



Università degli Studi di Bari  
Dipartimento di Odontostomatologia e Chirurgia – Direttore: Prof. G. Rizzo

Calabrodental S.r.l. Unità Operativa di Chirurgia Maxillo-Facciale  
Regione Calabria – Crotone



## LA PROFILASSI DELL'ENDOCARDITE BATTERICA IN IGIENE DENTALE

F. INCHINGOLO, M. MARRELLI, A. D. INCHINGOLO, M. TATULLO,  
A. PALLADINO\*, A. M. INCHINGOLO, F. CARBOTTI, S. LOMBARDO,  
V. ANGELINI, A.L. VALENZANO, G. DIPALMA

L'Endocardite Batterica è una patologia che colpisce soprattutto individui cardiopatici con stasi sanguigna a livello della valvola mitrale. I batteri presenti a livello del cavo orale, in caso di infezioni severe e di immunodepressione del soggetto, tendono ad introdursi nel torrente circolatorio attraverso il microcircolo periferico e producono particolari adesine attraverso le quali aderiscono alle superfici valvolari cardiache determinando in casi estremi la rottura delle corde tendinee. Nonostante l'avvento degli antibiotici ad ampio spettro, l'endocardite batterica si presenta attualmente come una patologia potenzialmente mortale. Il ricorso a terapie antibiotiche mirate non è infatti sempre sufficiente: la mortalità può raggiungere il 30% dei casi. Queste considerazioni hanno portato alla elaborazione di un valido protocollo di profilassi antibiotica nei soggetti a rischio. È importante sottolineare che qualsiasi manovra cruenta può esporre il paziente ad infezioni severe che a loro volta possono esitare in endocardite batterica. Dati statistici riportano che anche a seguito di consueta igiene orale domiciliare la batteriemia transitoria può raggiungere il 25% dei casi, in pazienti trattati con terapia parodontale non chirurgica il 75% dei casi ed in pazienti trattati con chirurgia parodontale sino al 90% dei casi. In pazienti cardiopatici o comunque immunodepressi la componente infettiva può avere il sopravvento e dalla batteriemia può conseguire l'endocardite batterica.

Per tale ragione è necessario che anche l'igienista, nell'ottica di un trattamento multi-disciplinare volto alla prevenzione, sia in grado di riconoscere i soggetti a rischio attraverso adeguata indagine anamnestica e distinguerli in base al rischio. Inoltre è opportuno che l'igienista sia al corrente dei protocolli di corretta profilassi. Recentemente la British Society Antimicrobial Chemotherapy ha revisionato i quadri cardiologici da considerare a rischio di endocardite ed i trattamenti odontoiatrici che richiedono la profilassi antibiotica. Secondo le nuove indicazioni, le tipologie di pazienti a rischio di endocardite batterica sono solo tre: a) pazienti con episodi precedenti di endocardite, b) sostituzione di valvole cardiache, c) interventi chirurgici di correzione o costruzione di shunt polmonari o sistemici. I pazienti, inoltre, non vengono più distinti in tre sottogruppi (alto, medio e basso rischio) come avveniva con le vecchie indicazioni. In base alle nuove indicazioni vengono notevolmente ampliate le procedure odontoiatriche che possono rappresentare un pericolo per tale evenienza: dallo scaling, abt e root-planing alla chirurgia parodontale. La profilassi antibiotica standard dell'endocardite batterica prevede la somministrazione per os di amoxicillina 2,0 gr 1h prima del trattamento ed 1 gr. 6h dopo il trattamento. In casi di allergie il farmaco d'elezione è la clindamicina 600 mg per os 1h prima del trattamento e 600 mg 6h dopo il trattamento. Questo nuovo protocollo rappresenta una sorta di "rivoluzione" nella profilassi dell'endocardite batterica in quanto semplifica notevolmente la valutazione del rischio eliminando qualsiasi ambiguità.

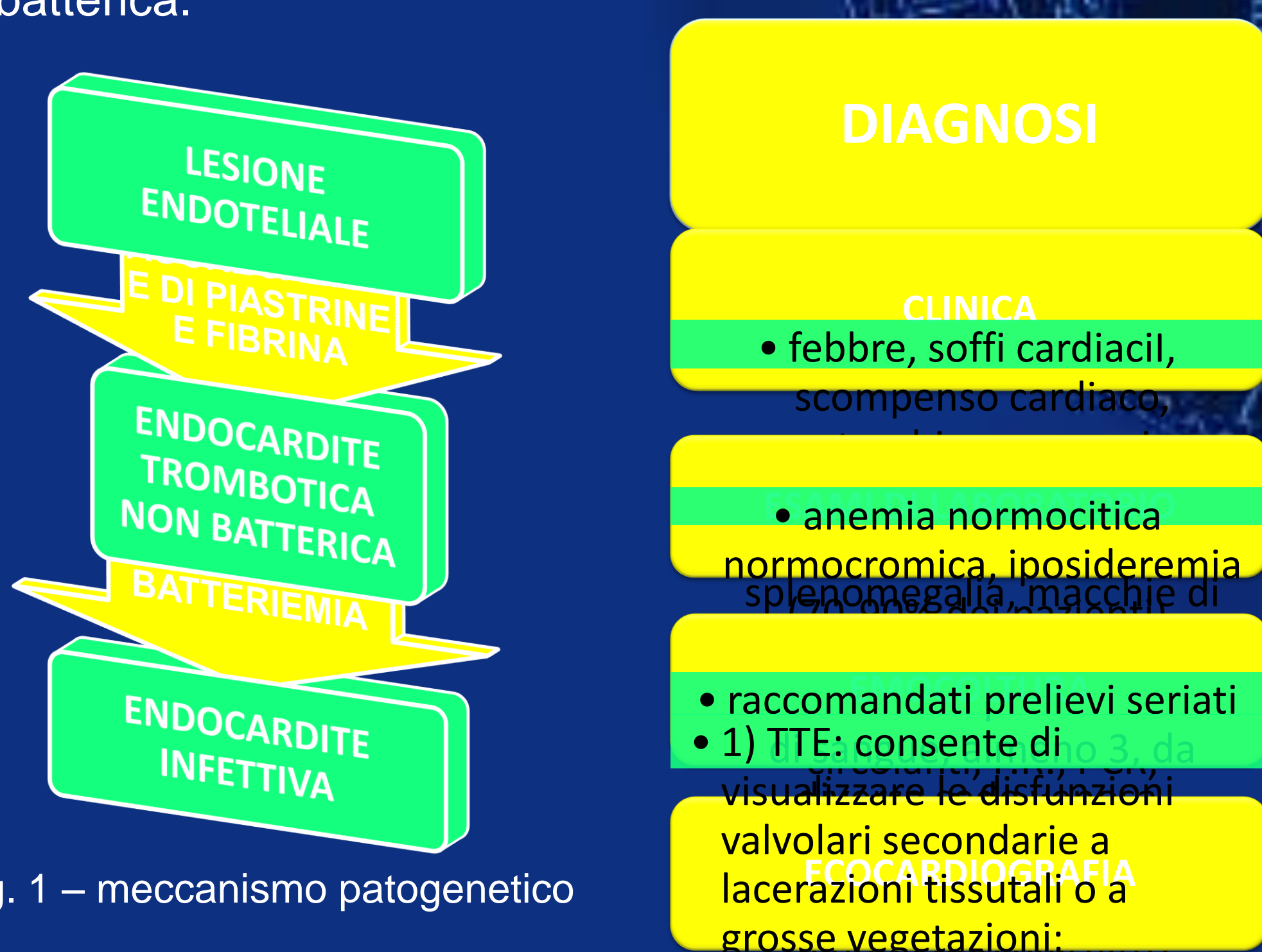


Fig. 1 – meccanismo patogenetico

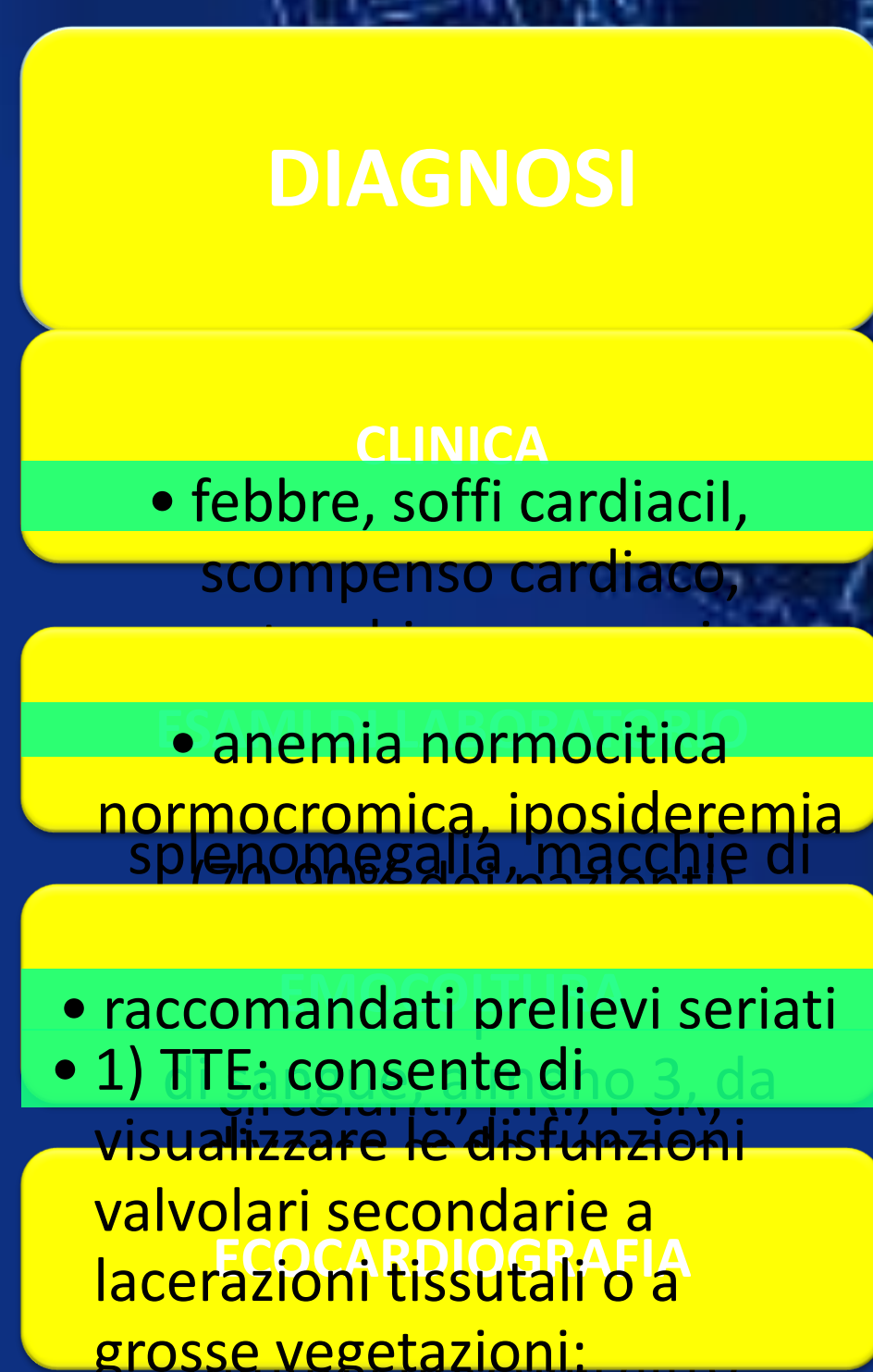


Fig. 2 – Diagnosi



Fig. 3 – Stafilococco Aureo



Fig. 4 – Indicazioni Classiche

Età	>10 anni	5<anni<10	<5 anni
Pz non allergico alla penicillina(per os)	Amoxicillina 3 g 1h prima	Amoxicillina 1,5 g 1h prima	Amoxicillina 750 mg 1h prima
Pz non allergico alla penicillina(per ev)	Amoxicillina 1 g poco prima della procedura	Amoxicillina 500 mg poco prima della procedura	Amoxicillina 250 mg poco prima della procedura
Pz allergico alla penicillina (per os)	Clindamicina 600 mg 1h prima	Clindamicina 300 mg 1h prima	Clindamicina 150 mg 1h prima
Pz allergico alla penicillina (per ev)	Clindamicina 300 mg poco prima della procedura	Clindamicina 150 mg poco prima della procedura	Clindamicina 75 mg poco prima della procedura
Pz allergico alla penicillina o inabile a inghiottire cpr	Azitromicina 500 mg sosp 1h prima	Azitromicina 300 mg sosp 1h prima	Azitromicina 200 mg sosp 1h prima

Fig. 6 – Schemi farmacologici nella profilassi dell'EB

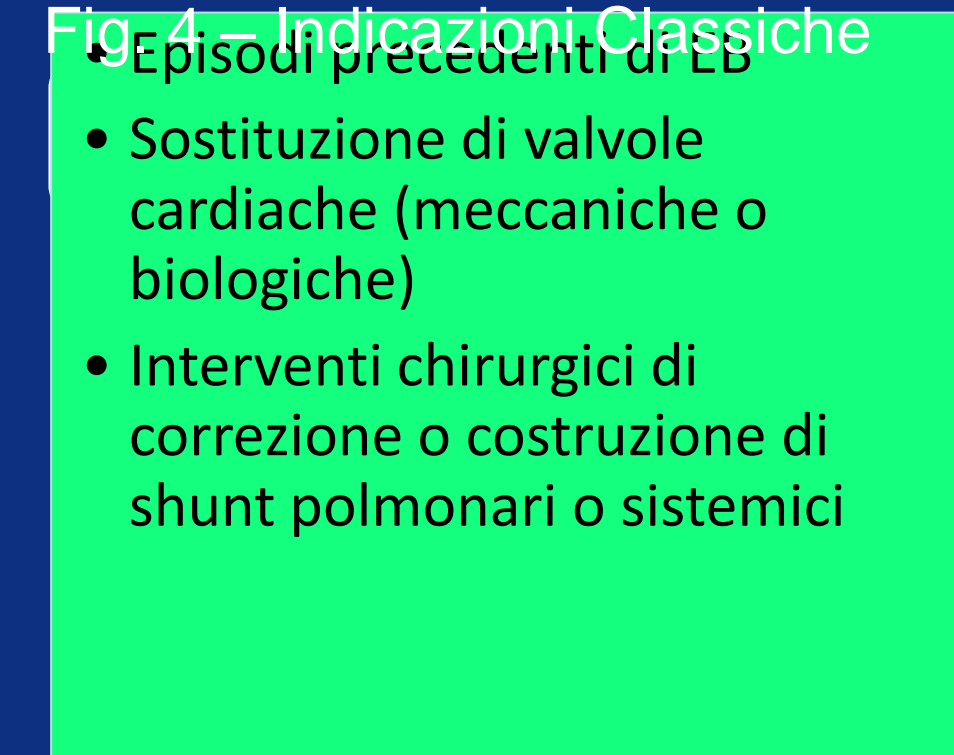


Fig. 5 – Nuove indicazioni

Bibliografia  
1-American Dental Association and American Academy of Orthopaedic Surgeons. Advisory statement: antibiotic prophylaxis for dental patients with total joint replacements. J Am Dent Assoc 1997;128: 1004-8  
2-Dajani AS, Taubert KA, Wilson W, Bolger AF, Bayer A, Ferrieri P, et al. Prevention of bacterial endocarditis. Recommendations by the American Heart Association. JAMA 1997;277:1794-801  
3- A. Sardella, F. Demarosi, G. Lodi. Nuovi schemi di profilassi dell'endocardite batterica *Dental Cadmos* 2007; 3: 43-7  
4- Bender IB, Naidorf IJ, Garvey GJ. Bacterial endocarditis: a consideration for physician and dentist. J Am Dent Assoc 1984;109:415-20