

L'odontoiatria nel paziente diversamente abile

a cura del Prof. Marco Finotti



Curare il paziente portatore di handicap è sempre stato complesso, sia in ambito privato che pubblico, per le problematiche, non solo organizzative, che si pongono, ma l'approccio attuale è notevolmente cambiato

Sia la famiglia del paziente che i sanitari preposti alla sua cura sanno quante e quali siano le difficoltà che si devono affrontare per eseguire una corretta ed adeguata cura odontoiatrica per alcuni pazienti diversamente abili. La famiglia che vive con un paziente portatore di handicap ha, ovviamente, delle priorità assistenziali, che possono giustificare talvolta la ridotta attenzione per le cure odontoiatriche; in verità anche la nostra categoria spesso non si è dimostrata sensibile a questi pazienti, difficili da gestire, non attrezzando, anche per i notevoli costi necessari e per gli impedimenti logistici, gli ambienti in modo adeguato. Per effettuare una cura è sempre indispensabile avere la collaborazione del paziente e quando questa non si riesce o non si può ottenere, anche per la presenza di problematiche di ordine psicologico o psichiatrico, è chiaro che gli interventi possono essere effettuati solo con l'ausilio dell'assistenza anestesilogica. Certamente la sensibilità e la continua ricerca di miglioramento della qualità della vita, hanno determinato una spinta positiva sia tra gli odontoiatri che tra le famiglie coinvolte in queste situazioni. È decisamente più frequente, rispetto al passato, gestire il paziente portatore di handicap, che spesso presenta le stesse esigenze del paziente in perfette condizioni psico-fisiche. Stiamo parlando del paziente con problematiche psicologiche o deficit mentali, paziente che ormai, giustamente, richiede, anche grazie all'appoggio dei familiari, risultati funzionali ed estetici sovrapponibili alle condizioni naturali.

Le difficoltà da superare

Nel trattamento del paziente diversamente abile, dobbiamo in primo luogo risolvere una serie di aspetti organizzativi, inerenti gli spazi e il personale, visto che si tratta di un'attività più complessa, nella quale spesso non si può contare, se non in piccola parte, sulla collaborazione del soggetto. Dal punto di vista procedurale, professionale e clinico, nel programmare il piano di trattamento in questi pazienti perseguiamo, laddove possibile, la riduzione del numero di sedute, ovviamente senza che venga inficiato il risultato finale. È importante osservare che, a livello familiare, negli ultimi anni si è verificata una progressiva maturazione nell'affrontare le esigenze di questi pazienti e che la nostra categoria risulta attualmente più sensibile alle loro richieste. Spesso i piani di trattamento sono complessi e lunghi per la volontà di arrivare ad un risultato definitivo e stabile nel tempo.



Un caso clinico

Ricordo, con molto piacere, il caso di un paziente arrivato alla nostra osservazione accompagnato dalla sorella medico che, per fargli recuperare completamente e correttamente, come giudicava giusto, la masticazione, ci chiese espressamente di effettuare degli impianti nelle zone dei mascellari, senza denti, del fratello. In presenza di un'occlusione scorretta è sconsigliabile effettuare degli impianti, in quanto il carico masticatorio risulta mal distribuito e quindi è indispensabile prima risolvere la malocclusione e solo in un secondo tempo effettuare degli impianti. Consigliammo dunque che il fratello eseguisse un trattamento ortodontico-chirurgico prima e implantologico poi, spiegandone i motivi. In questo caso il paziente affetto da sindrome Down, effettuò il trattamento ortodontico-chirurgico in quanto era una terza classe chirurgica. Significa che aveva una mandibola troppo sviluppata e grande e, l'ortodonzia da sola, con gli apparecchi non sarebbe stata in grado di risolvere la malocclusione, risolvibile invece intervenendo chirurgicamente, accorciandola, come solitamente si effettua nei pazienti adulti a fine crescita. Applicato l'apparecchio, spostati correttamente i denti presenti, effettuata la chirurgia ortognatodonica che normalmente si effettua nelle terze classi, solo dopo circa 16 mesi di cura abbiamo effettuato il trattamento implantologico e successivamente protesico. Come normalmente succede in questi casi abbiamo attuato un piano di trattamento della durata di circa due anni e mezzo raggiungendo un risultato finale estremamente gratificante per noi ma soprattutto soddisfacente per il paziente, che mi viene riferito si guarda spesso allo specchio, si piace, ha acquisito maggiore sicurezza in se stesso, ha una "fidanzatina" ed è decisamente più felice e fiducioso di quanto fosse prima della cura. Non solo, quando parla del suo dentista dice "il mio amico Marco", avendo acquisito una familiarità con l'ambiente, con il personale e un'amiciizia con l'equipe che per anni l'ha seguito.

Una nuova prospettiva

Sono queste le situazioni che nel lavoro gratificano in modo importante e soprattutto fanno capire come la professionalità possa essere impiegata per ottenere risultati in pazienti che, fino a pochi anni fa, nella maggior parte dei casi, venivano trattati in ambienti non specificatamente preparati, solo per le urgenze inderogabili e solo con terapie estrattive, in quanto il problema doveva essere



La nostra categoria spesso non si è dimostrata sensibile a questi pazienti, difficili da gestire, non attrezzando, anche per i notevoli costi necessari e per gli impedimenti logistici, gli ambienti in modo adeguato



rapidamente risolto. Oggi, fortunatamente, non vi è differenza e così dev'essere, tra le terapie e i trattamenti che vengono effettuati ai pazienti diversamente abili e ai pazienti non portatori di handicap, anche se è diversa l'organizzazione e la preparazione dei professionisti e del personale preposto all'assistenza. La possibilità di effettuare, oltre all'anestesia locale, la sedazione endovenosa o con protossido d'azoto, e l'anestesia generale è alla base dell'organizzazione in associazione a professionalità specifiche in grado di risolvere e trattare, anche in condizioni critiche, questi pazienti e di "accompagnarli" nel cammino terapeutico per portarli ad un risultato finale che può essere estremamente gratificante anche per i professionisti che nel "cammino" si sono impegnati. Possiamo sicuramente affermare che, giustamente, non esistono differenze nei piani di trattamento e che le possibilità riabilitative anche nei pazienti "critici" per problematiche mentali associate, sono del tutto sovrapponibili ai piani di trattamento che routinariamente vengono effettuati in tutti gli altri pazienti. Questi trattamenti possono prevedere interventi conservativi, endodontici, ortodontici, estetici, paradontali, implantologici e chirurgici e protesici, migliorando notevolmente la qualità della vita di questi pazienti meno fortunati, determinandone un'acquisizione di sicurezza e di stabilità estremamente importanti.

Sindrome di Down e anomalie dentarie



Nei portatori di sindrome di Down sono più frequenti varie anomalie dentarie:

- Ritardata eruzione dei denti decidui (1°dente al 2-3°anno)
- Eruzione ritardata degli incisivi
- Ritardata eruzione dei denti permanenti
- Oligodontia
- Denti permanenti più piccoli e malformati
- Denti decidui più grandi
- Anomala conformazione delle cuspidi dentarie (incisivi e canini a punta)
- Radici dentarie piccole e di forma conica

Mentre la carie, per vari motivi, ha una minore incidenza, sono più frequenti anomalie anatomiche a carico dello scheletro facciale, responsabili di malocclusione che, assieme all'ipotonìa della muscolatura masticatoria ed alla macroglossia "relativa", interferiscono con le funzioni masticatoria e fonatoria.



Prof. Marco Finotti - Odontoiatra

Laureato in Medicina e Chirurgia specializzato in Ortognatodonzia a Padova. Prof. A.C. Università degli Studi di Padova. È stato docente in Chirurgia Paradontale e Implantoprotesi alle Università Popolari di Caserta e Milano. Libero professionista a Padova e Milano.

www.agendasalute.com