

Diabete e parodontite: una relazione pericolosa

L'associazione del diabete con la parodontite, che ha effetti avversi sulla capacità masticatoria, fa ipotizzare che sforzi per prevenirne lo sviluppo attraverso interventi di prevenzione primaria e secondaria, migliorarne la diagnosi e la terapia dovrebbero essere incoraggiati in un'ottica di tutela della salute dei pazienti

Luca Lione

Diabetologo ambulatoriale, ASL 2 Savonese - Coordinatore Gruppo "Oral Care" - Associazione Medici Diabetologi (AMD)

Negli ultimi anni sono emerse molteplici evidenze sulla corrispondenza "biunivoca" tra compenso glicometabolico del diabete e malattia parodontale. Il rischio per un soggetto diabetico di ammalarsi di parodontite cronica è stimato essere da due a tre volte maggiore rispetto a quello di un non diabetico. Purtroppo la crisi economica ha portato anche maggiori difficoltà nei pazienti ad affrontare adeguati trattamenti odontoiatrici, compromettendo ancor più la masticazione, con conseguente alimentazione con cibi a basso costo (pane, pasta, ecc), ma dannosi per il buon compenso del diabete. Un lavoro congiunto tra le diverse specialità (diabetologi, odontoiatri, Mmg, pediatri) può portare risultati positivi in un'ottica di tutela della salute dei pazienti. È su queste basi che l'Associazione Medici Diabetologi, la Società Italiana di Diabetologia e la Società Italiana di Parodontologia e Implantologia, hanno prodotto il documento "Diabete e parodontite", volto ad implementare sia la diagnosi precoce delle due patologie, sia interventi di prevenzione primaria e secondaria. Il documento è disponibile in <http://www.aemmedi.it>.

► Evidenze scientifiche

► Relazione diabete-parodontite

La maggiore suscettibilità alla parodontite nei diabetici è dovuta alla risposta alterata in seguito a insulto batterico dei batteri parodontopatici associata a una disbiosi del biofilm sottogengivale.

Questa alterazione è possibile tramite tre meccanismi:

- * citochine/adipochine,
- * immunità cellulare alterata,
- * iperglicemia.

Il diabete influenza qualitativamente e quantitativamente il profilo citochinico dei pazienti con parodontite. Infatti, i soggetti con DT2 e parodontite mostrano, rispetto ai diabetici senza parodontite, un maggiore livello di citochine ematiche e a livello del fluido gengivale crevicolare; lo stesso quadro è osservabile nel DT1.

Nei monociti di soggetti con DT1 e parodontite è stata descritta una maggiore produzione di IL-1 β , TNF- α , PGE2 dopo stimolazione con lipopolisaccaride rispetto a soggetti senza DT1. Inoltre, nei soggetti con diabete si ha una risposta immune mediata da neutrofili deficitaria a livello gengivale.

L'iperglicemia ha un impatto sulla salute parodontale grazie a quattro meccanismi fondamentali correlati a stress cellulare; advanced glycation end-products (AGEs) e loro recettori RAGE; omeostasi dell'osso alveolare; disbiosi del biofilm batterico.

Esiste una relazione diretta fra la gravità e l'estensione della parodontite e il peggioramento del controllo glicemico. Tale condizione è responsabile di una ridotta produzione di collagene e incremento di attività collagenolitica dei fibroblasti gengivali e parodontali.

Proteine glicosilate (advanced glycation end-products, AGEs) sono presenti nei tessuti gengivali e nella saliva dei pazienti diabetici con parodontite. I livelli degli AGEs ematici sono associati significativamente all'estensione della parodontite nei pazienti con DT2.

Se il diabete è poco controllato, nei tessuti parodontali vi è un alto livello di proteine di membrana receptor activator of nuclear factor kappa-B ligand (RANKL), membro della famiglia del TNF. Ciò contribuisce a un'alterazione del metabolismo osseo con riassorbimento dell'osso alveolare nel soggetto con parodontite.

► *Relazione parodontite-diabete*

I dati sperimentali lasciano supporre che la parodontite aumenti il rischio di sviluppare diabete. Soggetti non diabetici seguiti per cinque anni presentano, qualora il soggetto sia affetto da parodontite grave, un incremento di HbA1c dello 0.1% indipendentemente dai fattori confondenti, quali l'età. Questo incremento è ancora maggiore nei soggetti con un elevato livello di PCR. Vi sono solide evidenze che nei soggetti affetti da parodontite vi sia un controllo glicemico peggiore, evidenziato da un incremento dei valori di HbA1c nei soggetti non diabetici con parodontite.

La tendenza all'iperglicemia è mediata dall'infiammazione sistemica elevata del soggetto affetto da parodontite e un complesso meccanismo che comprende:

1. l'elevata produzione citochinica che potrebbe contribuire all'insulino-resistenza tramite la modificazione dell'insulin receptor substrate-1;
2. alterazione della funzione adipocitaria con aumento di acidi grassi liberi;
3. calo della produzione di ossido nitrico endoteliale.

Nei soggetti diabetici con parodontite si è osservato un peggior controllo della glicemia e un aumentato rischio dello sviluppo di complicanze del diabete.

Nei soggetti con DT1 e parodontite esiste un maggiore rischio di complicanze renali e cardiovascolari.

Nei soggetti con DT2 in presenza di parodontite moderata/grave è più frequente macroalbuminuria e insufficienza renale terminale. Inoltre, in presenza di parodontite grave, i soggetti con DT2 presentano un rischio di morte cardio-renale 3.5 volte superiore rispetto ai soggetti parodontalmente sani.

Infine, tre mesi dopo terapia della parodontite, il valore meta-analitico della riduzione di HbA1c è pari allo 0.4%.

► *Il clinico e la patologia orale*

Il medico deve informare il paziente con DMT2 del maggior rischio di malattia parodontale e della corrispondenza biunivoca che lega le due patologie, soffermandosi in particolare sull'aumentato rischio cardiovascolare e di complicanza renale.

I sintomi della parodontite sono molteplici. È possibile porre il sospetto di malattia parodontale qualora il paziente abbia un'anamnesi positiva per i seguenti sintomi: sanguinamento gengivale, recessione gengivale, alitosi o alterazioni dell'alito, gonfiore o fastidio gengivale, ipersensibilità dentinale parodontale.

Investigare la presenza di questi sintomi dovrebbe essere parte integrante della visita diabetologica.

L'ispezione del cavo orale, con particolare attenzione alla situazione gengivale, dovrebbe far parte della valutazione iniziale e delle visite successive, da effettuarsi con cadenza annuale se non è presente parodontite. I ragazzi diabetici, a partire dai 7 anni, vanno indirizzati annualmente all'odontoiatra per una valutazione. Nel sospetto di presenza di parodontite il diabetologo indirizza il paziente all'odontoiatra per una valutazione specifica del caso.

Se il paziente presenta una parziale perdita di elementi dentali, nell'ambito dei programmi di educazione terapeutica strutturata, si evidenzierà l'importanza di una corretta masticazione per una buona alimentazione.

Ricordare ai pazienti che, qualora avvertissero sensazioni di bocca secca, bruciore, comparsa di chiazze biancastre (micosi), devono subito rivolgersi all'odontoiatra di fiducia.

La diagnosi di parodontite è clinica

ed è solitamente posta tramite un esame clinico odontoiatrico chiamato sondaggio parodontale, in cui è sondato e misurato il solco gengivale che, in presenza di parodontite, appare approfondito.

È inoltre importante una valutazione radiografica volta a misurare il grado di distruzione di osso alveolare intorno ai denti affetti da parodontite.

Il clinico deve collaborare con l'odontoiatra per la gestione della terapia orale (soprattutto sulfaniluree) e della terapia insulinica (entrambe potenzialmente a rischio di provocare ipoglicemie) nelle 24 ore successive all'intervento odontoiatrico durante le quali il paziente abbia oggettive difficoltà ad alimentarsi.

► *Il ruolo dell'odontoiatra*

Anche l'odontoiatra ha un ruolo fondamentale nell'informare il paziente sull'associazione tra malattia parodontale e patologie sistemiche (cardiovascolari, dismetaboliche, reumatologiche).

In occasione della prima visita andrebbe raccolta una dettagliata anamnesi medica - personale e familiare - e andrebbe rilevato il BMI del paziente. In assenza di esami ematochimici recenti (eseguiti durante l'ultimo anno) andrebbe chiesto al paziente di sottoporsi a tali accertamenti.

Nei pazienti che presentano parodontite grave e familiarità di primo grado per DMT2 è opportuno consigliare una visita/valutazione diabetologica.

Per i pazienti diabetici che devono essere sottoposti a cure odontoiatriche, programmare adeguatamente l'orario dell'appuntamento, il tipo di anestesia, instaurare se necessario una profilassi antibiotica sistemica ed evitare, per quanto possibile, lo stress e i traumi.