

**Dalla diagnosi alla
terapia:
aspetti operativi
della ASO in
Patologia Orale*

Dott. Marco Roghi

Medico Chirurgo

Odontoiatra e Chirurgo Maxillo-Facciale

Rep. di Patologia Orale e Laserterapia

Istituto Stomatologico Italiano

Sig.ra Marina Panfilova

ASO Studio Roghi



* **Diagnosi: i prelievi** più frequenti in Patologia Orale e loro indicazioni

- * L'indicazione ai vari **prelievi diagnostici** viene posta in base a fondati sospetti clinici (screening di lesioni preneoplastiche, malattie autoimmunitarie, malattie infettive ecc.), oppure come controllo post-operatorio nei protocolli di follow-up.
- * I prelievi diagnostici più frequenti in Patologia Orale sono il **tampone orale** e la **biopsia**.

* Tampono orale > esame colturale

Il tampono orale è la metodica che ci permette la determinazione, attraverso la coltura, della carica di batteri e miceti nel caso di una sospetta infezione del cavo orale.

L'esecuzione del tampono è semplice e priva di rischi per il paziente.

Tip: No antibiotici, antimicotici o disinfettanti, né sistemici né locali, 7 gg prima del tampono!



* Tampone orale: procedura

Ci si munisce di una provetta sterile formata da un tampone e da un terreno di coltura (prodotto del commercio).

Si raccoglie il materiale senza contaminarlo e lo si immerge nella provetta di agar, il materiale verrà successivamente incubato per verificare la crescita dei microorganismi.

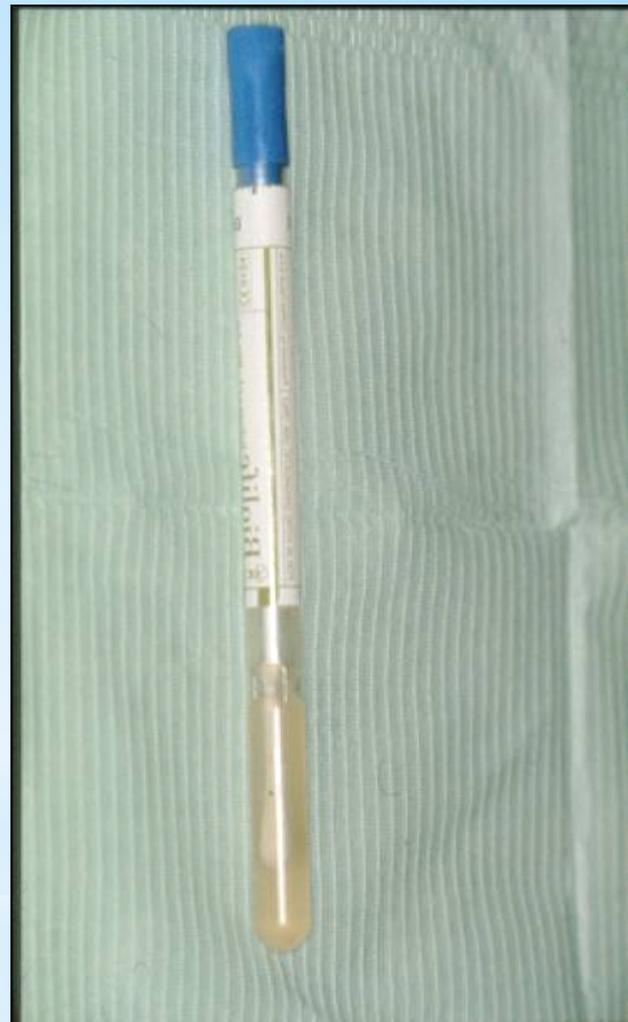
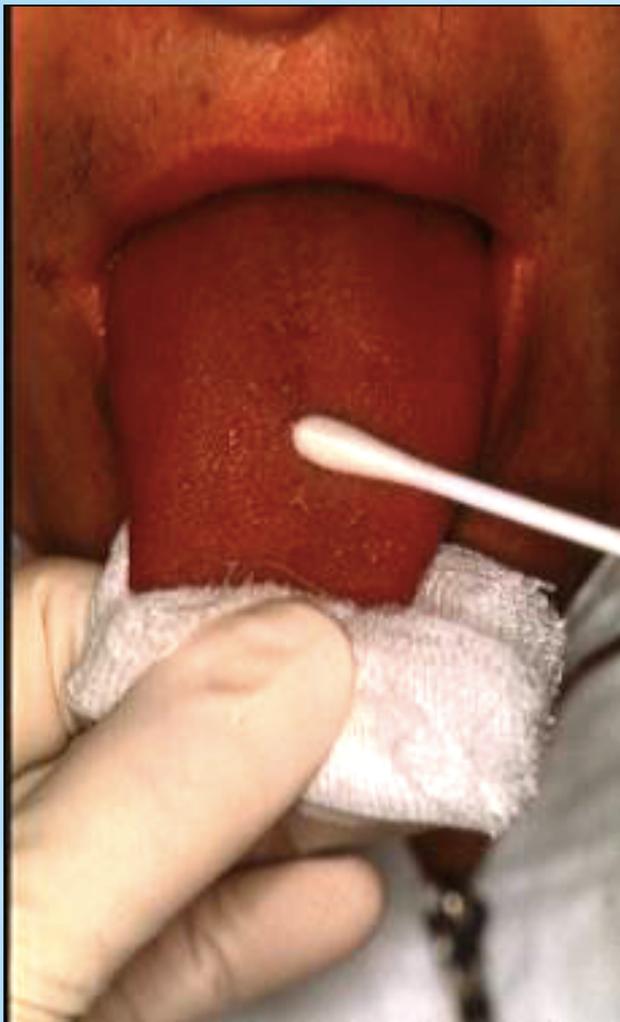
Tip: non toccare mai la cute periorale con la punta del tampone!

Tip: guanti (ovvio) e garze sterili per tenere la lingua del paziente!

La ricerca e il reperimento di batteri o miceti sarà accompagnata da un antibiogramma o antimicogramma per testare l'efficacia dei vari farmaci da prescrivere al paziente.

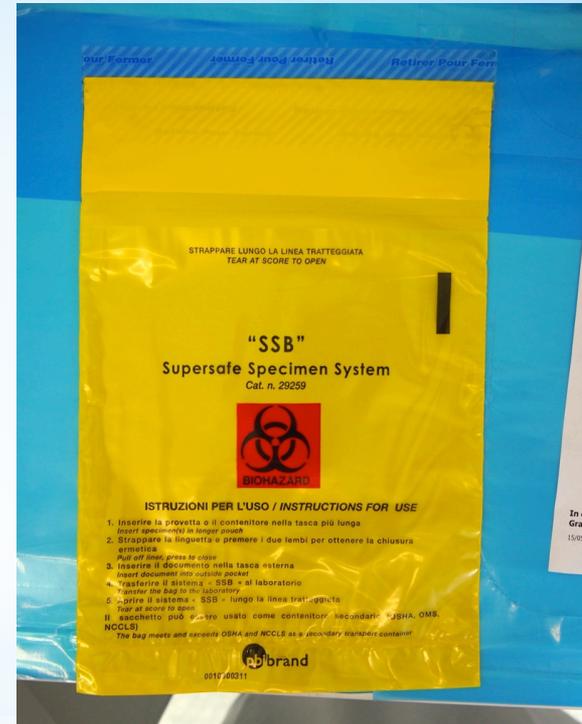
* Tampone orale: video della procedura





* Trasporto della provetta o del contenitore

- * Ogni provetta o contenitore contenente materiale organico va inserito nella tasca più lunga di qs sacchetto, e poi chiuso ermeticamente.
- * Seguire le istruzioni riportate sul fronte del sacchetto.
- * Non dimenticare di inserire nella tasca esterna il documento coi dati del paziente (anche sulla provetta!)
- * A qs punto il sacchetto può essere trasferito al laboratorio



* **Biopsia** > esame istologico
(ma non solo)

La biopsia rimane ad oggi il miglior ausilio in tema di risposta diagnostica ai numerosi problemi clinici del cavo orale.

Essa viene eseguita:

- a fini diagnostici
- a fini prognostici
- come controllo nel follow-up

* BIOPSIA

I tipi di biopsia eseguibili sono essenzialmente due:

Biopsia escissionale (lesioni < 2cm)

Biopsia incisionale (lesioni > 2cm)

Raccomandazioni cliniche per la Patologia/Medicina orale

19 Marzo 2010, Roma - Sottocommissione nominata ad hoc dalla CAO

(Commissione Albo Odontoiatri Nazionale)

Entrambi possono essere condotti sia con bisturi a lama circolare che con laser a diodi

* BIOPSIA

escissionale

- * Prevede l'asportazione dello strato mucoso e sottomucoso, consente diagnosi e trattamento in un'unica seduta operatoria, e viene effettuata su lesioni presumibilmente benigne

incisionale

- * In tutti gli altri casi, a cavallo tra tessuto sano e tessuto alterato, possibilmente previa colorazione vitale

* Punch di diverso diametro:



* Biopsia mediante punch (Punch-biopsy)

Abitualmente l'esecuzione del prelievo bioptico viene effettuata mediante **Punch biopsy** di vari diametri (4-5-6 mm) poiché questa metodica consente un prelievo a margini netti, ad adeguata profondità e con traumatismo ridotto.

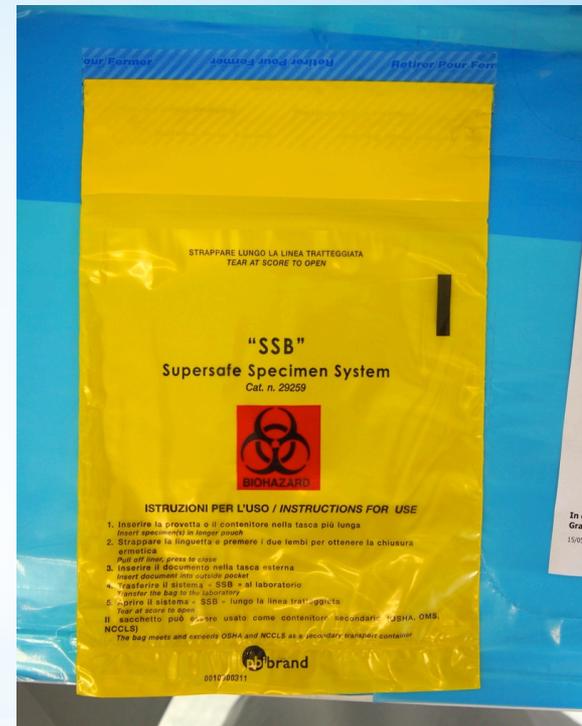
Tip: tenere a disposizione, *ma non sul carrello di servizio*, tutto quanto di extra potrebbe servire nell'immediato!

Il campione prelevato viene fissato **in formalina al 5%** nella maggior parte dei casi.

mentre viene prelevato "a fresco" e inumidito con fisiologica se entro un'ora si esegue un esame IFD (immunofluorescenza diretta) per lo screening di eventuali malattie autoimmuni.

* Trasporto della provetta o del contenitore

- * Ogni provetta o contenitore contenente materiale organico va inserito nella tasca più lunga di qs sacchetto, e poi chiuso ermeticamente, dopo completa compilazione (nome e cognome, data di nascita e del prelievo, tipo di es richiesto).
- * Seguire le istruzioni riportate sul fronte del sacchetto.
- * Non dimenticare di inserire nella tasca esterna il documento coi dati del paziente.
- * A qs punto il sacchetto può essere trasferito al laboratorio



* Richiesta di esame istopatologico

- * Ogni esame istopatologico va accompagnato dai dati completi del paziente, dalla descrizione accurata del quadro clinico, e dalla ipotesi diagnostica.
- * Dati paziente anche sul contenitore!!!
- * Il dialogo clinico-istopatologo è di basilare importanza.
- * **Tip**: opportunità di foto cliniche e telefonata all'AP.

Istituto Stomatologico Italiano

RICHIESTA DI ESAME ISTOPATOLOGICO
Reparto di Patologia Orale e Laserterapia
Responsabile: Dott. Prof. F. Crippa

Responsabile del servizio di Istopatologia:
STUDIO MEDICO
Prof. A.C. R.GIANOTTI - Dott. R.MASSOBRIO
Via Ciamerra, 26 - 20148 MILANO
TEL. 02/43912293 - FAX 02/43400355 - CELL. 3356279393
E-MAIL: gianzi@stet.it - massobri@stet.it

Data:

Cognome: _____ Nome: _____ Data di nascita: _____

Diagnosi clinica: _____

Sede lesione: _____ Esami particolari: _____

Tipo prelievo:

Losanga Losanga escissionale Punch Biopsia shave

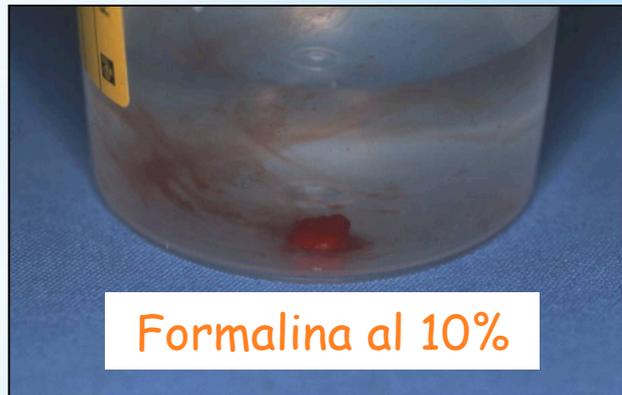
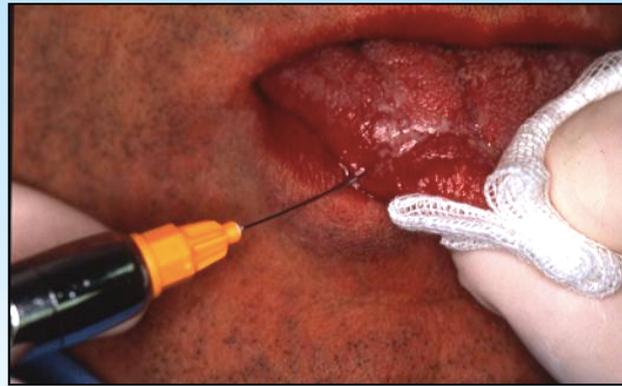
Enucleazione Frustolo/i Due differenti losanghe escissionali

Laserbiopsia Agoaspirato

Richiesta:

Esame istologico Esame citologico IFD

Firma del ricevente _____ Firma del Medico _____



* Punch-biopsy: video della procedura



* Una biopsia può anche essere eseguita avvalendosi di un laser

Noi utilizziamo un laser a diodi, che permette tra le altre cose:

- * un' **emostasi istantanea** (su vasi con diametro inferiore a 0,5mm)
- * la possibilità di operare **senza anestetico** locale



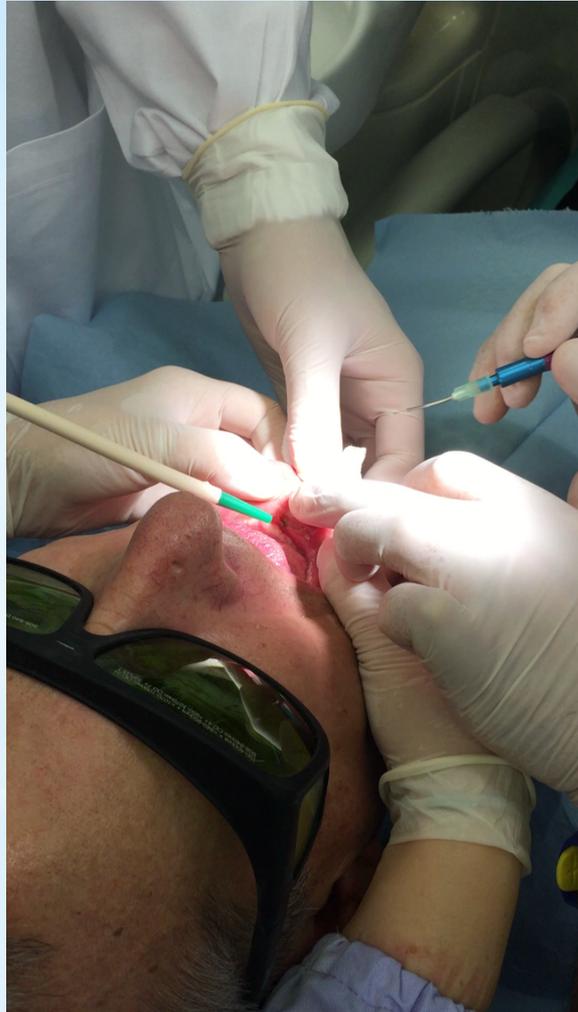
* Vantaggi della biopsia laser-assistita

1. **Aumento compliance del paziente** (no anestesia, no sutura)
2. **Vantaggi per l'operatore** (>emostasi = >visione; riduzione tempi)
3. **Miglior guarigione**
4. **Miglior comfort** postoperatorio

* Impostazioni generali

- * Modalità: continua (CW)
- * Potenze impiegate: ca 1,5W (1,2-1,8W), salvo casi particolari (scraping, FDIP), con potenze progressivamente più elevate. Il “razionale” è quello di utilizzare la potenza più bassa possibile (per evitare la carbonizzazione dei tessuti), compatibilmente con l’impiego prefissato.
- * Fibra impiegata: 300 micron, eccetto casi particolari in cui quella endodontica da 200 sia preferibile (zone estetiche, tipo labbro inferiore).
- * **Tip**: tenere comunque pronta una sutura 3/0 con ago da mezzo cerchio!

* Laser escissione di piccolo fibroma: video



*Biopsia escissionale laser assistita









* Dalla diagnosi alla terapia: le escissioni

* Il Laser a diodi è qui il mezzo terapeutico per eccellenza, dato che nella chirurgia escissionale del cavo orale sono ancora più evidenti i vantaggi già visti a proposito dei prelievi bioptici.

* Ampia area leucocheratosica commissurale e retrocommissurale in paziente sclerodermica ed in trattamento con **ibandronato** (inviataci dalla Dermatologia)



se fiscale N. esenzione:
29.01.13

nte nota per Sclerodermia SCL70, anticentromero positiva, malattia da deposizione Sali di
chia, osteoporosi in trattamento con ibandronato, ipertensione arteriosa
ta odierna effettuava accesso in regime di DH per prosecuzione del trattamento con ILOP
ggio tollerato 28 ml/h per 6 ore). La terapia è stata ben tollerata.
a paziente è stata sottoposta a visita dermatologica per presenza di lesione bianca cher
uancia dx. per cui la specialista dermatologa ha consigliato biopsia di approfondimento
rganizzeremo l'esame e faremo sapere alla paziente la data e le modalità
lleghiamo copia degli esami odierni

gue con la terapia in atto:

ironato 150 mg 1 cp il primo del mese
ASE 10.000 25 gtt il martedì ed il venerdì
pril 2.5 mg 1 cp ore 8
a 5 mg 1 cp ore 14 a mesi alterni

evisto rientro per nuovo trattamento il giorno 5 marzo 2013 (non occorre impegnati
nte)

ali saluti C. Arnoldi

* Gli aminobifosfonati hanno impatto sul trofismo dell'epitelio di rivestimento del cavo orale

- * “Complessivamente tali dati confermano l'azione nociva degli ABP sulle cellule dell'epitelio orale, già evidenziata in colture di cheratinociti orali (Reid et al., 2007), e dimostrano anomalie nel processo di differenziazione terminale negli strati alti dell'epitelio parallelamente a un apparato giunzionale non efficiente con possibili conseguenze sulla funzionalità della barriera epiteliale.”
- * “ANALISI MORFOLOGICA DELLA MUCOSA ORALE CHERATINIZZATA UMANA NORMALE DOPO ESPOSIZIONE A STIMOLI ESOGENI “, tesi di dottorato della Dott.ssa Alice Gualerzi, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano, 2012.

* Pregressa diagnosi di
“iperparacheratosi con flogosi cronica
del corion”

Libera professione

Provenienza OTORINO Ospedale di

Materiale ricevuto

A) NEOFORMAZIONE LEUCOPLASICA MUCOSA GUANCIA DX.

DIAGNOSI

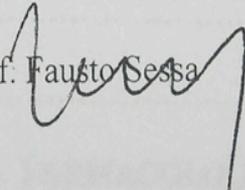
Mucosa orale con spiccata iperparacheratosi e discreta flogosi cronica del corion.



Varese, 08/04/2013

ef/

Prof. Fausto Sessa



* Escissione in due tempi



* Data l'estensione della lesione si opta per una **escissione laser in due tempi**, a pieno spessore, iniziando dalla zona anteriore, sulla cui porzione principale verrà eseguita una nuova lettura istopatologica.

* **Diodo 980nm a 1,7W, CW.**

* Immagine post-op primo step, e referto istopatologico



Storico Clinica: Aree leucoplasiche non omogenee (Dott. Roghi)

Metodo: Laserbiopsia

Dimensioni: 1,1 x 0,5 cm

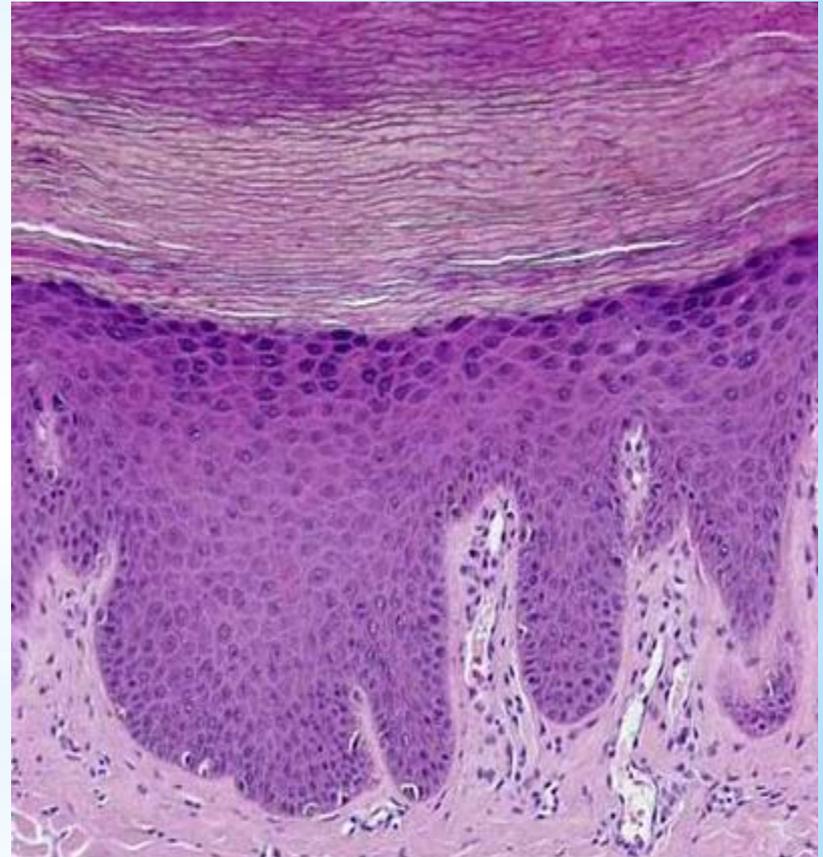
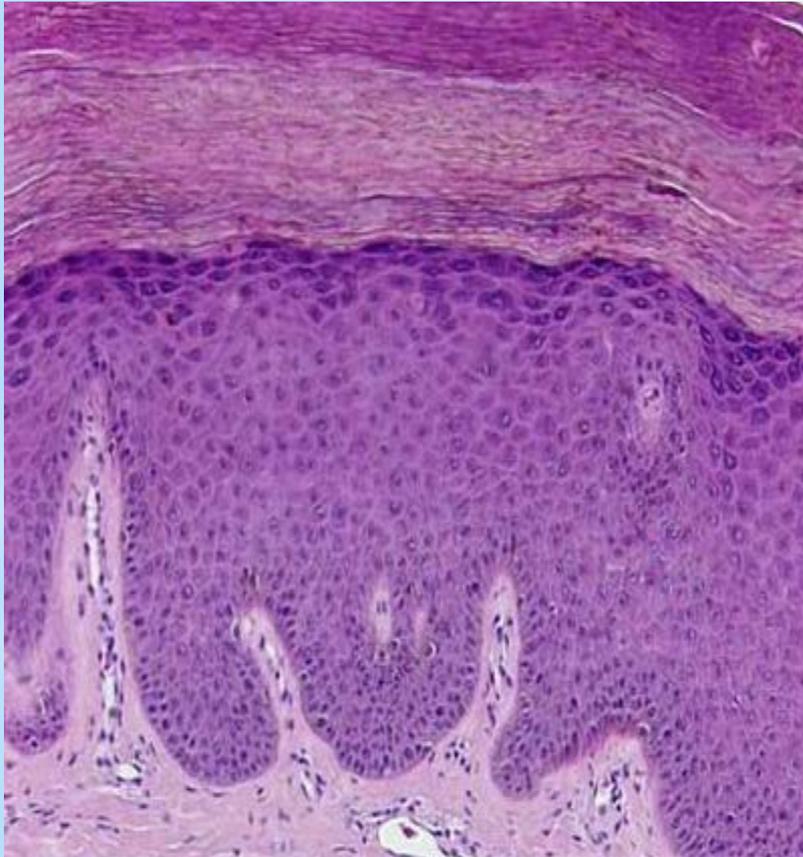
Forma macro: Losanga

Preparazioni: E.E

Diagnosi istopatologica: Iperplasia psoriasiforme dell'epidermide con allungamento di gettoni epiteliali squamosi nel derma, ipergranulosa diffusa e ipercheratosi ortocheratosica. Nel derma superficiale vasi dilatati e marcata fibroplasia collagenica.

Diagnosi istopatologica: Leucocheratosi

* Immagini istopatologiche
Marcata acantosi con importante
ispessimento dello strato corneo.



* Seconda escissione eseguita coi medesimi parametri:
diodo 980nm, 1,7W., CW

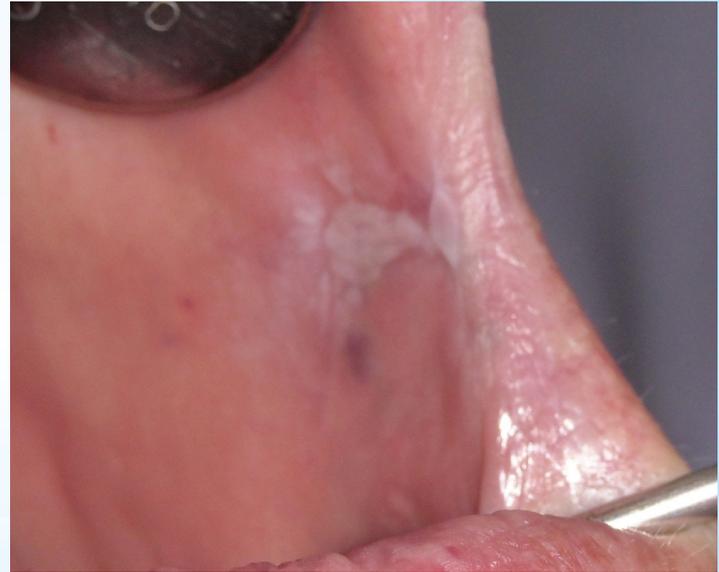


- * Controllo a distanza: 70 gg dal primo intervento e 30 gg dal secondo

Situazione finale



**Lato controlaterale
(ancora da escindere)**



* Controllo a distanza: 70 gg dal primo intervento e 30 gg dal secondo

Situazione iniziale

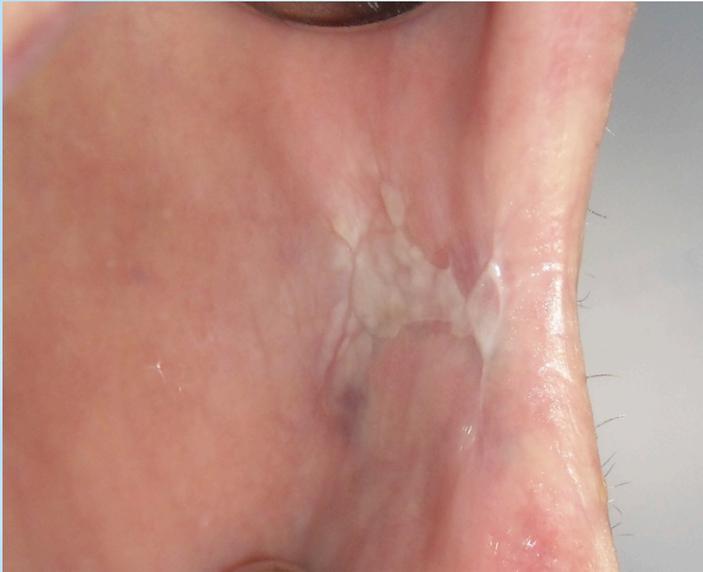


Situazione finale



* Trattamento lato sinistro

Pre-op



Post-op



* Trattamento lato sx

A 15 gg



Referto isto

Sede: Commissura labiale sn.

Diagnosi Clinica: Lesione di n.d.d. (Dott. Roghi)

Prelievo: Laserbiopsia

Dimensioni: 0,4 x 0,2 cm

Reperto macro: Losanga

Colorazioni: E.E

Descrizione: Ipercheratosi orto-paracheratosica marcata. Acantosi dell'epitelio con allungamento degli zaffi interpapillari. Nel chorion evidente fibroplasia e vasi capillari dilatati. Assenza di evidenti atipie citologiche dei cheratinociti.

Diagnosi: Stato acantotico (Leucokeratosi). Si consideri un fattore traumatico cronico.

* Esito a distanza

9 mesi



6 mesi



* Fibroma del palato



* Fibroma del palato



* Fibroma del palato



Città: MIL [redacted]
Cod. Fiscale: [redacted]

Rich. Dr.: -
Provenienza: ISTITUTO STOMATOLOGICO ITALIANO

Sede del prelievo
CAVITA' ORALE

Descrizione macroscopica
Formazione biancastra di consistenza aumentata di cm 2 di massima dimensione.
Materiale pervenuto fissato in formalina. Materiale incluso in toto; si allestisce 1 inclusione.
(RT/ce)

Descrizione microscopica
Lesione nodulare costituita prevalentemente da tessuto connettivo

Diagnosi istologica
Fibroma
T-51004

Firma


Tel. +39 02 54176202 - Fax +39 02 54176297/310
E-mail: laser@istom.it

CARTELLA CLINICA DI LASERTERAPIA
(CapoReparto Dott. Prof. R. Crippa)

DATA 28.10.07

COGNOME SA [redacted] SA

DATA DI NASCITA 10.8.65 SESSO M F

DIAGNOSI CLINICA PRESUNTA Fibroma p. 2,5 cm

DESCRIZIONE CLINICA

ESAME ANATOMO/PATOLOGICO

LESIONE PRIMARIA... SI NO LESIONE RECIDIVA... SI NO

SE RECIDIVA :
N° TRATTAMENTI..... TIPO D'INTERVENTO Brochia ECU

LASER UTILIZZATO (Tipo, Marca)

λ nm 810 830 980 1064 2780 2940 10600 . Altra

PARAMETRI DI LAVORO

Fibra o Tip Utilizzata 320 μm

Diametro di Spot Distanza di lavoro CONTINUO

TIME..... P (W) FLUENCE (J/cm2) FREQUENCY (Hz).....
↓ 2,5 W

MODALITA' : CONTINUA PULSATA SUPERPULSATA

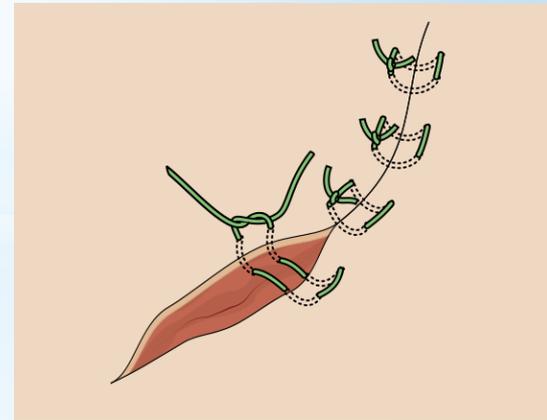
* Fibroma della guancia



* Fibroma della guancia



- * Grandi lesioni: emostasi preventiva a mezzo sutura a materassoio orizzontale, 2/0 o 3/0



* Fibroma della guancia



* Durante la laser escissione il piano di taglio sarà chiaramente superficiale rispetto al piano della sutura!

* Fibroma della guancia



* Fibroma della guancia: esito a distanza



Colorazioni: E.E

Descrizione: Biopsia rasata alla base in cui si osserva una marcata dilatazione del plesso capillare con aumento del numero dei fibroblasti che si dispongono a manicotto in sede perivasale. Si associa un vistoso aumento del tessuto adiposo che appare dissociare i fasci collageni.

* Granuloma piogenico in età pediatrica



* Granuloma piogenico in età pediatrica

- Riferita tumefazione a rapida crescita.
- Non disponibile referto Specialistico.
- In previsione exeresi.

L'esame ecografico mirato a livello della tumefazione del labbro inferiore a destra, dimostra la presenza a livello del passaggio tra la parte mucosa e la parte cutanea del labbro ovvero in prossimità dell'orlo, di una neoformazione di circa 10 mm.

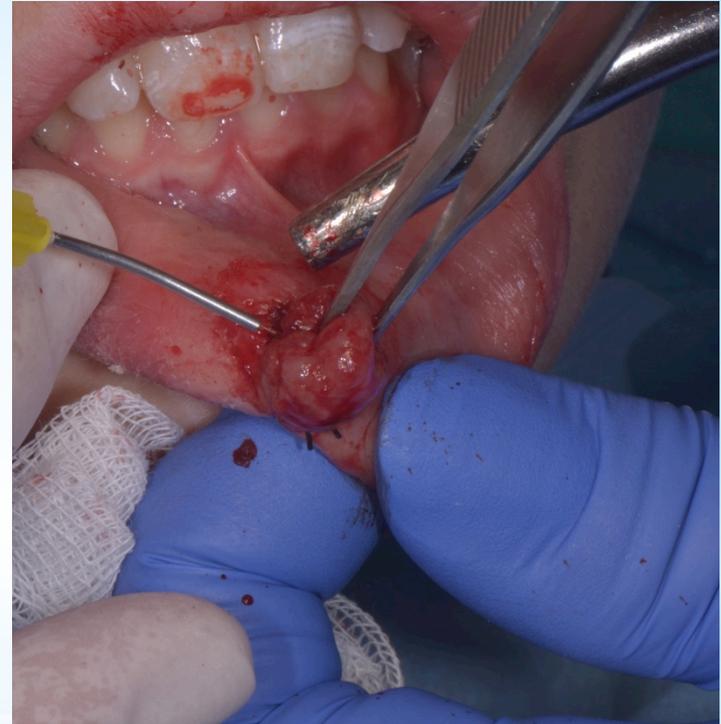
Tale neofomazione appare solida ed omogenea e presenta un'ampio contatto/base di impianto con il labbro (6-7 mm).

L'alterazione presenta una diffusa, vivace ed intensa vascolarizzazione artero-venosa al color Doppler con flussi arteriosi a bassa resistività e ad alta velocità.

La formazione descritta sembra presentare in profondità una continuità anatomica e vascolare con la porzione muscolare del labbro.

Il medico radiologo

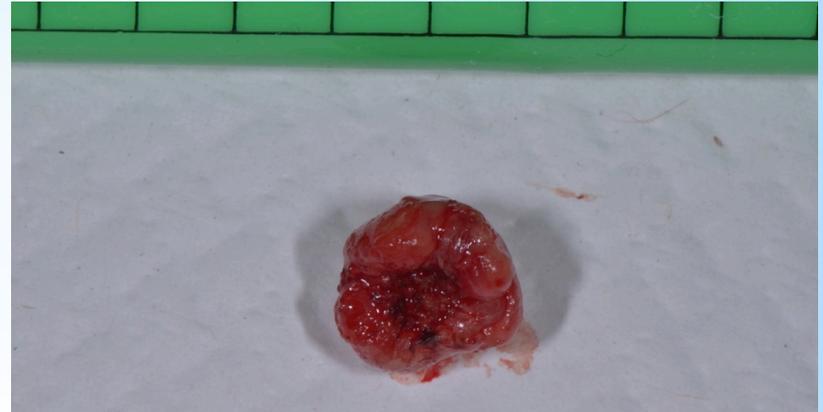
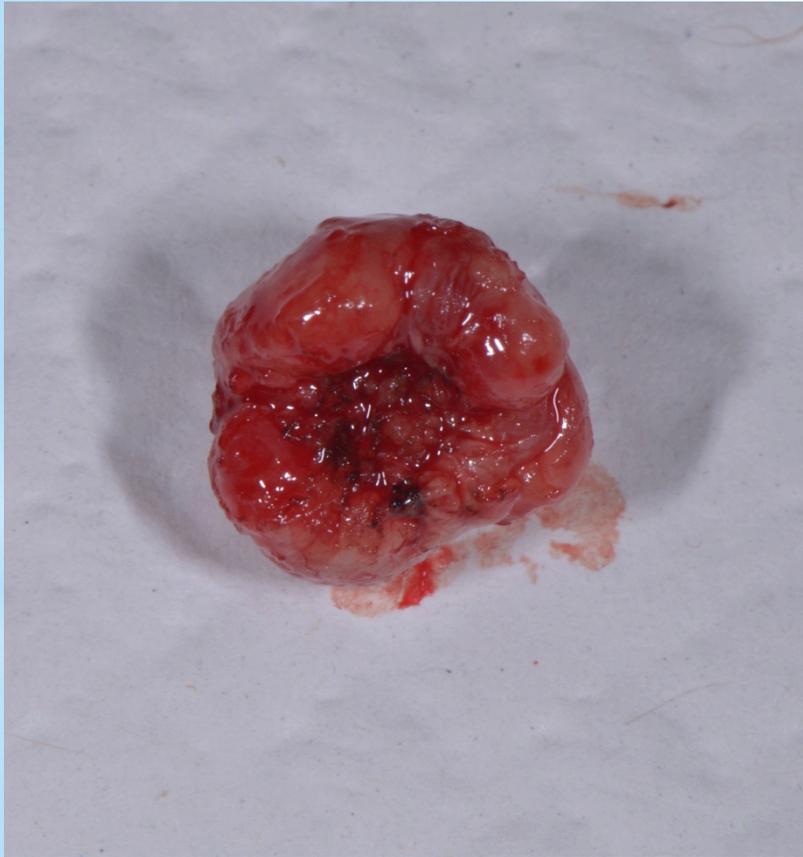
* Granuloma piogenico in età pediatrica



* Granuloma piogenico in età pediatrica



* Granuloma piogenico in età pediatrica

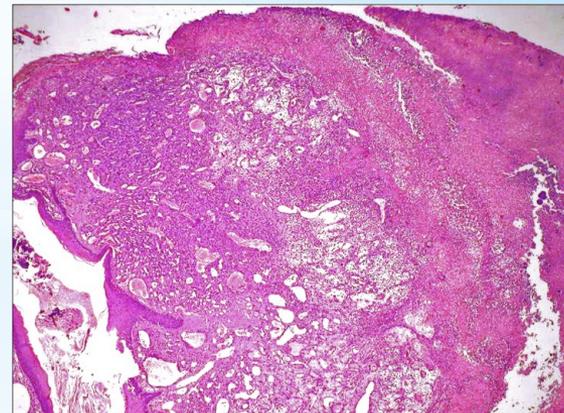
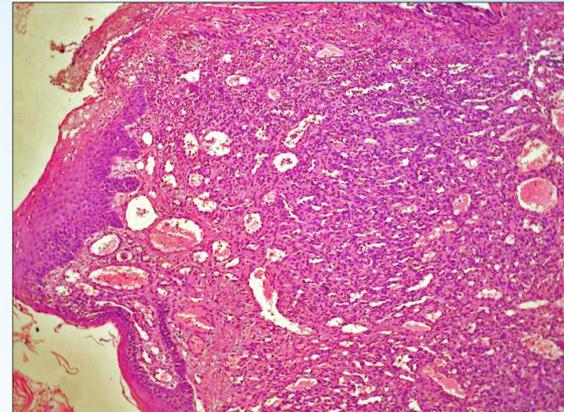


* Granuloma piogenico in età pediatrica



* Referto ed immagini istologiche

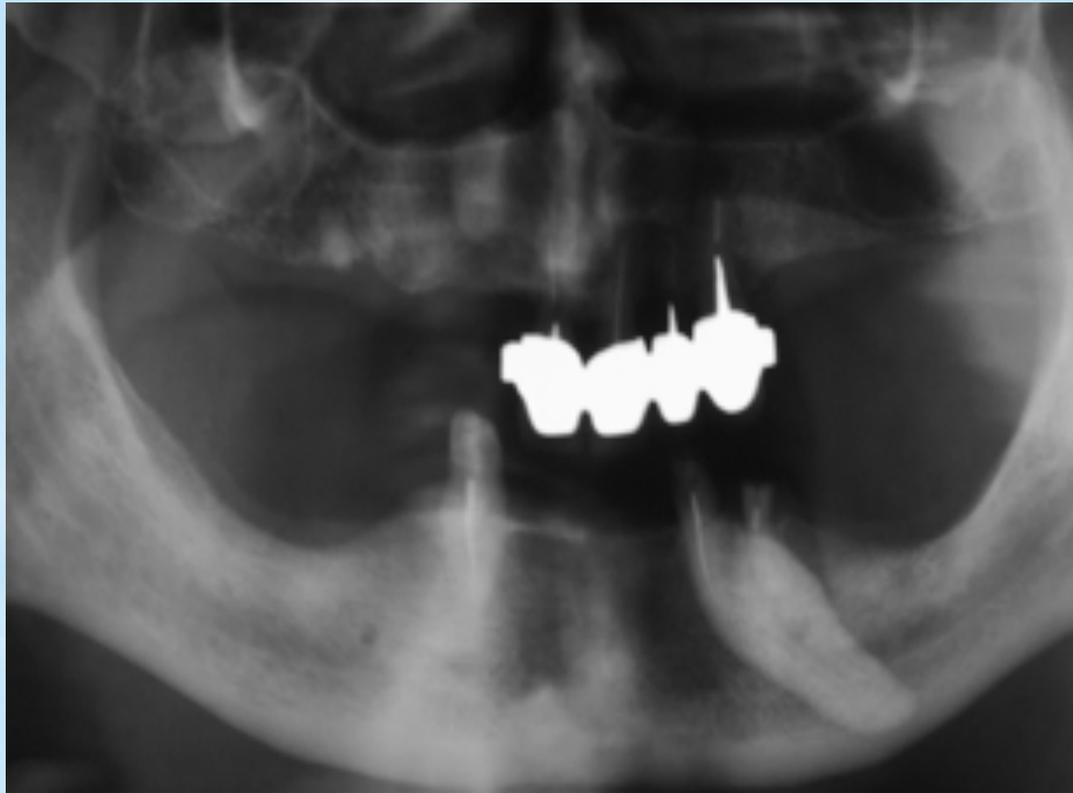
- * Epitelio ulcerato, ampia area di necrosi, nel chorion densa proliferazione di piccoli vasi capilari neoformati



* Controllo ad un mese

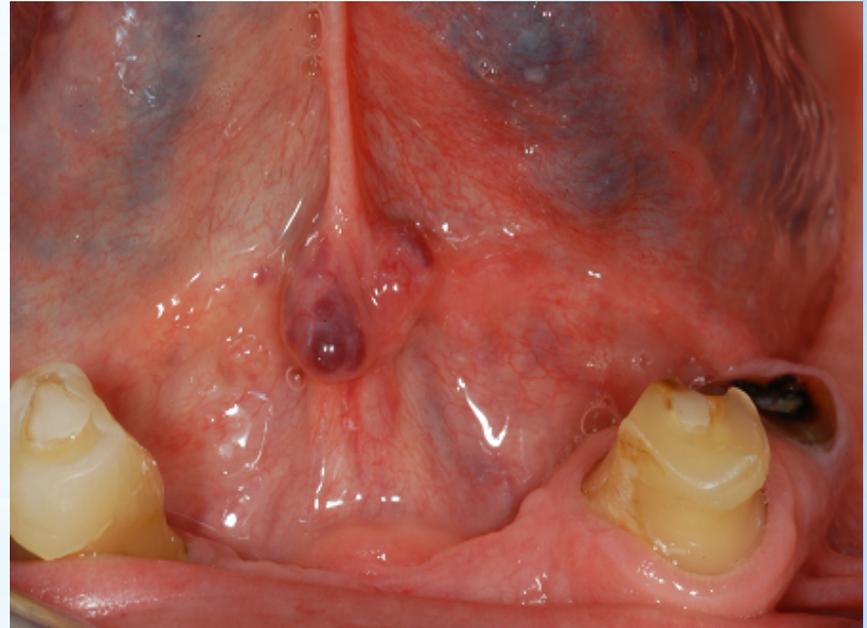


*?

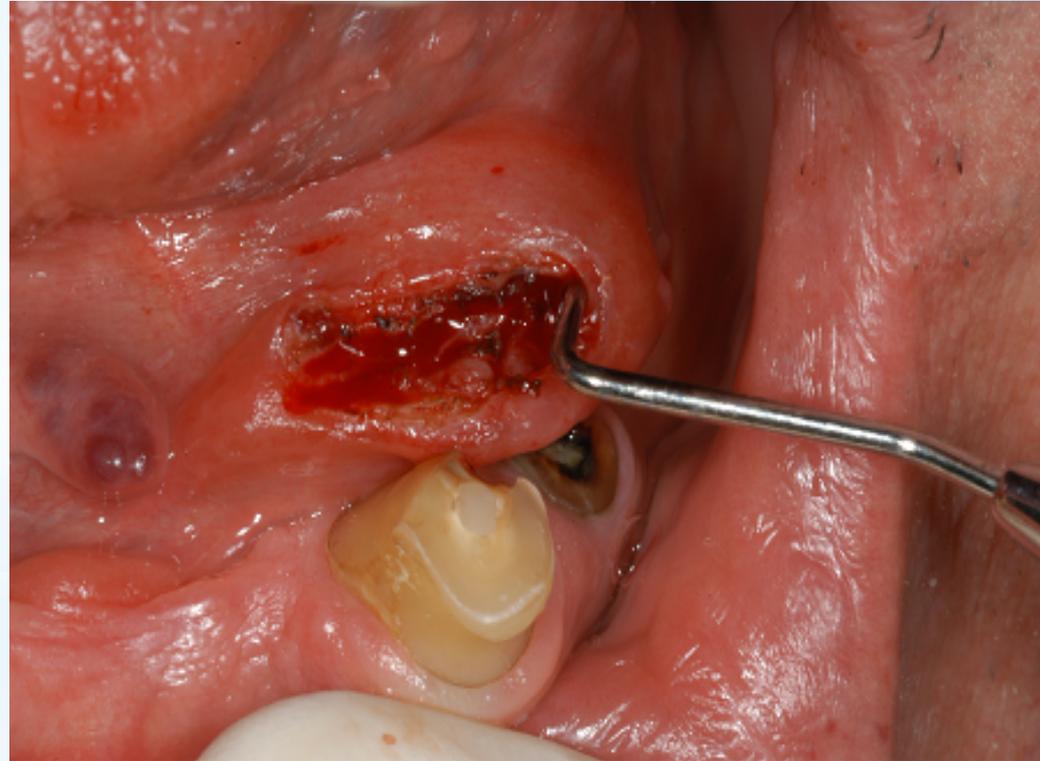
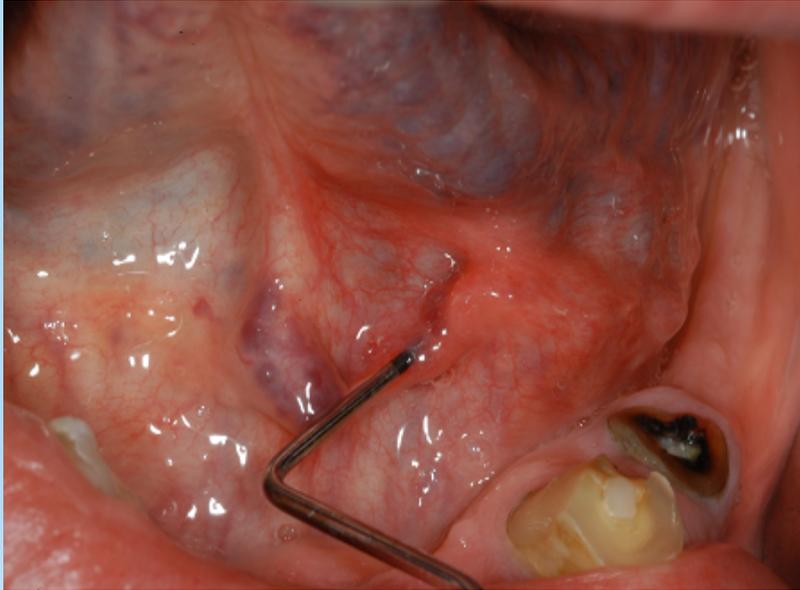


* Calcolosi salivare dotto di Wharton

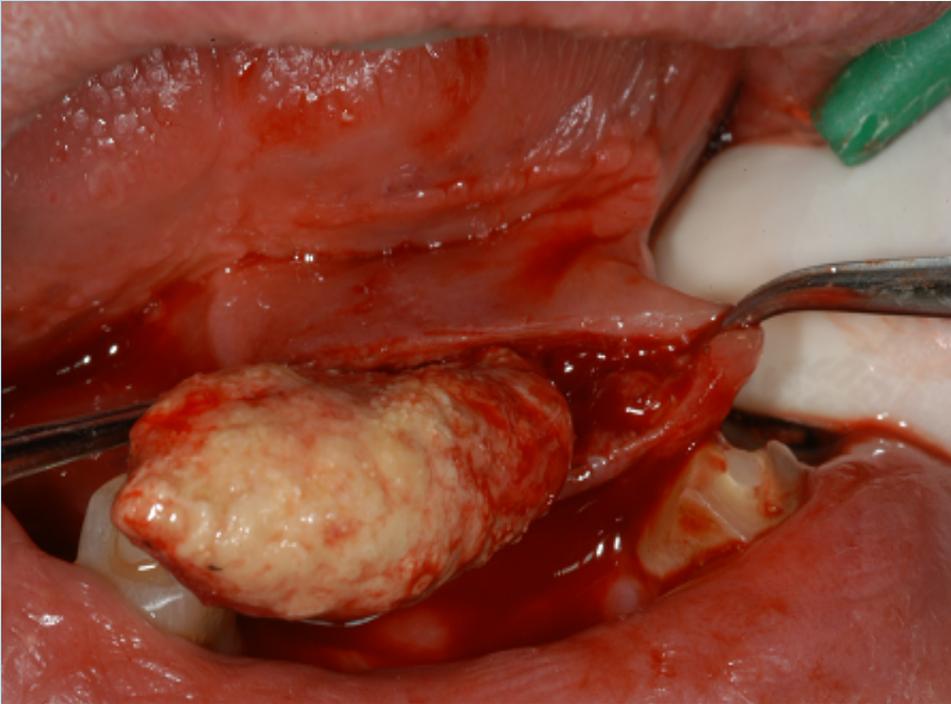
- * **Tip:** Nelle calcolosi del dotto di Wharthon preparare sempre un Klemer curvo! Serve per clampare il dotto di Wharton posteriormente al calcolo



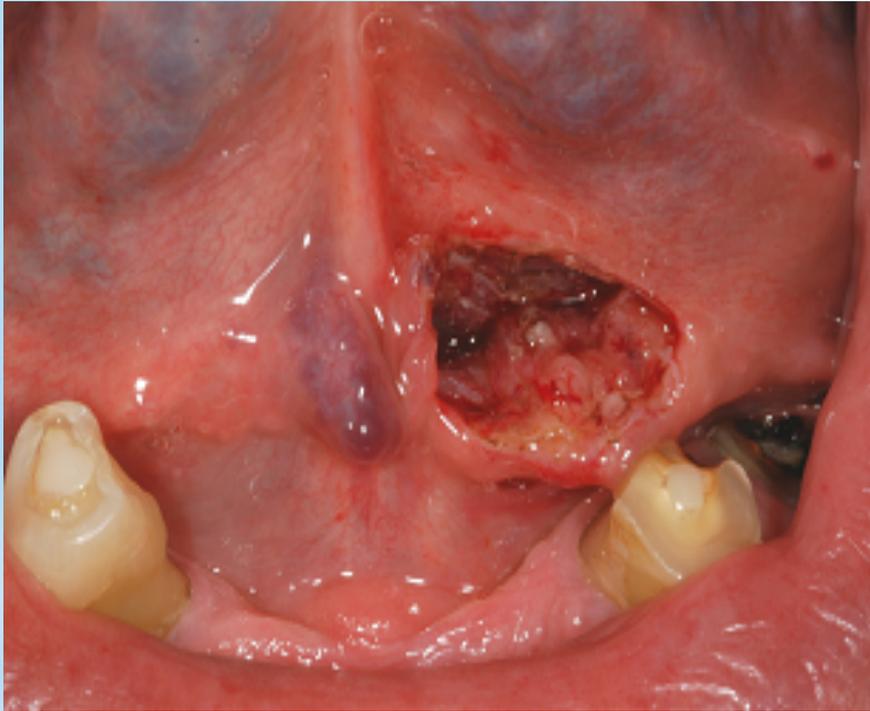
* Sondaggio ed apertura del dotto con laser a diodi



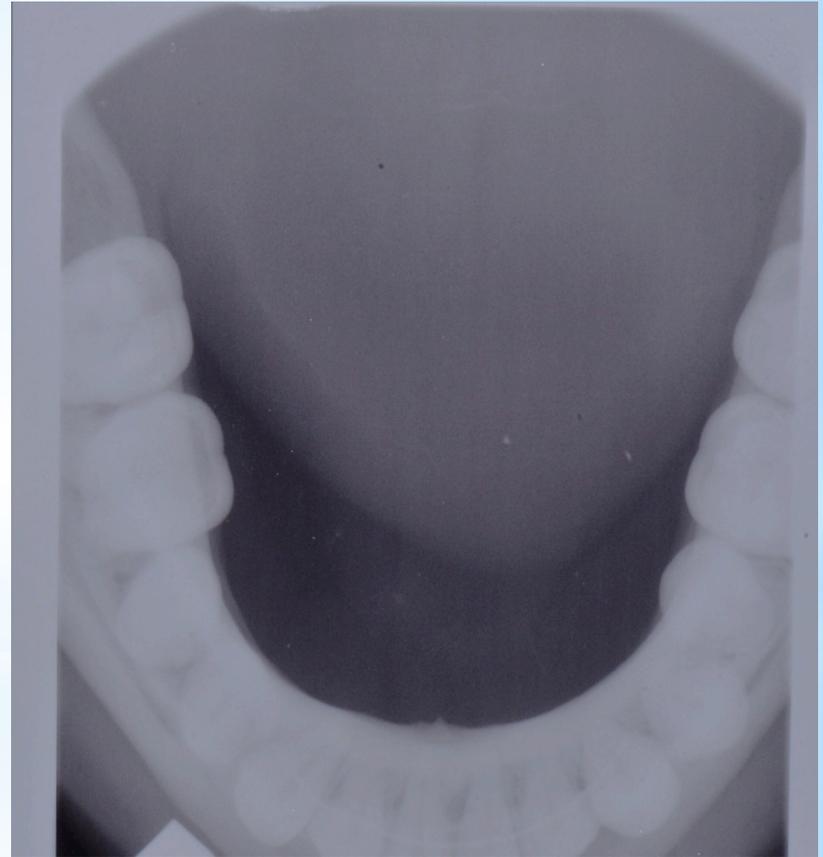
* Asportazione calcolo



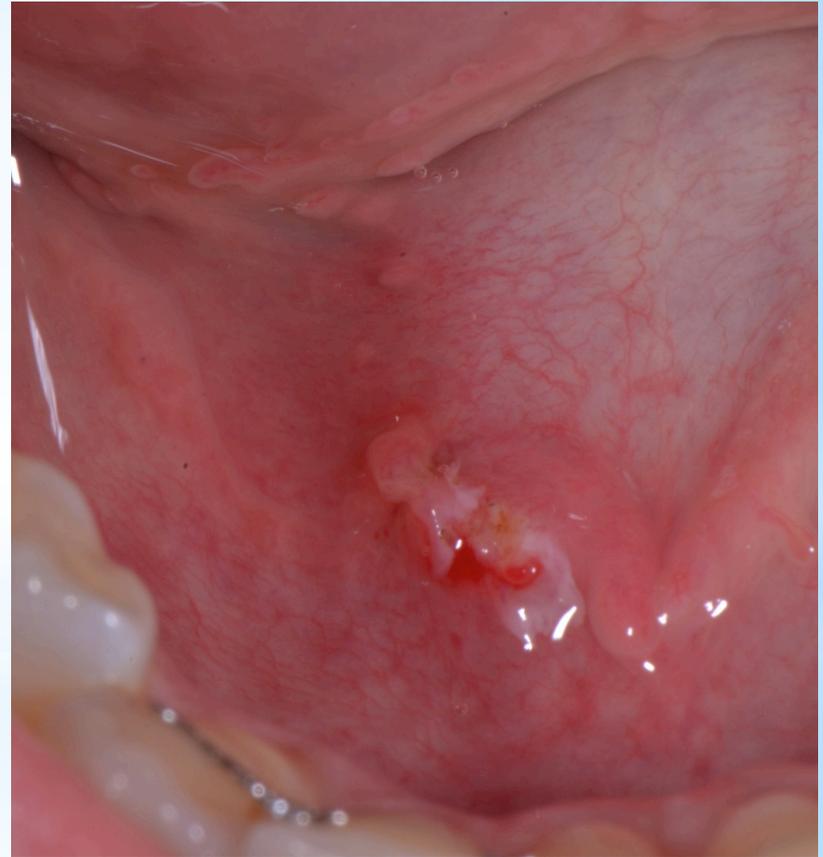
* Post-op e successivo follow-up



* Calcolosi Wharton dx,
calcolo radiotrasparente



* Calcolosi Wharthon dx,
calcolo radiotrasparente



* FDIP (disidratazione forzata con fotocoagulazione indotta)

- * Indicazioni: malformazioni vascolari, venose e capillari, a basso flusso
- * Lesioni di diametro massimo di 2 cm
- * Laser a diodi con lunghezze d'onda 808-830nm
- * Fibre di 300-320 micron
- * Modalità continua, *non* a contatto
- * Potenza da 2,5W a 6W
- * **Tip**: qui -più che in altri casi- controllare che la fibra sia attivata bene per evitare eccessivo danno termico ai tessuti!

Angiero F, Benedicenti S, Romanos G, Crippa R.

Hemangioma of head and neck treatment with laser diode (810-830nm) and Forced Dehydration using Induced Photocoagulation (FDIP) technique

Photomedicine and Laser Surgery. 2008 March

* Angioma labbro superiore

Immagine iniziale



ecodoppler

 **FONDAZIONE IRCCS
ISTITUTO NAZIONALE
DEI TUMORI**

20133 Milano - via Venezian, 1 - tel. 022390.1 - c.f. 80018230153 - p.i. 04376

Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Radioterapia - Direttore D

S.C. di Radiologia e Diagnostica per Immagini 2 - Direttore f.f. Dott. Alf

Tel. 02-2390.2403 / 2669 - Fax. 02-2390.2398

Paziente:
Nato/a il:
Cartella:
Data esame:

Referto **1638401** del **09-11-2010**

Reparto: **Esterno Solventi**

Esami: **ECOGRAFIA CUTE E SOTTOCUTE
SUPPLEMENTO COLORDOPPLER**

La formazione angiomatosa del labbro superiore di destra non appare caratterizzata da flussi vascolari anomali nel contesto; non evidenza di shunt arterovenosi.

Il Radiologo
Dott. Rodolfo Lanocita

Il presente referto e' una rappresentazione, su supporto cartaceo, del documento elettronico firmato digitalmente ai sensi della normativa vigente, rinvenibile presso la Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

* Angioma labbro superiore

Fine intervento

Controllo a 7 gg



* Angioma labbro superiore



- * Controllo dopo un mese:
- * si opta per una seconda fotocoagulazione

* Angioma labbro superiore

**Controllo ad un mese
dalla seconda
fotocoagulazione**



**Visione a bocca
chiusa**



* Lesione vascolare emipalato duro sx

Visione pre-op



Referto angio RM

elenco prestazioni:
Angio Rm vasi del collo
RM Seni Paranasali

Reperti:

Motivo dell'indagine: controllo in probabili emangiomi del cavo orale e del collo.

È stato eseguito come da richiesta uno studio angio RM con mezzo di contrasto in tecnica phase contrast per lo studio della circolazione arteriosa e venosa del collo, del massiccio facciale e del cavo orale.

È stato eseguito anche uno studio delle parti molli del volto, del massiccio facciale e del collo secondo i tre piani ortogonali nello spazio in tecnica Spin Echo, con sequenze ponderate in T1, T2 sequenza STIR.

L'esame angio RM consente di escludere che le anomalie vascolari rilevabili clinicamente abbiano delle componenti vascolari ad alto flusso. Non si tratta cioè di malformazioni artero-venose; non sono infatti riconoscibili vasi afferenti arteriosi della mascellare interna o della arteria facciale o linguale. Né sono riconoscibili vene efferenti.

L'angioma sottocutaneo nel fornice gengivale mascellare interno in corrispondenza del palato duro a sx ha uno spessore massimo di 5 mm e un diametro antero-posteriore massimo di 2 cm. Appaiono appena riconoscibili come puntiformi nidi angiomatici sottocutanei i piccoli angiomi del collo in regione sottomandibolare a sinistra.

Dal lato destro, in corrispondenza della porzione esterna della ghiandola sottomandibolare, è riconoscibile un'altra struttura con aspetto angiomatico simile.

Le anomalie vascolari riscontrate pertanto non sembrerebbero embolizzabili per via arteriosa ma piuttosto per puntura diretta trattandosi in prima ipotesi di angiomi capillaro-venosi.

Il Medico Specialista
Dott.

* Lesione vascolare emipalato duro sx

Dopo 7 giorni



A 5 settimane



* Lesione vascolare emipalato
duro sx



* Controllo a 4 mesi

* Interventi sul palato ed uso di placche palatali

- * **Tip:** Utile, in qs casi indispensabile, il confezionamento preventivo di una **placca palatale** col duplice scopo di:
 - * 1) diminuire il rischio emorragico,
 - * 2) diminuire la dolorabilità della zona, dolorabilità che può durare anche due settimane!

* Voluminosa lesione vascolare dell'emilingua sinistra



* Voluminosa lesione vascolare dell'emilingua sinistra



* FDIP a 4,5 watt, visione postoperatoria



* Controllo ad un mese



*** Si effettua una seconda FDIP della piccola area residua**

Immagine postoperatoria



Esito a 4 settimane



* Visione dall'alto: prima e dopo



*** Trattamento afte
mediante
scarificazione
laser**

* Trattamento afte mediante
scarificazione laser



*Trattamento afte mediante scarificazione laser



*Zone estetiche

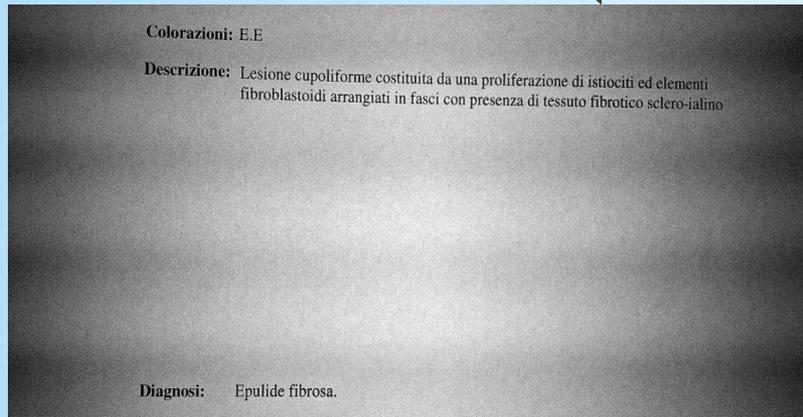
* Epulide fibromatosa zona 11



* Escissione con laser a diodi, 1,4W
in CW



* Controllo a distanza di tre settimane (foto a sx), e di tre mesi



* Lesione cronica labbro inferiore, pre e post-op.
utilizzo di una fibra da 200 micron



* Diagnosi istologica di
iperortocheratosi
Esito a sei mesi



*** Chirurgia preprotetica:
ipertrofia tessuti molli tuber in
paziente sottoposto a TAO**



* Fasi operatorie



* Porzione escissa e controllo a distanza



* Gestione post-operatoria del paziente

- * Immediata: terapia del freddo (borsa del ghiaccio, ghiaccioli e gelati)
- * Farmacologica: fans per os al bisogno
- * Locale: collutori a base di clorexidina allo 0,2% per 7 gg
- * Locale: aminogam (se ampie zone esposte) fino a guarigione

