

Igiene orale e prevenzione delle infezioni respiratorie negli anziani ricoverati in Ospedale e in Casa di riposo

A cura di Giovanni Bigatello

RSA "Villa Stefania", Sala Comacina (CO)

Igiene orale e prevenzione delle infezioni respiratorie negli anziani ricoverati in Ospedale e in Casa di riposo (dall'articolo di P. Sjogren, E. Nilsson, M. Forsell, O. Johansson, J.C. Hoogstraate "A Systematic Review of the Preventive Effect of Oral Hygiene on Pneumonia and Respiratory Tract Infection in Elderly People in Hospitals and Nursing Homes: Effect Estimates and Methodological Quality of Randomized Controlled Trials" J Am Geriatr Soc 2008;56:2124-30).

Diciamocelo francamente: sono ben pochi, in Ospedale o in Casa di Riposo, coloro che si danno l'anima per mantenere la bocca degli anziani ospiti in condizioni decorose. Del resto, trovare sulla cartella clinica un riferimento alle condizioni del cavo orale è evento fortuito e spesso privo di conseguenze pratiche. E che questo andazzo sia mal comune alla maggior parte dei Paesi "progrediti" non dovrebbe indurre al mezzo gaudio, ma a ben altre considerazioni, non ultima la scarsa attenzione universalmente prestata a tutti i trattamenti e a tutti gli interventi che non facciano ricorso all'alta tecnologia.

È perciò molto istruttivo l'articolo pubblicato di recente su JAGS (Sjogren et al., 2008) che esamina la correlazione tra igiene orale e morbilità e mortalità per infezioni polmonari nell'anziano ricoverato (sia in ospedale sia in casa di riposo).

Gli Autori ricordano come in letteratura sia già stato messo in luce il rapporto tra cattiva igiene della bocca e infezioni delle basse vie respiratorie, a causa della frequente colonizzazione del cavo orale in siffatte condizioni da parte di germi patogeni. La spiegazione più plausibile di questo rapporto sarebbe che in condizioni di

scarsa igiene la bocca fungerebbe da serbatoio di germi potenzialmente patogeni, la cui aspirazione provocherebbe l'infezione delle vie aeree. Ne dovrebbe perciò conseguire che una più accurata igiene orale porterebbe ad una ridotta insorgenza di polmoniti nosocomiali. Per verificare questa correlazione gli autori hanno condotto una vasta revisione di tutti gli articoli comparsi in letteratura dal 1996 al 2007 che contenesse una combinazione dei termini "salute dentale", "forza muscolare", "capacità respiratoria", "sopravvivenza", "polmoniti", "mortalità da tutte le cause", "periodontite", "periodonto". In tal modo sono stati reperiti 15 studi, 5 dei quali condotti secondo un disegno RCT (*randomized controlled trials*). Per tutti gli studi è stato espresso il livello di evidenza da 1 a 5 (in cui 5 rappresentava il livello più basso).

STUDI RANDOMIZZATI CONTROLLATI

Dei 5 studi RCT, 4 erano condotti in parallelo ed 1 in *cross-over*.

Le modalità di intervento erano costituite dalla pulizia dei denti dopo ogni pasto, dall'impiego di una soluzione disinfettante (clorexidina o povidone-iodio), dalle due metodiche combinate o da una pulizia meccanica settimanale. Nei gruppi di controllo la pulizia veniva lasciata all'iniziativa del ricoverato e la soluzione disinfettante era sostituita da soluzione fisiologica.

Nei quattro studi in parallelo gli Autori hanno analizzato 4 differenti *end-points*:

- incidenza delle infezioni nei gruppi trattati
- incidenza delle infezioni nei gruppi di controllo
- riduzione del rischio assoluto di infezione

Tabella 1 - Effetti sulle infezioni respiratorie dell'igiene orale secondo 4 studi RCT in parallelo.

Tipo di intervento	Frequenza degli eventi nel gruppo trattato (%)	N.	Frequenza degli eventi nel gruppo controllo (%)	N.	Riduzione assoluta rischio	NNT	Outcome
Clorexidina vs fisiologica	2,9	173	9,4	180	6,6 (1,6-11,5)	15,3	Infezione vie respiratorie
Pulizia dopo i pasti e/o disinfezione	11,4	184	18,7	182	7,3 (0-14,6)	13,8	Polmoniti
Pulizia e/o disinfezione	7,6	184	16,5	182	8,9 (2,3-15,5)	11,3	Decessi per polmoniti
Pulizia meccanica	5,0	40	16,7	48	11,7 (0,9-24,2)	8,6	Decessi per polmoniti

– NNT (*number needed to treat*, ossia numero di soggetti da trattare onde prevenire un evento infettivo). Tutti questi studi hanno mostrato che l'igiene orale apportava rilevanti effetti positivi riguardo alla prevenzione delle infezioni respiratorie, con elevata significatività statistica (livello di evidenza pari a 2). L'azione preventiva si è manifestata sia con una diminuzione degli episodi infettivi, sia con una riduzione della mortalità (Tab. 1).

STUDI NON RANDOMIZZATI CONTROLLATI

Benché con un livello di evidenza inferiore (livello 3) rispetto agli RCT, questi dieci studi hanno fornito risultati analoghi. In più, hanno evidenziato una correlazione tra igiene orale e broncopneumopatia cronica. Le conclusioni di tali studi sono che:

- la cattiva igiene orale va considerata come un fattore di rischio maggiore per le infezioni respiratorie negli anziani fragili;
- la perdita di osso alveolare è associata a rischio di pneumopatia cronica ostruttiva;

- esiste correlazione tra colonizzazione del cavo orale da parte di batteri Gram e polmoniti da aspirazione;
- esiste correlazione tra cattivo controllo della placca dentaria e broncopneumopatia cronica ostruttiva;
- microrganismi presenti nelle periodontopatie possono provocare polmoniti da aspirazione;
- le protesi vanno considerate importanti serbatoi di patogeni e fonte di infezioni polmonari;
- la colonizzazione batterica delle protesi e del periodoonto possono spiegare, almeno in parte, la riduzione del FEV osservata in questi pazienti.

CONCLUSIONI

Gli Autori concludono pertanto che la buona igiene orale, ottenuta attraverso misure molto semplici e per nulla dispendiose – quali la pulizia dei denti dopo i pasti, l'adozione di disinfettanti orali, la pulizia meccanica settimanale – può ridurre in misura elevata l'insorgenza di infezioni polmonari, fatali e non, negli anziani fragili ricoverati.