

Il cavo orale nell'anziano

La compromissione dell'integrità anatomo-funzionale del cavo orale durante l'invecchiamento ha influenze non solo sullo stato di salute della bocca, ma anche sulla patogenesi di patologie sistemiche e sulla nutrizione. L'igiene del cavo orale, la prevenzione della colonizzazione batterica in questa sede e dell'edentulismo possono determinare benefici tangibili per la salute e la qualità di vita

Dal cavo orale si accede agli apparati digerente e respiratorio; la sua struttura e funzionalità sono finemente regolate a vari livelli: spesso con l'invecchiamento subiscono importanti modificazioni che riguardano l'apparato dentario e parodontario, la mucosa orale, il sistema muscolo-articolare che presiede alla masticazione (bocca, articolazione temporo-mandibolare), alla deglutizione (lingua, muscoli, ecc) e all'articolazione della parola. In *tabella 1* sono ricordate le alterazioni funzionali e le patologie del cavo orale di più frequente riscontro nell'anziano.

La secrezione di un'adeguata quantità di saliva permette il corretto svolgimento delle funzioni ricordate. Gli argomenti di odontoiatria geriatrica sono poco considerati e poco inseriti nella comorbilità generale dell'anziano, ma l'igiene del cavo orale è sicuramente un punto fondamentale per la corretta gestione dell'anziano malato e per la prevenzione di al-

cune patologie dell'età avanzata. Ricordiamo che al calo ponderale involontario dell'anziano possono contribuire anche le scadenti condizioni dell'apparato masticatorio, la xerostomia e la deglutizione difficile.^{1,2}

Le abitudini alimentari possono dipendere sicuramente da patologie concomitanti, ma la causa più diretta è la compromissione delle prime vie digestive associata a ridotta sensibilità (gusto e olfatto)³: con le eventuali alterazioni della sfera cognitiva e affettiva questi fattori sono in grado di ridurre l'apporto di cibo di qualità e quantità adeguate.

Si evidenzia soprattutto nella pratica geriatrica la necessità di procedure preventive per limitare la crescita batterica in una sede strategica come il cavo orale; esse devono iniziare già nei primi anni di vita, ma diventano molto rilevanti nell'età avanzata e in tali soggetti l'esame obiettivo della bocca non dovrebbe essere omesso.

La patologia del cavo orale può determinare, oltre a problemi estetici, quadri molto rilevanti per l'anziano, come disidratazione, malnutrizione, perdita di peso, instabilità posturale, aspirazione di materiale nelle vie respiratorie (può contenere batteri anaerobi);⁴ non si devono poi dimenticare le infezioni per il passaggio in circolo di microrganismi che colonizzano in varie sedi del cavo orale.⁵ È incerto se l'infezione da *Helicobacter pylori* sia legata alla colonizzazione orale di tale specie batterica, in quanto i dati sono contrastati e non certi.

La valutazione del cavo orale è incerta, problematica e spesso dimenticata: si dovrebbe fare riferimento ad uno strumento definito e validato come il *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI)⁶, che dà utili indicazioni sui problemi funzionali soggettivi relativi al cavo orale (*tabella 2*). È stata anche proposta una versione dell'*Oral Assessment Guide* (OAG)⁷.

La consultazione odontoiatrica è raramente praticata nonostante i problemi attivi e lo scarso ricorso a protesi. La disfunzione masticatoria da edentulismo, la riduzione della forza masticatoria descritta nell'anziano fragile e l'alterata funzionalità dell'articolazione temporo-mandibolare⁸ possono essere in parte corrette dalla protesi fissa o mobile⁹.

Con l'invecchiamento anche i movimenti che consentono un'efficiente masticazione subiscono modificazioni così che le funzioni di rottura, triturazione e *mixing* dei cibi con la saliva si modificano, diventando più deboli soprattutto in senso verticale⁹. Non si deve dimenticare oltre all'impatto funzionale anche quello psicosociale e sulla qualità della vita indotto dalle malattie/alterazioni del cavo orale.¹⁰

Alterazioni dell'apparato dentario

La progressiva perdita dei denti è una caratteristica dell'invecchiamento fino ad arrivare all'edentulia totale. La masticazione è fondamentale per una buona alimenta-

Tabella 1

Patologie e alterate funzioni del cavo orale nell'anziano

- Involuzione dell'apparato dentario, parodontopatie
- Ridotta capacità masticatoria
- Infezioni del cavo orale e glossodinia
- Lesioni precancerose
- Xerostomia (secchezza delle fauci/riduzione della salivazione)
- Disfagia

Tabella 2

Domande da porre al paziente per la valutazione del cavo orale

- Ha limitato il tipo o la quantità di cibo a causa di problemi con i denti o la dentiera?
- Ha avuto problemi nel mordere o nel masticare alcuni cibi, come carne dura o mele?
- È capace di deglutire agevolmente?
- I denti o la dentiera le hanno impedito di parlare come avrebbe voluto?
- È capace di mangiare qualsiasi cosa senza sentire fastidio?
- Limita i contatti con le persone a causa delle condizioni dei denti o della dentiera?
- Si sente soddisfatto o felice per l'aspetto dei denti e gengive o della dentiera?
- Usa medicinali per alleviare dolore o disagio dalla bocca?
- È preoccupato o ansioso per i problemi dei denti, gengive o dentiere?
- Si sente nervoso o imbarazzato per i problemi con i denti, gengive o dentiere?
- È a disagio nel mangiare di fronte alle persone a causa di problemi con i denti o dentiere?
- I denti o gengive sono sensibili al caldo, al freddo o al dolce?

GOHAI Index, 1990 (mod)

zione: un numero di denti superiore a 20 consente la masticazione di ogni tipo di cibo. Il numero di denti presenti in rapporto all'età è stato oggetto di valutazioni epidemiologiche: con l'avanzare dell'età si perde un numero crescente di denti; il secondo molare superiore e inferiore e il primo molare del mascellare superiore hanno una vita media più breve. La buona dentizione si associa a un minore declino funzionale, consentendo migliori interazioni sociali;⁹ il numero dei denti perduti indica le molteplici infezioni sofferte nel tempo e può considerarsi l'ennesimo fattore di rischio di mortalità globale.^{11,12}

Uno degli obiettivi di una buona igiene orale è quello di mantenere il massimo numero di denti il più a lungo possibile. Le recessioni gengivali si verificano con grande frequenza durante la vita con formazione di sacche più o meno profonde che rappresentano l'ambiente ideale per la colonizzazione batterica; l'ambiente a bassa concentrazione di ossigeno favorisce lo sviluppo di specie batteriche anaerobiche.

La placca batterica è formata da germi anaerobi e aerobi che aderiscono alla superficie dentaria con cellule epiteliali ed è l'evento ini-

ziale che si stabilizza tenacemente sulla superficie del dente e si insinua fra dente e gengiva; indurendosi e calcificandosi forma il tartaro, che si addentra ulteriormente sotto la gengiva, che va incontro a un cronico processo flogistico. La carie del colletto è favorita dalla formazione di nicchie e recessi causati dall'involutione, ove i residui degli alimenti si annidano. La situazione è aggravata nel caso di portatori di protesi. La malattia parodontale è un'infezione complessa multifattoriale complicata dalla risposta infiammatoria dell'ospite. Perciò è necessario, a scopo preventivo, pulire accuratamente i denti dopo il pasto serale, ponendo attenzione alla regione del colletto che spesso presenta decalcificazioni. Anche le incisure cuneiformi del colletto dentale si prestano a ritenere residui di cibo. In questo caso lo spazzolino deve essere utilizzato in senso verticale. Per quanto riguarda le abrasioni della superficie masticatoria, alle volte molto marcate, possono presentare solchi profondi, tanto da rendere molto dolorosa la masticazione.

L'involutione dei tessuti di sostegno dei denti (parodonto), aggravata da concomitanti fattori infiammatori, porta a una progressiva e ingravescente mobilità dei

denti. Tale mobilità, che può colpire elementi isolati o interi settori, è talvolta così accentuata da rendere impossibile la masticazione.

L'osso alveolare è condizionato strutturalmente dalla presenza del dente; all'estrazione dello stesso segue, infatti, atrofia dell'osso. Anche la flogosi da parodontopatia induce alterazione della struttura dell'osso alveolare; lo stesso effetto si ottiene per un difetto di occlusione dentaria.¹³ Infine, l'atrofia dei processi alveolari edentuli costituisce un notevole ostacolo per la stabilità, la sopportabilità della protesi mobile e l'eventuale applicazione di un impianto. Talvolta si formano lesioni della mucosa gengivale (decubiti), che se non curate possono dare luogo a complicazioni, oltre al costante dolore alla masticazione; in questi casi la protesi deve essere controllata dall'odontoiatra. Complessivamente il comportamento della densità dell'osso alveolare indica il suo coinvolgimento nel processo osteoporotico.¹⁴

Tuttavia, le terapie antiosteoporotiche non hanno comprovata efficacia nella prevenzione della patologia odontoiatrica legata all'età.¹⁵ Nell'anziano con polipatologia è frequente l'ipovitaminosi D, l'ipocalcemia e, conseguentemente, l'iperparatiroidismo secondario, che attiva gli osteoclasti; questo concorre ad alterare l'impianto dentario nell'osso alveolare. Non si deve dimenticare che il trattamento ortodontico può attivare il rimodellamento osseo anche nell'età avanzata.

È utile ricordare che fra gli obiettivi dell'OMS c'è la riduzione dell'edentulismo parziale e totale nella popolazione: la prevenzione dovrebbe pertanto essere attuata con maggiore attenzione.

Grande attenzione deve essere posta alla parodontite, ovvero il fenomeno infiammatorio acuto e cronico dei tessuti di sostegno del dente su base eziopatogenetica di tipo infettivo. È importante ricordare che la rimozione della placca batterica è considerata un fattore essen-

ziale nel controllo delle gengiviti e dell'infiammazione parodontale. La rimozione regolare della placca è la condizione necessaria per mantenere una situazione del parodonto.

Non si deve dimenticare la rilevanza della possibile presenza di lesioni periapicali in forma di granulomi, ascessi e cisti: l'indagine radiografica può evidenziarle e fornire l'occasione per rilevare come reperti accessori calcificazioni dell'arteria carotide.¹⁶

■ Lesioni del cavo orale

Lesioni della mucosa

La presenza di lesioni della mucosa si accompagna frequentemente a modificazioni della sensibilità gustativa, che raramente è oggetto di considerazione, anche se può condizionare la scelta dei cibi.¹⁷

In generale l'anziano ha una ridotta capacità di distinguere i sapori dei cibi, per cui è consigliato accentuare l'intensità dei sapori dopo averne stabilito il gradimento personale.

È certo che il gusto così come l'olfatto sono sensibilità che dovrebbero essere valutate nella persona anziana, che molto spesso ha problemi nutrizionali di non facile soluzione.

Lichen ruber planus

Il lichen ruber planus è una patologia caratteristica del cavo orale, anche se può interessare qualsiasi distretto mucoso; consiste di una lesione eritematosa con cheratosi, in aree leggermente rilevate; determina scleroatrofia della mucosa, gengive lisce e perdita delle papille linguali. Va considerato come una patologia precancerosa.

Leucoplachia

Si presenta come una placca bianca di epitelio corneificato, localizzata in punti di frequente urto e usura della mucosa, come nei punti di inserzione di protesi, denti sporgenti, punti di attrito con irregolarità delle superfici coronali, attitudini viziate.

Stomatite aftosa

Consiste nella comparsa di piccole afte superficiali del diametro di 2-3 mm, tondeggianti od ovalari con fondo bianco giallastro, contorni arrossati, molto dolenti. Le afte possono essere singole o multiple, sono variamente localizzate sulla superficie del cavo orale, guariscono spontaneamente nell'arco di 10-15 giorni, ma tendono facilmente a recidivare.

Neoplasie

Tra le neoplasie del cavo orale, quelle dell'epitelio pavimentoso sono le più frequenti e insorgono, in genere, su lesioni precancerose non curate.

■ Carcinoma basocellulare

Localizzato per lo più al labbro superiore il carcinoma basocellulare ha un decorso relativamente "benigno" e può evolvere in lesioni distruttive, ma con scarsa invasività.

■ Carcinoma spinocellulare

L'incidenza del carcinoma spinocellulare, che ha un'elevata malignità, aumenta con l'età raggiungendo il picco massimo verso i 70 anni.

I fattori di rischio riconosciuti sono: fumo, alcol, presenza di precancerosi, di epatopatie croniche, anemia sideropenica.

Esso insorge soprattutto a livello della lingua e del pavimento come un nodulo ulcerato o vegetante che tende a espandersi rapidamente. Solo una diagnosi precoce può consentire la guarigione.

Malattie autoimmuni

Esse mostrano un'elevata incidenza nella popolazione anziana e, tra queste, maggiormente importante per il cavo orale è la sindrome di Sjögren, poliesocrinopatia caratterizzata da xerostomia (secchezza delle fauci ed eventualmente degli occhi), atrofia della mucosa e compromissione importante soprattutto a livello della parotide, che presenta un infiltrato plasmacellulare e un aumentato rischio di degenerazione linfomatosa; può avere anche altre localizzazioni.

Infezioni del cavo orale

A situazioni di riduzione delle difese immunitarie, di malnutrizione ed a una prolungata terapia antibiotica conseguono infezioni della mucosa orale e della lingua; le modificazioni della flora batterica della bocca con alterazioni dell'ecosistema locale inducono spesso nell'anziano la candidosi buccale, sostenuta da un micete non cheratolitico, la *Candida albicans*: si formano membrane biancastre non staccabili, analoghe al "mughetto" del lattante, che possono essere diffuse a tutto il cavo orale, dalla lingua alla mucosa esofagea. Si può distinguere una forma cronica atrofica e una acuta eritematosa; è importante considerare che questo micete, normalmente commensale privo di invasività, nel soggetto defedato può causare infezioni difficilmente controllabili come la sepsi. Non appena diagnosticata, è fondamentale trattare la candidosi con adeguati presidi terapeutici.¹⁸

Le infezioni virali più comuni sono quelle sostenute da *Herpes simplex*: si presentano come piccole vescicole di colore chiaro, che si rompono facilmente trasformandosi in piccole ulcere superficiali dolorose; l'infezione può recidivare in concomitanza con una caduta dei poteri difensivi dell'organismo. È possibile trattare le lesioni più imponenti con farmaci antivirali. Si ricorda che "la sindrome della bocca bruciante" è caratterizzata da dolore cronico, orale e labiale, con sensazioni di bruciore. Non si riscontrano lesioni della mucosa orale, la sua genesi è multifattoriale e vi concorrono cambiamenti della personalità.¹⁹ Può accompagnarsi a glossodinia e a disestesia orale; può essere associato al lichen, a "lingua a carta geografica" (particolare forma di glossite), ma più spesso si associa a mucosa orale normale. Il quadro è complesso, mancando precisi riferimenti per la corretta diagnosi; come sempre occorre verificare eventuali altri sintomi facciali (per esempio alterazioni dei nervi cranici), osservare se la rimozione dell'eventuale pro-

tesi migliora la sintomatologia e se è presente candidosi. Il sintomo, di solito, è assente durante la notte e si può associare a ridotta capacità gustativa; è necessario escludere deficit nutrizionali come quello di vitamine del gruppo B. L'associazione con xerostomia può indirizzare la diagnosi.²⁰

■ Disfagia

La disfagia è un sintomo molto frequente nella popolazione anziana (22% nei soggetti con età >55 anni) che, quando è avvertito, dà una sensazione di arresto o rallentamento del bolo alimentare nel suo transito verso lo stomaco.

Il problema che non deve sfuggire a chi si occupa di anziani è il transito dalla bocca alle prime vie digestive.

La disfagia alta (meglio nota come disturbo della deglutizione) si accompagna a tosse se il riflesso è efficace; anche il rigurgito e/o il dolore sono spesso presenti. Un'accurata ricerca anamnestica che tenga conto dei caratteri della disfagia e - se presenti - del rigurgito e del dolore, consente di individuare la sede e la causa dei disturbi. La disfagia alta interessa una percentuale molto elevata degli anziani con polipatologia, procurando conseguenze rilevanti fino alla morte (per esempio per aspirazione di materiale di grosse dimensioni), come si può verificare nel decorso dell'ictus;²¹ prevalgono funzionalmente le modificazioni della fase faringea della deglutizione con ritardo complessivo del riflesso della deglutizione.

I sintomi da rilevare sono tosse (non sempre abbastanza efficace per espellere il corpo estraneo) e difficoltà nella deglutizione. Infatti il cibo rimane a lungo nella bocca, producendo un cambiamento nel tono della voce dopo la deglutizione. Si ritiene che la disfagia possa essere imputata a reflusso gastroesofageo: i sintomi di accompagnamento più importanti sono la tosse in posizione orizzontale e le alterazioni a carico delle vie respiratorie alte.

Va ricordata la rilevanza della disfagia sideropenica, o sindrome di Plummer-Vinson (o di Paterson-Kelly), caratterizzata dalla classica triade disfagia, anemia sideropenica e varici esofagee. La disfagia è di solito indolore e intermittente o progressiva, limitata ai cibi solidi e, occasionalmente, associata alla perdita di peso. I sintomi dell'anemia (debolezza, pallore, stanchezza, tachicardia) possono dominare il quadro clinico. Altre caratteristiche sono la glossite, la cheilite angolare e la coilonichia. Il fattore eziologico più importante è il deficit di ferro. Altri fattori possibili sono la malnutrizione, la predisposizione genetica o la patologia autoimmune. La sindrome di Plummer-Vinson può essere trattata efficacemente con la supplementazione di ferro e con la dilatazione meccanica.

Disfagia post-stroke

Un capitolo importante è rappresentato dalla disfagia post-stroke. L'ictus cerebrale rappresenta la principale causa di disfagia nel paziente anziano,²² tanto che un'alta percentuale di pazienti (dal 30% al 70%) presenta questo sintomo in fase precoce.^{23,24} Alcuni studi riferiscono di una regressione dopo una settimana dall'ictus in circa il 50% dei casi. Mann et al, su una casistica di 128 pazienti, riferiscono che l'87% di questi era tornato, a sei mesi dall'ictus, ad alimentarsi come prima dell'evento acuto; tuttavia un'attenta valutazione clinica dei pazienti ha evidenziato la persistenza di disfagia in metà dei soggetti, con riscontro di complicazioni respiratorie nel 20% dei soggetti studiati.²¹

Il lato più significativo è rappresentato dalle gravi complicanze, rappresentate in particolare da infezioni polmonari (infezioni *ab ingestis*), dalla disidratazione e dalla malnutrizione.

■ **Broncopolmonite *ab ingestis***: si verifica in un terzo circa dei pazienti affetti da ictus e in circa il 67% quando la patologia vascolare colpisce il tronco encefalico.²⁵

■ **Alterata deglutizione**: cibi semisolidi possono causare, in soggetti con alterata deglutizione, morte per asfissia da corpo estraneo: deve essere posta attenzione nella scelta delle caratteristiche del cibo in tali soggetti.

■ **Malnutrizione**: di per sé può determinare gravi conseguenze in termini di morbilità, mortalità e recupero funzionale. Se dopo l'ictus è presente disfagia, tali rischi appaiono aumentati. In particolare, si innesca un circolo vizioso per cui la disfagia peggiora la malnutrizione e la malnutrizione a sua volta, peggiora la disfagia.

Strumenti per la valutazione della disfagia

Tra i più utilizzati test di screening si ricordano:

■ **Three-oz Water Swallow Test**: al paziente seduto in posizione comoda ed eretta si richiede di bere senza interruzione tre sorsi d'acqua da un bicchiere. Si valuta la presenza di segni di disfagia: tosse (fino a un minuto dopo la deglutizione), gorgoglio o cambiamenti di voce.

■ **Bedside Swallowing Assessment Scale**: è uno strumento abbastanza complesso, che valuta la presenza di disfagia analizzando molte variabili. In sintesi, vengono considerati: livello di coscienza, controllo della testa e del tronco, nervi cranici e muscolatura oro-facciale, riflesso della tosse. Si ha poi somministrazione di acqua, in quantità crescenti, con la valutazione dei segni classici di disfagia (tosse e gorgoglio). Ad ogni rilievo viene dato un punteggio che poi indicherà la presenza o meno di disfagia.

■ **Test di Burke**: è rappresentato da un questionario che indaga la presenza anamnestica di fattori predisponenti la disfagia, associato a una prova di deglutizione di 100 ml di acqua. La positività anche di un solo item è indice di disfagia.

Gestione della disfagia

Individuata la presenza di disfagia alta, l'obiettivo del trattamento è di migliorare il trasporto del bolo alimentare, lo stato nutrizionale ed

eliminare l'eventuale aspirazione. La terapia specifica per pazienti con parkinsonismo, quella sostitutiva nell'ipotiroidismo e quella con immunosoppressori per polimiosite e dermatomiosite, rappresentano possibilità importanti nella prevenzione della disfagia.

La nutrizione enterale, in particolare la gastrostomia percutanea, costituisce senz'altro una modalità di nutrizione sicura, efficace, affidabile e discretamente tollerata dai pazienti con disfagia post-ictus.²⁶ Problemi etici sono spesso sollevati per pazienti con demenza grave, in cui l'impiego della nutrizione artificiale ha molti pareri sfavorevoli.²⁷ La nutrizione con sondino nasogastrico ha però molti sostenitori. L'uso di cibi con appropriata densità dovrebbe essere preso più in considerazione, così come la stimolazione dei muscoli della deglutizione con sapori molto forti. Molti pazienti con disfagia orofaringea richiedono una riabilitazione, utilizzando tecniche combinate comprendenti riabilitazione del linguaggio e approccio posturale. In ogni caso, la ricorrenza degli episodi infiammatori broncopulmonari in soggetti anziani con polipatologia devono indurre a considerare probabile la patogenesi *ab ingestis* anche per prendere le decisioni terapeutiche appropriate.

■ Xerostomia

La xerostomia e l'ipofunzione delle ghiandole salivari sono condizioni prevalenti nella popolazione anziana, nella quale si riduce il tessuto ghiandolare sostituito da tessuto fibroso e adiposo. Si determina la riduzione della secrezione delle ghiandole salivari e, oltre a causare estremo disagio, riduce la sensazione gustativa, rende difficoltosa la masticazione e la deglutizione e, con ciò, l'alimentazione e facilita l'insorgenza di infezioni.²⁸ In una piccola parte dei pazienti, la xerostomia riconosce come cause la radioterapia e la sindrome di Sjögren. Nella maggior parte dei casi è invece associata ad età, malattie inter-

correnti, assunzione di farmaci o causa idiopatica.²⁹

La valutazione della produzione di saliva è un elemento rilevante della valutazione dell'anziano. Essa può fornire un'importante indicazione su effetti avversi di farmaci e sullo stato di idratazione; alcuni farmaci (calcioantagonisti, anticonvulsivanti, immunosoppressori) possono indurre iperproduzione di collagene con ipertrofia gengivale.³⁰ Le cause più comuni di xerostomia sono ricordate in *tabella 3*.

Conseguenze della xerostomia

La xerostomia ha effetti negativi sull'igiene dei denti. Il pH salivare è più alto rispetto a quello indotto dalla microflora batterica (effetto tampone), il calcio fosfato salivare reintegra la mineralizzazione dentale quando richiesto. La saliva,

inoltre, contiene amilasi, enzima che aiuta la digestione dei polisaccaridi nella cavità orale.³¹ La sua presenza si accompagna a difficoltà a deglutire, parlare e anche ad assimilare il cibo. La saliva con la sua quantità (o flusso) e il contenuto in immunoglobuline mantiene la salute dei componenti anatomici del cavo orale e provvede anche alla clearance di microrganismi potenzialmente patogeni; la sua riduzione o modificazione delle caratteristiche chimico-fisiche può incentivare la colonizzazione batterica del cavo orale.³²

Per tutte queste ragioni è fondamentale mantenere adeguata l'idratazione locale e generale. Altrettanto importante, è la protezione di denti e gengive, ricercando un sostituto al sistema di protezione naturale offerto dalla saliva (saliva artificiale).

Tabella 3

Cause di xerostomia

Iatrogene

- Farmaci
- Chemio-radioterapia
- Traumi chirurgici

Malattie infiammatorie e autoimmuni

- Sindrome di Sjögren
- Artrite reumatoide
- LES
- Sclerodermia
- Sarcoidosi, amiloidosi
- Malattia di Crohn
- Colite ulcerosa

Malattie endocrine

- Diabete mellito
- Iper- e ipotiroidismo
- Sindrome di Cushing
- Malattia di Addison

Disordini neurologici

- Depressione
- Morbo di Parkinson
- Malattia di Alzheimer

Malnutrizione

- Anoressia
- Bulimia
- Anemia
- Disidratazione
- Abuso alcolico

■ Prevenzione e igiene dentaria

Dal punto di vista geriatrico, il problema deve essere considerato soprattutto come prevenzione, mettendo in atto procedure in grado di impedire la progressione, o la recidiva, della malattia.

L'osservazione attenta consente di evidenziare la presenza di tartaro dentario, che ha una colorazione variabile, anche nerastra, quando ha una localizzazione sottogengivale. Il tartaro può e deve essere rimosso anche se a questa operazione igienica può conseguire una maggiore mobilità dei denti interessati e una maggiore sensibilità termica. Il protocollo di igiene della cavità orale richiede conoscenze teoriche e pratiche; quanto esposto non è che una parte delle conoscenze che sono a disposizione. La rimozione giornaliera della placca dai denti residui o dalle protesi dovrebbe già essere stata implementata durante le età precedenti; ma negli anziani la comorbilità, la disabilità, i problemi cognitivi compromettono la regolare esecuzione delle manovre di igiene orale quotidiana. Così, l'esame obiettivo del cavo orale e la sua pulizia accurata

con mezzi e procedure adeguate, diventano un compito fondamentale dell'infermiere, del medico e anche del caregiver.

L'attenzione deve essere posta anche alla xerostomia e ai disturbi della deglutizione più o meno associati a disturbi del linguaggio.

Si è osservato, inoltre, che un buon livello di igiene del cavo orale riduce l'incidenza di infezioni delle vie respiratorie e la mortalità per polmonite. A dimostrazione di ciò, Yoneyama et al hanno effettuato uno studio randomizzato su 417 pazienti, residenti in casa di riposo. Di questi, quelli a cui venivano spazzolati i denti dagli operatori – per cinque minuti dopo ogni pasto, due volte al giorno – mostravano una riduzione dell'incidenza di polmonite dal 19% all'11%, con conseguente riduzione del 50% della mortalità per polmonite rispetto ai soggetti che si spazzolavano i denti autonomamente.³³

L'efficacia dei prodotti utilizzati per l'igiene orale deve essere provata così come quella dello spazzolino: ne esistono tipi di grande efficienza perché dotati di movimento rotatorio-oscillatorio.

È raccomandata anche la pulizia della lingua (*brushing*) ricorrendo largamente anche agli spray del faringe, agli sciacqui e ai collutori con soluzioni di provata efficacia antibatterica. L'utilizzazione di chewing-gum che rilasciano sostanza ad azione antibatterica e modificanti il pH (clorexidina, xilitolo)³⁴ sono da proporre quando è possibile: essi aumentano anche la produzione di saliva del 70-80%, diminuiscono l'incidenza della stomatite e della cheilite angolare.³⁵

Conclusioni

Complessivamente, vige la necessità di comportamenti adeguati e di comprovata efficacia, per consentire alla popolazione anziana (ormai il 20% della popolazione totale) con crescente numero di denti ritenuti fino a tarda età, di prevenire le tante complicanze legate alle patologie del cavo orale.

Le informazioni devono essere corrette e precise, con verifica dell'efficacia del messaggio. Un'attenzione particolare va riservata agli ospiti delle residenze per anziani, dove più frequenti sono le

infezioni. In questo *setting* la salute e l'igiene del cavo orale è un *nonthrilling problem*: un minimo intervento può determinare benefici tangibili in termini di qualità della vita e benessere.³⁶

BIBLIOGRAFIA

1. *J Am Diet Assoc* 1990; 90: 1688-92.
2. *J Am Geriatr Soc* 1993; 41: 725-31.
3. *Postgrad Med J* 2006; 82: 239-41.
4. *Lancet* 1999; 353: 1761.
5. *Clin Infect Dis* 2002; 34: 1215-23.
6. *J Dent Educ* 1990; 54: 680-87.
7. *Oncol Nurs Forum* 1988; 15: 325-30.
8. *J Oral Rehabil* 2005; 32: 467-73.
9. *Nutr Rev* 1992; 50: 434-7.
10. *J Oral Rehabil* 2003; 30: 46-54.
11. *Gerodontology* 2006; 23: 3-16.
12. *Geriatr Gerontol Int* 2006; 6: 101-8.
13. *Periodontology* 2000; 24: 89-126.
14. *J Gerontol* 1997; 52A: 343-51.
15. *Nutr Clin Care* 2001; 4: 22-7.
16. *Med Care* 1996; 34: 416-27.
17. *J Nutr* 2000; 130: S927-30.
18. *Oral Surg Med Pathol* 1981; 51: 55-61.
19. *JADA* 1995; 126: 843-53.
20. *Am Fam Physician* 2002; 65: 615-20.
21. *Stroke* 1999; 30: 744-8.
22. *Giornale di Gerontologia* 2000; 48: 452-62.
23. *BMJ* 1987; 295: 41-4.
24. *Neurology* 1993; 43: 430-3.
25. *Dysphagia* 1990; 5: 159-65.
26. *BMJ* 1996; 312: 13-6.
27. *Intern Med J* 2003; 33: 345-9.
28. *Drugs Aging* 1999; 15: 103-16.
29. *Biogerontology* 2004; 5: 223-33.
30. *J Periodontol* 2004; 75: 1424-31.
31. *Spec Care Dentist* 1996; 16: 95-103.
32. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 164: 464-8.
33. *JAGS* 2002; 50: 430-3.
34. www.fertin.com
35. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 1348-53.
36. *J Aging Studies* 2001; 15: 271-83.