato inserito un capitolo dedicato alle ghiandole salivari.

Il PDTA, realizzato con il metodo dell'evidence-based medicine, viene proposto come strumento organizzativo-gestionale di riferimento per guidare il lavoro degli operatori sanitari, fornendo indicazioni utili nella pianificazione delle fasi di presa in carico del paziente, dal momento della diagnosi al follow-up. È stato elaborato tenendo conto delle diverse situazioni presenti sul territorio nazionale ed è quindi facilmente adattabile a ogni contesto.

[Clicca qui per visionare il PDTA 2023](#)

## IL CARCINOMA ORALE

Manuale di riferimento

A cura di  
**LORENZO LO MUZIO - SANDRO PELO**



Con il patrocinio di  
**SPOCME** Società Italiana di Patologia e Medicina Orale  
**SPOCME** Società Italiana di Odontostomatologia e Chirurgia Maxillo-Facciale

GRILLIEDITORE

### What can I do?

- AVOID COMMERCIAL TOBACCO**  
Tobacco exposes the mouth to cancer-causing chemicals. *Learn more at: AICAF.org/quit*
- LIMIT ALCOHOL USE**  
Alcohol can cause cancer by damaging DNA
- GET VACCINATED AGAINST HPV**  
HPV (human papillomavirus) infects oral cells. HPV often has no symptoms. Vaccinating is essential. *Learn more at: AICAF.org/hpv*
- LIMIT SUN EXPOSURE**  
Sun exposure can cause lip cancer. Use a lip balm with sunscreen to protect your lips from harmful sun exposure
- MAINTAIN HEALTHY WEIGHT AND BE ACTIVE**  
Poor diet and lack of exercise can make it easier to develop cancer

**Linee guida TUMORI DELLA TESTA E DEL COLLO**

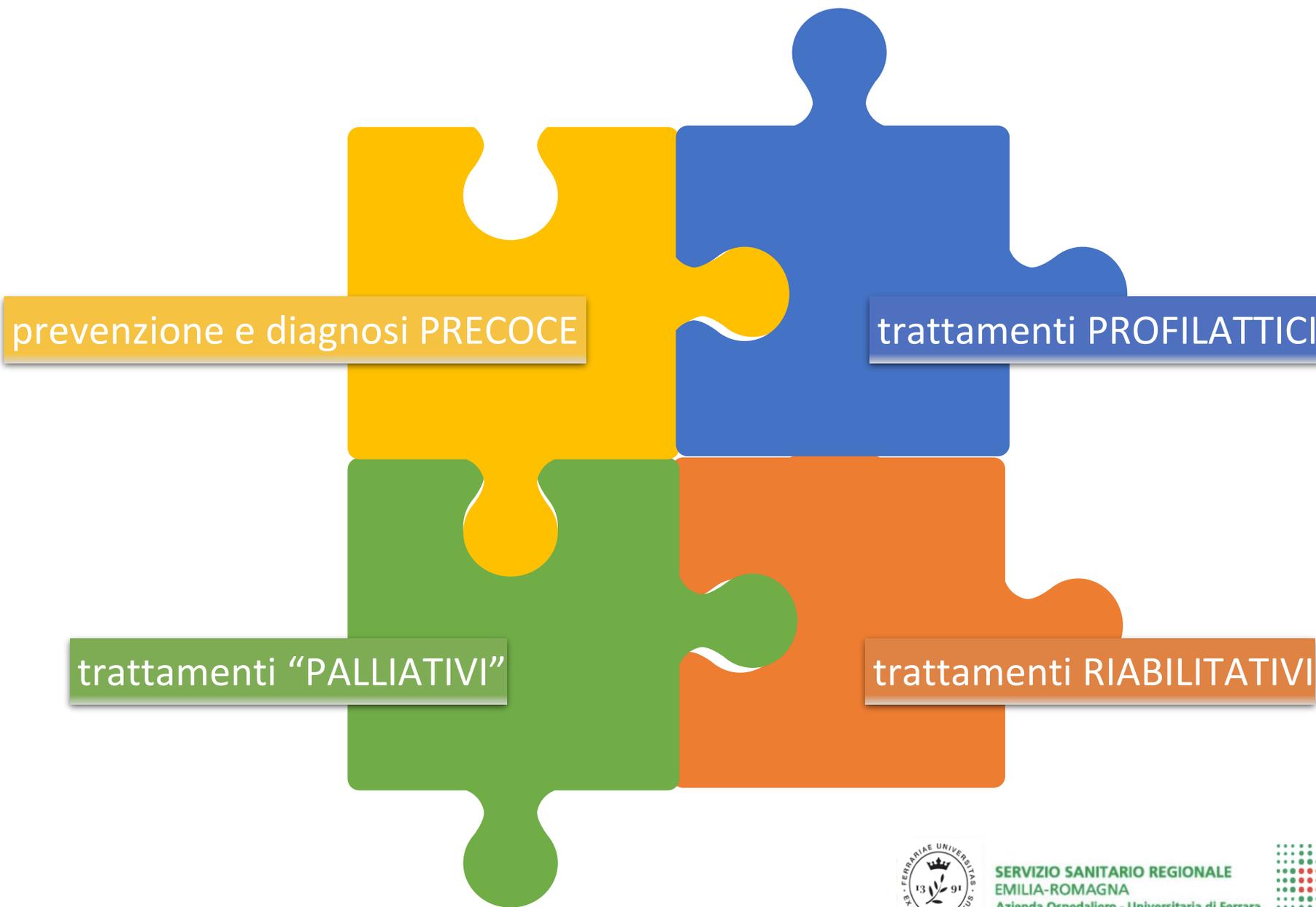
Edizione 2021

In collaborazione con:

- Associazione Italiana Radioterapia e Oncologia clinica
- Società Italiana di Anatomia Patologica e Citologia Diagnostica, Sezione Sublaringea e Interdisciplinare di Otorinolaringoiatria
- Società Italiana di Radiologia Oncologica e Interventistica

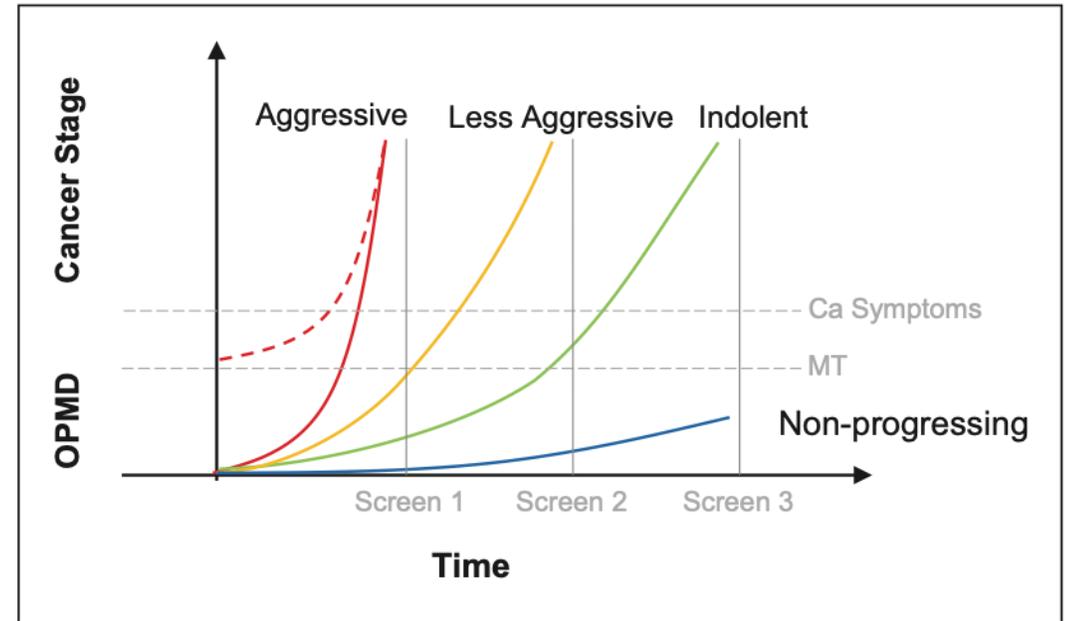
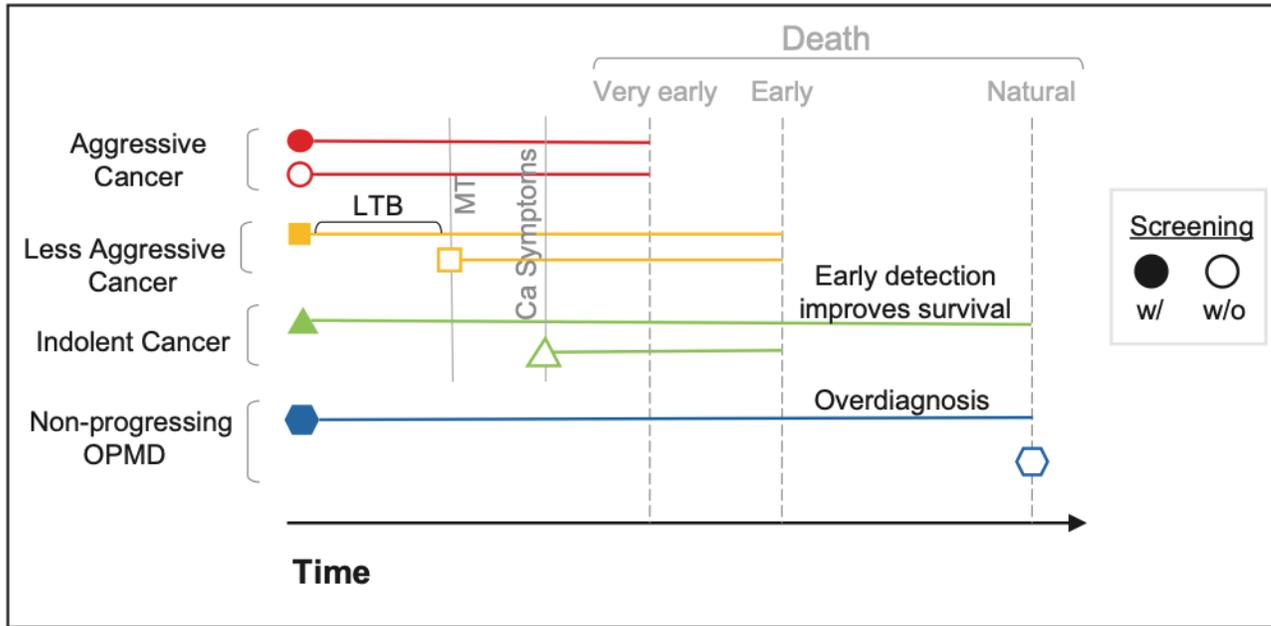
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara



## Oral Cancer Screening: Past, Present, and Future

prevenzione e diagnosi PRECOCE



## Oral Cancer Screening: Past, Present, and Future

prevenzione e diagnosi PRECOCE

Our imprecise understanding of the natural history of oral cavity cancer and, in particular, oral potentially malignant disorders (OPMDs) suggests caution when interpreting reduction in “stage shifts” and survival. The impact of lead time, length time, and overdiagnosis biases must be considered, and screening studies exploring mortality as the primary end point are critical.

Time

Time

## Oral Cancer Screening: Past, Present, and Future

### prevenzione e diagnosi PRECOCE

Screening Model	Critique	Recommendations
Population screening by home visits versus invitation	<p>Studies reporting house-to-house visits reported greater coverage and good compliance to screening (95%–98%) (India, Sri Lanka).</p> <p>Poor compliance to invitational screening (United Kingdom, Japan). Selection bias is a serious weakness.</p> <p>Low compliance to attend a referral center for confirmation of diagnosis attenuates benefits of the program (52% in the Sri Lanka study).</p> <p>Most studies do not incorporate a risk prediction model to identify and screen “at-risk” patients.</p> <p>Most studies did not provide a series of multiple screenings at regular intervals.</p>	<p>A social marketing campaign could increase compliance.</p> <p>Provide repeated screening at suitable intervals.</p> <p>Develop risk prediction models to preferentially screen “at-risk populations.”</p> <p>Use mobile technology to take and send clinical images of screen-positive patients to experts for quick consultations.</p> <p>Develop artificial intelligence to analyze clinical images generated during a screening.</p> <p>Use mobile screening units that can travel from village to village.</p>
Integrated with medical screening	<p>Reduces the cost of the program.</p> <p>The project would need coordination to integrate with medical screeners.</p>	<p>To increase yield, integrate with screenings for tobacco/ alcohol-related disorders.</p>
Opportunistic screening	<p>Largely performed in dental offices and not in other primary care settings.</p> <p>A workforce is available but needs additional training; cost neutral.</p> <p>No benefit to people with poor access to care or those who attend primary care clinics irregularly.</p>	<p>Provide appropriate training, especially for oral cavity cancer, to increase accuracy.</p> <p>Strengthen undergraduate curricula on oral cancer detection (dental, medical, nursing, and other allied health care training programs).</p> <p>Develop tool kits and e-learning modules to train screeners.</p> <p>National practice-based networks should be established for data collection and future research.</p> <p>Develop risk prediction models for primary care to assess risk profile.</p>
High-risk screening	<p>Provides the best cost effectiveness.</p> <p>Poor compliance (Italy).</p>	<p>Combine with risk factor health promotion and treatment programs to achieve compliance.</p>
Industrial/workplace	<p>Most reported studies are on white-collar workers.</p> <p>Compliance is better than in other models</p>	<p>Dentists working in industries to receive Continuing Professional Development packages on oral cancer screening</p>
Mouth self- examination (MSE)	<p>High negative predictive value.</p> <p>Leaflets are inadequate in instructing how to perform MSE.</p> <p>High volume of self-referrals to specialist centers.</p>	<p>Visual media (instead of printed leaflets) may improve accuracy.</p> <p>MSE to be demonstrated at dental visits by auxiliaries.</p>

### Oral Cancer Screening: Past, Present, and Future

- ☑ visite al domicilio VS visite su invito
- ☑ mancanza di "risk prediction model"
- ☑ coinvolgimento di personale sanitario non odontoiatrico formato correttamente
- ☑ scarsa consapevolezza dei rischi connessi ai fattori di rischio più comuni
- ☑ scarsa efficacia volantini scritti (da preferire supporti audio-visivi)

## prevenzione e diagnosi PRECOCE

Screening Model	Critique	Recommendations
Population screening by home visits versus invitation	<p>Studies reporting house-to-house visits reported greater coverage and good compliance to screening (95%–98%) (India, Sri Lanka).</p> <p>Poor compliance to invitational screening (United Kingdom, Japan). Selection bias is a serious weakness.</p> <p>Low compliance to attend a referral center for confirmation of diagnosis attenuates benefits of the program (52% in the Sri Lanka study).</p> <p>Most studies do not incorporate a risk prediction model to identify and screen "at-risk" patients.</p> <p>Most studies did not provide a series of multiple screenings at regular intervals.</p>	<p>A social marketing campaign could increase compliance.</p> <p>Provide repeated screening at suitable intervals.</p> <p>Develop risk prediction models to preferentially screen "at-risk populations."</p> <p>Use mobile technology to take and send clinical images of screen-positive patients to experts for quick consultations.</p> <p>Develop artificial intelligence to analyze clinical images generated during a screening.</p> <p>Use mobile screening units that can travel from village to village.</p>
Integrated with medical screening	<p>Reduces the cost of the program.</p> <p>The project would need coordination to integrate with medical screeners.</p>	<p>To increase yield, integrate with screenings for tobacco/ alcohol-related disorders.</p>
Opportunistic screening	<p>Largely performed in dental offices and not in other primary care settings.</p> <p>A workforce is available but needs additional training; cost neutral.</p> <p>No benefit to people with poor access to care or those who attend primary care clinics irregularly.</p>	<p>Provide appropriate training, especially for oral cavity cancer, to increase accuracy.</p> <p>Strengthen undergraduate curricula on oral cancer detection (dental, medical, nursing, and other allied health care training programs).</p> <p>Develop tool kits and e-learning modules to train screeners.</p> <p>National practice-based networks should be established for data collection and future research.</p> <p>Develop risk prediction models for primary care to assess risk profile.</p>
High-risk screening	<p>Provides the best cost effectiveness.</p> <p>Poor compliance (Italy).</p>	<p>Combine with risk factor health promotion and treatment programs to achieve compliance.</p>
Industrial/workplace	<p>Most reported studies are on white-collar workers.</p> <p>Compliance is better than in other models</p>	<p>Dentists working in industries to receive Continuing Professional Development packages on oral cancer screening</p>
Mouth self- examination (MSE)	<p>High negative predictive value.</p> <p>Leaflets are inadequate in instructing how to perform MSE.</p> <p>High volume of self-referrals to specialist centers.</p>	<p>Visual media (instead of printed leaflets) may improve accuracy.</p> <p>MSE to be demonstrated at dental visits by auxiliaries.</p>

## Oral Cancer Screening: Past, Present, and Future

- ☑ visite al domicilio VS visite su invito
- ☑ mancanza di "risk prediction model"

- ☑ scarsa consapevolezza dei rischi connessi ai fattori di rischio più comuni

- ☑ scarsa efficacia volantini scritti (da preferire supporti audio-visivi)

### prevenzione e diagnosi PRECOCE

Screening Model	Critique	Recommendations
Population screening by home visits versus invitation	<p>Studies reporting house-to-house visits reported greater coverage and good compliance to screening (95%–98%) (India, Sri Lanka).</p> <p>Poor compliance to invitational screening (United Kingdom, Japan). Selection bias is a serious weakness.</p> <p>Low compliance to attend a referral center for confirmation of diagnosis attenuates benefits of the program (52% in the Sri Lanka study).</p> <p>Most studies do not incorporate a risk prediction</p>	<p>A social marketing campaign could increase compliance.</p> <p>Provide repeated screening at suitable intervals.</p> <p>Develop risk prediction models to preferentially screen "at-risk populations."</p> <p>Use mobile technology to take and send clinical images of screen-positive patients to experts for quick consultations.</p> <p>Develop artificial intelligence to analyze clinical images</p>
Primary care settings	<p>A workforce is available but needs additional training; cost neutral.</p> <p>No benefit to people with poor access to care or those who attend primary care clinics irregularly.</p>	<p>Strengthen undergraduate curricula on oral cancer detection (dental, medical, nursing, and other allied health care training programs).</p> <p>Develop tool kits and e-learning modules to train screeners.</p> <p>National practice-based networks should be established for data collection and future research.</p> <p>Develop risk prediction models for primary care to assess risk profile.</p>
High-risk screening	<p>Provides the best cost effectiveness.</p> <p>Poor compliance (Italy).</p>	<p>Combine with risk factor health promotion and treatment programs to achieve compliance.</p>
Industrial/workplace	<p>Most reported studies are on white-collar workers.</p> <p>Compliance is better than in other models</p>	<p>Dentists working in industries to receive Continuing Professional Development packages on oral cancer screening</p>
Mouth self-examination (MSE)	<p>High negative predictive value.</p> <p>Leaflets are inadequate in instructing how to perform MSE.</p> <p>High volume of self-referrals to specialist centers.</p>	<p>Visual media (instead of printed leaflets) may improve accuracy.</p> <p>MSE to be demonstrated at dental visits by auxiliaries.</p>

It is important to select the best model that suits a particular population based on the disease incidence, available resources, and the health system of the country.

Odontoiatrico formato correttamente

# PDTA del CARCINOMA del DISTRETTO TESTA-COLLO - il punto di vista dell'Odontoiatra

prevenzione e diagnosi PRECOCE

PAZIENTI

- ✓ CAMPAGNE INFORMATIVE
  - siti aziende sanitarie (accesso ai PDTA)
  - contenuti multimediali
  - promozione accesso alle cure



La parola all'esperto



- ✓ AUTOESAME
- ✓ VACCINAZIONE



OPERATORI SANITARI

OPERATORI SANITARI

- ✓ formazione durante il percorso universitario (CFU universitari dedicati)
  - Unife: malattie odontostomatologiche in diversi CdS

- ✓ diffusione dei percorsi assistenziali



- ✓ aggiornamento continuo (obbligatorio?) sul tema della diagnosi precoce



prevenzione e diagnosi PRECOCE

PAZIENTI

- ☑ stop al fumo
- ☑ migliorare l'alimentazione dal un punto di vista qualitativo e quantitativo, preferendo il consumo di frutta e verdura
- ☑ consumare alcool in maniera moderata e non bere bevande alcoliche fuori dai pasti, non usare collutori a base alcolica
- ☑ non associare fumo e consumo giornaliero di superalcolici
- ☑ **pratica costante dell'igiene orale**
- ☑ **adeguata protezione in caso di esposizione protratta al sole o lampade e lettini abbronzanti**



prevenzione e diagnosi PRECOCE

PAZIENTI

- ☑ CONSIGLIARE A TUTTI: **1 visita odontoiatrica all'anno**
- ☑ ESSENZIALE dopo i 60 anni in soggetti che hanno avuto **stili di vita a rischio**.
- ☑ AUTOESAME =  
CONSAPEVOLEZZA  
(alto rischio BIAS)



prevenzione e diagnosi PRECOCE

PAZIENTI

- ✓ CONSIGLIARE A TUTTI: **1 visita odontoiatrica all'anno**
- ✓ ESSENZIALE dopo i 60 anni in soggetti che hanno avuto **stili di vita a rischio**.
- ✓ AUTOESAME = CONSAPEVOLEZZA (alto rischio BIAS)

## MANOVRE DI ISPEZIONE

Lava bene le mani e se hai dispositivi removibili togliili dalla bocca. Poniti di fronte allo specchio ed esegui queste semplici manovre.



**1.** Parti dal labbro inferiore e osserva la mucosa interna e esterna che deve essere liscia, integra, umida, rosea e uniforme. Fai lo stesso per il labbro superiore. Procedi alla palpazione delle labbra per valutare ispessimenti, noduli o ulcerazioni.



**2.** Sposta le labbra e visualizza la zona di gengiva aderente presente sopra e sotto il labbro. Valuta eventuali discromie (macchie rosse, bianche o scure) e procedi alla palpazione per segnalare eventuali sfaldamenti della mucosa o sanguinamenti.



**3.** Valuta la mucosa della guancia. Il suo aspetto dovrà essere liscio, integro, umido, roseo e uniforme. Dopo aver esaminato eventuali discromie (macchie rosse, bianche o scure) procedi con la palpazione per valutare la presenza di alterazioni tissutali.



**4.** Osserva il dorso della lingua e poi spostala da entrambi i lati. Valuta i suoi margini destro e sinistro, generalmente l'aspetto dovrà risultare liscio e lievemente patinato; procedi con la palpazione per escludere la presenza di tumefazioni e ispessimenti.



**5.** Porta la lingua verso il palato, procedi con l'ispezione del pavimento sotto la lingua e successivamente con la palpazione della mucosa dietro l'arcata inferiore ricercando eventuali variazioni di aspetto e consistenza della mucosa e delle strutture sottostanti.



**6.** Valuta il palato duro. Cerca eventuali variazioni cromatiche osservando anche la zona in corrispondenza di tonsille e ugola.

## RICORDA CHE



- Tramite l'autoesame della bocca è possibile individuare lesioni sospette al fine di prevenire il cancro orale.
- L'autoesame della bocca può essere realizzato da chiunque nella comodità di casa propria una/due volte al mese.
- I **fattori di rischio** del cancro orale sono:
  - fumo, alcool, traumatismi cronici della mucosa orale e scarsa igiene della mucosa orale

Qualunque lesione sospetta (macchia bianca, rossa o scura), rigonfiamento o ferita che non guarisce nell'arco di due settimane, andrà valutata da uno specialista del cavo orale. Recati almeno una volta l'anno a fare una visita di controllo.



prevenzione e diagnosi PRECOCE

PAZIENTI

- ✓ CONSIGLIARE A TUTTI: **1 visita odontoiatrica all'anno**
- ✓ ESSENZIALE dopo i 60 anni in soggetti che hanno avuto **stili di vita a rischio**.
- ✓ AUTOESAME = **CONSAPEVOLEZZA (alto rischio BIAS)**



ORAL CANCER DAY 130523

FONDAZIONE ANI ASSOCIAZIONE NATIONALE ONCOLOGI ITALIANI ASSOCIAZIONE NATIONALE DENTISTI ITALIANI

In Italia, ogni anno, si registrano oltre 9.900 nuovi casi di **tumore del cavo orale**. Se **riconosciuto** in anticipo, il tumore della bocca può essere curato con **successo** e con elevate percentuali di guarigione.

### Quali sono i segni iniziali del cancro alla bocca?

Il tumore del cavo orale può apparire in diverse forme e può interessare tutte le parti della bocca, della lingua e delle labbra.

I **sintomi** da monitorare sono:

- la formazione di un **rigonfiamento** che non guarisce,
- la comparsa di **chiazze bianche o rosse** sulla superficie della bocca,
- **mai di gola** costante,
- perdita improvvisa di **uno o più elementi dentari**,
- dolore e rigidità alla **mandibola**,
- dolore e difficoltà durante la **deglutizione e masticazione**,
- sensazione di **qualcosa in gola**,
- mutamenti nel **tono della voce** e difficoltà a parlare,
- **perdite di sangue** insolite dalla bocca,
- dolore nel tenere la dentiera e **calo del peso corporeo**.

I sintomi del tumore della bocca possono essere piuttosto sfumati e per questo trascurati o confusi con altre patologie più frequenti, ma meno gravi, come gli accessi dentali. Una **diagnosi tempestiva**, però, può davvero fare la differenza per la cura prima e la guarigione poi.

Per ulteriori informazioni [www.oralcancerday.it](http://www.oralcancerday.it)



TUMORE DELLA BOCCA

AIRC



Cleveland Clinic

WARNING SIGNS OF ORAL CANCER



[https://www.youtube.com/watch?source\\_ve\\_path=MTY0NTAz&feature=emb\\_share&v=vvP8Et1NPJU](https://www.youtube.com/watch?source_ve_path=MTY0NTAz&feature=emb_share&v=vvP8Et1NPJU)



prevenzione e diagnosi PRECOCE

OPERATORI  
SANITARI

PAZIENTI

**Table 2** Description of the response rate from the practices at the different measurement points due to material order

	Material order March 2012	Material order Spring 2013	Material order Spring 2014
Dentists, oral surgeons, maxillofacial surgeons (n = 1500)	22.00% (n = 329)	35.00% (+ 13%, n = 195*)	45.00% (+ 10%, n = 153*)
Otolaryngologist (n = 98)	21.00% (n = 45)	43.00% (+ 22%, n = 49*)	51.0% (+ 8%, n = 27*)
Dermatologists (n = 107)	8.00% (n = 9)	11.00% (+ 3%, n = 3*)	14.00% (+ 3%, n = 3*)

\*The + sign refers to the practices that reported for the first time



walk-in mouth

- ☑ mancanza di uniformità di conoscenze nei diversi gruppi di professionisti
- ☑ sovrastima della compliance/consapevolezza dei pazienti
- ☑ efficacia significativa con conseguente aumento della adesione a campagne informative multi-livello (popolazione, specialisti, medici generici)

*Kebabcioğlu et. al J Cancer Educ 2018 Oct;33(5):1020-1026.*

*Baumann, et al J Cancer Res Clin Oncol 2023*



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

prevenzione e diagnosi PRECOCE

OPERATORI  
SANITARI

Current knowledge, attitude and practice among dental hygienists in oral cancer awareness: Systematic review

Noemi Coppola<sup>1</sup> | Immacolata Riviaccio<sup>1</sup> | Andrea Blasi<sup>1</sup> | Roberto Ferrigno<sup>2</sup> |  
Stefania Baldares<sup>1</sup> | Michele Davide Mignogna<sup>1</sup> | Stefania Leuci<sup>1</sup>



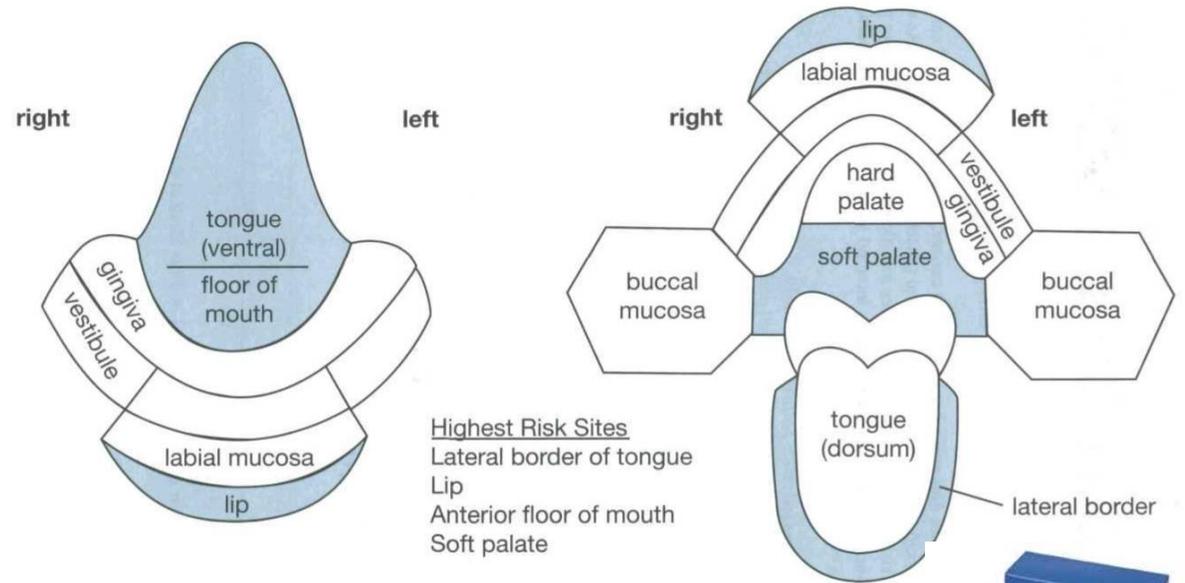
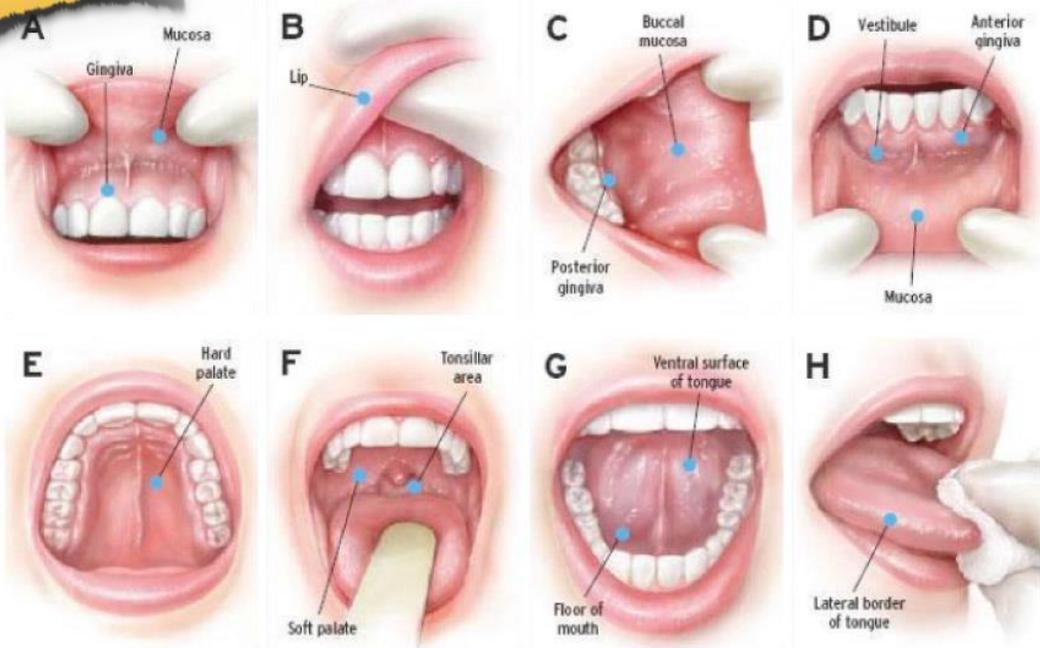
- ☑ Igienisti dentali: operatori in prima linea per prevenzione & conservazione delle condizioni di SALUTE ORALE
  - Knowledge, Attitude and Practices (**KAP**) survey
  - 14 lavori analizzati (scarsa qualità dei lavori)
- ☑ RISULTATI:
  - mancanza di informazione/educazione relativa a: fattori di rischio, clinica delle lesioni precancerose
  - necessità di colmare gap formativi/educativi pre-post laurea

# PDTA del CARCINOMA del DISTRETTO TESTA-COLLO - il punto di vista dell'Odontoiatra



prevenzione e diagnosi PRECOCE

**OPERATORI  
SANITARI**



8 Steps of **Oral Cancer Screening**

**Oral Cancer Screening Chart**



prevenzione e diagnosi PRECOCE

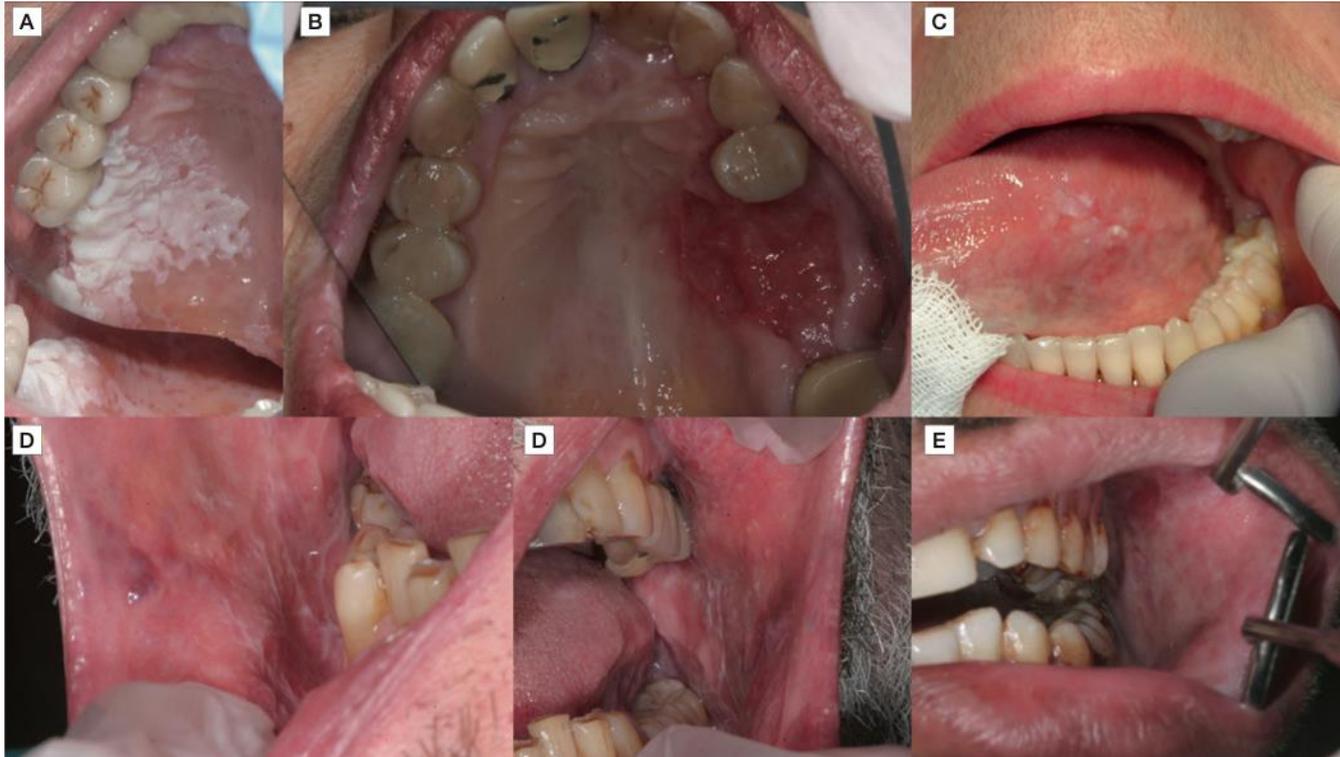
## Cooperation between ENT surgeon and dentist in head and neck oncology

Cooperazione tra otorinolaringoiatra e odontostomatologo in oncologia cervico-cefalica

Mattia Berrone<sup>1,2</sup>, Carlo Lajolo<sup>3,4</sup>, Eugenio De Corso<sup>3</sup>, Stefano Settini<sup>3</sup>, Cosimo Rupe<sup>3</sup>, Erika Crosetti<sup>1</sup>, Giovanni Succo<sup>1,2</sup>



OPERATORI  
SANITARI



(A) leukoplakia; (B) erythroplakia; (C) leukoerythroplakia; (D) oral lichen planus (same patient); (E) oral submucous fibrosis.

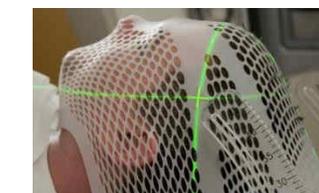
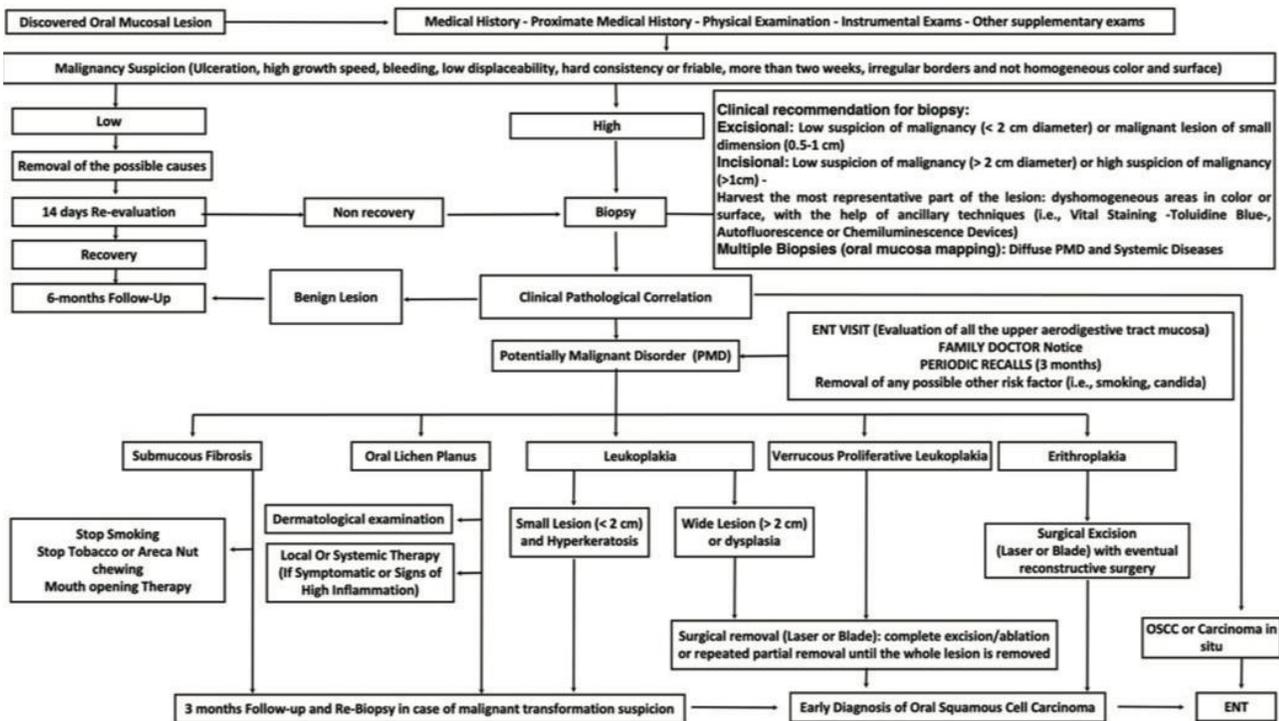
Biopsia

Diagnosi  
Differenziale

TEAM  
Multidisciplinare

# PDTA del CARCINOMA del DISTRETTO TESTA-COLLO - il punto di vista dell'Odontoiatra

dal sospetto diagnostico....

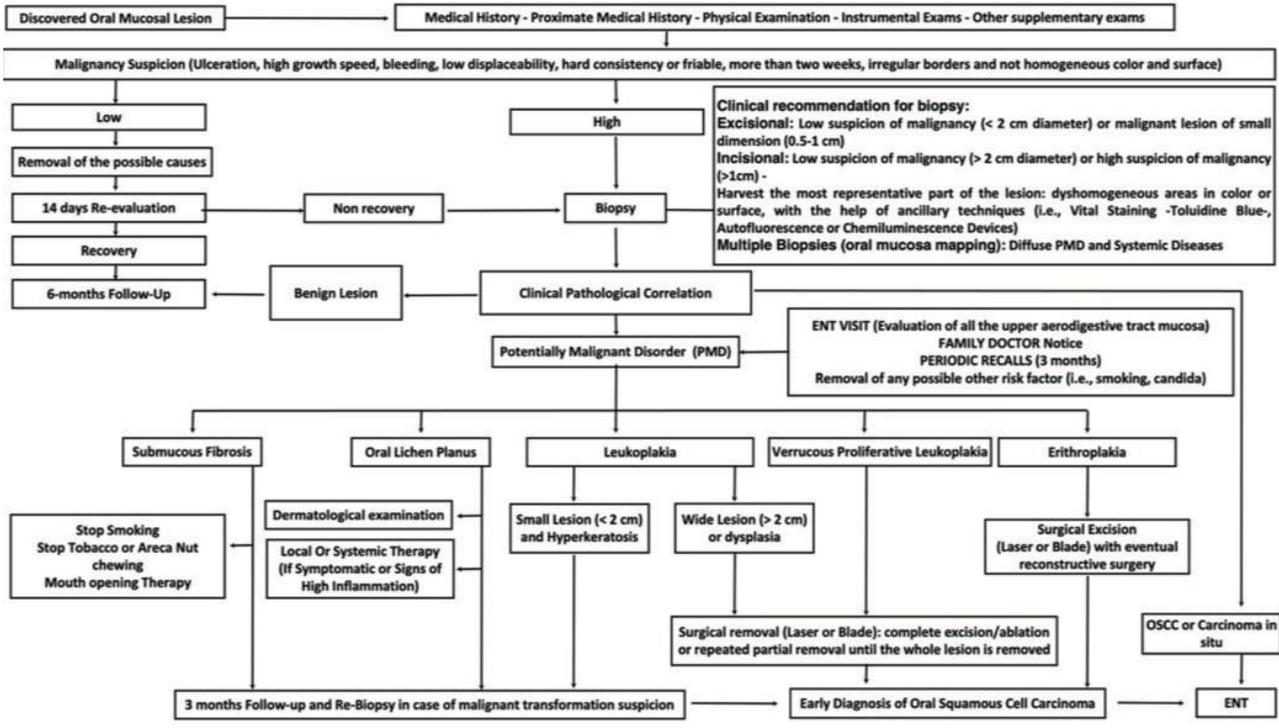


...alla diagnosi...

...alla terapia...

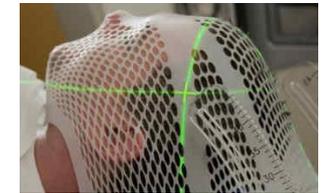
# PDTA del CARCINOMA del DISTRETTO TESTA-COLLO - il punto di vista dell'Odontoiatra

dal sospetto diagnostico....



...alla diagnosi...

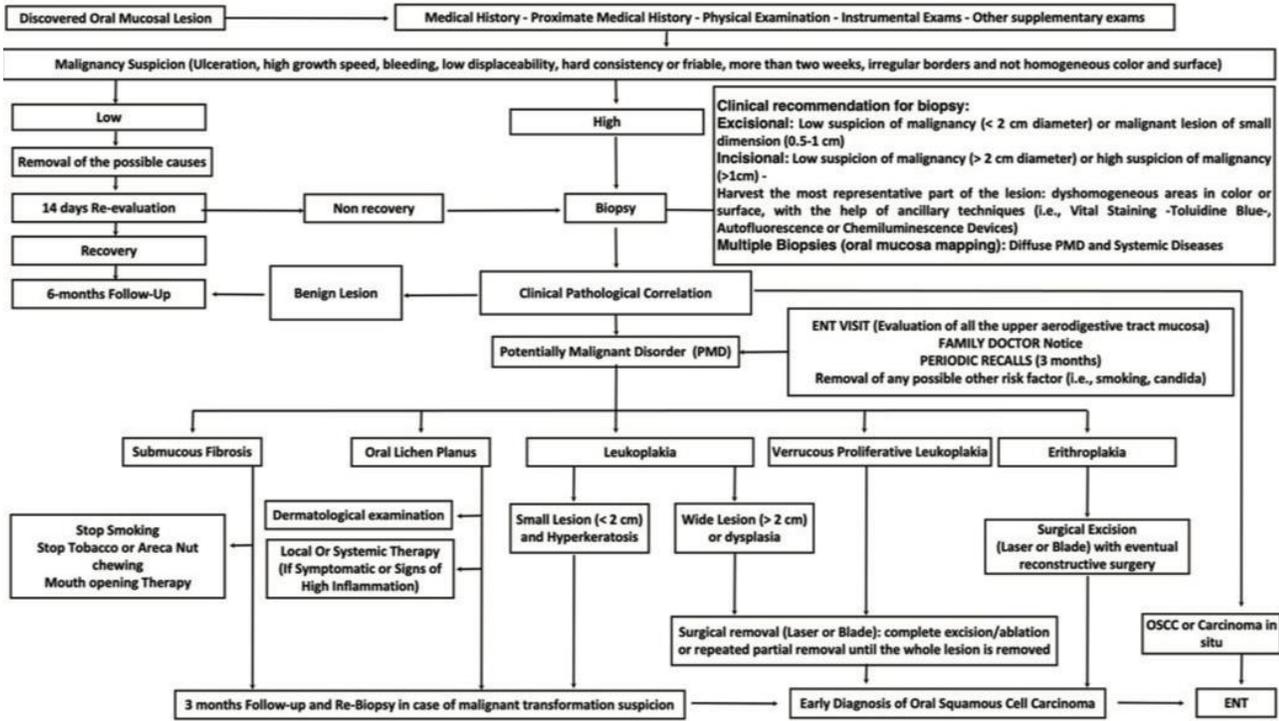
STADIAZIONE E PREPARAZIONE



...alla terapia...

# PDTA del CARCINOMA del DISTRETTO TESTA-COLLO - il punto di vista dell'Odontoiatra

dal sospetto diagnostico....

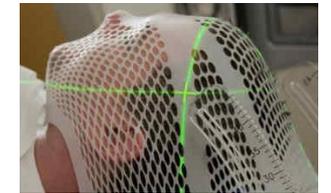
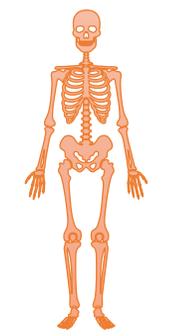


...alla diagnosi...

**TEMPESTIVITA'\***

\*Richiesta di Valutazione Odontoiatrica APPENA viene posta indicazione a RTE

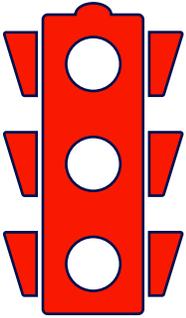
STADIAZIONE E PREPARAZIONE



...alla terapia...



## trattamenti PROFILATTICI



- ☑ Lo scopo del trattamento odontoiatrico pre-radioterapico è:
  - l'eliminazione delle patologie orali che potrebbero causare problemi durante la radioterapia
  - l'eliminazione di foci che potrebbero causare osteoradionecrosi, e stabilire dei protocolli di mantenimento della salute orale.
- ☑ L'esecuzione di esami radiografici è **essenziale** per stabilire con precisione la prognosi di alcuni denti e per evidenziare patologie asintomatiche.
- ☑ La presenza di patologie delle mucose e la valutazione della funzionalità delle ghiandole salivari sono imprescindibili, in quanto ***il 100% dei pazienti radiotrattati presenterà complicazioni orali*** (mucositi, dolore infezioni, disfunzione delle ghiandole salivari e alterazioni del gusto)

## Raccomandazioni utili nel periodo precedente all'inizio delle cure oncologiche con chemioterapia e/o radioterapia

trattamenti PROFILATTICI



Ministero della Salute

Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione

*Raccomandazioni per la promozione della salute orale, la prevenzione delle patologie orali e la terapia odontostomatologica nei pazienti adulti con malattia neoplastica.*

Gennaio 2014

Al momento della diagnosi iniziale viene pianificata una visita odontoiatrica che ha come obiettivi:

- Identificare le malattie e i disturbi orali presenti e il potenziale rischio di malattie orodentali che potrebbero manifestarsi o aggravarsi con le terapie oncologiche; la visita orale comprende la valutazione di una radiografia delle arcate dentali;
- Identificare i potenziali foci infettivi orali da eradicare prima dell'inizio delle terapie oncologiche; è necessario valutare accuratamente i restauri dentali e le protesi presenti e stabilire la loro adeguatezza;
- Informare il paziente sui possibili effetti avversi orali delle terapie oncologiche e pianificare un programma di preparazione, assistenza e follow-up degli effetti avversi orali;
- Fornire al paziente opportune istruzioni per il mantenimento di adeguati standard di igiene orale con tecniche e strumenti personalizzati.

**Schiodt, 2002 – 1, B**

## Raccomandazioni utili nel periodo precedente all'inizio delle cure oncologiche con chemioterapia e/o radioterapia

trattamenti PROFILATTICI



Ministero della Salute

Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione

Raccomandazioni per la promozione della salute orale, la prevenzione delle patologie orali e la terapia odontostomatologica nei pazienti adulti con malattia neoplastica.

Gennaio 2014

In caso di riscontro di patologia parodontale (gengivite, parodontite) è opportuna la prescrizione di un collutorio o un gel a base di clorexidina in soluzione senza alcol; alcune prove scientifiche suggeriscono che contribuisce alla riduzione dell'incidenza delle complicanze orali.

La posologia appropriata è 10 ml di collutorio allo 0,2% oppure 18 ml di collutorio allo 0,12% due volte al giorno per almeno una settimana prima dell'inizio delle terapie oncologiche.

La somministrazione di collutorio o gel alla clorexidina deve essere adottata come misura alternativa per il controllo dei biofilm orali nel caso in cui lo spazzolamento dentale non sia eseguibile per la presenza di lesioni dolenti.

L'impiego di collutori alla clorexidina con formulazioni preventive nei confronti delle discolorazioni orali consente di ottenere effetti antisettici analoghi riducendo l'effetto avverso della pigmentazione delle superfici orali.

Rutkauskas, 1993 – 2, B

<http://www.nidcr.nih.gov/> – 3, C

Laing 2008 – 3, C

Cortellini – 2, B

## Trattamenti utili nel periodo precedente all'inizio delle cure oncologiche con chemioterapia e/o radioterapia

### trattamenti PROFILATTICI

- restauro degli elementi dentali cariati con idonea prognosi, preferibilmente con materiali di tipo permanente o con cementi vetroionomerici;
- arrotondamento, levigatura e lucidatura delle parti acuminata e taglienti dei denti naturali, dei restauri conservativi e protesici, in modo che non siano causa di trauma e lesione per le mucose orali;
- ove opportuno, valutazione e correzione di protesi complete o parziali rimovibili, in modo che non provochino lesioni mucose; durante il periodo attivo di terapia oncologica è opportuno che non vengano portate, almeno, durante il riposo notturno;
- estrazione chirurgica degli elementi dentali con prognosi dubbia o infausta con tecnica che assicuri il minore trauma ai tessuti e, se possibile, con chiusura primaria della ferita estrattiva; gli elementi dentali con lesioni periapicali croniche non sintomatiche raramente vanno incontro a complicanze in seguito alle terapie oncologiche; è necessaria in questa fase l'estrazione degli elementi dentali in rapporto di continuità con tumori primari intraorali; il paziente deve essere adeguatamente informato sui possibili rischi di infezione e osteoradionecrosi, in caso di estrazioni dentali nel periodo della chemioterapia o immediatamente prima o dopo le radioterapie; le estrazioni dentali dovrebbero essere preferibilmente completate tre settimane prima dell'inizio delle terapie oncologiche, e, comunque, non meno di dieci giorni prima;
- sospensione dei trattamenti ortodontici e rimozione degli apparecchi ortodontici fissi per evitare traumi ai tessuti orali;
- rilevazione di un'impronta delle arcate dentali per modelli di studio nel caso venga prevista la realizzazione di trays per il trattamento con gel terapeutici orali o protesi e otturatori per la correzione di mutilazioni chirurgiche.



Ministero della Salute

Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione

Raccomandazioni per la promozione della salute orale, la prevenzione delle patologie orali e la terapia odontostomatologica nei pazienti adulti con malattia neoplastica.

Gennaio 2014

Clayman, 1997 – 3, C

Sheller, 1996 – 3, C

Peters, 1993 – 4, B

<http://www.nidcr.nih.gov/> - 3, C

# PDTA del CARCINOMA del DISTRETTO TESTA-COLLO - il punto di vista dell'Odontoiatra

Delibera della Giunta Regionale del 27/03/2008 n°374 "Revisione del Programma Assistenza odontoiatrica nella regione Emilia-Romagna: Programma regionale per l'attuazione dei LEA e la definizione dei livelli aggiuntivi di cui alla DGR 2678 del 2004"

Pazienti sottoposti a RADIOTERAPIA del distretto TESTA-COLLO  
che rientrano nella categoria di  
**vulnerabilità sanitaria n. 15**

*Visita specialistica Odontoiatrica e valutazione radiografica*

**ATTUAZIONE PROTOCOLLI OPERATIVI CONDIVISI**  
**INDIVIDUAZIONE CATEGORIE DI PAZIENTI A RISCHIO di COMPLICANZE ORALI**  
**FOLLOW UP**

# PDTA del CARCINOMA del DISTRETTO TESTA-COLLO - il punto di vista dell'Odontoiatra

Delibera della Giunta Regionale del 27/03/2008 n°374 "Revisione del Programma Assistenza odontoiatrica nella regione Emilia-Romagna: Programma regionale per l'attuazione dei LEA e la definizione dei livelli aggiuntivi di cui alla DGR 2678 del 2004"

Pazienti sottoposti a RADIOTERAPIA del distretto TESTA-COLLO  
che rientrano nella categoria di  
**vulnerabilità sanitaria n. 15**

trattamenti PROFILATTICI

trattamenti "PALLIATIVI"

trattamenti RIABILITATIVI

# PDTA del CARCINOMA del DISTRETTO TESTA-COLLO - il punto di vista dell'Odontoiatra

Delibera della Giunta Regionale del 27/03/2008 n°374 "Revisione del Programma Assistenza odontoiatrica nella regione Emilia-Romagna: Programma regionale per l'attuazione dei LEA e la definizione dei livelli aggiuntivi di cui alla DGR 2678 del 2004"

Pazienti sottoposti a RADIOTERAPIA del distretto TESTA-COLLO  
che rientrano nella categoria di  
**vulnerabilità sanitaria n. 15**

Esenzione **048**

Lettera Specialista  
che documenti **indicazione/esecuzione RTE**

Residenza **RER**

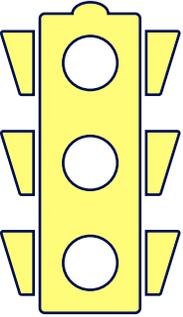
trattamenti **PROFILATTICI**

trattamenti "PALLIATIVI"

trattamenti **RIABILITATIVI**



## trattamenti PROFILATTICI

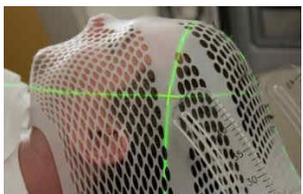


I seguenti **fattori** dovrebbero essere considerati prima di decidere quali denti devono essere estratti o mantenuti:

- ✓ Condizioni della dentatura residua
- ✓ Motivazione del paziente al mantenimento all'igiene orale e dentale
- ✓ Urgenza del trattamento
- ✓ Modalità di radioterapia, dosaggio preventivato (>a **60 Gy**) e sede irradiata (mandibola VS mascella)
- ✓ prognosi della neoplasia trattata (**TEAM MULTIDISCIPLINARE**)

# PDTA del CARCINOMA del DISTRETTO TESTA-COLLO - il punto di vista dell'Odontoiatra

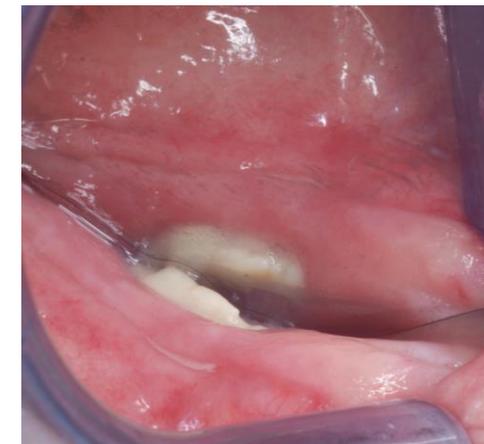
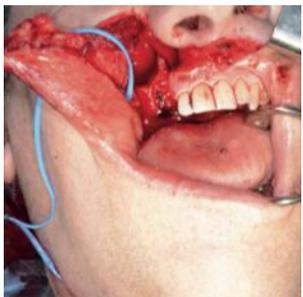
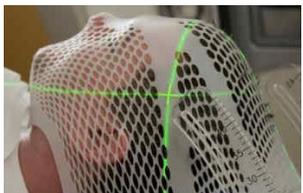
dalla terapia...



alle complicanze....

# PDTA del CARCINOMA del DISTRETTO TESTA-COLLO - il punto di vista dell'Odontoiatra

dalla terapia...



alle complicanze....



# PDTA del CARCINOMA del DISTRETTO TESTA-COLLO - il punto di vista dell'Odontoiatra

trattamenti "PALLIATIVI"

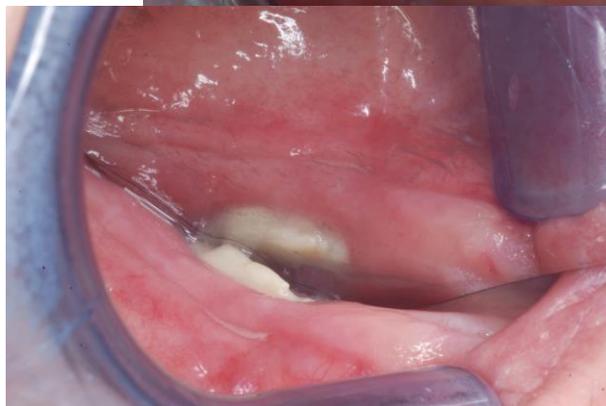
- ✓ I.Z., donna
- ✓ 74 anni
- ✓ Nov. 2019:  
Exeresi  
neoformazione  
Cavo orale + RTE



# PDTA del CARCINOMA del DISTRETTO TESTA-COLLO - il punto di vista dell'Odontoiatra

trattamenti "PALLIATIVI"

- ✓ I.Z., donna
- ✓ 74 anni
- ✓ Nov. 2019:  
Exeresi  
neoformazione  
Cavo orale + RTE



✓ 2022: esposizione cresta  
ossea mandibolare dx

# PDTA del CARCINOMA del DISTRETTO TESTA-COLLO - il punto di vista dell'Odontoiatra



2015



2018



2022

## OSTEORADIONECCROSI



Osteoradionecrosi



osteoradionecrosi

E' una grave complicanza delle radioterapie effettuate nelle regioni della testa e del collo; la maggior parte dei casi di osteoradionecrosi insorge dopo traumi ossei o estrazioni dentali. I segni e i sintomi della condizione comprendono dolore, tumefazione, ulcerazione, mobilità ridotta della mandibola, fistolizzazione cutanea e deiscenza mucosa con esposizione di osso necrotico. All'Rx si evidenziano aree di trasparenza ossea poco definite con zone opache.

Incidenza globale in circa 4% dei pazienti sotto posti a radioterapia con somministrazione di 40-60 Gy o maggiore.

- ✓ incidenza stimata: 4%
- ✓ insorgenza: dopo traumi ossei o estrazioni dentali, soprattutto entro 24 mesi dal termine della RTE
- ✓ segni e sintomi: dolore, tumefazione, ulcerazione, mobilità ridotta della mandibola, fistolizzazione cutanea e deiscenza mucosa con esposizione di osso necrotico
- ✓ IMAGING Radiografico: aree di trasparenza ossea poco definite con zone radioopache.
- ✓ TERAPIA: trattamento dei focolai di infezione (quando presenti); debridment chirurgico con delicata irrigazione dei tessuti; ossigenoterapia iperbarica.

## OSTEORADIONECCROSI

Clinical staging of osteoradionecrosis		
Stage	Description	Treatment
I	Superficial involvement, only cortical bone exposed Minimal soft tissue ulceration	Majority improve with conservative management
II a: Minimal soft tissue ulceration b: Soft-tissue necrosis	Localized involvement of mandible, exposed cortical and medullary bone are necrotic Possible orocutaneous fistula	Majority improve with conservative management, surgical procedures, or hyperbaric oxygen therapy
III a: Minimal soft tissue ulceration b: Soft tissue necrosis	Diffuse involvement of the mandible, including the lower border. Pathologic fracture may occur Possible orocutaneous fistula	Require surgical intervention, resection, and reconstruction

From Schwartz HC, Kagan AR. Osteoradionecrosis of the mandible: scientific basis for clinical staging. Am J Clin Oncol 2002;25(2):168–9; with permission.

*STAGING indispensabile per stabilire il corretto iter terapeutico*

O'Dell & Sinha Oral Maxillofacial Surg Clin N Am 23 (2011) 455–464



Ministero della Salute

Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione

Raccomandazioni per la promozione della salute orale, la prevenzione delle patologie orali e la terapia odontostomatologica nei pazienti adulti con malattia neoplastica.

Gennaio 2014

Sicilia, 2003 – 3, C

Robinson, 2005 – 1, A

Borowski, 1994 – 2, B

Sweeney, 2010 – 2, B

## Trattamenti utili durante le cure oncologiche con chemioterapia e/o radioterapia

trattamenti "PALLIATIVI"

Durante la fase di terapia oncologica è fondamentale mantenere condizioni di igiene orale ottimale.

- lo spazzolamento dentale può essere condotto con uno spazzolino di durezza media o con spazzolino elettrico, con impiego aggiuntivo di filo o spazzolino interdentale;
- in caso di lesioni mucose e dolore durante lo spazzolamento è suggerito l'impiego temporaneo di spazzolini molto morbidi;
- le protesi rimovibili devono essere risciacquate dopo i pasti e pulite giornalmente con uno spazzolino; durante le ore notturne non devono essere portate e devono venire immerse in soluzione di clorexidina una volta al giorno;
- nel caso in cui le normali manovre di igiene orale risultino troppo dolorose, è possibile utilizzare tre o quattro volte al giorno apposite spugnette intraorali o compresse di garza imbevute di collutorio alla clorexidina senza alcol.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

## Trattamenti utili durante le cure oncologiche con chemioterapia e/o radioterapia

trattamenti "PALLIATIVI"



Ministero della Salute

Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione

Raccomandazioni per la promozione della salute orale, la prevenzione delle patologie orali e la terapia odontostomatologica nei pazienti adulti con malattia neoplastica.

Gennaio 2014

E' raccomandato l'impiego di clorexidina in soluzione senza alcol, in aggiunta o in alternativa, allo spazzolamento se le comuni manovre di igiene orale non sono sufficienti per la rimozione della placca dentale.

La soluzione allo 0,2% può venire diluita al cinquanta per cento se provoca bruciore alle mucose.

L'impiego di collutori alla clorexidina senza alcol e con formulazioni preventive nei confronti delle discolorazioni orali consente di ottenere effetti antisettici analoghi riducendo l'effetto avverso della pigmentazione delle superfici orali.

Può essere utile l'impiego di collutorio contenente fluoruri (125-250 ppm); è stato proposto anche l'impiego a scopo preventivo di collutori contenenti enzimi di derivazione salivare e colostro.

Laing 2008 – 3, C

Cortellini – 2, B

## Trattamenti utili durante le cure oncologiche con chemioterapia e/o radioterapia

trattamenti "PALLIATIVI"



Ministero della Salute

Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione

Raccomandazioni per la promozione della salute orale, la prevenzione delle patologie orali e la terapia odontostomatologica nei pazienti adulti con malattia neoplastica.

Gennaio 2014

Nei pazienti trattati con radioterapia che sviluppano compromissioni della capacità alimentare, è necessario il supporto nutrizionale con alimenti ipercalorici e spesso cariogeni.

In questi pazienti è importante prevenire l'insorgenza di carie dentale mediante opportuni consigli nutrizionali (risciacquo della bocca dopo l'alimentazione) e l'impiego di fluoruri in forma di collutorio senza alcol (es. 0,05 NaF, una volta al giorno) o gel e pasta dentifricia (5.000 ppm, due volte al giorno) o gel a base di fluoruri amminici al 1,26%.

Le cure dentali invasive devono essere, per quanto possibile, evitate durante la fase attiva della terapia oncologica per il rischio di infezione sistemica e la compromissione orale soggettiva del paziente.

In caso di necessità terapeutiche urgenti è opportuno il consulto con il team oncologico e la valutazione preventiva delle condizioni ematologiche.

Le estrazioni dentali sono sempre controindicate dopo la radioterapia effettuata in zona testa e collo e la loro necessità dovrebbe essere prevenuta con un attento protocollo preventivo.

Meurman 2010 – 3, C

Borowski 1994 – 2, B

Raut 2001 – 3, C

## Trattamenti utili durante le cure oncologiche con chemioterapia e/o radioterapia

trattamenti "PALLIATIVI"



Ministero della Salute

Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione

Raccomandazioni per la promozione della salute orale, la prevenzione delle patologie orali e la terapia odontostomatologica nei pazienti adulti con malattia neoplastica.

Gennaio 2014

Nei pazienti che effettuano chemio e/o radioterapie vi è un rischio aumentato di sviluppare infezioni orali da miceti; le terapie antimicotiche dovrebbero essere utilizzate dopo aver diagnosticato una infezione orale da candida, utilizzando preferibilmente farmaci per uso topico per il ridotto rischio di effetti indesiderati.

I risultati degli studi non sono, tuttavia, concordi riguardo all'efficacia delle terapie topiche, quindi, alcuni Centri oncologici preferiscono impiegare antimicotici per via sistemica.

Viene raccomandato l'impiego dei seguenti farmaci antimicotici, in alternativa:

- nistatina, sospensione orale, 100.000 UI per ml, 4 volte al giorno per almeno sette giorni e continuando per 48 ore dopo la risoluzione delle lesioni;
- miconazolo gel orale, 24mg/ml, applicare 10 ml 4 volte al giorno, continuando per 48 ore dopo la risoluzione delle lesioni;
- gli antimicotici per via sistemica hanno maggiore efficacia dimostrata; in caso di candidosi orofaringea di media o elevata gravità viene raccomandato l'impiego di fluconazolo, in compresse o sospensione, 50 mg al giorno per 7-14 giorni

Ramirez 1997 – 3, C

Lalla R 2010 – 1, A

Taylor 1996 – 3, C

Meurman 2010 – 3, C

Pappas 2009 – 1, A

Pemberton 1998 – 3, C

## Controllo della mucosite

### trattamenti "PALLIATIVI"

Diversi tipi di intervento possono essere utili per il controllo della mucosite nei pazienti adulti; la forza delle prove scientifiche è variabile e correlata al tipo di tumore e al protocollo di chemio o radioterapia:

- l'igiene orale accurata e intensiva riduce la gravità della mucosite; le tecniche di igiene orale personale dovrebbero evitare traumi e lesioni alle mucose "brush often, brush gently";
- i denti e i restauri deteriorati, acuminati e traumatizzanti possono esacerbare la mucosite e devono essere corretti;
- è raccomandato l'impiego di collutorio alla benzidamina cloridrato 15% che è in grado di ridurre la frequenza e la gravità della mucosite. La posologia consigliata è 15ml da quattro a otto volte al giorno iniziando prima della radioterapia, continuato per due o tre settimane dopo;
- non è stato dimostrato che collutori alla clorexidina siano efficaci per la prevenzione o il trattamento della mucosite e, pertanto, non sono raccomandati, in assenza di indicazioni specifiche;
- non vi sono prove consistenti di efficacia nei confronti dell'impiego locale o sistemico di: corticosteroidi, sucralfato, allopurinolo, prostaglandine, aciclovir, acido ialuronico e altri prodotti per uso topico il cui utilizzo a scopo sintomatico non è tuttavia sconsigliato;
- non è raccomandata l'applicazione topica di antibiotici in pasta o in compresse diluite in acqua;
- l'impiego della radioterapia a modulazione di intensità e di schermi per la mucosa dovrebbe essere incentivato poichè il loro impiego diminuisce la gravità della mucosite;
- in caso di chemioterapia con 5-fluorouracile viene raccomandato il criotrattamento della mucosa orale mantenendo in bocca ghiaccio tritato per 30 minuti prima dell'infusione.



Ministero della Salute

Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione

Raccomandazioni per la promozione della salute orale, la prevenzione delle patologie orali e la terapia odontostomatologica nei pazienti adulti con malattia neoplastica.

Gennaio 2014

*Worthington 2011 – 1, A*

*Treister 2007 – 3, C*

*Stockman 2006 – 2, B*

*SIGN 90 2006 – 1, A*

*Keefe 2007 – 1, A*

*Epstein 2001 – 2, B*

## Xerostomia-iposcialia

trattamenti "PALLIATIVI"



Ministero della Salute

Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione

Raccomandazioni per la promozione della salute orale, la prevenzione delle patologie orali e la terapia odontostomatologica nei pazienti adulti con malattia neoplastica.

Gennaio 2014

L'impiego di sostituti della secrezione salivare irrimediabilmente perduta è per molti pazienti l'unica possibilità disponibile, impiegando frequenti sorsi di acqua o spray di acqua o prodotti specifici.

Vi sono diversi prodotti in commercio con l'obiettivo di replicare la funzione idratante e lubrificante per la mucosa orale della saliva ed eventualmente l'azione anticariogena e antimicrobica.

I prodotti contengono varie miscele di polimeri, polisaccaridi o lipidi, addizionati con fluoruri, elettroliti ed enzimi di origine salivare, senza tuttavia adeguate prove scientifiche che possano evidenziare la migliore efficacia di una o l'altra delle formulazioni proposte; si consiglia ai pazienti di valutare quello che meglio si adatta alle proprie necessità.

Il miglioramento della sensazione di secchezza orale ottenuto con l'impiego dei sostituti salivari è temporaneo, con un modesto vantaggio evidenziato dai prodotti in forma di gel.

Jensen 2010 – 2, B

Nieuw Amerongen 2003 – 3, C

Porter 2010 – 3, C

## Follow Up

### trattamenti "PALLIATIVI"

L'odontoiatra individuato dal team oncologico si occupa di **mantenere le condizioni di salute orale del paziente, prevenire le complicanze successive alle cure oncologiche e correggere i disturbi eventualmente insorti in seguito alle cure.**

L'odontoiatra e l'igienista dentale rinforzano le informazioni e i consigli sugli effetti negativi a lungo termine delle cure oncologiche effettuate per il mantenimento della salute orale ed il benessere del paziente.

Per i pazienti affetti da xerostomia, trisma, GVHD cronica grave o mucosite grave sono raccomandati controlli odontoiatrici trimestrali.

I pazienti affetti da GVHD hanno un aumentato rischio di insorgenza di tumori maligni orali e richiedono controlli frequenti.

E' opportuno fornire adeguate informazioni sulla dieta e l'alimentazione, in particolare nei pazienti con iposcialia, GVHD e mucosite cronica, in particolare sul consumo di zuccheri e alimenti acidi.

Viene raccomandata la prescrizione di un collutorio contenente fluoruri per aumentare la prevenzione topica della carie dentale.

L'igiene orale insufficiente e la salute dento-parodontale scadente, nel periodo successivo alla radioterapia, aumentano il rischio di osteoradionecrosi.



Ministero della Salute

Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione

*Raccomandazioni per la promozione della salute orale, la prevenzione delle patologie orali e la terapia odontostomatologica nei pazienti adulti con malattia neoplastica.*

Gennaio 2014

AAPD, 2008 – 1, A

Euvrard, 2003 – 2, B

BASCD, 2009 – 1, A

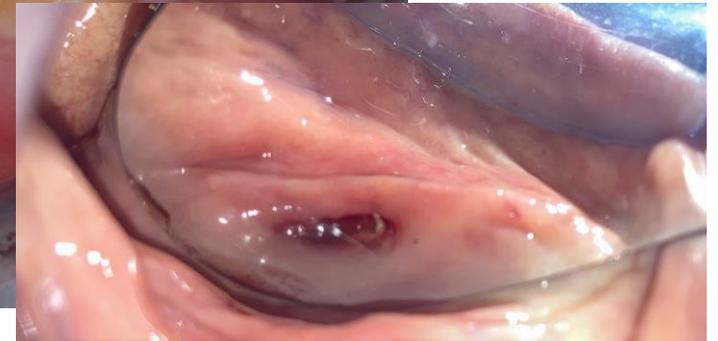
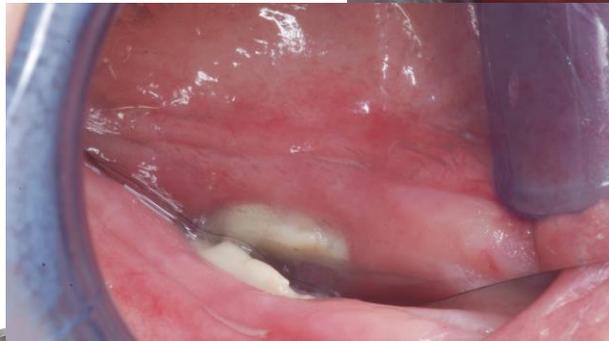
Bondestam, 1996 – 2, B

Katsura K, 2008 – 2, B

# PDTA del CARCINOMA del DISTRETTO TESTA-COLLO - il punto di vista dell'Odontoiatra

trattamenti "PALLIATIVI"

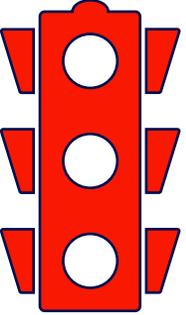
- ✓ I.Z., donna
- ✓ 74 anni
- ✓ Nov. 2019:  
Exeresi  
neoformazione  
Cavo orale + RTE



debridement della porzione di osso alveolare esposto

## trattamenti RIABILITATIVI

- ☑ Nei pazienti che hanno effettuato radioterapia, le estrazioni dentali sono da evitare per l'elevato rischio di osteoradionecrosi (ORN, per: immunodeficienza, malnutrizione, dose somministrata superiore a 60Gy, elevato frazionamento della dose)
- ☑ Anche se non esistono prove scientifiche conclusive, vi è generale consenso per raccomandare la somministrazione profilattica di antibiotici in maniera continuativa fino al completamento della guarigione, in caso di chirurgia orale estrattiva; i farmaci di scelta sono l'amoxicillina o l'amoxicillina associata ad acido clavulanico o il metronidazolo nei pazienti allergici alla penicillina.
- ☑ E' raccomandato l'utilizzo di anestetico locale con bassa concentrazione di vasocostrittore o senza vasocostrittore al fine di diminuire il rischio di osteoradionecrosi.
- ☑ In caso di rischio elevato di osteoradionecrosi è opportuno considerare il mantenimento dell'elemento con terapia canalare e restauro o amputazione coronale.



## trattamenti RIABILITATIVI

### *Cure restaurative dentali*

Le terapie restaurative della dentatura dovrebbero essere posposte al momento in cui il paziente è in remissione della malattia oncologica primaria.

Nei pazienti affetti da iposcialia-xerostomia da pregressa radioterapia, è elevata l'incidenza di carie dentali cervicali che possono compromettere gravemente la dentatura e la funzione masticatoria, in particolare se il paziente non aderisce adeguatamente ai suggerimenti preventivi.

In questi pazienti è opportuno provvedere prontamente al restauro conservativo delle lesioni cariose che si sviluppano; l'esecuzione dei restauri protesici con corone complete potrà essere realizzato solo se il paziente è in grado di mantenere adeguati standard igienici e preferibilmente con margini subgengivali.

I restauri dentali conservativi dovrebbero essere funzionali e con estetica accettabile; quando utile, dovrebbero essere impiegati materiali a rilascio di fluoruri; i materiali vetroionomerici convenzionali hanno evidenziato una minore durata nei pazienti sottoposti a radioterapia, rispetto ai vetroionomerici a base resinosa, ai compositi e all'amalgama.



Ministero della Salute

Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione

Raccomandazioni per la promozione della salute orale, la prevenzione delle patologie orali e la terapia odontostomatologica nei pazienti adulti con malattia neoplastica.

Gennaio 2014

*Hong 2010 – 2, B*

*Chung 2006 – 2, B*

## trattamenti RIABILITATIVI

### Cure parodontali

I pazienti che hanno effettuato radioterapia nel distretto testa-collo hanno un aumentato rischio di perdita patologica di attacco parodontale; la capacità di riparazione dei tessuti parodontali è ridotta dopo l'irradiazione diretta e si osserva il progressivo allargamento dello spazio parodontale, la distruzione della lamina dura alveolare e la perdita progressiva di attacco.

Il rischio di infezione parodontale viene, inoltre, aumentato dalla iposcizia con aumento dell'accumulo di biofilm e modifica della composizione della flora batterica.

La patologia parodontale dovrebbe essere trattata adeguatamente, con minimo trauma alle strutture adiacenti e ai tessuti molli.

Sono utili sedute di rinforzo della motivazione del paziente al mantenimento dell'igiene orale, istruzioni di igiene orale personalizzate e trattamento di igiene orale professionale.

Follow up: a fini preventivi e per il mantenimento della salute parodontale, è utile un programma di richiami da parte dell'igienista dentale, la cui frequenza viene stabilita su base individuale.



Ministero della Salute

Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione

Raccomandazioni per la promozione della salute orale, la prevenzione delle patologie orali e la terapia odontostomatologica nei pazienti adulti con malattia neoplastica.

Gennaio 2014

Galler 1992 – 3, C

Yusof 1993 – 3, C

Epstein 2001 – 2, B

Al-Nawas 2006 – 2, B

Marques 2004 – 2, B

Kielbassa 2006 – 2, B

trattamenti RIABILITATIVI



Ministero della Salute

Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione

*Raccomandazioni per la promozione della salute orale, la prevenzione delle patologie orali e la terapia odontostomatologica nei pazienti adulti con malattia neoplastica.*

Gennaio 2014

## Cure protesiche

Le protesi rimovibili parziali o totali dovrebbero essere, se possibile, evitate; questi manufatti contribuiscono alla ritenzione di placca e all'insorgenza di malattia orale, particolarmente se il paziente è affetto da iposcialia.

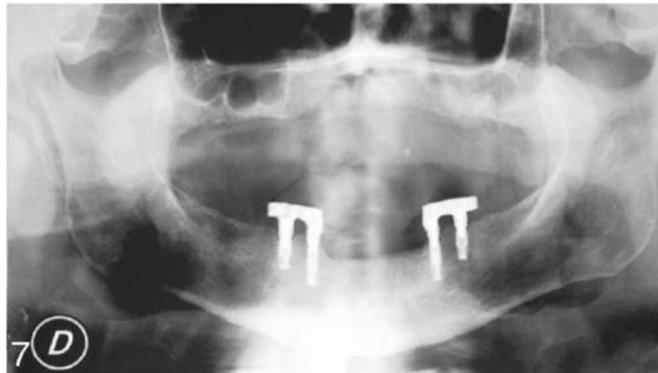
Nel caso in cui le protesi rimovibili siano indispensabili per la riabilitazione della funzione masticatoria e della vita sociale di relazione del paziente, sarà opportuno realizzarle con modalità che non promuovano l'insorgenza di patologia e fornendo adeguate istruzioni preventive al paziente.

protesi: STABILI E ISPEZIONABILI

**Finlay 1992 – 2, B**

# PDTA del CARCINOMA del DISTRETTO TESTA-COLLO - il punto di vista dell'Odontoiatra

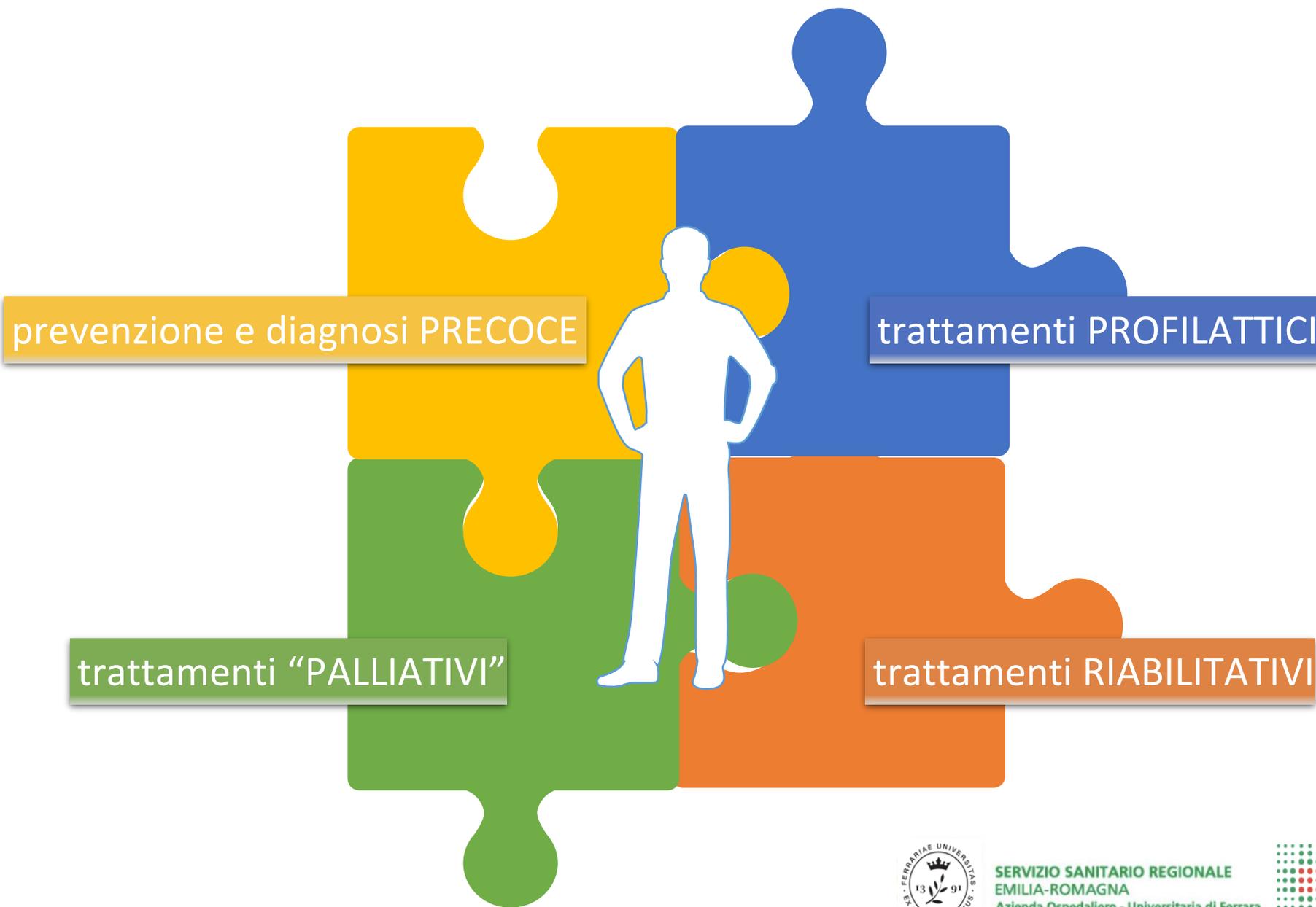
trattamenti RIABILITATIVI



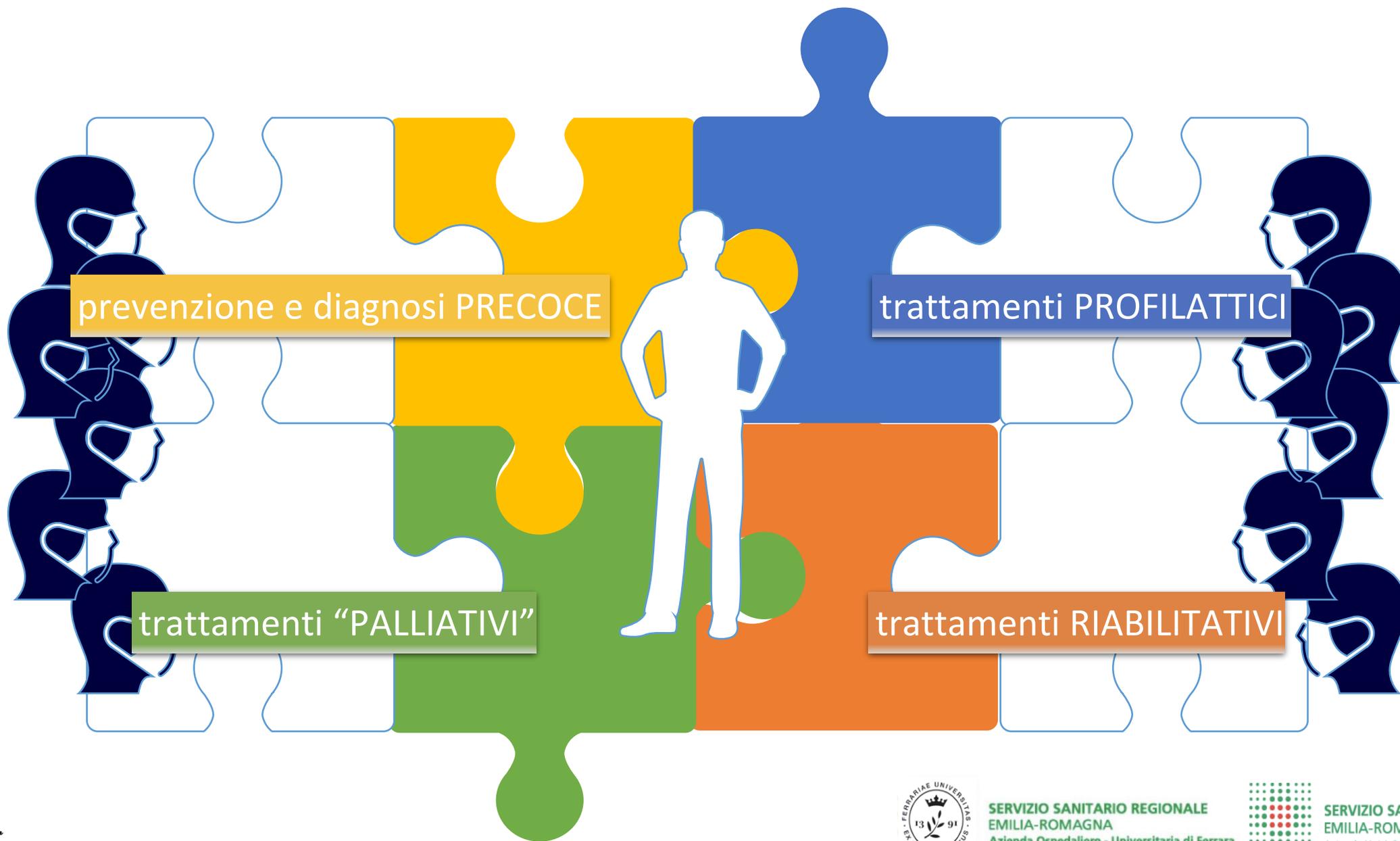
MILLED BAR-SUPPORTED IMPLANT  
OVERDENTURE AFTER MANDIBULAR RESECTION:  
A CASE REPORT

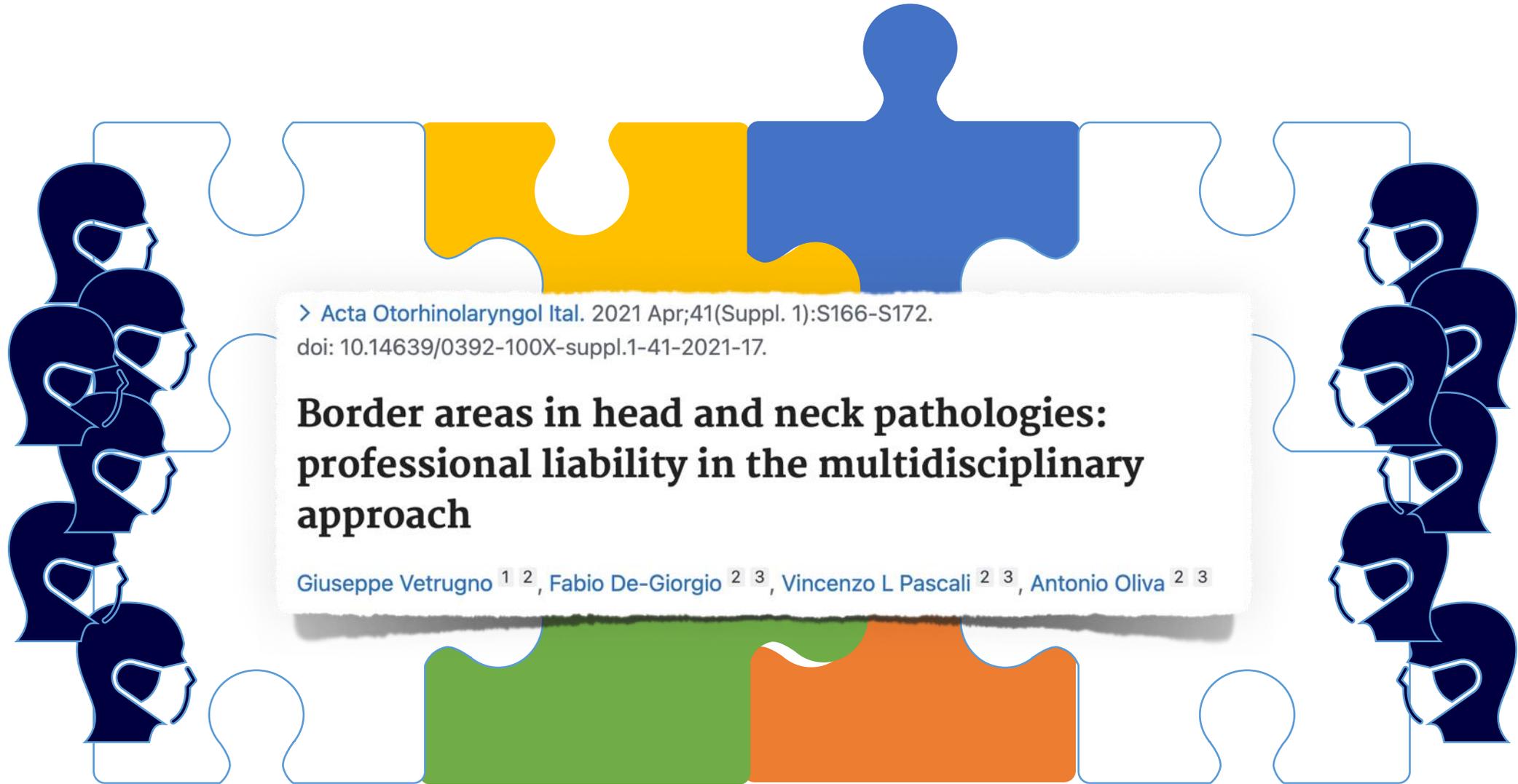
Renata Vecchiatini, DDS; Nicola Mobilio, DDS; Demis Barbin, DDS; Santo Catapano, DMD; Giorgio Calura, DMD

# PDTA del CARCINOMA del DISTRETTO TESTA-COLLO - il punto di vista dell'Odontoiatra



# PDTA del CARCINOMA del DISTRETTO TESTA-COLLO - il punto di vista dell'Odontoiatra





> *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2021 Apr;41(Suppl. 1):S166-S172.  
doi: 10.14639/0392-100X-suppl.1-41-2021-17.

**Border areas in head and neck pathologies:  
professional liability in the multidisciplinary  
approach**

Giuseppe Vetrugno <sup>1 2</sup>, Fabio De-Giorgio <sup>2 3</sup>, Vincenzo L Pascali <sup>2 3</sup>, Antonio Oliva <sup>2 3</sup>

Vetrugno et al, *ACTA OTORHINOLARYNGOLOGICA ITALICA*  
2021;41(SUPPL.1):S166-S172; doi: 10.14639/0392-100X-suppl.1-41-  
2021-17

**Creating a culture of safety within a multidisciplinary team requires an investment in leadership by each member. This investment is based on one assumption: none of the components can achieve success alone, even within an advanced technological process.**

**Border areas in head and neck pathologies:**

**The creation of a common governance structure in the organization of an operating team or a tumour board, in which every professional is valued and feels involved in leadership, is fundamental to exploit the commitment and expertise of each of them to ensure patient SAFETY**

**GRAZIE A TUTTI!!!**