



Fig. 2

# La Salute orale nel paziente in cura palliativa: ruolo dell'igienista dentale

May 08, 2019

Grazie ai notevoli progressi della medicina in campo diagnostico e terapeutico, l'aspettativa di vita è negli anni notevolmente aumentata con un accrescimento a livello globale della popolazione geriatrica. Alla longevità è seguito però un maggior riscontro, in campo medico, di pazienti che presentano quadri clinici di patologie croniche e/o degenerative che spesso risultano anche invalidanti.

**Article written by:**

Dott. G. Lipani

Dott.ssa V. Panzarella  
Prof.ssa O. Di Fedè

Prof.ssa G. Campisi



Tutto ciò ha portato la comunità scientifica a riconsiderare il concetto iniziale di “Salute”, definito dall’Organizzazione Mondiale della Sanità nel lontano 1948, come «l’ottenimento di uno stato di completo benessere fisico, mentale, psicologico, emotivo e sociale»<sup>1</sup>.

Seppur tale definizione fu senza dubbio di forte impatto per la comunità medica di allora, in quanto per la prima volta venivano considerati anche aspetti non medici nella cura del paziente, è utile constatare che in base a tale obiettivo la classe medica si è sentita spesso legittimata a curare il paziente oltre ogni ragionevole limite producendo negli anni un eccesso di medicalizzazione, volto all’ottenimento di un globale benessere fisico, mentale, psicologico e sociale da parte del paziente; tale obiettivo, per chi conosce la realtà medica odierna, è spesso un traguardo impossibile da raggiungere.

Oggi, la definizione di “Salute” considera un uso più razionale delle risorse in quanto intesa come «la capacità di adattamento e di auto gestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive»<sup>2</sup>; si assiste, quindi, all’accettazione da parte del paziente delle proprie condizioni di salute, soprattutto se legate a una discreta qualità di vita con mantenimento della capacità di auto gestione, anche in condizioni di irreversibile perdita di salute<sup>3</sup>. È necessario il superamento dell’approccio specialistico tradizionale, per focalizzarsi sulla persona, sulla valutazione globale e multidisciplinare dei suoi bisogni, promuovendo la dignità e migliorando il più possibile la qualità della vita<sup>4</sup>. In questo contesto si inserisce in modo preponderante la terapia palliativa come possibilità terapeutica per pazienti con prognosi infausta<sup>5</sup>.

Con il termine “cura palliativa” si suole indicare il trattamento di una malattia in fase attiva, progressiva e avanzata, dove la prognosi *quod vitam* è breve e la cura è incentrata sul miglioramento della qualità della vita. Le cure palliative dovrebbero essere un diritto fondamentale, esteso a tutti coloro che soffrono e non un “lusso” riservato a pochi<sup>6</sup>. I suoi principi fondanti sono: la libertà dal dolore e l’alleviamento, per quanto è possibile, di tutte le sofferenze fisiche, psicosociali e spirituali, il preservare la dignità della persona e infine stabilire un rapporto di fiducia con il malato e i suoi parenti (*care-givers*)<sup>7</sup>.

La costante evoluzione nel campo delle cure palliative con trattamenti mirati e più efficaci ha “garantito” al paziente di aumentare la sua aspettativa di vita: questo ha portato il team multi-specialistico, che assiste il malato terminale, ad affrontare quotidianamente nuove sfide per il management. Molto spesso le terapie del paziente oncologico causano severi effetti collaterali e indesiderati che inficiano la qualità di vita e si traducono in una sintomatologia algica cronica e debilitante difficile da gestire. In particolare, a carico del distretto stomatognatico, i pazienti terminali mostrano maggiore suscettibilità a sviluppare infezioni orali da agenti patogeni, determinando rischio di ricadute anche a carico di altri distretti (e.g. disturbi della masticazione e disfagia aumentano il rischio di polmonite ab ingestis)<sup>8-10</sup>.

Per affrontare nel miglior modo possibile queste problematiche è necessaria un'adeguata formazione e un valido supporto multi-specialistico per la gestione del paziente terminale, garantendo il più possibile una migliore qualità della vita.

Lo scopo di questo lavoro è pertanto quello di evidenziare, attraverso una revisione della letteratura, come la figura dell'igienista dentale possa essere utile ed efficace non solo nel mantenere in salute il cavo orale, ma anche per collaborare con un team multi-specialistico nel prevenire eventuali complicanze orali che possono manifestarsi nel paziente terminale<sup>11, 12</sup>.

### **Problematiche più comuni a carico dell'apparato stomatognatico nel paziente terminale**

Per la cura del cavo orale, nella terapia palliativa dell'apparato stomatognatico, l'obiettivo è «lo studio e la gestione di pazienti con malattia attiva, progressiva e in fase avanzata dove la cavità orale è stata compromessa dalla malattia direttamente o indirettamente dagli effetti collaterali ed indesiderati del trattamento farmacologico e/o radioterapico»<sup>13</sup>.

La cavità orale dei pazienti terminali è spesso sede di vari effetti collaterali correlati al trattamento farmacologico o da complicanze legate agli effetti diretti e indiretti della malattia<sup>14, 15</sup>(Fig. 1 - Wiseman M., The treatment of oral problem in the palliative patient. J Can Dent Association, 2006; 72:453. Tradotto e modificato).

I problemi orali più comuni tra i pazienti terminali sono la xerostomia, il dolore orale da mucosite e i problemi di alimentazione. Uno studio condotto in 20 pazienti ospedalieri in Inghilterra ha rilevato che i sintomi orali più comuni erano la xerostomia (presente nel 58% dei pazienti), il dolore da mucosite (42%), la disfagia (37%) e l'alterazione del gusto (26%)<sup>8</sup>; un altro studio analogo norvegese compiuto su 126 pazienti oncologici sottoposti a cure palliative ha mostrato che la xerostomia (78% dei casi), il dolore da mucosite (67%), disfagia e problemi con l'assunzione di cibo (56%), candidosi orale (34%) e accumulo di placca dentale (24%) erano i problemi che si manifestavano con maggiore frequenza<sup>9</sup>. Si è visto, inoltre, che con il progredire della malattia aumentano le complicanze orali: uno studio condotto su 105 pazienti ricoverati in un'unità di cure palliative ospedaliera ha infatti rilevato un aumento della frequenza della bocca secca (78% contro 54%), della glossite (67 contro il 46%) e della disfagia (43 contro 20%) nei pazienti con meno di un mese di vita rispetto ai pazienti con un'aspettativa di vita superiore al mese<sup>16</sup>.

Per tali motivi il mantenimento della salute orale in questi pazienti è essenziale per svolgere le normali attività quotidiane come parlare, mangiare, deglutire. Le complicanze orali che possono insorgere possono influire in modo significativo sulla loro qualità di vita portando ad un declino funzionale maggiore<sup>10, 17</sup>. La salute orale, infatti, influisce non solo a livello funzionale ma anche sulla dignità del paziente.

### **Valutazione dello stato di salute orale nel paziente terminale**

Lo stato di salute orale nel paziente terminale si basa sulla valutazione dei sintomi, dell'esame clinico, dell'aspetto cognitivo e funzionale del paziente stesso e infine sull'identificazione degli obiettivi terapeutici e assistenziali<sup>18, 19</sup>. È importante determinare se il paziente è in grado di mantenere una buona igiene orale e identificare una persona che

possa monitorare giornalmente il suo stato di salute orale<sup>20, 21</sup>. Lo strumento di valutazione della salute orale è basato sul protocollo di Kayser – Jones del 1995 modificato in seguito dal prof. Chalmers nel 2004<sup>22</sup> (Tab. 1), che è stato infine pubblicato come linea guida dall'istituto australiano per la salute e il benessere nel 2009<sup>23</sup>. Questa scheda di valutazione è utilizzata per esaminare lo stato di salute orale nei pazienti delle strutture protette ed è adatto anche per le persone che soffrono di disabilità cognitive<sup>24</sup>. C'è da precisare che questo modello di valutazione è utile ai fini di screening, non può considerarsi uno strumento diagnostico ed è rivolto al personale non medico che assiste questa categoria di pazienti. Questa scheda serve al personale ausiliario per capire se il paziente necessita di una visita specialistica da parte dell'odontoiatra e può essere usata come strumento di valutazione per stabilire i progressi terapeutici dopo le indicazioni di igiene orale prescritte<sup>25</sup>.

### **L'Igienista dentale nella cura del paziente terminale**

La mission dell'igienista dentale è di promuovere la salute orale attraverso la prevenzione primaria, secondaria e terziaria delle patologie oro-dentali al fine di migliorare anche la salute a livello sistemico dei pazienti. Il suo ruolo all'interno del team interdisciplinare di cure palliative è di certo supporto con beneficio diretto del paziente e del personale infermieristico che assiste: l'attività dell'igienista dentale, strutturata in modo stabile negli hospice o nei reparti specializzati in cure palliative, funzionerebbe come sentinella e ausilio dell'odontoiatra, al fine di richiedere un suo intervento qualora fosse necessario.

L'igienista dentale potrebbe, inoltre, formare il personale ausiliario e i *care-givers* sulle corrette procedure d'igiene orale specifiche per il malato terminale, incoraggiandoli a partecipare a programmi d'igiene orale in quanto questi hanno una maggiore empatia con il paziente, ascoltano i loro pensieri, conoscono il loro stato d'animo, le preoccupazioni e i loro fastidi. Lo scopo è spiegare loro che la cavità orale non è un'entità separata dal corpo anzi, è l'espressione di tutti i problemi sistemici del paziente. Durante la valutazione dello stato di salute orale dovrebbe essere presente un membro della famiglia oppure la persona che è stata designata come *care-givers*. A questo punto l'igienista dentale esamina la cartella clinica del paziente per determinare i problemi medici, la dieta e i trattamenti effettuati in precedenza che potrebbero avere avuto implicazioni per la cavità orale, valutando anche le abitudini precedenti alla malattia per le cure odontoiatriche, le abitudini alimentari attuali e i metodi d'igiene orale usati; sono annotate anche le limitazioni fisiche e mentali del paziente. Dopo la raccolta dei dati, l'igienista e il paziente dovrebbero arrivare ad una visione comune dei bisogni dentali da soddisfare, in base alla percezione e ai desideri del paziente e in base anche agli obiettivi di cura generali<sup>26, 27</sup>. Dopo la visita di valutazione, l'igienista prepara un piano di assistenza di salute orale da inserire nel piano di assistenza generale del paziente terminale. Nel piano possono essere inserite le criticità riscontrate, le preoccupazioni percepite dal paziente, dal personale sanitario e/o dalla famiglia.

Il piano di assistenza orale (Tab. 2) comprende procedure preventive e potenziali trattamenti odontoiatrici di competenza dell'odontoiatra che saranno sottoposte al vaglio del team interdisciplinare. Sarà compito dell'igienista dentale istruire il *care-givers* ed assicurarsi che

comprenda appieno le manovre di igiene orale e l'utilizzo degli ausili prescritti poiché sarà sua responsabilità mantenere lo stato di salute orale del paziente se quest'ultimo non fosse in grado di farlo.

Durante le riunioni del team interdisciplinare, l'igienista può indicare eventuali manifestazioni orali riscontrate nel paziente a seguito del peggioramento delle sue condizioni cliniche e questo aiuterà il personale medico a riconoscere i cambiamenti delle condizioni orali del paziente e garantire un miglior piano di assistenza adeguato all'evoluzione dello stato di salute orale<sup>26, 27</sup>.

### **L'igiene orale nel paziente terminale**

L'igiene orale nei pazienti terminali può diventare una vera e propria sfida per il malato ma anche per il suo care-giver: per tali motivi è consigliabile dedicare una routine quotidiana di almeno due minuti, mattino e sera, e questo anche quando la bocca non è più utilizzata dal paziente per alimentarsi<sup>21, 28</sup>. La cura della bocca diventa fondamentale soprattutto per chi utilizza apparecchi per la respirazione assistita in quanto i batteri possono passare facilmente dal cavo orale ai polmoni causando infezioni polmonari importanti che possono portare ad un aggravamento del quadro patologico fino all'exitus nel paziente defedato.

Premesso che le raccomandazioni d'igiene orale per questi pazienti dipendono molto dalla loro condizione clinica, in molti casi viene consigliato l'uso di uno spazzolino a setole morbide per ridurre il rischio di eventuali micro traumi durante lo spazzolamento con un dentifricio ad elevato contenuto di fluoro. La tecnica di spazzolamento consigliata al paziente o a chi lo assiste è quella circolare. Nei casi in cui il paziente non ha particolari problemi alle mucose orali, può essere utilizzato come presidio efficace lo spazzolino elettrico roto-oscillante in quanto le testine presentano una superficie operativa molto ridotta rispetto ad un normale spazzolino consentendo al paziente o al care-giver di arrivare con più facilità ed efficacia a pulire tutte le zone del cavo orale. L'uso di collutori privi di alcool può aiutare a ridurre la carica batterica presente in bocca e l'alitosi. Possono essere usati anche gli idropulsori per veicolare il collutorio negli spazi interdentali ma solo nei pazienti che non presentino difficoltà di deglutizione. Le protesi mobili vanno rimosse e pulite con uno spazzolino dedicato e detergenti. Se il paziente ha la candida potrebbe essere necessario igienizzare la protesi in una soluzione antimicotica. Se le labbra si presentano secche o screpolate, è consigliabile applicare sostanze emollienti e protettive come la lanolina<sup>29</sup>. Questi prodotti sono controindicati nei pazienti che stanno facendo radioterapia nella regione testa collo e nei pazienti che fanno ossigeno terapia; in sostituzione possono essere utilizzati dei lubrificanti a base acquosa<sup>30</sup>.

Per i pazienti che non sono in grado di risciacquare o sputare ed hanno problemi di deglutizione, è consigliabile tamponare la cavità orale e i denti due volte al giorno con delle garze o spugnette imbevute di clorexidina gluconato allo 0,12% senza alcool<sup>29</sup>. I tamponi in morbida spugna di espanso (Fig. 2) consentono di penetrare anche sotto la lingua senza creare fastidio al paziente ed è preferibile usare dei collutori che creino poca schiuma. I tamponi in morbida spugna possono essere usati inoltre per assorbire saliva e altri fluidi che possono ristagnare in bocca creando problemi alla deglutizione.

La disponibilità in alcuni casi di un aspiratore di liquidi consente altresì di utilizzare gli spazzolini aspiranti (Fig. 3), i quali, collegati al tubo dell'aspiratore, provvedono al lavaggio e contemporaneamente all'aspirazione dei fluidi conseguenti. Il foro presente nel dorso del manico consente di controllare, con il pollice, frequenza e durata dell'aspirazione.

Sono disponibili dei set di aspiratore portatile e spazzolino aspirante per quest'uso. L'aspiratore del set dispone di una pompa manuale per il vuoto (Fig. 4) azionata dalla impugnatura e non necessita di alimentazione elettrica o di pile. Ovviamente è importante ricordare l'importanza di una corretta igiene e manutenzione di questi presidi e la necessità di procedere sempre alla loro sostituzione in tempi congrui per evitare l'instaurarsi di nicchie batteriche che possono essere anche letali per il paziente fortemente defedato.

Nei pazienti non collaboranti, in cui possono essere presenti spasmi, è consigliabile usare degli apribocca per facilitare l'igiene orale. Esistono degli apribocca studiati che sono morbidi per evitare il danneggiamento degli elementi dentari, e abbastanza consistenti da proteggere da eventuali improvvisi spasmi (Fig. 5).

Fig. 1



Nei pazienti con elevato rischio di carie è consigliabile usare i gel al fluoro con concentrazioni di fluoruro di sodio pari all'1,1% e possono essere applicati con uno spazzolino mono ciuffo o in alternativa si possono usare le vernici al fluoro al 5% di fluoruro di sodio. L'applicazione topica del gel al fluoro può causare, se accidentalmente ingerito, alcuni effetti indesiderati gastrointestinali come nausea, vomito e diarrea; inoltre, in rarissimi casi, l'applicazione ripetuta in brevi intervalli del gel al fluoro, può causare alterazioni desquamative nella mucosa orale con erosioni superficiali e ulcerazioni.

La cura per i pazienti che presentano un quadro clinico di xerostomia consiste nel cercare di ridurre al minimo le terapie farmacologiche che possono causare un'ipofunzione salivare, migliorare l'idratazione, consigliare l'uso di umidificatori ambientali, e, ove è possibile, l'uso di gomme da masticare o caramelle senza zucchero e infine prescrivere lubrificanti della mucosa e sostituti salivari. L'uso di farmaci scialogoghi in genere non è indicato nel trattamento della bocca secca nei pazienti terminali<sup>31</sup>.

## **Conclusioni**

Sebbene esista molta letteratura riguardo le cure palliative nel malato terminale, i problemi e le complicanze relative alla salute orale rimangono ancora un tema poco discusso<sup>32</sup>.

L'importanza delle cure odontoiatriche per questi pazienti è spesso ignorata, a causa della mancanza nel team di cure palliative da parte dell'odontoiatra e dell'igienista dentale<sup>32</sup>. La presenza di queste due figure potrebbe garantire al paziente terminale un miglior controllo della sua salute orale grazie all'attuazione di protocolli di prevenzione primaria e secondaria e anche una diagnosi precoce di alcune condizioni morbose che possono incidere negativamente sulla sua qualità di vita, come ad esempio la patologia cariosa, la mucosite, la xerostomia etc..

Un'attenta revisione della letteratura in merito al ruolo del team odontoiatrico nelle cure palliative ha evidenziato l'importanza di un piano di assistenza orale adeguato, come parte integrante delle cure stesse per garantire una miglior qualità di vita possibile al malato terminale<sup>21, 32</sup>.

## **Bibliografia**

1. World Health Organization: Definition of Health. Geneva 1948.
2. Huber et al., How should we define health? *BMJ* 2011;343:d4163.
3. What is health? The ability to adapt. *Lancet* 2009;373;781.
4. Levy BS Wegman DH., Commentary: public health and preventive medicine: proposing a transformed context for medical education and medical care . *Acad Med* 2012 ; 87 : 837-9.
5. Callaway MV, Connor SR, Foley KM., World Health Organization Public Health Model: A Roadmap for Palliative Care Development. *J Pain Symptom Manage*, 2018 feb; 55(2S):S6-S13.
6. Mackenbach JP., The persistence of health inequalities in modern welfare states: the

- explanation of a paradox , Soc Sci Med 2012 ; 75 : 761 – 9.
7. Fallon M, Hanks H, ABC of Palliative Care - 2nd ed. 2006 BMJ books; p.VIII.
  8. Aldred MJ, Addy M, Bagg J, Finlay I., Oral health in the terminally ill: a cross sectional pilot survey. Spec Care Dentist, 1991; 11:59.
  9. Wilberg P, Hjermsstad MJ, Ottesen S, Herlofson BB., Oral health is an important issue in end of life cancer care. Support Care Cancer, 2012; 20:3115.
  10. Gorges J, Wehler b, Kruger M, Singer S., Oral health-related quality of life in cancer patients. Laryngorhinootologie. 2018 May;97(5):327-333.
  11. Nathaniel S treister, DMD, DMSc; Alessandro Villa, DDS, PhD, MPH; Lisa Thompson,DMD. Palliative care: Overview of mouth care at the end of life, June 2017.
  12. Mulk BS, Chintamaneni RL, Mpv P, Gummadapu S, Salvadhi SS., Palliative dental care- a boon for debilitating. J Clin Diagn Res. 2014 Jun;8(6):ZE01-6.
  13. Wiseman MA., Palliative Care Dentistry. Gerodontology, 2000; 17:49-51. Pubmed.
  14. Wiseman M., The treatment of oral problem in the palliative patient. J Can Dent Association, 2006; 72:453.
  15. Walls AW, Murray ID., Dental care of patients in a hospice. Palliative Med, 1993; 7:313.
  16. Matsuo K, Watanabe R, Kanamori D, et al., Associations between oral complications and days to death in palliative care patients. Support Care Cancer 2016; 24:157.
  17. Fisher DJ, Epstein JB, Yao Y, Wilkie DJ., Oral health conditions affect functional and social activities of terminally ill cancer patients. Support Care Cancer, 2014; 22:803.
  18. Wiseman M., Palliative care dentistry. In: Geriatric Dentistry: Caring For Our Aging Population, 1st ed, Friedman PK (Ed), John Wiley & Sons, Ames, IA 2014. P.17.
  19. Wilwert M. Should, dentists be included as members of the hospice care team? Spec Care Dentist 2003; 23:84.
  20. Chen X, Chen H, Douglas C, et al., Dental treatment intensity in frailolder adults in the last year of lif, J AM Dent Assoc 2013; 144:1234.
  21. Soileau K, Elster N., The Hospice Patient's Right to Oral Care: Making Time for the Mouth. J Palliat Care. 2018 Apr;33(2):65-69.
  22. Kayser-Jones J, Bird WF, Paul SM, et al., An instrument to assess the oral health status of nursing home residents. Gerodontologist 1995;35:814.
  23. Australian Department of Health and Ageing. Urbis JHD. Trial of the Draft National Framework for Documenting Care in Residential Aged Care Services. Draft Report, 2004.
  24. Chalmers JM, King PL, Spencer AJ et al., The oral health assessment tool validity and reliability. Aust Dent J 2005; 50:191.
  25. Chalmers J, Johnson V, Tang JH, Titler MG., Evidence- based protocol: oral hygiene care for functionally dependent and cognitively impaired older adults. J Gerodontol Nurs 2004; 30:5.
  26. Brown JO, Hoffman LA., The Dental Hygienist as a hospice care provider. Am J Hosp Palliat Care. 1990 Mar-Apr; 7(2):31-5. Pubmed.
  27. Karen B. Williams, RDH, MS; Cynthia C. Gadbury-Amyot, RDH, MS; Kimberly Krust Bray, RDH, MS; Deborah Manne, RDH, BS, RN; and Patricia Collins, RDH, BS., Oral Health-Related Quality of Life: A Model for Dental Hygiene, Journal of Dentla Hygiene Vol.72, No. 2, Spring 1998.
  28. Lewis A, Wallace J, Deutsch A, king P., Improving the oral health of fail and functionally

dependent elderly. *Aus Dent J.* 2015. Mar;60 Suppl 1:95-105.

29. Chalmers JM, Wiseman M, Ettinger R, Spector EL., Oral hygiene care for palliative care residents in nursing homes, 2009.
30. tanay (UK), Logan R. (Australia), Rlesenbeck D. (Germany), Hovan A. (Canada), Mouth care guidance and support in cancer and palliative care. *UK Oral Mucositis in cancer Group* 2nd edition May 2015.
31. Davies AN, Broadley K, Beighton D., Xerostomia in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 2001; 22:820.
32. Fitzgerald R, Gallagher J., Oral health in end of life patients: A rapid review. *Spec care Dentist.* 2018 Sep;38(5):291-298.

## Leave a Reply

Your email address will not be published. Required fields are marked \*

Comment

Name \*

Email \*

Website

Post Comment