

LA RIABILITAZIONE NEL PAZIENTE BRUXISTA: DIAGNOSI E GESTIONE
Abstract relazione IX CONGRESSO MEDITERRANEO AIOP 7/4/2017
Parte 1

Relatore Dr Piero Simeone

L'argomento del mio intervento, cioè la "gestione dei pazienti bruxisti candidati alla riabilitazione protesica", è stato recentemente trattato sotto forma di relazione nel contesto del IX congresso mediterraneo dell'Accademia Italiana di Odontoiatria Protesica (AIOP).

E' stato presentato un approccio più ampio della classica visione "meramente oclusale", puntualizzando comunque il ruolo centrale dell'odontoiatra nell'affrontare il tema, sempre più attuale, viste le conseguenze che si riflettono nel cavo orale e le richieste riabilitative da parte del paziente.

Mi preme sottolineare da subito però che la terapia protesica in tutte le sue forme non rappresenta la soluzione al problema in discussione, ma indubbiamente viste le richieste e le conseguenze del fenomeno, di seguito discusse e riassunte in breve, sottopone l'odontoiatra a una seria ed ampia considerazione dell'argomento oltre che su talune problematiche che di riflesso il bruxismo genera nel cavo orale.

Dopo una breve introduzione sul bruxismo e su come il fenomeno si esplica partendo come input dal sistema centrale, la prima domanda condivisa con il pubblico è stata "banalmente" ...

Perchè conoscere il fenomeno bruxismo?

Sembra realmente banale e superflua, ma solo cercando le risposte può essere compreso appieno l'entità del fenomeno e le informazioni di cui abbiamo bisogno. Di seguito, alcune delle domande poste all'audience.

Va da sé che l'obiettivo del clinico non debba fermarsi alla risoluzione della mera richiesta del paziente, se questa è perseguibile, ma debba assicurare la stabilità del trattamento a lungo termine come vero challenge di qualsiasi trattamento per qualunque paziente (vedi fig 1).

* PERCHE' CONOSCERE IL BRUXISMO?

- ?
1. PER CIRCOSCRIVERE I RISCHI PER IL PAZIENTE E LE RESPONSABILITÀ OGGETTIVE DELL'OPERATORE;
 2. PER ILLUSTRARE AL PAZIENTE IL FENOMENO E I RISCHI AD ESSO LEGATI;
 3. PER RICONOSCERE EVENTUALI LIMITI NELL'AMBITO DI UNA RIABILITAZIONE;
 4. PER DISCUTERE LA FATTIBILITÀ DEL PROGETTO RIABILITATIVO PROPOSTO IN RAPPORTO AI BENEFICI;
 5. DISCUTERE LE PROSPETTIVE PROGNOSTICHE DELLA POSSIBILE RIABILITAZIONE.

RICHIESTE DEL PAZIENTE:

1. Ripristinare la funzione masticatoria;
2. Risolvere il dolore muscolare e/o all'ATM da iperattività e/o sovraccarico;
3. Arrestare la progressione dell'usura d.;
4. Ricostruire le superfici usurate;
5. Ripristino dell'estetica;

OBIETTIVI DEL CLINICO

1. Assolvere alle richieste del paziente, se perseguibili;
2. Assicurare la stabilità del trattamento a lungo termine, (Prognosi);

Fig 1

Come evidenzia la tabella, il paziente si presenta con alcune richieste specifiche per le quali il clinico deve essere pronto per la loro risoluzione.

Risultano sicuramente più evidenti, invece, le conseguenze che tale fenomeno può arrecare al paziente e che più frequentemente risultano oggetto delle nostre osservazioni, alcune volte proprio a seguito di riabilitazioni da poco terminate (vedi fig. 2,3).

POSSIBLE CONSEQUENCES OF SLEEP BRUXISM:

BIOLOGICAL	PHISICAL	AESTHETICS	OTHERS
<ul style="list-style-type: none"> • Hypersensitivity • Hypermobility • Hypercementosis • Periodontal damage • Pulpitis & necrosis • Ridge resorption • Torus mandibularis • Tongue/cheek indentation or scalloping • Lip, cheek, or tongue biting • Masticatory muscle pain or discomfort • TMJ pain or degeneration • TMJ disc displacement • TMD-related headache • Jaw function disabilities 	<ul style="list-style-type: none"> • Tooth wear • Abfraction cavities • Tooth or cusp fracture • Restoration fracture • Crown dislodgement • Implant failure 	<ul style="list-style-type: none"> • Poor appearance of anterior teeth • Reduced facial vertical dimension • Masticatory muscle hypertrophy (characteristic square jaw) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mercury release from amalgam restorations • Reduction in salivary flow and/or xerostomia • Anxiety over tooth wear • Disturbed sleep in bed-partners

Fig. 2



Fig.3: come evidenziano le immagini, le conseguenze del fenomeno sono indipendenti dai materiali usati in odontoiatria, tema quest'ultimo tutt'altro che delineato, ma che non è stato oggetto della presentazione.

L'argomento si presenta infatti ampio e molto più complesso di quanto l'odontoiatra possa cogliere se si sofferma alla "questione" denti.

Ampio spazio infatti è stato dedicato alla visione più completa del fenomeno, coinvolgendo branche della medicina oltre che dell'odontoiatria, come la medicina del sonno, l'otorinolaringoiatria, la radiologia, la fisioterapia etc, in quanto totalmente coinvolte nel fenomeno per competenze.

La letteratura ha incrementato molto l'attività di ricerca negli ultimi anni per determinare la causa principale, anche se con ancora molte ombre e ha stimolato molto l'attività clinica-strumentale per la diagnosi del bruxismo.

Non esiste purtroppo una linea terapeutica forte a supporto del medesimo tema, lasciando di fatto un vuoto in questo ambito nei confronti di chi è coinvolto nel trattare tali pazienti, per le ragioni già evidenziate (vedi fig. 4).

Uno spiraglio sembra essere aperto solo ai cosiddetti "Oral Appliance", un termine però molto ampio e non sufficiente per poter assolvere da solo alle specifiche necessità, come evidenziato anche dalla letteratura, brevemente riassunta nella figura 5.

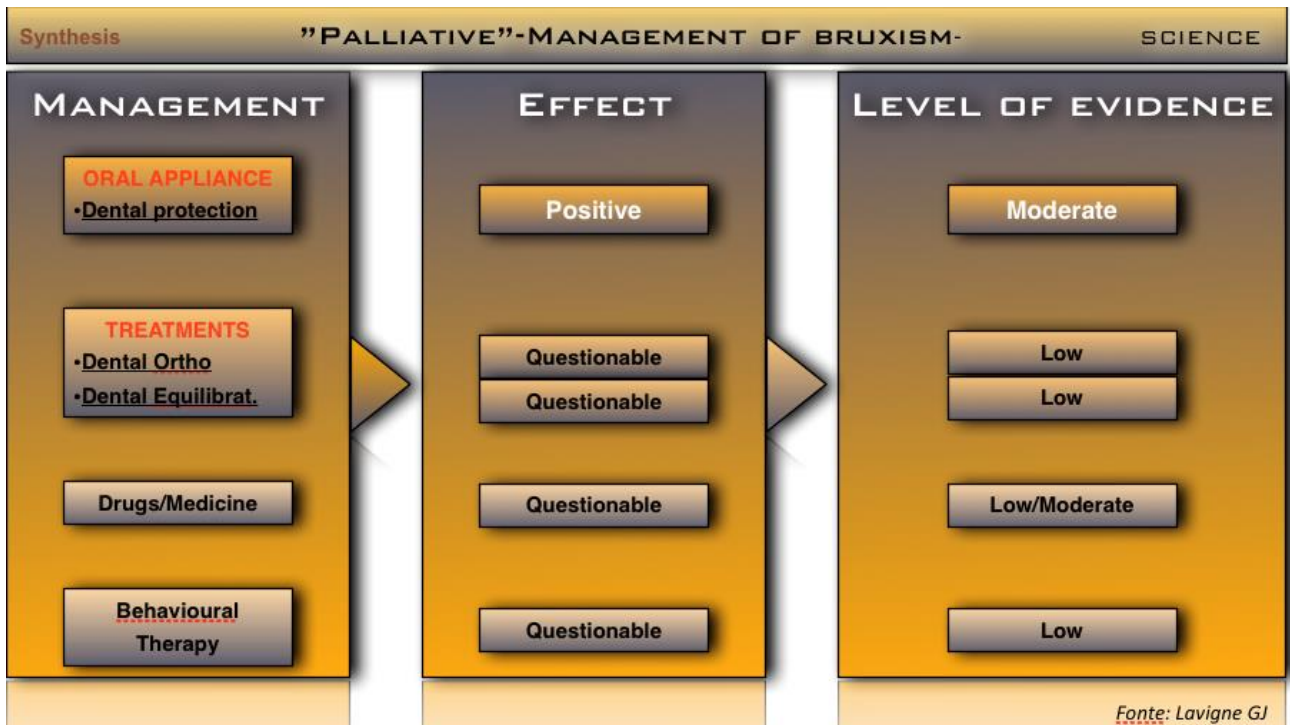


Fig. 5: la tabella mostra il livello di efficacia degli approcci proposti per il trattamento del bruxismo: da notare la scarsità dell'evidenza che tali approcci riscontrano.

...segue Parte 2...