

Il tuo bambino dorme bene? Digrigna i denti durante la notte?

Tra molti diversi fattori il sonno è importante nello sviluppo dei bambini. I disordini respiratori del sonno possono compromettere la qualità del sonno e condurre a conseguenze negative.

Il più comune disordine respiratorio del sonno nel bambino è l'apnea ostruttiva. La codificazione dell'apnea notturna nei bambini risale a oltre 40 anni fa con Christian Guilleminault (1976). L'apnea ostruttiva nel sonno (OSAS) è un disordine respiratorio caratterizzato da ostruzione parziale prolungata delle vie aeree (ipopnea) e/o ostruzione completa intermittente (apnea) che alterano la normale ventilazione e l'architettura del sonno con microrisvegli provocando conseguenze comportamentali, cognitive, e di salute. Gli episodi di apnea sono definiti come la mancanza di flusso d'aria nelle vie aeree con concomitante movimento addominale e del torace per la durata di almeno 2 cicli respiratori. Si definisce ipopnea, invece, una diminuzione di almeno il 50% del flusso d'aria nelle prime vie aeree con una correlata diminuzione della saturazione dell'ossigeno nel sangue (SpO₂) del 4% e/o microrisvegli al termine dell'evento respiratorio.

La severità della patologia è definita dal numero di apnee e ipopnee all'ora per il totale di ore dormite.

L'OSAS colpisce il 2-4% dei bambini con

un picco tra i 2 e gli 8 anni in relazione all'ipertrofia adenotonsillare e un secondo picco all'inizio dell'adolescenza per il guadagno di peso.

L'età più critica è tra i 3 e i 4 anni.

L'OSAS è considerato l'estremo di uno spettro di disordini respiratori del sonno che comprendono il russamento primario, la sindrome da aumentata resistenza delle vie aeree superiori e l'ipoventilazione ostruttiva.



Il russamento è il sintomo più ricorrente, insieme al bruxismo (riferito dai genitori come rumore di denti). I disordini respiratori del sonno non trattati nel bambino hanno diverse conseguenze: disordini metabolici, cardiovascolari, disturbi comportamentali e neuro cognitivi. Anche lo stesso russamento ha un impatto sulle capacità cognitive e di apprendimento.

LA TERAPIA

La gestione dell'OSAS pediatrico è complesso e l'approccio deve essere multidisciplinare. Obiettivi del trattamento ripristinare una corretta respirazione e indirizzare i sintomi associati.

L'adenotonsillectomia rappresenta la terapia gold standard nei casi con ipertrofia adenotonsillare e determina significativi miglioramenti nei

parametri polisomnografici, nel comportamento e nelle abilità cognitive.

Attualmente è necessario tenere in conto il crescente numero di pazienti con obesità, di qui la necessità di programmi intensivi di controllo del peso, igiene del sonno e modificazione degli stili di vita.

L'igiene del sonno è definita come quell'insieme di

condizioni e pratiche che promuovono un sonno appropriato al ritmo circadiano, continuo ed efficace. Include lo stabilimento di un orario regolare per andare a letto e per alzarsi, un tempo a letto adeguato ad un sonno duraturo, la limitazione dell'assunzione di bevande contenenti caffeina prima di coricarsi, infine esercizi, alimentazione e fattori ambientali che favoriscano un sonno riposante.

SEGU Studio di Odontoiatria e Ortodonzia

Odontoiatria nella Medicina del Sonno LA SINDROME DELLE APNEE OSTRUTTIVE NEL SONNO NEL BAMBINO

La Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (OSAS) è un disturbo caratterizzato da episodi prolungati di parziale ostruzione e/o di ostruzione completa intermittente (apnea ostruttiva) delle alte vie che disturbano la ventilazione notturna.

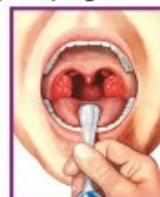


Nel bambino le manifestazioni cliniche sono: russamento abituale, respirazione prevalentemente orale, enuresi notturna, sonnolenza diurna, iperattività, **deficit di attenzione, problemi di rendimento scolastico, ritardo della crescita** e sequele cardiovascolari.



I più comuni fattori che predispongono all'OSAS sono:

- **Ipertrofia adenotonsillare**
- Rinite perenne o stagionale
- **Dimorfismi craniofacciali**
- **Obesità.**



I disturbi respiratori nel sonno in età pediatrica trovano il loro gold standard diagnostico nella **polisomnografia**, che è la registrazione contemporanea e in continuo

durante la notte di parametri funzionali atti a definire gli eventi cardiorespiratori, in relazione alle varie fasi del sonno.



Esempio di mandibola piccola e retrusa

I bambini con OSAS e ipertrofia tonsillare necessitano di una **VALUTAZIONE ORTODONTICA** per valutare eventuali anomalie occlusali o cranio-facciali, quali **un'arcata superiore contratta con palato stretto e ogivale, una mandibola piccola e/o retrusa**, una tendenza di crescita in post-rotazione, una divergenza scheletrica aumentata, una Classe II scheletrica.

L'adenotonsillectomia è l'intervento di scelta nei bambini con OSAS da ipertrofia tonsillare.

L'ortodontista partecipa alle opzioni di trattamento con la possibilità di applicare apparecchi per l'espansione rapida del palato e/o propulsori mandibolari.



Via Battù, 79 - Vigevano (Pv) - Tel. 0381-312317- Fax 0381-328259
E-mail: segu.ortodonzia@libero.it - Visita il nostro sito www.studiosegu.it