

Trattamento ortodontico nel paziente pediatrico con deficit di sviluppo

La scarsa collaborazione del bambino con deficit complica qualsiasi trattamento odontoiatrico, investire tempo e strategie per migliorarla è di fondamentale importanza per riuscire a garantire al paziente e alla sua famiglia la migliore qualità di vita possibile.

■ a cura di Vincenzo Marra



Elena Pozzani, specialista ambulatoriale Ulss 9 Regione Veneto, responsabile Branca di Odontoiatria per disabili, segretario nazionale SIOH

“**A** volte i genitori pensano che si possa sottoporre un bambino a una sedazione/narcosi per risolvere i problemi ortodontici, ma purtroppo così non è. Il trattamento ortodontico ha un percorso lungo, fatto di “stop and go” e di buona collaborazione alla poltrona”. Esordisce così Elena Pozzani a proposito delle difficoltà connesse alle cure odontoiatriche nei piccoli pazienti che presentano deficit di sviluppo.

Dottorssa Pozzani, ortodonzia intercettiva nel bambino con deficit di sviluppo: quando e perché?

Parlare in generale di “bambino con deficit” è riduttivo in relazione alla molteplicità delle patologie che possono colpire l’età evolutiva. La patologia ortognatodontica può essere segno patognomonico vero e proprio della patologia di base del bambino (come spesso avviene per le sindromi cromosomiche come la trisomia 21, la sindrome di Williams, e quelle di George, di Turner, di Angelman, di Prader Willi, ecc.), e può essere causata da deficit neuromotori associati alla patologia di base, come nelle paralisi cerebrali infantili (PCI) e nelle distrofie muscolari, oppure può avere la stessa incidenza rispetto alla popolazione generale, come nelle disabilità visive, uditive o nei disturbi generalizzati dello sviluppo (DGS), come l’autismo infantile. Quello che spesso fa la differenza nel bambino con deficit di sviluppo, rispetto alla popolazione generale, è la scarsa collaborazione, soprattutto in ambiente odontoiatrico. Ebbene, sia attraverso la mia esperienza clinica che di ricerca ho potuto verificare che tutti i bambini possono superare l’odontofobia grazie a percorsi di approccio mirati e adattati ai loro problemi e alle loro potenzialità. L’ortodonzia intercettiva, com’è noto, è una forma di prevenzione e di cura di

alterazioni del fisiologico sviluppo delle arcate dentarie e in buona sostanza del III medio ed inferiore del viso, spesso già individuabili alla nascita e destinate ad aggravarsi con lo sviluppo neuromuscolare ed osseo del bambino, soprattutto in presenza di alterazioni della funzione muscolare oro-facciale, come spesso si riscontra nel bambino con deficit di sviluppo. Essa ci permette di interagire con la componente “funzionale” della crescita cranio-facciale, che, come dimostrato da un’ampia bibliografia, a livello dello splancnocranio risulta essere preponderante sulla componente “genetica”. L’ortodonzia intercettiva non è mai dolorosa e invasiva e può essere adattata alle esigenze di cura del singolo, ma richiede molta collaborazione, motivazione e costanza, anche da parte dei familiari e dei caregivers. L’approccio intercettivo, che, a mio parere, va sempre associato all’approccio miofunzionale (fondamentale è l’apporto della logopedia miofunzionale, che nel bambino con deficit deve essere intensa e continua) in presenza di alterazioni funzionali orali, è di fondamentale importanza, perché la nostra parola d’ordine deve essere la “prevenzione” di tutte le patologie del cavo orale e solo se la stimolazione neuromuscolare è corretta possiamo avere successo nella cura e limitare il rischio di recidive.

Si tratta di una “I fase” ortodontica, che va attuata nel bambino con deficit per prevenire ulteriori aggravamenti della malocclusione e possibilmente guidare positivamente la fisiologica eruzione dentaria e lo sviluppo delle arcate; l’obiettivo è di portare il bimbo alla completa risoluzione della patologia ortodontica o semplificare e velocizzare una eventuale “II fase” con apparecchio fisso multibande. Possiamo intercettare le asimmetrie (deviazioni della linea

mediana), le III classi, le II classi I e II divisione, i morsi aperti anteriori e/o laterali, i morsi profondi, i morsi crociati anteriori e/o laterali e le discrepanze dento-alveolari. Viene attuata durante la dentizione mista precoce e tardiva con molteplici dispositivi: attivatori rimovibili, apparecchi miofunzionali, espansori del palato, trazioni extraorali, lip-bumper, maschere facciali.

Quali sono i bisogni speciali di tale categoria di pazienti?

Credo che il bisogno principale di questi bambini sia quello di trovare sul territorio un team di professionisti (pediatra, neuropsichiatra infantile, neurologo, fisiatra, foniatra, pneumologo, oculista, otorinolaringoiatra, odontoiatra, psicologo, educatore, fisioterapista, logopedista, ecc.) pronti a prenderne in carico a 360° la patologia di base unitamente a quelle secondarie associate. Anche le strutture di cura vanno adattate ai bisogni speciali di questi bambini: l'ambiente deve essere accogliente e studiato con spazi, colori e arredi che stimolino ottimismo, positività e relax; il personale deve essere motivato all'accoglienza, alla gentilezza ed alla sollecitudine; i tempi di attesa devono essere limitati. Strategie di distrazione sono molto efficaci per migliorare la collaborazione dei piccoli pazienti: cartoni animati, pet-therapy, musica, tablet con i video preferiti, ecc. A mio parere è indispensabile in un centro di odontoiatria speciale poter eseguire anche le radiografie extraorali e se possibile anche la Tac volumetrica cone beam 3D (CBCT), poiché i pazienti con bisogni speciali collaboranti con l'odontoiatra che conoscono da anni e con il quale hanno fatto un percorso di desensibilizzazione possono diventare assolutamente non collaboranti con un altro odontoiatra od in un diverso ambiente. Inoltre, per questa tipologia di pazienti è spesso più facile eseguire una radiografia extraorale, che non introdurre un sensore nel cavo orale. Io faccio parte della Società Italiana di Odontostomatologia per l'Handicap (SIOH,

www.sioh.it) che da anni combatte contro l'"effetto alone", cioè il dare importanza solo alla patologia di base, trascurando tutte quelle secondarie, le quali spesso possono essere prevenute o curate in fase precoce, e che, se trascurate, possono, invece, interferire in maniera sensibilmente negativa sulla qualità di vita dell'individuo.

Quali specifiche precauzioni deve adottare l'odontoiatra per agevolare un corretto svolgimento del percorso di cura?

Il "primum movens" per ogni ortodontista è la corretta diagnosi, mediante specifici esami, per l'esecuzione dei quali spesso la collaborazione è insufficiente. In questo caso abbiamo due possibilità:

- 1) intraprendere un percorso di desensibilizzazione con un approccio mirato ed intenso all'ambulatorio;
- 2) contenere dolcemente il bimbo per eseguire i modelli di studio e confezionare un apparecchio miofunzionale, che poi si spera possa essere fatto accettare a casa dai genitori. In caso si opti per una contenzione dolce, magari in braccio al genitore, va sempre chiesto il consenso a quest'ultimo.

Per un corretto svolgimento del piano di trattamento l'odontoiatra deve concentrarsi su una approfondita diagnosi, mediante l'utilizzo della corretta documentazione e delle corrette analisi (cefalometrica, dei modelli, degli spazi, ecc), mediante un'anamnesi approfondita della patologia di base e delle aspettative dei genitori e dei curanti. Il piano di trattamento va ampiamente condiviso con i tutori e sottoscritto con un consenso informato. I genitori/tutori devono impegnarsi a rispettare le prescrizioni dell'ortodontista, i timing dei controlli proposti, le indicazioni per una corretta igiene domiciliare del cavo orale e del dispositivo ortodontico. In fase anamnestica l'odontoiatra deve motivare i genitori alla sospensione di tutti i vizi funzionali: dopo i 3 anni il succhiamento del biberon, del ciuccio

o del dito diventano vizi, che vanno rimossi quanto prima e, a mio parere, nessuna terapia ortodontica intercettiva va intrapresa prima di tale momento. Anche eventuali ostacoli anatomici alle corrette funzioni muscolari orali, come i frenuli corti, vanno rimossi, ma va sempre associato un percorso riabilitativo miofunzionale. La respirazione nasale va cercata e stimolata, ma prima va accertata la pervietà delle vie aeree superiori tramite la collaborazione con un otorinolaringoiatra. La terapia intercettiva può inoltre essere molto utile in caso di apnee ostruttive notturne (OSAS) e in questi casi l'odontoiatra si troverà a collaborare con lo pneumologo dell'età evolutiva. Durante il percorso di cura l'odontoiatra dovrà sempre monitorare la fisiologica eruzione dentaria ed intervenire prontamente in caso di alterazioni od ostacoli dell'eruzione. Ribadisco ancora che incompetenza labiale, succhiamenti prolungati oltre il timing fisiologico, postura bassa della lingua, deglutizione atipica, ipotono dei muscoli labiali, ipertono del muscolo mentale e tutte le alterazioni delle prassie buccali sono da correggere in fase intercettiva. Stimolare le corrette funzioni muscolari, in particolare spiegare ai genitori quanto è importante cercare di raggiungere la competenza labiale a riposo, è la via per correggere la deglutizione, migliorare la fonetica, ostacolare la scialorrea e stimolare l'armonico sviluppo delle basi ossee e delle arcate dentarie, oltreché influenzare positivamente la postura corporea ed eventuali alterazioni del visus. Dispositivi miofunzionali senza ancoraggi in bambini con deficit a volte non vengono trattenuti volontariamente, quindi si possono aggiungere ganci, finché il paziente si abitua. Da ultimo vorrei sottolineare l'importanza che tutti gli odontoiatri abbiano nel loro percorso curriculare nozioni di "odontoiatria speciale", poiché il numero di soggetti con patologie in età evolutiva è in costante aumento in Italia.