

Regola, regala un sorriso

Razionale e commento sui risultati del questionario compilato dai pediatri

NUMERO QUESTIONARI RIEMPITI: 250

L'analisi dei questionari mette in luce importanti concetti che riguardano il rapporto tra pediatri e genitori nei confronti dell'odontoiatria pediatrica e la conoscenza da parte del pediatra delle misure terapeutiche/preventive pedodontiche che devono essere messe in atto per il paziente pediatrico.

Il primo dato che si evince dal questionario è che un numero molto elevato di genitori chiede informazioni ai pediatri riguardo la salute dentale dei propri bambini.

Per questo motivo, il pediatra deve essere in grado di fornire le informazioni basilari più aggiornate ai genitori per poter mantenere la salute orale dei bambini e sapere indirizzare i pazienti all'odontoiatra pediatrico e allo specialista in ortodonzia. Una stretta collaborazione tra queste figure professionali e il pediatra è quindi auspicabile per poter salvaguardare la salute orale fin dalla tenera età.

Tuttavia, la maggior parte dei pediatri (62%) ha dichiarato di non avere un rapporto diretto con l'odontoiatra pediatrico, mentre uno scambio d'informazioni riguardo alla salute orale e alle terapie effettuate dovrebbe essere mantenuto nel corso degli anni, in modo da avere un approccio integrato e un monitoraggio continuo.

Recentemente, nell'ambito delle società scientifiche si sta cercando di rafforzare il dialogo tra odontoiatri pediatrici e pediatri, tramite convegni, lezioni specialistiche e materiali informativi e didattici, in modo da poter attuare una linea preventiva e terapeutica integrata nei riguardi dell'apparato stomatognatico dei bambini e adolescenti.

Un esempio che evidenzia la mancanza di questa collaborazione e di una strategia preventiva e terapeutica comune è il dato che affiora dalle urgenze odontoiatriche.

Nel caso di un'urgenza odontoiatrica e, nello specifico nel caso di un trauma di un dente da latte, non vi è stata unanimità nel comportamento da seguire perché il 58% dei pediatri pensa di indirizzare il bambino subito dall'odontoiatra pediatrico, mentre il restante 42% no.

I traumi a livello dei denti da latte devono essere monitorati da parte dell'odontoiatra pediatrico in quanto possono insorgere complicanze, quali ascessi, anche a 1 anno di distanza dal trauma. Inoltre, devono essere valutate con precisione la mobilità e la vitalità dentaria e devono essere evitate procedure incongrue che potrebbero causare danni ai denti permanenti sottostanti.

Un altro esempio, è che, in presenza di un ascesso, la maggior parte dei pediatri prescrive una terapia antibiotica in prima istanza, prima di decidere se inviare il bambino alla visita odontoiatrica. Gli ascessi, tuttavia, regrediscono momentaneamente per mezzo di una terapia antibiotica; per la risoluzione della lesione è necessario invece il trattamento endodontico. Molto spesso la terapia antibiotica non deve essere necessariamente prescritta.

Un'altissima percentuale di genitori (90%) esterna le proprie preoccupazioni sul disallineamento dentale dei loro bambini ai pediatri.

Una così alta percentuale indica in primo luogo l'alto interesse da parte dei genitori sia all'aspetto funzionale dell'apparato stomatognatico sia al fattore estetico dentale.

In secondo luogo, questo dato sottolinea ancora l'importante ruolo che svolgono i pediatri nell'intercettare eventuali malocclusioni ancora prima dell'odontoiatra e sapere indirizzare i bambini a una visita ortodontica dallo specialista in ortodonzia.

L'interesse dei genitori, inoltre, si estende anche sull'uso del ciuccio. Infatti, un'alta percentuale di genitori (66%) chiede consiglio ai pediatri per quale tipo di ciuccio utilizzare.

Il pediatra deve essere in grado di fornire adeguate informazioni riguardo ai diversi tipi di ciuccio che vi sono in commercio e riguardo all'età limite nella quale possono adoperarlo (fino a 2,5-3 anni), poichè è dimostrato come possono influenzare l'apparato stomatognatico e determinare modificazioni a livello muscolare e dentale.

Un uso protratto o l'uso di ciucci con spessori inadeguati nel tempo possono favorire la comparsa di un open bite.

Praticamente tutti i pediatri sono risultati essere a conoscenza di come le abitudini viziate e una respirazione non corretta possono influire negativamente anche sull'apparato stomatognatico in età pediatrica.

Lo scopo dell'ortodonzia intercettiva, infatti, è quello di ottenere un buon equilibrio muscolare e di eliminare le abitudini viziate che possono influire negativamente sullo sviluppo delle arcate dentarie, sui mascellari, sul viso e anche a livello generale; un esempio è dato dai respiratori orali in cui per l'insufficiente ossigenazione cerebrale si possono avere disturbi dell'attenzione. Inoltre nel caso in cui le abitudini viziate non vengono risolte si assiste ad una recidiva delle terapie ortodontiche effettuate.

Un'alta percentuale di pediatri (76%) consiglia una visita specialistica pedodontica e in particolare a un odontoiatra che si occupa esclusivamente dei bambini.

Così come in ambito medico, anche in ambito odontoiatrico vi sono le specializzazioni dei ruoli e l'odontoiatra pediatrico e lo specialista in ortodonzia sono le figure che sono in grado di diagnosticare e trattare rispettivamente le patologie oro-dentali e le problematiche ortognatodontiche in età pediatrica.

Per quanto riguarda l'età alla quale fare eseguire una prima visita ortodontica, la maggior parte dei pediatri indica un'età compresa tra i 5 e i 7 anni.

Nella maggior parte dei casi, i trattamenti ortodontici vengono effettuati dopo l'eruzione dei primi molari permanenti (intorno ai 6 anni). Comunque, in presenza di abitudini viziate, III classi gravi e latero-deviazioni è possibile intervenire in maniera precoce appena il bambino risulta collaborante.

In generale, i bambini devono effettuare delle visite dall'odontoiatra pediatrico il più precocemente possibile.

Le linee guida dell'American Academy of Pediatric Dentistry indicano che la prima visita odontoiatrica dovrebbe essere effettuata tra i 6 mesi e i 12 mesi, periodo nel quale erompono i primi denti da latte.

L'approccio così precoce consente di fornire ai genitori le istruzioni alimentari e igieniche domiciliari idonee per mantenere la salute dei denti appena erotti.

Le visite devono essere poi effettuate nel corso degli anni in maniera regolare in modo da monitorare la salute orale, l'assenza di carie e di abitudini viziate.

E' importante che il bambino prenda confidenza il prima possibile con l'ambiente dello studio odontoiatrico. in modo da essere pronto poi a farsi curare quando ce ne sarà bisogno.

L'odontoiatra pediatrico sarà in grado di fornire adeguate istruzioni igienico-alimentari in maniera personalizzata al bambino, valutare la necessità di cure o di strategie preventive (sigillature e fluoro) e di intercettare problematiche dento-scheletriche e abitudini viziate quali l'uso protratto del ciuccio e del biberon, suzione delle dita, respirazione orale e deglutizione atipica.

Quasi il totale dei pediatri concorda che la salute orale influenza anche la salute generale dei bambini e un'alta percentuale (74%) è a conoscenza di possibili disturbi all'ATM fin in età pediatrica. Inoltre, in maggiore prevalenza (68,8%) il pediatra tende a seguire le linee guida di prevenzione delle patologie odontoiatriche.

I denti da latte devono essere mantenuti in buone condizioni di salute e spazzolati in maniera corretta fin dalla loro eruzione.

Alcuni genitori tendono a sottovalutare l'importanza di curare i denti da latte cariati in quanto ritengono che dovranno essere comunque sostituiti dai permanenti.

Tuttavia, i denti da latte svolgono importanti funzioni anche per lo sviluppo della dentatura permanente poichè contribuiscono al mantenimento degli spazi nelle arcate e alla guida per la corretta eruzione dei denti permanenti.

Inoltre, le lesioni cariose dei denti decidui possono determinare l'insorgenza di ascessi e pulpiti che risultano particolarmente dolorose e non sempre facilmente risolvibili tramite terapie non invasive.

Il mantenimento di un'adeguata salute dei denti consente anche di ottenere una maggiore collaborazione da parte del bambino, che eviterà di doversi sottoporre a cure dentarie più complesse e indaginose.

Un'alta percentuale (74%) dei pediatri ritiene che il fluoro svolga un ruolo determinante nella prevenzione dell'insorgenza della carie dentale in età pediatrica.

E' stato ampiamente dimostrato come il fluoro possa consentire una riduzione della patologia cariosa; in particolare, al giorno d'oggi, si tende a sottolineare l'importanza della fluoroprofilassi topica piuttosto di quella sistemica. Tuttavia, il solo fluoro non può impedire completamente l'insorgenza di lesioni cariose, perché queste dipendono da una serie di fattori tra i quali: abitudini igienico-alimentari e la morfologia dei solchi e delle fossette.

Riguardo alle sigillature non vi è una risposta nettamente prevalente. Vi è una tendenza generale a ritenere le sigillature dei molari delle procedure utili per la prevenzione delle carie. Tuttavia, il 39% dei pediatri ritiene che debbano essere applicate sempre, senza tenere conto di altri fattori quali la dieta, l'igiene orale, la cariorecettività e la morfologia dentaria.

Le sigillature devono, invece, essere attentamente valutate dall'odontoiatra pediatrico, dopo analisi anamnestica e clinica e devono essere controllate durante i check up periodici odontoiatrici.

Il 60% dei pediatri è a conoscenza che esistono diversi tipi di dentifricio al fluoro che sono indirizzati a diverse fasce di età.

Comunque, una non trascurabile percentuale di pediatri (24%) ritiene che l'unico fattore importante per la prevenzione sia che vengano spazzolati i denti, indipendentemente dal tipo di dentifricio adoperato. Inoltre, una percentuale del 12% dei pediatri è convinto che il contenuto di fluoro, nei dentifrici indirizzati ai bambini, debba essere alto.

In realtà è ampiamente dimostrato l'effetto benefico preventivo nei confronti della carie dell'applicazione del dentifricio al fluoro, che esplica diverse azioni tra le quali: azione antibatterica, antienzimatica, remineralizzazione, aumento della resistenza dello smalto alla dissoluzione acida.

Le recenti istruzioni internazionali di prevenzione consigliano di applicare la pasta dentifricia (con spazzolino dedicato o garza o cotone) fin dell'eruzione del primo dente di latte, anche se in quantità minima.

Il rischio d'ingestione del dentifricio da parte del bambino, con conseguente rischio di fluorosi, ha portato alla creazione di prodotti specifici indirizzati a questo target d'età e caratterizzati da concentrazioni di fluoro inferiori (per esempio si passa da 500 ppm da 0-6 anni a 1400 ppm nell'adulto).

CONCLUSIONI

I risultati dei questionari indicano che il pediatra ha un ruolo di riferimento per i genitori non solo per la salute generale dei bambini ma anche per la salute orale.

I pediatri devono avere quindi le conoscenze adeguate e aggiornate alle più recenti linee guida scientifiche per poter consigliare nella maniera corretta i genitori e saperli indirizzare alle figure professionali specifiche: l'odontoiatra pediatrico e lo specialista in ortodonzia.

In particolare la prima visita odontoiatrica dovrebbe essere anticipata al momento dell'eruzione del primo dente da latte secondo le più moderne indicazioni scientifiche internazionali.

La maggior parte dei pediatri ha mostrato una buona conoscenza delle strategie preventive pedodontiche ed è consapevole dell'importanza che riveste l'apparato stomatognatico anche a livello di salute generale in età pediatrica.

Tuttavia, maggiori informazioni dovrebbero essere fornite ai pediatri in particolare nei confronti dei comportamenti da attuare nel caso di urgenze odontoiatriche (traumi e ascessi) e riguardo alle più moderne metodiche di prevenzione (uso del dentifricio al fluoro e sigillature).

Infine, una più stretta collaborazione professionale tra pediatra e odontoiatra pediatrico e specialista in ortodonzia sarebbe auspicabile, in modo da monitorare costantemente il paziente pediatrico nel corso della crescita, sia per il mantenimento della salute orale dentale sia per il corretto sviluppo ortopedico facciale.