MODULO 1
10 PUNTI CHIAVE PER LA BUONA PRATICA CLINICA

L'elenco che trovate di seguito, tradotto da me dall'inglese, rappresenta la sintesi dei punti fondamentali che il professionista sanitario deve seguire quando gestisce i Disordini Temporo Mandibolari (DTM).

Questi punti chiave sono stati redatti a nome del gruppo INfORM (International Network for Orofacial Pain and Related Disorders Methodology), che fa parte dell'International Association for Dental, Oral and Craniofacial Research (IADR): **gli autori sono i massimi esperti mondiali in ambito di Disordini Temporo-Mandibolari**.

Se le informazioni che vi vengono date durante le visite o i trattamenti proposti si discostano da questi 10 punti è probabile che il clinico che vi segue non abbia una formazione adeguato e pertanto non possa fornirvi un adeguato standard di cure.

1. Prendere decisioni che mettano **il paziente al centro**, tenendo conto del suo coinvolgimento e della sua prospettiva, è essenziale per gestire i DTM. Questo processo di gestione comprende diverse fasi, dalla raccolta della storia clinica all'esame fisico, fino alla diagnosi e al trattamento. È importante che le aspettative siano orientate verso l'**apprendimento di strategie per controllare e gestire i sintomi,** in modo da ridurre il loro impatto sulla vita quotidiana della persona.

2. I DTM rappresentano un **insieme di condizioni** che possono causare segni e sintomi come dolore orofacciale e disfunzioni di **origine muscoloscheletrica.**

3. L'eziologia dei DTM è di natura **biopsicosociale e multifattoriale**.

4. La diagnosi dei DTM si basa su una raccolta standardizzata e convalidata della storia clinica, oltre a una valutazione clinica condotta da un esaminatore formato e guidata dalla prospettiva del paziente.

5. Le tecniche di imaging si sono dimostrate utili in casi selezionati, ma non possono sostituire la necessità di un'attenta raccolta della storia clinica e di un esame clinico. La **risonanza magnetica** rappresenta attualmente lo standard di cura per i tessuti molli, mentre la tomografia computerizzata a fascio conico è utilizzata per le strutture ossee. Le indagini radiologiche dovrebbero essere eseguite solo quando possono influenzare la diagnosi o il trattamento. È importante considerare il momento dell'imaging, così come il bilancio costi:benefici:rischi.

6. La base di evidenze per tutti gli interventi o dispositivi deve essere attentamente valutata prima della loro implementazione, oltre al normale standard di cura. È essenziale rimanere aggiornati sugli sviluppi del settore. Attualmente, i dispositivi tecnologici per misurare l'attività elettromiografica in ambulatorio, per monitorare il movimento mandibolare o per valutare l'oscillazione del corpo, tra gli altri, non sono supportati.

7. Il trattamento dei DTM dovrebbe mirare a **ridurre l'impatto del dolore e a diminuire le limitazioni funzionali**. I risultati dovrebbero essere valutati anche in relazione alla riduzione delle esacerbazioni, all'educazione su come gestirle e al miglioramento della qualità della vita.

8. Il trattamento dei DTM dovrebbe principalmente basarsi sulla promozione dell'autogestione supportata e su approcci conservativi, come i trattamenti cognitivi-comportamentali e la fisioterapia. I trattamenti di seconda linea per supportare l'autogestione includono l'uso provvisorio, intermedio e limitato nel tempo di dispositivi orali. Solo **in rari casi** e in situazioni molto selezionate sono indicate le **procedure chirurgiche**.

9. **Il trattamento riparativo irreversibile o le modifiche all'occlusione o alla posizione condilare non sono indicati per la maggior parte dei DTM**. L'eccezione potrebbe riguardare un cambiamento acuto nell'occlusione, come nel caso di un'otturazione alta o una corona, con sintomi simili ai DTM che si sviluppano immediatamente dopo tali procedure, oppure un cambiamento progressivo dell'occlusione dentale a causa di malattie condilari.

10. La presenza di **quadri clinici complessi** con prognosi incerta, come nel caso di dolore diffuso concomitante o comorbidità, elementi di sensibilizzazione centrale, dolore persistente o una storia di interventi precedenti non riusciti, dovrebbe far sospettare una cronicizzazione delle TMD o un dolore non correlato alle TMD. Pertanto, è raccomandato un **rinvio a uno specialista appropriato**; la specializzazione sarà specifica per la geografia, poiché non tutti i paesi dispongono di una specialità in **dolore orofacciale.**

INfORM
International Network for Orofacial Pain and Related Disorders Methodology
A Consortium Focused On Clinical Translation Research

IADR INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR DENTAL, ORAL, AND CRANIOFACIAL RESEARCH

OROFACIAL PAIN ACADEMY

Se volete leggere il documento originale lo trovate qui:

GIULIA BORROMEO
Gnatologia e Bruxismo