

La sedazione e il Personale Ausiliario in odontoiatria

Sillabo per corso ASO ANDI MILANO MONZA E BRIANZA

Luigi Paglia - Silvia Friuli

Istituto Stomatologico Italiano (Milano)

APPROCCIO AL PICCOLO PAZIENTE E SEDAZIONE

Molte persone non vanno volentieri dal dentista, anzi quelle che lo fanno sono forse un'eccezione, infatti le cure dentarie nell'immaginario collettivo sono associate all'idea di dolore e scatenano ansie e paure.

EPIDEMIOLOGIA

Quasi un individuo su 7 soffre di un elevato livello di ansia dentale tale da impedire un trattamento alla poltrona adeguato in termini di qualità e completezza e questo rappresenta una notevole barriera che ostacola o ritarda i trattamenti odontoiatrici.

Spesso la paura degli adulti nasce da brutte esperienze vissute da bambini, è quindi fondamentale avere il giusto approccio al piccolo paziente evitandogli esperienze negative che andrebbero a pregiudicare la collaborazione attuale e futura.

STRATEGIE

Per evitare traumi è opportuno che vengano messe in pratica una serie di strategie applicate da tutto il team odontoiatrico e dai familiari, prima di tutto è importante che già prima della visita dal dentista il bambino venga rassicurato dai genitori e dai familiari, dicendo che il dentista guarderà e curerà i dentini

malati, senza parlare di punture, aghi, pinze, trapani....i

bambini non andrebbero mai spaventati con frasi tipo: " se non fai il bravo ti porto dal dottore che ti farà la puntura o ti strapperà i denti..".

È poi compito del dentista e del team odontoiatrico utilizzare modi e linguaggi adatti all'età del bambino, fissando le regole di comportamento e spiegando quello che verrà fatto. Infine il dentista e i genitori possono concordare dei rinforzi positivi ovvero delle ricompense per il raggiungimento degli obiettivi della visita.

SEDAZIONE

Nel contesto di un corretto approccio al piccolo paziente la sedazione cosciente con protossido d'azoto e ossigeno o come sarebbe meglio chiamarla, l' Analgesia Relativa è un valido aiuto; consiste nell'erogazione, tramite un'apposita macchina collegata ad una mascherina nasale, di una miscela controllata di protossido d'azoto e ossigeno.

La regolazione viene tarata su misura per ogni paziente allo scopo di trovare la giusta concentrazione per ottenere l'effetto desiderato. L'analgesia relativa consente di rilassare il bambino inducendo un effetto analgesico (rimane comunque l'indicazione a dover eseguire l'anestesia locale se necessario) e riducendo la sensazione del tempo che passa rende più sostenibili le sedute di cura.

Durante l'utilizzo dell'analgesia relativa il bambino rimane sempre sveglio, è richiesta una certa collaborazione per portare la mascherina e respirare dal naso, non è quindi utilizzabile con bambini molto piccoli, in età prescolare.

La sedazione cosciente o Analgesia relativa non è quindi un'alternativa alla narcosi (anestesia generale), ma è un validissimo aiuto nel corretto approccio al bambino, allo scopo di limitare quelle esperienze negative che possono compromettere il rapporto futuro con il dentista.

“ANALGESIA RELATIVA” (A.R.) SECONDO LANGA: DEFINIZIONE E CARATTERISTICHE FARMACOLOGICHE

Secondo la definizione data dal Dott. Henry Langa, l'RA provoca “un alterato stato della coscienza nel quale la paura e l'ansia sono eliminate e l'interpretazione cerebrale dello stimolo doloroso è alterata” ; si tratta quindi di una **metodica ansiolitica** che elimina la componente psicosomatica del dolore.

E' clinicamente accertato che tale tecnica, eliminando o attenuando lo stress delle cure odontoiatriche e fornendo al paziente un' iperossigenazione, ha anche un'altra fondamentale funzione, forse più importante della sedazione psicologica.

L'RA, infatti, si è dimostrata negli anni il più efficace mezzo di **prevenzione delle emergenze mediche** che possono accadere in concomitanza delle terapie odontoiatriche e che, oltre che essere improvvise e di difficile diagnosi e cura, hanno talvolta anche un esito infausto.

Per poter portare benefici alle cure odontoiatriche l'RA deve essere eseguita con modalità ben precise in modo da massimizzarne l'efficacia, minimizzarne gli effetti indesiderati e garantirne la sicurezza assoluta. Queste modalità devono svolgersi con un protocollo ben preciso, che viene descritto qui di seguito.

1° Somministrazione al paziente di **Protossido d'azoto (N₂O)** a basse percentuali con determinazione accurata del Base-Line individuale (personalizzazione delle dosi);

2° **Iperossigenazione costante**: usualmente > 50% e minimo 30% di **Ossigeno (O₂)**, ossia 50% in più dell' O₂ contenuto nell'aria;

3° Uso esclusivo di **mascherina nasale**;

4° Uso obbligatorio delle attrezzature particolari create a questo scopo e denominate **Sedation-Machine** che erogano al massimo il 70% di N₂O e conseguentemente non meno del 30% di O₂;

5° Ricorso a **tecniche psicologiche e comportamentali** atte a condizionare il paziente per l'accettazione e la conduzione dell'R.A.;

6° Messa in opera di misure atte a **contenere l'inquinamento ambientale** (evacuazione attiva dell'aria);

7° Uso, ove necessario, dell'**anestesia locale**;

Con il trattamento in RA si ricerca l'**ansiolisi** e **non l'analgesia**, utilizzando l'N₂O come farmaco e in modo completamente diverso. In aggiunta, la sedation-machine impedisce che l'RA possa trasformarsi in una narcosi. Questo è stato anche riconosciuto dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) che permette l'uso agli Odontoiatri del farmaco N₂O, a condizione che si usi la sedation-machine. Nell'RA sono fondamentali i metodi di approccio e condizionamento psicologico del paziente, mentre nella narcosi questi non hanno senso né sono usati. Oggi l'RA è una tecnica degli odontoiatri e per gli odontoiatri ed ha delle precise basi di tipo psicologico/ farmacologico.

• **Il bambino e la sedazione cosciente (R.A. secondo Langa)**

Nel bambino, è l'anamnesi e il comportamento del paziente a offrire all'Odontoiatra e alla sua equipe l'indicazione circa l'opportunità, o la necessità, di sedazione. In odontoiatria pediatrica, usualmente, il colloquio con la madre, da effettuare in prima visita e senza la presenza del bimbo, permette di apprendere notizie utili. E' importante sapere qual'è il comportamento del bimbo col pediatra o in occasione di altre cure mediche o dentistiche e se il bambino ha subito altri stress emotivi. Il nostro primo contatto col bimbo è chiarificatore e quasi sempre non lascia dubbi in proposito: è normale che un bimbo, trovandosi in un ambiente sconosciuto, abbia ritrosia a parlarci; tuttavia, atteggiamenti molto negativi, quali il rifiuto assoluto di guardarci o parlarci, grida, pianti, tentativi di fuga, bimbo aggrappato alla mamma, sono segni inequivocabili della necessità di sedazione.

Talvolta il bambino ha un atteggiamento che può ingannarci: non dimostra apertamente sentimenti negativi, senza parlare e senza guardarci ubbidisce agli ordini e se viene posto sulla poltrona se ne sta lì tranquillo, ma come annichilito. Questo atteggiamento è molto più pericoloso del rifiuto esplicito: infatti, se iniziamo le cure, dopo una o due sedute, il bimbo si ribellerà e non permetterà il proseguimento delle stesse, con l'aggravio di avergli procurato un trauma psicologico difficile da superare.

Tuttavia, anche se il bimbo entra in comunicazione con noi, ci guarda, ci parla e ubbidisce a semplici comandi, dobbiamo considerare che le cure odontoiatriche, per essere eseguite correttamente, richiedono una grande collaborazione.

Le terapie richiedono immobilità, bocca aperta per lungo tempo con presenza di fastidi vari, per il posizionamento degli strumenti: dunque un grado di collaborazione molto difficile e quasi impossibile per un piccolo paziente.

Conviene sopravvalutare l'ansia del bambino, perché l'RA non ha controindicazioni e se si rivelasse non indispensabile possiamo sempre abbandonarla.

Nella nostra esperienza ci siamo pentiti parecchie volte di non averla adottata, ma mai di averla usata. Per questa ragione, riteniamo che in tutti i bambini sia indispensabile adottare qualche metodo sedativo, dal classico *tell-show-do* (valido, ma che talvolta richiede molto tempo), sino all'utilizzo dei vari metodi farmacologici. Fra questi l'RA in pedodonzia è sicuramente da preferire a tutte le altre metodiche e sicuramente al metodo classico, usuale in passato, che prevede il ricorso alla costrizione fisica, poiché questo approccio ha creato e crea ancora oggi tanti odontofobici. L'uso dell'RA permette, all'opposto, di avere nella quasi totalità dei casi un esito completamente diverso .

• Il paziente adulto e la sedazione cosciente

L'adulto, invece, si esprime in modo diverso dal bambino, rendendo più difficile l'interpretazione dei comportamenti che portano a rendere necessaria la sedazione.

Innanzitutto, l'adulto, avendo maggior autocontrollo, ha imparato a gestire al meglio il suo comportamento; normalmente ha già subito varie cure senza sedazione e quasi sempre teme, dichiarandosi pauroso, di fare brutta impressione. Per questi motivi, spesso l'adulto, a parole, mente circa il proprio stato emotivo e afferma di sapersi controllare a sufficienza durante le terapie odontoiatriche. Noi, tuttavia, non dobbiamo credergli ciecamente, ma osservare il suo linguaggio corporeo e paraverbale che non mente mai.

Sono facilmente riconoscibili i sintomi che si osservano più frequentemente nei soggetti ansiosi, molti dei quali presenti fin dal primo incontro: il paziente parla troppo o troppo poco, ha un atteggiamento complessivo innaturale e teso, a volte è aggressivo o ironico, lo sguardo è sfuggente e studia l'ambiente, soprattutto la strumentazione e la porta di uscita, ha premura e manifesta rigidità corporea .Ciò si rende ancora più evidente quando il paziente si accomoda sul riunito per la prima visita: è seduto in modo non rilassato, teso, si aggrappa ai braccioli; a volte stringe le mani fra di loro in modo violento, ha un'apertura

esagerata della bocca, con contrazione facciale, ha sudorazione, ha un ritmo respiratorio alterato; manifesta tachicardia con aumento della pressione arteriosa, accenna movimenti di difesa, segue con gli occhi ogni nostro piccolo movimento, ha movimenti bruschi, ha conati di vomito, chiude continuamente la bocca, chiede in continuazione di sciacquare la bocca, si alza di scatto dalla poltrona ecc. (Fig.1-2)

Altri sintomi, indiretti, ma rivelatori di un forte stato d'ansia, sono la trascuratezza del cavo orale, il fatto che il paziente "salta" un appuntamento o arrivi sempre in ritardo, affermi di non avere tempo per le cure; oppure, pur essendo vestito in modo ricercato, di non avere i soldi per le cure.

Questi segnali nell'adulto danno indicazioni circa l'utilità della sedazione e quanto più numerosi sono presenti e di grado elevato tanto maggiormente indicano la necessità di adottare qualche metodo che permetta una corretta esecuzione delle cure. Per quanto riguarda la possibilità di rilevare la presenza o meno di ansia o paura e per misurarne l'intensità, molte pubblicazioni, e molti psicologi, consigliano l'uso di appositi questionari da far compilare al paziente. Fra questi, molto diffuso è il "Test di Corah DAS" di cui esistono varie versioni, fra cui una italiana .

Tali questionari sono utili nelle ricerche scientifiche, tuttavia riteniamo che il loro utilizzo nella pratica quotidiana sia sbagliato per diversi motivi: innanzitutto, perché sono artifici burocratici, invisibili a chi li deve compilare e nati per liberare gli addetti ai lavori da una loro precisa incombenza; presentano per il paziente sempre punti oscuri e di non facile interpretazione. Per questa ragione, riteniamo che sia fondamentale in prima visita, se si vuole ottenere la fiducia, far raccogliere dall'operatore medico o non medico le risposte dei questionari. Questi, controfirmati, possono essere utili e, come l'anamnesi, indispensabili, ma se vogliamo partire "...col piede giusto..." dobbiamo, con i pazienti ansiosi, compilarli noi stessi.

Un altro motivo importante è che il paziente, anche a causa dell'ansia, può mentire e quindi vanificare il presunto carattere di obiettività del questionario stesso. Inoltre, i questionari psicologici non tengono conto del rischio emergenze.

RUOLO DEL PERSONALE AUSILIARIO NELLA SEDAZIONE COSCIENTE SEC LINGUA (RA)

La collaborazione degli assistenti dentali è decisiva e fondamentale per una buona riuscita dell'RA . Infatti, mentre in altre tecniche odontoiatriche il personale ausiliario è importante da un punto di vista di efficienza quantitativa del lavoro, nell'RA, oltre a questa mansione, ha anche altre funzioni, perché qui solo l'armonia di tutta l'équipe è in grado di produrre prestazioni di "qualità totale" che oltrepassino il puro dato tecnico-clinico.

I pazienti affetti da ansia o paura, infatti, hanno necessità di un approccio particolare e di soluzioni clinico-logistiche personalizzate e questo richiede una notevole flessibilità operativa e il ricorso per il personale a mansioni un po' particolari.

Da un punto di vista psicologico, nella mente del paziente ansioso la figura dell'assistente è ben distinta da quella dell'odontoiatra. Infatti, nonostante l'assistente partecipi attivamente alla terapia, non riveste un ruolo direttivo ma esecutivo e quindi può dare un apporto psicologico rassicurante, assumendo la parte del "poliziotto buono" (Fig.3)

IL Personale ausiliario addetto all'RA deve avere una grande empatia con il paziente: può sostituire/integrare la figura materna e svolgere un compito di supporto affettivo rassicurante. Il personale ausiliario, oltre che fare promozione della tecnica, può e deve fornire un apporto personale molto importante e questo si compone di tre momenti:

1. APPROCCIO INIZIALE

Il contatto telefonico e personale alla reception deve essere in sintonia con l'approccio che

poi si svilupperà nella fase clinica. Il primissimo contatto con lo studio è decisivo per la prosecuzione del rapporto terapeutico in questi soggetti ed è fondamentale sin da subito stabilire un rapporto empatico positivo con il paziente e i suoi genitori.

2. DIAGNOSI

In genere, soprattutto alla prima visita, i pazienti hanno molte meno inibizioni nei confronti del personale ausiliario, che non nei confronti dell'odontoiatra e pertanto esprimono in genere con maggior facilità verso di loro il proprio stato d'animo. Un ruolo importante, a questo proposito, può essere svolto, oltre che dall'assistente, anche dalla segretaria. Pertanto è molto utile che il personale, giunto a conoscenza di situazioni particolari, avvisi, con discrezione, l'odontoiatra.

3. APPROCCIO PSICOLOGICO

Nei casi più difficili, in pedodonzia, il piccolo paziente può essere affidato al personale per un'introduzione alle cure, per esempio per insegnargli l'igiene orale o, attuando il tell-show-do, per spiegargli le terapie che verranno eseguite con una terminologia adeguata alla sua età, nonché per convincerlo ad accettare la mascherina. (Fig 4-5)

Questa preparazione può essere fatta in una seduta non operativa: in questo modo l'operatore risparmia tempo e si trova molto facilitato nel suo lavoro.

È importante che il lavoro odontoiatrico durante l'RA si svolga in modo tranquillo, veloce ed efficiente; questo avviene solo se l'assistente è molto valida e, nei casi difficili, se si attuerà il lavoro a sei mani che notoriamente dimezza il tempo di esecuzione delle terapie. Infatti, il tempo impiegato nell'esecuzione di una terapia può essere determinante al fine del successo della cura stessa.

Durante il trattamento dei pazienti adulti è fondamentale che l'assistente, se non interpellata, non s'intrometta nel rapporto dell'odontoiatra col paziente e che la comunicazione fra gli operatori avvenga a gesti e non a parole. Talvolta l'adulto gradisce, all'induzione dell'RA, che l'assistente gli tenga una mano perché questo gli dà un senso di sicurezza. Nell'induzione e nella cura dei bimbi difficili, a volte, è utile che l'assistente parli per rafforzare quanto detto dall'odontoiatra. (Fig.6)

Per una corretta impostazione delle tecniche ansiolitiche, è anche fondamentale che il clima dell'équipe sia sereno e per favorirlo occorre che l'odontoiatra tenga conto dei fattori di stress del personale. Infatti, molteplici sono le cause che provocano disagio nei nostri collaboratori: lavoro ripetitivo, ritmi di lavoro discontinuo difficilmente programmabili, varie mansioni, carriera bloccata, ansia dei pazienti, urgenze non programmate ecc. Purtroppo fra i molteplici compiti dell'odontoiatra che dirige uno studio monoprofessionale rientra anche quello di essere un buon manager, capace di creare un buon lavoro di équipe: e "fare sedazione" significa anche integrarsi con la propria équipe per affrontare assieme questi pazienti difficili e gioire assieme quando si è riusciti a fornire una prestazione adeguata e soddisfacente che altri studi non sono riusciti a fornire.

IGIENE DELLE GENGIVE E DEI PRIMI DENTINI : COSA DOBBIAMO COMUNICARE

I genitori devono curare la salute della bocca dei loro figli sin da molto piccoli, in modo che con semplici gesti d'igiene quotidiana si possano creare le condizioni ideali per lo sviluppo di una bocca sana.

La pulizia quotidiana delle gengive del lattante, pratica spesso sottovalutata, rappresenta ad esempio un'ottima abitudine perché permette di rimuovere i residui di latte ed i microorganismi che giornalmente si depositano nella bocca del bambino. Questa pratica deve essere compiuta con la massima delicatezza: occorre utilizzare una garza umida avvolta attorno all'indice ed eseguire piccoli movimenti rotatori sulle gengive. In commercio esistono anche appositi strumenti per l'igiene delle gengive (ditali di gomma e guanti di spugna) che permettono di pulire in modo ancora più semplice le gengive e la lingua dei neonati. La pulizia delle gengive è consigliata dopo ogni poppata e, in particolare, dopo quelle notturne perché il flusso salivare del bambino si riduce fortemente durante il sonno e diminuisce quindi l'importante potere chimico e di detersione e della saliva.

Con l'eruzione dei primi dentini (6-8 mesi) si consiglia di cominciare a pulire con estrema delicatezza queste nuove superfici: occorre utilizzare uno spazzolino a setole morbide, con una testina sufficientemente piccola e adatta alle ridotte dimensioni della bocca del bambino.

Durante i primi anni di vita, le operazioni di pulizia dei denti sono affidate ai genitori. La manualità sufficiente per lavare i denti in autonomia non viene raggiunta prima dei 6-7 anni, ed anche a quell'età è comunque necessaria la supervisione di un adulto affinché venga rispettata la frequenza, la durata e la tecnica di spazzolamento. Durante il lavaggio dei denti talvolta il bambino trascura alcune zone, può essere svogliato oppure evitare delle aree in cui avverte fastidio (ad esempio a causa di un dente che dondola, un dente in eruzione o una gengiva infiammata): solo con molta pazienza e seguendolo quotidianamente nello spazzolamento il genitore potrà educarlo a una buona igiene orale.

Esistono due tipologie di spazzolini: i tradizionali spazzolini manuali e quelli elettrici. Con lo spazzolino manuale il corretto movimento da eseguire è di tipo rotatorio, posizionando lo spazzolino a circa 45 gradi rispetto alla gengiva e cercando di 'disegnare' dei piccoli cerchi sovrapposti.

Gli spazzolini elettrici, utilizzati naturalmente con specifiche testine per la prima infanzia, possono essere utilizzati solo a partire dal terzo anno di età e, come già detto, sempre sotto la supervisione di un adulto. Il loro utilizzo è piuttosto semplice: è sufficiente infatti passare la testina in movimento su tutte le superfici dentali, soffermandosi per qualche secondo su ciascuna di esse.

I principali vantaggi degli spazzolini elettrici rispetto a quelli manuali consistono nella maggior efficacia di spazzolamento (a parità di tempo impiegato), nelle ridotte dimensioni della testina che permette di raggiungere più facilmente le zone posteriori e nella maggior efficacia di rimozione della placca batterica in pazienti con ridotta manualità. In ogni modo,

sia nel caso di spazzolino elettrico che manuale, il tempo necessario per una buona pulizia di una dentatura da latte completa è di 2 minuti.

Infine, per quanto riguarda il dentifricio, la dose da mettere sullo spazzolino è pari, come dimensioni, a quella di un pisello ed è bene utilizzare un dentifricio che contenga una quantità di fluoro congrua all'età del bimbo perché - come vedremo - esso rinforza lo smalto e favorisce la remineralizzazione delle superfici dentarie che possono essere attaccate dagli acidi introdotti con la dieta o prodotti dai batteri della carie.

MESI

COME PULIRE

0 - 6 mesi

Dopo le poppate, rimuovere i residui di latte passando delicatamente una garza umida sulle gengive del bambino, compiendo piccoli movimenti rotatori

6 mesi – 3 anni

Dopo i pasti, pulire i denti con uno spazzolino manuale a setole morbide e testina piccola

Utilizzare un dentifricio contenente 500 ppm di fluoro

Compiere dei piccoli cerchi sovrapposti

Lo spazzolamento deve essere eseguito dai genitori

3 – 5 anni

Si può utilizzare uno spazzolino elettrico

Utilizzare un dentifricio contenente 500 ppm di fluoro

Il tempo di spazzolamento è 2 minuti

È sempre necessaria la supervisione e la rifinitura da parte dei genitori

LA CARIE DELLA PRIMA INFANZIA ; COSA DOBBIAMO SAPERE

La carie dentale - la più diffusa malattia infettiva cronica dei bambini - è causata da uno squilibrio tra diversi fattori, principalmente legati alle abitudini alimentari ed igieniche del bambino.

La carie della prima infanzia insorge spesso su superfici dentali che sono a basso rischio quali ad esempio le superfici lisce degli incisivi superiori. Si manifesta inizialmente con macchie bianche o brunastre che evolvono fino a formare piccole cavità che, nel tempo, possono ingrandirsi indebolendo il dente e distruggendone la corona. Queste carie devono essere intercettate e trattate precocemente perché avanzano molto velocemente e possono intaccare tutti gli elementi della bocca del bambino.

Diversamente da come si ragionava in passato, le carie dei denti da latte non vanno ignorate pensando "tanto poi questo dente rovinato lo cambierà". Trascurare queste lesioni, infatti, può causare numerosi problemi al bambino: infezioni (ascessi), difficoltà a mangiare, dolore (a volte talmente intenso da compromettere il sonno) e l'insorgenza di emergenze odontoiatriche in pazienti molto piccoli e dalla limitata collaborazione. Spesso i quadri di carie più gravi possono essere gestiti solo in anestesia generale, con alti costi biologici per il piccolo paziente ed economici per la famiglia.

La perdita precoce dei denti da latte, inoltre, può determinare una perdita dello spazio necessario per i successivi denti permanenti, l'instaurarsi di malocclusioni, una crescita alterata delle ossa mascellari e problemi fonetici

Non da ultimo, i bambini con carie ai denti da latte hanno una probabilità 5-6 volte maggiore di sviluppare nuove carie a livello dei permanenti, rispetto a bambini senza carie.

Per tutti questi motivi è estremamente importante prevenire l'instaurarsi della patologia cariosa già nella dentatura decidua; le strategie di prevenzione consistono in interventi di informazione alimentare e di igiene orale per i genitori, da iniziarsi già durante la gravidanza, così da poter mettere in atto fin da subito le buone pratiche per l'igiene e la salute della dentatura decidua del bambino.

A questo scopo ogni genitore, con il proprio pediatra e dentista pediatrico, dovrebbe essere istruito su tre importanti argomenti:

- l'alimentazione del bambino e le abitudini a rischio carie
- le tecniche per eseguire una corretta igiene orale quotidiana
- le pratiche preventive: fluoroprofilassi, sigillatura dei denti e visite di controllo periodiche.

ABITUDINI A RISCHIO CARIE

L'insorgenza di carie è legata alla somma di più fattori che innescano e mantengono il processo carioso. Esistono alcune abitudini alimentari che favoriscono l'insorgenza di carie nel bambino piccolo:

- un'assunzione eccessiva di zuccheri e carboidrati fermentabili (es: caramelle, dolci, merendine confezionate)
- un'alta frequenza di alimentazione (spuntini o bevande dolci fuoripasto)
- l'utilizzo notturno del biberon con latte o tisane edulcorate
- l'utilizzo del ciuccio intinto nel miele o nello zucchero a scopo calmante.

Nelle "Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva" - pubblicate dal Ministero della Salute ed aggiornate nel 2013 - la raccomandazione numero 6 tratta dell'uso del succhiotto edulcorato e del biberon contenente bevande zuccherine, abitudini che devono essere assolutamente dismesse.

Nello specifico, le linee guida recitano: "la carie rapidamente destrutturante, detta anche carie rampante, baby bottle caries o carie precoce, è una patologia particolarmente severa (...) La terapia di questa forma di carie è spesso rappresentata dall'estrazione di molti o tutti gli elementi decidui, sia per la gravità delle lesioni, sia per la giovane età dei soggetti colpiti (...) La causa principale della carie rapidamente destrutturante va cercata nel prolungato uso del biberon contenente sostanze zuccherate o latte, anche non addizionato di zucchero, e specialmente assunte nelle ore notturne, quando il flusso salivare è fortemente ridotto".

L'altro importante fattore in gioco nello sviluppo di carie è la presenza di batteri cariogeni nella bocca del bambino: tali batteri convertono gli zuccheri introdotti dalla dieta in acidi, i quali aggrediscono e demineralizzano lo smalto dentale.

L'origine di questi batteri (ad esempio lo *Streptococcus mutans* e lo *Streptococcus sobrinus*) è soprattutto la saliva materna: un buono stato di salute orale e una buona igiene della madre - durante e dopo la gravidanza - sono quindi fattori importantissimi per prevenire la trasmissione di specie batteriche aggressive al bambino e ridurre il rischio di carie.

Altre misure igieniche per scongiurare questo tipo di trasmissioni batteriche sono quelle di evitare i baci sulla bocca, di differenziare le posate del bambino da quelle degli adulti e di evitare la "pulizia" del ciuccio mettendolo nella propria bocca.

ALLATTAMENTO E IGIENE

Un aspetto che spesso non viene considerato nell'eziologia della carie della prima infanzia e che colpisce i bambini tra 0-71 mesi, è l'allattamento al seno senza limitazioni: in particolare la pratica notturna e a richiesta, se protratta dopo l'eruzione del primo dente, aumenta il rischio di carie del bambino.

Il motivo è il notevole contenuto zuccherino del latte umano: un litro di latte materno contiene circa 70 grammi di lattosio, uno zucchero costituito da glucosio e galattosio. Studi in vitro hanno dimostrato come, in condizioni favorevoli quali ad esempio la presenza di batteri cariogeni, proprio gli zuccheri del latte materno siano in grado di innescare e far progredire il processo carioso.

Come già spiegato, la particolare pericolosità dell'assunzione di latte materno o di bevande zuccherate durante la notte è data dall'abbassamento del flusso salivare, e quindi della detersione e capacità tampone della saliva, motivo per cui gli zuccheri restano per periodi più lunghi a contatto con la superficie dentaria e possono causare una maggiore demineralizzazione dello smalto.

Va chiarito che gli studi scientifici non scoraggiano l'allattamento al seno, che deve invece essere assolutamente promosso: semplicemente evidenziano i rischi che, dopo l'eruzione dentaria (generalmente intorno ai 6 mesi), un allattamento di tipo "ad libitum" e notturno può comportare, qualora non sia accompagnato da immediate pratiche igieniche, quali ad esempio il passare una garza umida su denti e gengive del bambino.

I COMPITI DEI GENITORI

Nella tabella seguente sono riportati alcuni consigli e indicazioni pratiche che permettono di far crescere la bocca del bambino nelle migliori condizioni.

0-6 mesi

Scegliere un ciuccio anatomico in silicone e non lo intingerlo in zucchero o miele

Limitare l'uso del ciuccio a particolari momenti

Dopo le poppate o l'utilizzo del biberon pulire le gengive del bambino con una garzina umida o con strumenti dedicati

Curare la propria bocca e la propria igiene per evitare - attraverso al saliva - di trasmettere batteri cariogeni al bambino e ridurre il rischio carie

A partire dal 6° mese cominciare lo svezzamento

6-24 mesi

Eruzione denti da latte

Far seguire al bimbo un'alimentazione sana, evitando caramelle e snack dolci

Scoraggiare l'assunzione frequente di bevande zuccherate (succhi di frutta, the o tisane dolci)

Non fare addormentare il bambino con il biberon (contenente latte o tisane dolci)

Essere consapevoli del contenuto zuccherino del latte (sia materno che artificiale) e quindi del suo ruolo potenziale nell'insorgenza di carie precoci

A partire dal primo anno di vita, incoraggiare il bambino a bere dalla tazza e a perdere l'uso del biberon attorno ai 12-24 mesi di età

Cominciare a mantenere puliti i dentini non appena spuntano, utilizzando spazzolini a setole morbide

Pulire i denti dopo ogni pasto o ogni assunzione di latte

Utilizzare un dentifricio contenente 500 ppm di fluoro

Scegliere un succhiotto anatomico in caucciù

Scoraggiare il succhiamento del dito

Differenziare le posate dell'adulto e del bambino

Con l'eruzione dei primi dentini, recarsi dal dentista per far controllare i denti da latte, ricevere istruzioni d'igiene e monitorare nel tempo la dentatura decidua

COSA E' IMPORTANTE SAPERE QUANDO SI CURANO I BAMBINI

1. È molto importante promuovere corrette manovre di igiene orale e controlli periodici per chi pianifica e per chi è in gravidanza: sia per la salute materna che per la salute del nascituro , infatti i numerosi cambiamenti che avvengono nell'organismo femminile durante la gravidanza influiscono anche sulla sua salute orale.

2. Lo Streptococco Mutans , uno dei principali microrganismi patogeni responsabili del processo carioso , può essere trasmesso al bambino dalla madre attraverso abitudini quali l'utilizzo di posate, la condivisione di cibo, la suzione del succhiotto ciò aumenta la possibilità che il piccolo sviluppi lesioni cariose .Il mantenimento di una buona salute orale da parte della madre in gravidanza aiuta indiscutibilmente a ridurre la possibilità di trasmissione di batteri cariogeni.

3. Effettuare controlli ed eventuali terapie odontoiatriche prima di una gravidanza è la soluzione migliore; è importante anche effettuare controlli odontoiatrici durante la gestazione e programmare una seduta di igiene professionale per ciascun trimestre. Tuttavia, il manifestarsi di un'urgenza rende assolutamente necessario l'intervento del dentista. I problemi dentali, se trascurati, rappresentano un pericolo maggiore per la salute della donna e del nascituro, rispetto a qualunque terapia applicata con scrupolosità medica.

4. Vita fetale e primi anni di vita sono periodi di crescita e sviluppo rapidi, in cui nutrizione materna, pratiche di igiene e scelte di vita influenzano la salute della madre e del bambino. I genitori, con il loro esempio, dovrebbero trasmettere corrette abitudini nutrizionali e di vita.

5. Il latte materno è il modo naturale di alimentare il bambino. È un sistema biologico dinamico e inimitabile, in grado di soddisfare da solo le esigenze nutritive e metaboliche del neonato e del lattante fino al sesto mese.

L'allattamento materno determina la crescita più corretta non solo a livello di peso, ma soprattutto di composizione corporea e di organi; favorisce la prevenzione sia di infezioni che di malattie quali obesità, ipertensione, coronaropatie, diabete e sindrome metabolica (malattie croniche non trasmissibili). L'alternativa al latte materno è rappresentata esclusivamente dal latte formulato in polvere o liquido, espressamente studiato per le necessità nutrizionali dei lattanti

6. La malattia cariosa precoce è caratterizzata da carie aggressive e rapidamente progressive che colpiscono prima gli incisivi superiori ed in seguito anche gli altri denti. Le cause di tale sindrome sono diverse: utilizzo, soprattutto notturno, del biberon con prodotti zuccherati (succhi di frutta o altre bevande/tisane zuccherate), del ciuccio intinto nello zucchero o nel miele ed allattamento notturno a cui non segue igiene orale.

7. Il passaggio dalla nutrizione esclusivamente lattea all'introduzione di alimenti solidi e liquidi diversi dal latte, rappresenta un delicato momento di passaggio per il bambino. Il momento giusto per l'introduzione nella dieta di cibi e bevande diversi dal latte è bene sia identificata dal Pediatra, che conosce le necessità individuali di ciascun lattante. A livello di popolazione, l'età ideale da non oltrepassare secondo gli orientamenti di Gastroenterologia Pediatrica è stata identificata a 6 mesi.