

Il ruolo dell'Odontoiatra infantile nella cura dei disturbi respiratori nel sonno: intervista al Professore Andrea Scribante

Il Dottor Jacopo Pagani, membro del Board Scientifico di Riflessioni Universo Pediatria, intervista il Professor Andrea Scribante, Professore Associato dell'Università degli Studi di Pavia e Strutturato presso l'UDA di Ortognatodonzia e Odontoiatria Infantile.

I disturbi respiratori nel sonno sono un problema della Pediatria, poiché circa il 5% della popolazione soffre di questo disturbo, o di sindrome dell'apnea ostruttiva del sonno. Se parliamo, però, di bambini che russano, arriviamo anche al 10-12% della popolazione. Per questa tipologia di pazienti ci si rivolge spesso al pediatra, e nella cultura generale, almeno fino a qualche anno fa, c'era l'idea che, siccome russamento e apnee sono legate all'ipertrofia adenotonsillare, lo specialista di riferimento fosse l'otorinolaringoiatra. Oggi, invece, c'è un nuovo approccio al disturbo respiratorio del sonno, quello ortodontico/ortopedico.

Buongiorno Professor Scribante. Qual è il ruolo dell'Odontoiatria nell'identificazione precoce e nella cura dei disturbi respiratori nel sonno del bambino?

Il ruolo dell'odontoiatria è cambiato, anche perché ci sono più figure in gioco rispetto a qualche anno fa: nello studio odontoiatrico abbiamo lo specialista



in Odontoiatria generale, che solitamente si avvale della collaborazione di uno specialista in Odontopediatria o di uno o più soggetti che si occupano di specifico dei bambini. In primo luogo, costoro si occupano della prevenzione generale della salute del cavo orale, della rassicurazione del piccolo paziente nei confronti delle procedure odontoiatriche, della prevenzione coi sigillanti occlusali, della ricostruzione degli elementi cariati, e di altre eventuali problematiche relative alla carie. Dopodiché, interviene lo specialista in Ortognatodonzia, che non si occupa solo dell'allineamento dei denti nell'adulto, ma si occupa, più nello specifico – e questo è parte fondamentale del lavoro – proprio della prevenzione di malocclusioni in età pediatrica. Spesso i genitori ci chiedono quale sia l'età per la prima visita: non c'è un limite inferiore, ossia, nel momento in cui il bambino è tranquillo, può venire a fare una visita anche solo ortodontica per vedere l'impostazione dei mascellari, l'impostazione occlusale. Si tratta di visite assolutamente non invasive, che solitamente non danno grossi problemi in termini di collaborazione. Però, se noi possiamo già vedere i bambini dai tre, ai quattro o cinque anni – che sono le età in cui noi cominciamo a interfacciarci con lo sviluppo delle problematiche del sonno –, l'età "classica" per entrare in rapporto con i nostri piccoli pazienti è circa il sesto anno di età.

Come flusso, spesso ci arriva il paziente dall'otorinolaringoiatra o dal pediatra, ossia le figure con cui noi cerchiamo di collaborare in maniera sempre più stretta. Facciamo una serie di valutazioni sia relative all'anamnesi, quindi alla problematica che i genitori del piccolo paziente condividono con noi, e sia in base ad alcuni parametri misurabili e radiologici: facciamo un vero e proprio studio del caso, che comprende delle radiografie, delle impronte e delle fotografie che ci permettono di capire se la problematica dell'apnea del sonno può avere giovamento da un approccio anche ortodontico. Bisogna fare attenzione, perché la letteratura ci dice che noi ortodontisti non possiamo applicare un'apparecchiatura, ad esempio, che allarga il palato, come può essere il disgiuntore rapido del palato, al paziente che presenta solo la problematica di apnea ostruttiva o la problematica di disturbi del sonno. Questo perché

dobbiamo avere anche delle altre caratteristiche ortodontiche: prima tra tutte, la mancanza dello spazio nell'arcata superiore, il mascellare che tende a crescere di meno rispetto al mandibolare, che sono la condizione primaria per noi ortodontisti per poter applicare il disgiuntore. Devo dire che, però, nella quasi totalità dei casi segnalati di disturbi del sonno, abbiamo quasi sempre un aspetto ortodontico di contrazione del mascellare superiore; motivo per cui, dopo la prima parte di prima visita puramente esplorativa e successivamente uno studio del caso, impostiamo un percorso terapeutico di tipo intercettivo, ossia che cerca di sviluppare la malocclusione mentre si sta formando, cambiando fondamentale quella che è l'anatomia, la morfologia del palato del nostro piccolo paziente.

Professor Scribante, qual è il timing e quali sono le caratteristiche che il bambino che russa deve avere per rientrare nella sfera di interesse dell'odontoiatra?

La prima delle caratteristiche da guardare è proprio la volta palatina. Collaborando sempre più spesso con la Pediatria, questo aspetto è emerso in maniera importante negli ultimi tempi. Assieme alla visita classica del cavo orale, in cui il pediatra può comunque diagnosticare già la presenza di decalcificazioni, demineralizzazioni e quindi inviare il paziente all'odontoiatra, magari specialista in Odontoiatria infantile, sicuramente un'occhiata alla forma del palato, alla volta palatina è di grande aiuto. Talvolta, la volta non appare ogivale nella maniera più classica, eppure, poi da un'analisi radiografica vediamo la mancanza di spazio per i canini superiori o altre caratteristiche che ci spingono verso le apparecchiature espansive dell'arcata superiore. Apparecchiature espansive che sono poi di tantissime famiglie: si è partiti, nella storia dell'Ortodonzia, con apparecchiature di tipo mobile, quindi rimovibili, che però hanno un'efficacia che c'è, sicuramente, ma che è molto più legata alla collaborazione del paziente rispetto a un'apparecchiatura fissa come un disgiuntore rapido del palato, che al momento – statistiche alla mano – è l'apparecchio ortodontico più usato al mondo.

Sicuramente il concetto della contrazione del palato si innesta in una riflessione più ampia di una

involuzione che si è notata negli ultimi cinquanta, settant'anni proprio dei diametri trasversi dell'arcata superiore, dovuta verosimilmente al cambio delle abitudini di vita e alimentari, soprattutto della popolazione occidentale. Abbiamo una dieta sempre meno ricca di alimenti che stimolino la muscolatura: questo porta la mandibola a crescere comunque, perché la mandibola è un centro di crescita e cresce più per informazione da DNA, a prescindere dall'ambiente circostante; il mascellare, invece, è un luogo solo di crescita, quindi cresce se viene traziionato dalla muscolatura – motivo per cui rileviamo una frequenza di contrazioni dell'arcata superiore molto alta nella popolazione infantile. Talvolta questo è legato anche ad alcune abitudini viziate – come possono essere succhiamento del dito, della matita o del labbro – che vanno intercettate e non sono semplici da interrompere.

Il ciuccio è un altro grosso tema di discussione con le mamme. Quando ero studente, tra le varie cause di malocclusione di contrazione del mascellare superiore c'erano le abitudini viziate, quindi l'utilizzo del ciuccio. Il ciuccio andrebbe utilizzato ed è benefico in una certa fase dello sviluppo della bocca – i primi sei mesi, fino al primo anno e mezzo. Con l'arrivo dei dentini, quindi già dal sesto mese fino alla fine della permuta, quindi con la fine del secondo anno, andrebbe interrotto, perché la continua interposizione del ciuccio tra le arcate dentarie può generare delle problematiche di morso aperto anteriore, e la suzione del ciuccio può portare, piano piano, a una involuzione dei diametri trasversi dell'arcata superiore. Io mi son portato a casa questa informazione, ho cominciato la professione e quindi, quando vedevo i miei primi pazienti con la contrazione mascellare, andavo subito a fare l'anamnesi e chiedevo se c'erano abitudini di ciuccio, di dito; il genitore, ovviamente, molte volte ci diceva "Sì, c'è il ciuccio, c'è il dito, non riesco proprio a toglierlo": rispondeva che il suo obiettivo a casa sarebbe stato quello di togliere il ciuccio, cercando di rimuovere questo fattore di rischio per la visita successiva.

Quando poi sono diventato padre, ho capito che "tra il dire e il fare" c'è di mezzo un percorso dei nostri piccoli pazienti che non è così meccanicistico, ma che è anche di tipo psicologico, se vogliamo, di

crescita. Dobbiamo accompagnarli nella crescita: non sempre trovare l'abitudine viziosa è così difficile come pensiamo, ma la cosa non semplice è interrompere questo circolo vizioso. E lì, la fantasia la fa da padrona: non c'è una strada giusta. L'importante, dal nostro punto di vista, senza creare del "terrorismo", è far capire alla famiglia che ci sono dei comportamenti che sono più a rischio di altri. Il ciuccio, oltre all'anno e mezzo, in effetti è tra questi – anche se, nella pratica clinica, vediamo dei pazienti che hanno ancora l'abitudine del ciuccio a cinque o sei anni e non hanno alterazioni del palato, così come vediamo alterazioni del palato in pazienti che non hanno mai portato il ciuccio. Sicuramente, il primo filtro quando si sospetta un palato ogivale, è proprio cercare il più possibile di rimuovere l'utilizzo del ciuccio, il succhiamento del dito.

Professor Scribante, qual è l'approccio? Qual è il trattamento che l'ortodontista può proporre al paziente? Qual è la tipologia più efficace, e qual è l'età in cui si può iniziare la terapia?

Tutto parte dalla diagnosi: una volta che abbiamo un sospetto di una contrazione del mascellare, che solitamente è il segno principale che si associa ai disturbi del sonno, solitamente facciamo uno studio del caso. Qual è l'età dello studio del caso? Molto variabile, in effetti, ed è variabile in base alla sintomatologia del paziente, al quadro clinico, alla maturazione del cavo orale del paziente stesso. Se è vero, infatti, che una diagnosi precoce è fondamentale e che una terapia effettuata precocemente ha dei risultati stabili e duraturi nel tempo, è anche vero che non possiamo intervenire quando il nostro paziente è "in fasce". Sono presenti casi di contrazione superiore, ma con bambini che sono troppo piccoli per l'applicazione di apparecchiatura ortodontica. Non tanto per la loro collaborazione – spesso i nostri piccoli pazienti ci stupiscono in positivo sulla collaborazione con le apparecchiature ortodontiche – ma proprio perché dobbiamo fare il più possibile una terapia funzionale a quello che è il picco di crescita del soggetto. Non è detto che tutti i pazienti a sei anni facciano uno studio del caso; solitamente è a sei anni, ma possiamo anche spostarlo a sette, otto o a nove, in base a quella che è la maturazione

scheletrica e la permuta del soggetto. Facciamo delle domande anamnestiche sull'età in cui è stato messo il primo dentino, per capire se il paziente è in anticipo, in lieve anticipo o in lieve ritardo nella propria dentizione; poi, in stretto rapporto con il pediatra, cerchiamo di capire qual è anche la curva di crescita del soggetto. Pensiamo al classico soggetto maschio, che ci arriva magari a sette o otto anni che ha permutato un solo dentino, quando la permuta avrebbe dovuto cominciare già due anni prima, e che magari ha messo il primo dentino intorno all'anno invece che ai sei mesi. In quegli anni, se non se non c'è proprio un disturbo importante, cerchiamo di spostare la terapia un po' più in là nel tempo. Pensiamo invece al soggetto, solitamente di sesso femminile, che ha un picco di crescita più ridotto e più anticipato: in questi casi, la terapia precoce può essere più sensata. Per capirlo, facciamo uno studio del caso. Ossia, il caso comporta solitamente due impronte, che possono essere le classiche impronte che noi chiamiamo "stampini", con il materiale da impronta simile al pongo, che nei soggetti pediatrici è con una reazione di presa molto velocizzata rispetto al materiale che si usa negli adulti, che è più preciso, ma che vuole più tempo nella presa. Altrimenti, ci sono dei sistemi più moderni di scansione digitale, per cui inserendo una telecamera delle dimensioni più o meno di un evidenziatore nel cavo orale, riusciamo a scansionare tridimensionalmente le arcate del paziente e i punti occlusali. Oltre a una riproduzione tridimensionale dei denti, ci servono anche delle fotografie, per vedere qual è il supporto ai tessuti molli che forniscono sia i denti che i mascellari, e due esami radiografici, che sono la teleradiografia latero-laterale e la panoramica. La panoramica è il classico esame che si fa a tutte le età per avere, come dice la parola stessa, una visione generale proprio della permuta: andare a intercettare precocemente delle mancanze o degli eccessi nel numero degli elementi dentari, così come a una inclinazione, magari sbagliata o errata, dei germi di denti che sono ancora in formazione. Inoltre, è utile la teleradiografia, un esame radiografico che visualizza il paziente di profilo e quindi riesce a visualizzare la reciproca posizione dei due mascellari e a vedere le vertebre cervicali per stadiare la crescita del soggetto. Alla fine dello studio del caso, si

fa un "cocktail" tra quello che ci dice l'occlusione, la fase di permuta a cui il paziente è arrivato, l'età anagrafica del soggetto, quello che ci dice il pediatra sulla crescita del soggetto e poi i valori di previsione di crescita che abbiamo dagli esami radiologici che abbiamo a disposizione. A quel punto possiamo definire la necessità o meno dell'espansione dell'arcata superiore – ripeto, quasi sempre nei disturbi del sonno c'è una contrazione più o meno marcata dell'arcata superiore – e poi il timing. Quindi possiamo decidere se iniziare immediatamente, se iniziare dopo sei mesi o dopo un anno dagli esami radiografici. Perché non vogliamo iniziare troppo presto? Perché poi la terapia deve essere portata avanti e poi stabilizzata fino al termine del picco di crescita del soggetto; altrimenti, andiamo incontro a un rischio di recidiva, se agiamo troppo precocemente. Mi è già capitato più volte di vedere pazienti, magari di nove o dieci anni, con una contrazione del palato importante e di cui, anamnesticamente, sappiamo che ha fatto l'espansione del palato a sei anni – magari un'espansione troppo veloce, con una stabilizzazione solo di tre o sei mesi che non permette ai tessuti di rimodellarsi in una nuova posizione; un'espansione troppo veloce può portare a un po' di recidiva di quello che è stato il trattamento. D'altro canto, va detto che l'errore più grande è quello della diagnosi tardiva. Una volta che il soggetto va incontro al picco di crescita, non possiamo più, dal punto di vista intercettivo, agire ortopedicamente a espandere l'arcata superiore. Dobbiamo utilizzare dei sistemi più invasivi, che possono essere dei disgiuntori, che non sono più cementati, ma che hanno un impianto "direttamente" sui mascellari mediante delle mini-viti, oppure l'intervento di maxillo-facciale che si fa poi in età adulta. Quindi, la diagnosi precoce è sempre fondamentale.

Sull'aspetto della terapia, non dobbiamo avere paura che l'ortodontista stia aspettando troppo, oppure abbia agito troppo presto perché può aver fatto delle valutazioni, appunto, radiologiche, che sono possibili solo avendo dei dati in più del paziente, così come anche le apparecchiature ortodontiche – possiamo utilizzare apparecchiature mobili che funzionano benissimo, però hanno più bisogno della collaborazione del paziente. Delle recenti revisioni della letteratura ci hanno dimostrato che, alla fine, l'espansione

sione ottenuta con l'apparecchiatura mobile c'è, ma è sempre inferiore rispetto a quella ottenuta con l'apparecchiatura fissa. Ecco perché il *golden standard*, l'apparecchio che noi utilizziamo maggiormente per questa tipologia di problemi, è il disgiuntore rapido del palato, perché è fisso. Questo non deve preoccupare le famiglie perché è un ingombro relativo. Stiamo parlando di un apparecchio in cui, nel giro di 24-48 ore, il soggetto è arrivato a un equilibrio anche di gestione degli spazi della bocca con la lingua. Non è rischioso dal punto di vista dell'igiene orale, perché i cementi con cui cementiamo questa tipologia di apparecchiature ormai sono a rilascio di fluoro: non c'è un rischio intrinseco, legato all'apparecchio, di un maggiore sviluppo carie sugli elementi in cui viene cementato, addirittura con i cementi vetronomerici abbiamo un'azione protettiva dell'apparecchio nei denti in cui esso viene cementato.

Per la detersione dell'apparecchio, solitamente l'ortodontista fornisce, oltre che delle indicazioni, un piccolo *kit* di sopravvivenza alla famiglia. Adesso sono in studio delle *app*, dei supporti digitali che possono aiutare il paziente nel corso della terapia nel ricordare quella che è la gestione a casa dell'apparecchiatura ortodontica di questo tipo che deve essere attivata mediante l'utilizzo di una chiavetta che fornisce l'ortodontista, solitamente dai genitori una, due o tre volte al giorno a seconda del protocollo di espansione che si vuole seguire. La letteratura su questo è chiara, ci dice che attivare un disgiuntore una, due o tre volte al giorno, non cambia il numero totale dei giri di attivazione che rimarrà lo stesso. Cambia un po' la VAS (*Visual Analogue Scale*; i.e., scala del dolore), se vogliamo, del paziente, perché delle attivazioni più diluite daranno origine a delle VAS – si tratta di fastidi, VAS che si fermano al 2 o al 3. Siamo lontani dal dolore dentario per un ascesso o per una pulpite; è un apparecchio che viene gestito anche molto tranquillamente dalla famiglia. Va tenuto per il periodo corretto: minimo sei mesi, talvolta ci protraiamo a 12 e a volte arriviamo a tenerlo anche di più nei casi di espansioni particolarmente importanti o di picchi di crescita che non ci convincono.

Professor Scribante, quali sono i messaggi-chiave da dare al pediatra? Perché bisogna fare cultura: nello

studio del pediatra, dell'otorino, del dentista, tutti dobbiamo sapere riconoscere precocemente questo paziente e indirizzarlo. Qual è, poi, il messaggio finale ai genitori?

Sono d'accordo con questa analisi. Abbiamo parlato del disgiuntore perché è l'apparecchio più utilizzato, ma ci sono parecchie terapie ancillari che poi l'ortodontista prende in considerazione di cui non abbiamo trattato, prima tra tutti la terapia miofunzionale. Secondo me, il messaggio deve essere sempre duplice. Il primo è un messaggio che facciamo a noi stessi come figure sanitarie che devono essere formate, ma anche come formatori, ossia che dobbiamo prevedere nei nostri percorsi di studi più interdisciplinarietà, proprio già a partire dal percorso delle nostre rispettive specializzazioni. Col direttore del nostro dipartimento, il Professor Gian Luigi Marsaglia, abbiamo già iniziato un percorso di questo tipo basato proprio sulle conoscenze che i pediatri che sono in formazione hanno degli aspetti ortodontici e per capire quali sono quelle che devono essere amplificate. È importante che anche il dentista, l'ortodontista abbia delle nozioni di pediatria ed è sicuramente importante che entrambi sappiano interfacciarsi con l'otorino. Rientrano anche altre figure, ma questo, secondo me, è un tritico importantissimo nello sviluppo della faccia, del cavo orale del paziente. Quindi, la formazione e poi la prevenzione: il messaggio da dare ai pazienti è che non è mai troppo presto per una visita. Può essere troppo presto per un apparecchio, però la visita può essere fatta a qualsiasi età. La visita è non invasiva; spesso è gratuita, o ha un costo risibile. Non deve essere mai un trauma: penso a quei bambini che hanno già avuto un percorso, magari purtroppo ospedaliero, in età pediatrica, quindi associano il camice bianco con un passato che non riescono ancora a metabolizzare. Da un lato dobbiamo rassicurare i genitori che la parte di visita è veramente una componente che non comporta nessuna procedura invasiva. Sicuramente, dobbiamo accompagnarli anche noi come genitori. Non è facile, e da genitore lo capisco: non è facile non trasmettere le nostre ansie, le nostre angosce, e se noi ci siamo trovati male nella nostra infanzia dal dentista, dovremmo cercare di superare quello che è capitato a noi per fare sì che per i nostri bambini, che

sono il nostro futuro, possiamo avere tutto tutto quello che l'Odontoiatria ha a disposizione adesso, che è molto di più in termini quantitativi, è molto meglio in termini qualitativi ed è molto meno in termini di invasività di quelli che sono gli esami strumentali o

poi le eventuali terapie. Il messaggio alle famiglie è quindi di recarsi con tranquillità e con serenità per una prima visita del bambino a partire dai tre anni e meglio non oltre ai sei anni.