



università di ferrara

DA SEICENTO ANNI GUARDIAMO AVANTI.

Corso di Odontoiatria

Epidemiologia e profilassi delle malattie cronico-degenerative

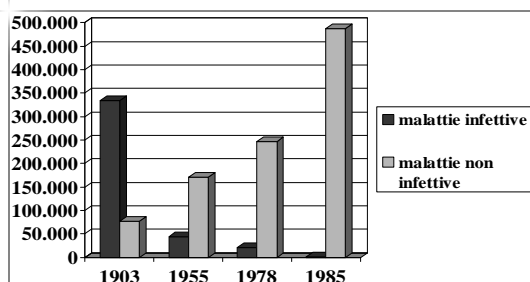
Malattie cronicodegenerative

Aspetti generali

Le malattie “non infettive” o “cronicodegenerative” rappresentano, già oggi, la parte di gran lunga prevalente della patologia esistente nella nostra popolazione, sia in termini di diffusione che di gravità dei quadri clinici ad essi connessi.

Il loro esito risulta essere, spesso letale, in tempi più o meno brevi e comunque sempre *invalidante*.

Mortalità per malattie infettive e non infettive



Malattie cronicodegenerative

Sono rappresentate da numerose malattie:

- ❖ Tumori
- ❖ Malattie cardiovascolari
- ❖ Broncopneumopatie croniche
- ❖ Malattie dismetaboliche
- ❖ Malattie mentali ecc.

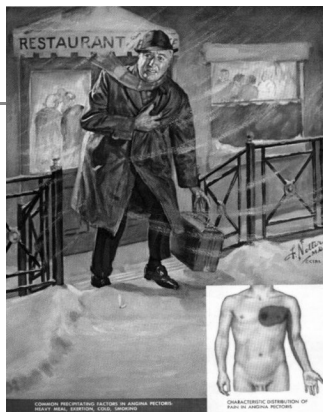
	Malattie cronico-degenerative
	<p>Se l'invecchiamento della popolazione ha costituito il fattore indispensabile per la migliore evidenziazione di queste malattie, tuttavia, la loro incidenza, è stata in gran parte regolata da altri meccanismi attinenti la loro origine.</p> <p>Questo gruppo di malattie riconosce, infatti, nella sua genesi, <i>fattori di tipo ambientale e comportamentale</i>.</p>

	Malattie cronico-degenerative
	1. Abitudini personali
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Alimentazione ➤ Fumo di tabacco ➤ Alcool ➤ Droga ➤ Sedentarietà

	Malattie cronico-degenerative
	2. Contaminazione ambientale
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inquinamento atmosferico ➤ Inquinamento idrico ➤ Contaminazione alimentare

	Malattie cronico-degenerative
	<p>Questo gruppo di malattie ha acquistato un particolare rilievo non solo da un punto di vista sanitario ma anche economico e sociale rappresentando, al momento, il problema di gran lunga più rilevante per la Sanità Pubblica.</p> <p>L'arma di lotta più efficace disponibile nei confronti di queste patologie, per il momento di difficile guarigione, è rappresentata dalla prevenzione primaria</p>

MALATTIE CARDIO- VASCOLARI



Le malattie cardiovascolari

Sono responsabili di un terzo delle morti a livello mondiale e rappresentano la principale causa di morte nei Paesi sviluppati.

In Italia, nel 2005, le malattie cardiovascolari sono state responsabili di oltre il 43% della mortalità generale. Tuttavia, nel corso degli ultimi decenni, la mortalità è notevolmente diminuita.

Le malattie cardiovascolari

Dal punto di vista epidemiologico, attualmente, rivestono grande importanza:

- la cardiopatia ischemica,
- l'ipertensione arteriosa
- le malattie circolatorie dell'encefalo (ictus cerebrale).

Nonostante l'andamento in discesa della mortalità quindi, la patologia cardiovascolare è tuttora un rilevante problema sanitario e sociale, sia in termini di spesa sanitaria che in termini di disabilità e bisogno di assistenza.

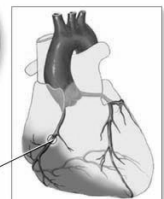
Cardiopatia ischemica (C.I.)

E' l'insufficienza cardiaca, acuta o cronica, derivante dalla riduzione o arresto dell'apporto di sangue al miocardio, in associazione con processi patologici nel sistema delle arterie coronariche.



Ostruzione completa del lume dell'arteria coronaria che interrompe l'apporto di sangue e ossigeno al cuore

Il tessuto morto (infarto) è rappresentato in porpora



	<h3>Cardiopatía ischemica (C.I.)</h3> <p>La riduzione dell'apporto ematico è, nella maggior parte dei casi, conseguenza delle lesioni aterosclerotiche insorte nel corso degli anni per il depositarsi dei grassi e il restringimento progressivo del lume vasale.</p> <p>La presenza dell'ateroma, la formazione di un trombo a livello della placca ateromastica calcificata o ulcerata, oppure uno spasmo, potrebbero dar luogo all'occlusione repentina del vaso, con stato ischemico e conseguente infarto del miocardio.</p>
--	--

	<h3>Epidemiologia delle C.I.</h3> <p>Le manifestazioni cliniche più tipiche delle C.I. sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Angina pectoris; ✓ Infarto del miocardio; ✓ Morte improvvisa (da pochi minuti fino a 24 ore dall'insorgenza della sintomatologia acuta); ✓ Scompenso cardiaco e aritmie non mortali (più frequenti nelle persone anziane)
--	---

	<h3>Epidemiologia delle C.I.</h3> <p>Il rischio di C.I. come tutte le malattie cardiovascolari, è basso in età giovanile ma aumenta esponenzialmente dai 45 anni in poi negli uomini e dai 55 anni in poi nelle donne.</p> <p>In un'età compresa tra i 35 e i 74 anni il rischio di morte per C.I. è complessivamente maggiore nell'uomo che nella donna. Tale differenza tende però progressivamente a ridursi con l'avanzare dell'età fino ai 75 anni, quando il rischio diviene simile in entrambi i sessi.</p>
--	--

	<h3>Epidemiologia delle C.I.</h3> <p>L'incidenza della C.I. nella popolazione registra differenze geografiche importanti.</p> <p>I Paesi del mediterraneo presentano livelli di mortalità minori. Decisamente bassa è l'incidenza della C.I. in molte regioni dell'America Latina, dell'Asia e dell'Africa dove però, negli ultimi 20 anni, si è assistito ad un incremento progressivo delle malattie cardiovascolari legato alle modificazioni economiche e sociali dovute alla globalizzazione degli stili di vita e di consumo (dall'abitudine al fumo all'inattività fisica a scorretti comportamenti alimentari di massa).</p>
--	--

Epidemiologia delle C.I.	
Nei Paesi sviluppati	⇒ Sono le classi socioeconomiche più basse a presentare una più alta prevalenza dei fattori di rischio e quindi una più alta incidenza di malattia e mortalità.
Nei paesi in via di sviluppo	⇒ L'impatto maggiore è a carico dei gruppi di popolazione socio-economicamente più svantaggiati.

I fattori di rischio
<p>Numerosi studi epidemiologici negli anni hanno portato a delineare l'insieme dei fattori di rischio, capaci di mettere in relazione la prevalenza della C.I. in varie popolazioni e il loro ambiente di vita.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ l'età ❖ il sesso ❖ la storia familiare positiva per la malattia coronarica ❖ la predisposizione genetica ❖ l'obesità ❖ l'ipertensione ❖ l'ipercolesterolemia

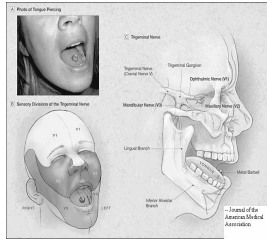
I fattori di rischio
<p>Sono distinti in:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ MAGGIORI: ipercolesterolemia (più elevato è il livello di HDL tanto minore è il rischio di C.I. mentre il contrario avviene per LDL) e il fumo di sigaretta (in particolare il monossido di carbonio e nicotina). ➤ MINORI: diabete e la ridotta tolleranza al glucosio, l'ereditarietà, la scarsa attività fisica e l'obesità.

I fattori di rischio
<p>Gli stress psico-emotivi sono importanti come fattori scatenanti nei soggetti con lesioni coronariche preesistenti.</p> <p>L'esposizione ai fattori emotivi è difficilmente "quantificabile" per cui sfugge ad un'accurata valutazione epidemiologica.</p>



Segni di ischemia cardiaca in ambito odontoiatrico

- Il dolore temporo-mandibolare bilaterale è stato indicato presente in circa il 40% dei casi di ischemia cardiaca. In alcuni casi, può rappresentare l'unico segno di infarto miocardico acuto.



Prevenzione della cardiopatia ischemica

I principali obiettivi sono:

**PREVENZIONE
PRIMARIA**

- riduzione dei livelli medi di colesterolemia negli adulti (200 mg/ml)
- diminuzione di NaCl nella dieta (<5 g/die)
- eliminazione del fumo di sigaretta
- aumento dell'attività fisica
- regime dietetico normocalorico e variato

Prevenzione della cardiopatia ischemica

**PREVENZIONE
SECONDARIA**

Riduzione o rimozione dei fattori di rischio già presenti, insistendo sulla necessità che i soggetti a rischio (ultraquarantenni, ipercolesterolemici, infartuati, ipertesi, fumatori) modifichino lo stile di vita.

Senza la rimozione dei fattori di rischio, l'assunzione di farmaci ipocolesterolemizzanti, ipotensivi, beta-bloccanti e calcio-antagonisti, sebbene efficace, non è in grado di attivare il programma di prevenzione secondaria.

Ipertensione arteriosa

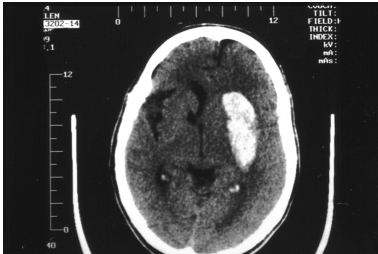


	<h2>Ipertensione arteriosa</h2> <p>Gli studi epidemiologici sull'ipertensione presentano notevoli difficoltà perché i valori di pressione arteriosa non sono costanti ma variano in rapporto a molteplici fattori:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la posizione in corso di determinazione, ▪ l'attività fisica, ▪ le condizioni psicologiche e fisiche, ▪ l'orario della determinazione (bioritmo) ▪ l'atteggiamento di chi effettua il rilevamento
--	--

	<h2>Ipertensione arteriosa</h2> <p>In condizioni standard le uniche variabili sono rappresentate dall'età e dal sesso.</p> <p>In tutte le popolazioni, con l'avanzare dell'età, aumenta la prevalenza dell'ipertensione.</p> <p>In Italia l'ipertensione è responsabile del 6,3% della mortalità per malattie cardiovascolari.</p>
--	--

	<h2>Prevenzione dell'ipertensione arteriosa</h2>
<div>PREVENZIONE PRIMARIA</div>	<p>Si traduce in uno stile di vita teso all'eliminazione dei fattori di rischio; principalmente nel contenere il consumo di NaCl, nel mantenere il peso forma e nel limitare il consumo di alcool.</p>

	<h2>Prevenzione dell'ipertensione arteriosa</h2>
<div>PREVENZIONE SECONDARIA</div>	<p>Si effettua mediante la somministrazione di farmaci ipotensivi a tutti i soggetti con valori maggiori di quelli soglia. Ciò è realizzabile negli individui con ipertensione grave (piccola quota di ipertesi) ma l'effetto epidemiologico è minimo.</p> <p>Diventa prioritaria, pertanto, l'identificazione degli individui asintomatici.</p>

	<h2>Ictus cerebrale</h2> <p>È la manifestazione clinica fondamentale della malattia cerebrovascolare e si manifesta con segni clinici, a rapido sviluppo, di turbe delle funzioni cerebrali di tipo focale o globale, della durata di oltre 24 ore o che portano a morte.</p>
	

	<h2>Ictus cerebrale</h2>
<p>Si distingue in due tipi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ su base emorragica (15%) ➤ su base ischemica (85%) (tromboembolica) 	

	<h2>Ictus cerebrale</h2>
<p>Le cause delle lesioni vascolari, in rapporto alla sede, sono rappresentate:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ dall'emorragia subaracnoidea (deriva da anomalie vascolari o da aneurismi congeniti), ❖ dall'emorragia cerebrale (consegue a microaneurismi acquisiti) ❖ dall'infarto cerebrale (la cui causa è una è una tromboembolia originata da placche ateromatose delle grosse e medie arterie) 	

	<h2>Ictus cerebrale</h2>
<p>L'ictus rappresenta in Italia, come in gran parte dei paesi industrializzati, la terza causa di morte dopo i tumori e le cardiopatie ischemiche, rappresentando l'11-13% delle morti totali. Esso è inoltre la più importante causa di invalidità nelle comunità occidentali.</p> <p>La mortalità è più elevata nei maschi in tutti i gruppi di età ma l'incidenza dell'ictus aumenta in modo esponenziale in entrambi i sessi, con l'aumentare dell'età, tanto che 3 episodi di ictus su 4 colpiscono persone di età maggiore di 65 anni.</p>	

Ictus cerebrale

Negli ultimi 20 anni, i quozienti di mortalità hanno mostrato una costante tendenza al decremento in entrambi i sessi e tale fenomeno si è registrato in numerosi altri paesi del mondo occidentale.

L'incidenza della malattia però non si è ridotta e circa il 40 % dei sopravvissuti al primo episodio presenta una grave invalidità residua.

I fattori di rischio

L'IPERTENSIONE è ritenuta il principale fattore di rischio dell'ictus cerebrale.

Altri fattori importanti sono:

- ❖ il fumo di sigaretta;
- ❖ il diabete;
- ❖ l'alcool;
- ❖ l'iperomocisteinemia.

PREVENZIONE DELL'ICTUS CEREBRALE

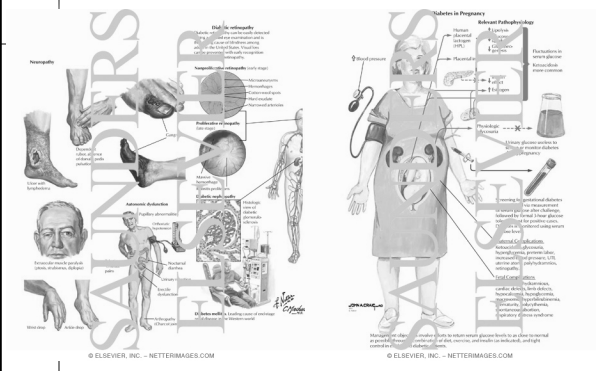
PREVENZIONE PRIMARIA

Si realizza con la scelta di uno stile di vita che eviti l'aumento dei valori pressori mediante un'alimentazione equilibrata, povera di sale e il ricorso all'attività fisica sistematica.

PREVENZIONE SECONDARIA

Consiste nella diagnosi precoce, ovvero con il trattamento dietetico e farmacologico degli ipertesi.

DIABETE



	<h2>Il diabete</h2> <p>E' una sindrome dismetabolica ad andamento cronico, caratterizzata dall'incapacità dell'organismo di utilizzare normalmente il glucosio; la concentrazione di questo zucchero nel sangue pertanto aumenta (iperglicemia) e può comparire anche nelle urine (glicosuria) dove in condizioni normali è assente.</p> <p>La diagnosi di diabete e di ridotta tolleranza al glucosio è fondata essenzialmente sulla rilevazione dei tassi glicemici a digiuno e dopo carico di glucosio.</p>
--	--

	<h2>Il diabete</h2> <p>Si distinguono 4 tipi di diabete mellito (DM = <i>diabetes mellitus</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ insulino dipendente (tipo I), ✓ non insulino-dipendente (tipo II), ✓ associato ad altra patologia, ✓ diabete gestazionale.
--	--

1- Diabete di tipo I o insulino-dipendente (IDD = insulin dependent diabetes)	
<p>Corrisponde al diabete giovanile, ed è determinato da un danno irreversibile delle isole del Langerhans, con carenza insulinica più o meno improvvisa.</p> <p>E' caratterizzato dall'inizio rapido, con insulinemia bassa o assente e tendenza alla cheto-acidosi; necessita quindi della terapia insulinica.</p>	

1- Diabete di tipo I o insulino-dipendente (IDD = insulin dependent diabetes).	
<p>Colpisce soprattutto l'età giovanile, inizia spesso in modo brusco ed ha la sua maggiore incidenza nei mesi invernali.</p> <p>Secondo l'ipotesi eziologia più attendibile, sarebbero in causa gruppi di virus (in particolare i virus Coxsackie), la cui azione si esplicherebbe sia direttamente nei confronti delle cellule beta, sia indirettamente attraverso meccanismi autoimmunitari</p>	

	2 - Diabete di tipo II o non insulino-dipendente (NIDD = non insulin dependent diabetes).
	<p>E' la forma di diabete di gran lunga più frequente e comprende la quasi totalità dei casi nell'adulto. Colpisce di norma dopo i 40 anni.</p> <p>E' dovuto ad una anomalia della secrezione di insulina o della sua azione biologica.</p>


	2 - Diabete di tipo II o non insulino-dipendente (NIDD = non insulin dependent diabetes).
	<p>I più importanti fattori di rischio oggi accertati sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ l'obesità, ➤ la sedentarietà, ➤ la carenza di fibre vegetali nell'alimentazione, ➤ il genotipo.

	3 - Diabete associato ad altra patologia.
	<p>In queste forme cliniche l'intolleranza al glucosio è sempre secondaria ad altre cause ben accertate.</p> <p>4 - Diabete gestazionale. (GDM= impaired glucose tolerance)</p> <p>Si manifesta nelle donne con insorgenza del diabete o della ridotta tolleranza al glucosio limitatamente al periodo della gravidanza.</p>

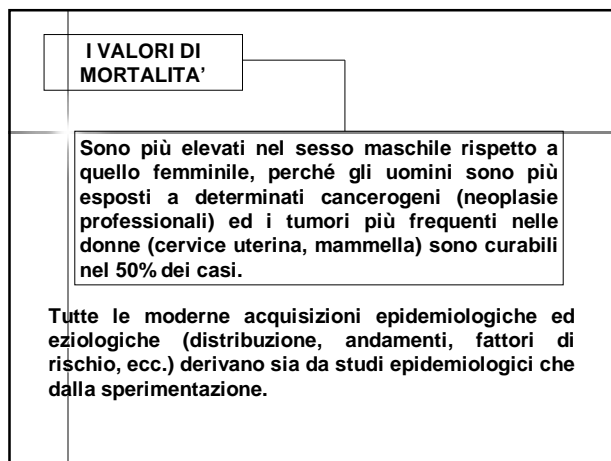
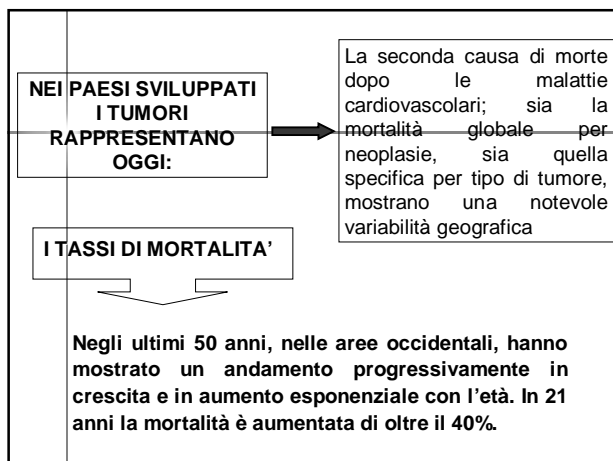
	Rapporti tra diabete e parodontopatia
	<p>□ In letteratura i pareri sui rapporti tra D.M. e Parodontopatia sono contrastanti, ciò è dovuto ad una limitata casistica.</p> <p>□ Ricerche recenti hanno dimostrato una maggiore incidenza di malattia parodontale ed una maggiore severità di questa, tanto da far considerare il D.M. un fattore di rischio.</p> <p>□ Gli stessi lavori hanno però anche dimostrato che tale maggiore incidenza è in funzione prevalentemente del grado di igiene orale, in quanto i diabetici ben compensati e con un buon controllo di placca hanno un sistema parodontale simile ai non diabetici.</p>

	Fattori favorenti la parodontopatia nel D.M.
	<ul style="list-style-type: none"> •Stato immunologico. •Controllo di placca. •Virulenza batterica: non è diversa nel soggetto diabetico con parodonto integro da quello di un soggetto non diabetico ma aumenta in forma e quantità. Tuttavia, alcuni sporadici lavori (tra i quali Mashimo ed all.) hanno riscontrato dei livelli di CAPNOCITOPHALA ed ACTINOMICETE MUTANS nella flora sottogengivale in soggetti diabetici insulino dipendenti. •Alterazioni microvascolari: queste si riflettono, in ultima analisi, su un carente apporto di sangue, con conseguente riduzione di risposta immunitaria e lentezza della guarigione delle microferite che quotidianamente si presentano sulle gengive.

	La prevenzione
	La prevenzione della malattia diabetica può essere effettuata efficacemente dal momento che il fattore ereditario non viene attivato alla nascita, ma solo dopo l'intervento degli altri fattori di rischio, che abitualmente fanno sentire i loro effetti nell'età adulta.
diabete non insulino-dipendente	
diabete insulino-dipendente	La prevenzione è allo stato attuale fuori dalle nostre possibilità.

	TUMORI
	

	<p>Con il termine TUMORE (o CANCRO) sono indicate malattie che, pur avendo in comune alcune caratteristiche biologiche, sono diversissime tra loro per cause determinanti, sintomatologia e per i mezzi di diagnosi e di cura.</p> <p>Nella maggior parte dei casi il CANCRO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ non ha un'insorgenza improvvisa e rapida ma si presenta in modo subdolo, con un decorso lento; ✓ non compare senza cause; ✓ può guarire e ciò avviene tanto più facilmente quanto più veloce è la diagnosi; ✓ può portare a volte alla morte.
--	--



I fattori di rischio delle neoplasie maligne	
INDIVIDUALI	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sesso ➤ razza ➤ ereditarietà ➤ pregressi stati morbosi.
1. ESTERNI	<p>a. comportamentali</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Fumo di tabacco ➤ Alcool ➤ Regimi dietetici (alimentazione e dieta) ➤ Comportamenti sessuali ➤

b. ambiente di vita	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inquinamento atmosferico(radiazioni naturali) ➤ Inquinamento delle acque, del suolo, degli alimenti ➤ Fattori iatrogeni
c. ambiente di lavoro	<ul style="list-style-type: none"> ➤ produzione, manipolazione di sostanze mutagene e/o cancerogene ➤ Radiazioni diagnostiche

	La CANCEROGENESI è un processo “multi-stage” che riconosce due momenti, non sempre distinti l'uno dall'altro:
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ INIZIAZIONE riguarda la singola cellula e consiste in alterazioni irreversibili del DNA cellulare (o di altre macromolecole critiche); ❖ PROMOZIONE è invece un fenomeno pluricellulare, a volte reversibile, che progredisce ed evolve fino al danno clinico manifesto, sotto l'influenza di fattori multipli, anche aspecifici, di diversa origine e natura. I tempi sono sensibilmente differenti, a seconda delle caratteristiche individuali ed ambientali.

	Tutti i fattori mutageni e/o cancerogeni vengono classificati in tre gruppi: FISICI, CHIMICI E BIOLOGICI . Questi fattori possono agire da:
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ cancro-iniziatori, cioè agenti capaci di causare alterazioni del DNA cellulare dereprimendo geni normalmente repressi, chiamati “oncogeni” ✓ cancro-promotori, cioè sostanze che stimolano la moltiplicazione sia delle cellule bersaglio dei cancro-iniziatori, sia di quelle già trasformate. <p>Gli AGENTI FISICI (in particolare le radiazioni ionizzanti ed ultraviolette) sono, generalmente, mutageni ed agiscono da iniziatori. anche talune sostanze chimiche si comportano da iniziatori e necessitano poi dell'intervento di promotori responsabili nell'amplificare il danno e nel renderlo clinicamente manifesto.</p>

	Tutti i fattori mutageni e/o cancerogeni vengono classificati in tre gruppi: FISICI, CHIMICI E BIOLOGICI .
	<p>Questi fattori possono agire da:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ cancro-iniziatori, cioè agenti capaci di causare alterazioni del DNA cellulare dereprimendo geni normalmente repressi, chiamati “oncogeni” ✓ cancro-promotori, cioè sostanze che stimolano la moltiplicazione sia delle cellule bersaglio dei cancro-iniziatori, sia di quelle già trasformate.

	<p>Gli AGENTI CHIMICI sono rappresentati da numerose sostanze organiche ed inorganiche. Sono sicuramente cancerogene l'arsenico, l'asbesto, il piombo e il cromo e probabilmente lo sono il berillio e il nichel. Tra le sostanze organiche, i cancerogeni più importanti sono gli idrocarburi policiclici aromatici derivati dal catrame e i coloranti derivati dall'anilina.</p>

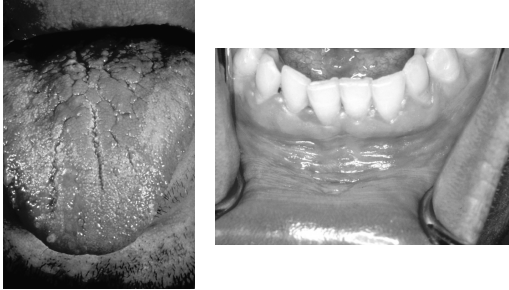
	<p>Tra gli AGENTI BIOLOGICI si segnalano alcuni virus a DNA (<i>Epstein Barr</i>, <i>Herpes Simplex tipo 2</i> e <i>Papillomavirus</i>) e pochi ad RNA, come taluni retrovirus. Fattori biologici sono altresì quelli ormonali ed, in particolare, alcuni ormoni sessuali quali gli estrogeni, oggi sempre più spesso impiegati anche in campo alimentare.</p>

	<h2>Il cancro della cavità orale</h2>
<p>• Si calcola che, annualmente, il carcinoma della bocca interessi, in Italia, dalle 2.800 alle 3.200 persone, e, a causa del fatto che molto spesso viene diagnosticato e curato tardi, non è raro che l'esito sia mortale.</p>	


	<h2>Condizioni precancerose</h2>
	<ul style="list-style-type: none"> ■ La condizione precancerosa è uno stato o malattia sistemica associato ad un aumentato rischio di carcinoma orale: cioè la presenza di alterazioni orali in uno stato generalizzato, associato ad un rischio significativamente elevato di cancro. ■ Stomatite nicotinic ■ Lichen planus orale ■ Discheratosi congenita ■ Epidermolisi bollosa ■ Iperplasia verrucosa ■ Candidosi cronica iperplastica ■ Anemia sideropenica ■ Fibrosi orale sottomucosa ■ Lupus eritematoso discoide (LED) ■ Xeroderma pigmentoso

	<h2>Lesioni precancerose</h2>
<p>Le lesioni precancerose sono lesioni dovute ad alterazioni morfologiche di un tessuto del cavo orale che aumentano di molto la probabilità che si sviluppi un carcinoma.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Leucoplachia ■ Eritroplachia ■ Cheilite attinica

	Leucoplachia
	<p>La leucoplachia è una caratteristica placca bianca che si forma soprattutto nella cavità orale a causa di una eccessiva ed anomala cheratinizzazione dell'epitelio e in alcuni casi da un ispessimento distrofico di alcuni strati esterni o dello strato spinoso dell'epitelio stesso. È correlata al fumo di sigaretta e al consumo di alcol, ma può avere anche cause ignote. È classificata tra le lesioni precancerose ovvero tra le anomalie di crescita cellulare che possono evolvere in neoplasie maligne.</p>

	Leucoplachia
	

	Leucoplachia
	<p>La leucoplachia è considerata una lesione precancerosa intesa come una alterazione epiteliale pre-maligna nella quale è più probabile lo sviluppo di una neoplasia maligna rispetto alla controparte tissutale indenne. I fattori predisponenti associati sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ irritazione meccanica continua locale (spine irritative); ■ allergie ai materiali di uso odontoiatrico; ■ contatto con carcinogeni secondario ad abitudini viziate come tabagismo e abuso di alcool; ■ patologie sistemiche come anemia sideropenica deficit nutrizionali epatopatie diabete etc.

	Eritroplachia
	<p>■ L'eritroplachia o eritroplasia è una lesione, quasi sempre orale, che non può essere attribuita a qualunque altra patologia, formata da una papula o una placca persistente di colorito rosso di una superficie mucosa.</p> 

Cheilite attinica o solare

- Per **Cheilite solare** in campo medico, si intende una forma di cheratosi diffusa sulle labbra.
- La causa è l'esposizione continua e prolungata nel tempo (normalmente anni) alla luce solare, caratteristica comune anche in un'altra forma simile la cheratosi solare
- La malattia è molto più diffusa negli anziani e come localizzazione nel labbro inferiore, questo come riprova della lunga permanenza necessaria alla luce solare.

Cheilite attinica o solare

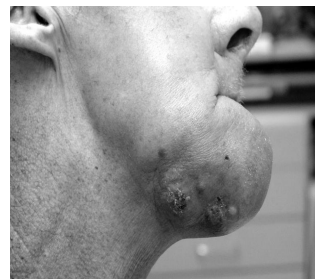


Il cancro della cavità orale

- Il carcinoma orale è un tumore maligno caratterizzato da mortalità elevata, se non è curato in tempo, e da notevoli percentuali di guarigione completa se diagnosticato nelle sue fasi iniziali.
- Esso è un tumore abbastanza frequente . Globalmente rappresenta circa il 4% di tutti i tumori maligni nell'uomo e l'1% nelle donne.
- In Italia l'incidenza media è 8,44 nuovi casi ogni 100.000 abitanti maschi all'anno e di 2,22 per le femmine.
- Nelle aree industrializzate e nelle valli alpine è però molto più diffuso (TORINO 10.7 per i maschi e 3.1 per le femmine, nelle REGIONI DEL NORD-EST 14.0 per i maschi).

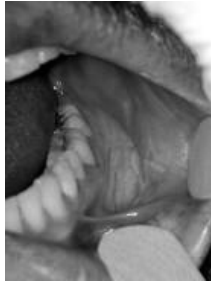
Il cancro della cavità orale

- Il cancro della bocca è dotato di una forte aggressività, e può bastare che trascorran 6-7 mesi dal momento in cui compaiano i segni e le lesioni sospette all'inizio della cura, perché le possibilità di guarigione si riducano di molto.



Il cancro della cavità orale

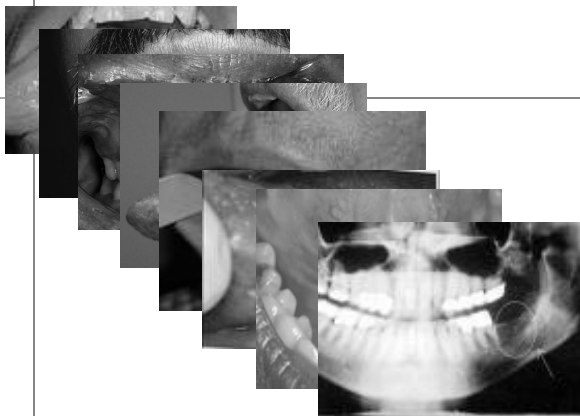
• Il L'alcool, il fumo e l'età superiore ai 50 anni sono fattori predisponenti: il tabacco abbassa le capacità di difesa nei confronti del tumore, ponendosi come ostacolo nei confronti delle funzioni della proteina P53, che potremmo definire un "soldato che sta a guardia del genoma", e che lavora annullando le cellule con il DNA difettoso, quelle che più facilmente si trasformano in cellule cancerose.



Il cancro della cavità orale

Le forme iniziali sono di solito accompagnate da un corredo sintomatologico insignificante: I segni iniziali sono:

- una PICCOLA CRESCITA o, al contrario, una PICCOLA PIAGA (possono essere dolorose o non dolorose),
- MACCHIE COLORATE bianche o rosse o marrone (di solito non dolorose),
- una TUMEFAZIONE della bocca o della faccia o del collo che cresce lentamente e che non guarisce con gli antibiotici,
- una piccola CROSTA sul labbro (indolore ma che non tende a guarire).



Diagnosi

- I segni iniziali dei tumori della bocca (e le lesioni che li precedono) sono accessibili ad una semplice ispezione e quindi è sufficiente la visita di un esperto per porre la diagnosi di sospetto.
- Se non vi sono segni o sospetti, durante la visita possono comunque essere individuati i fattori di rischio e possono essere dati utili consigli personalizzati sulle modalità della loro abolizione e sulle cure dentarie necessarie alla prevenzione di questo tumore.
- La Biopsia orale è la tecnica diagnostica che permette il prelievo di un piccolo campione di tessuto e consente la Diagnosi istopatologica definitiva.

	L'attuale sistema di stadiazione, valido solo per i carcinomi istologicamente accertati delle labbra, della cavità orale e delle ghiandole salivari minori prevede tre componenti di valutazione (<i>T, N ed M</i>) atte a descrivere l'estensione anatomica del tumore maligno mediante il seguente schema di "annotazione stenografica" :
	<p>T = Tumore primitivo TX - il tumore primitivo non può essere definito T0 - non segni del tumore primitivo Tis - carcinoma in situ T1 - tumore di 2 cm o meno nella sua dimensione massima T2 - tumore superiore a 2 cm ma inferiore a 4 cm nella sua dimensione massima T3 - tumore superiore a 4 cm nella sua dimensione massima T4a - Labbro : tumore che invade la corticale ossea, il nervo alveolare inferiore, il pavimento della bocca o la cute (mento o naso) T4a - Cavità orale : tumore che invade la corticale ossea, la muscolatura profonda/estrinseca della lingua (genioglosso, ioglosso, glossopalatino, stiloglosso), il seno mascellare o la cute del volto T4b - Labbro e cavità orale : tumore che invade lo spazio masticatorio, le lamine pterigoidee o la base cranica o avvolge l'arteria carotide interna</p>

	<p>N = Linfonodi regionali cervicali (valida per tutte le sedi del capo e collo esclusa la ghiandola tiroide)</p> <p>NX - i linfonodi regionali non possono essere definiti N0 - non metastasi nei linfonodi regionali N1 - metastasi in un solo linfonodo omolaterale con dimensione massima di 3 cm o meno N2 - metastasi in un solo linfonodo omolaterale con dimensione massima di più di 3 cm e non superiore a 6 cm; o in più linfonodi omolaterali, nessuno con dimensione massima superiore a 6 cm; o in linfonodi bilaterali o controlaterali, nessuno con dimensione massima superiore a 6 cm N2a - metastasi in un solo linfonodo omolaterale con dimensione massima superiore a 3 cm, ma non superiore a 6 cm N2b - metastasi in più linfonodi omolaterali, nessuno con dimensione massima superiore a 6 cm N2c - metastasi in linfonodi bilaterali o controlaterali nessuno con dimensione massima superiore a 6 cm N3 - metastasi in qualsiasi linfonodo con dimensione massima superiore a 6 cm</p>
--	---

	<p>M = Metastasi a distanza (valida per tutte le sedi del capo e collo)</p> <p>MX - la presenza di metastasi a distanza non può essere accertata M0 - non metastasi a distanza M1 - metastasi a distanza</p>
--	---

	<p>Dalla combinazione delle tre categorie di T, N ed M deriva la suddivisione in Stadi (S) della neoplasia :</p> <p>■ S 0 (Stadio zero) = Tis-N0-M0 ■ S I (Stadio primo) = T1-N0-M0 ■ S II (Stadio secondo) = T2-N0-M0 ■ S III (Stadio terzo) = T1 o T2 o T3-N1-M0 ; T3-N0-M0 ■ S IVa (Stadio quarto a) = T1 o T2 o T3-N2-M0 ; T4a- Ogni N-M0 ■ S IVb (Stadio quarto b) = Ogni T-N3-M0 ; T4b-Ogni N-M0 ■ S IVc (Stadio quarto c) = Ogni T-Ogni N-M1</p>
--	---

	Quali sono i fattori che condizionano la prognosi del cancro orale?
<ul style="list-style-type: none"> ■ Sono molti ma il principale è indubbiamente la precocità della diagnosi: le forme di carcinoma orale iniziale cioè di piccole dimensioni e localizzate alla sede di origine hanno una sopravvivenza a 5 anni che può essere superiore al 90%. Inoltre le forme iniziali si giovano di una monoterapia (chirurgia o radioterapia). ■ Le forme avanzate cioè di grosse dimensioni e diffuse a più sedi o con coinvolgimento linfonodale hanno una sopravvivenza a 5 anni inferiore al 50%. Esse richiedono una terapia multidisciplinare tipo chirurgia+ radioterapia + chemioterapia. ■ Anche per questo oltre alla sopravvivenza è significativamente diversa la qualità di vita di questi pazienti: i pazienti con forme iniziali hanno una minima compromissione funzionale ed estetica che viceversa può essere importante nelle forme avanzate. ■ Per queste ragioni è importante limitare il Ritardo Diagnostico. 	

