

Jean-Jacques Vallée

# Prendersi cura del bambino già in dentatura di latte

DOCTOROS DOSSIER

SUPPLEMENTO A DOCTOR OS ANNO XXV N. 8 OTTOBRE 2014



## DOCTOROS

Mensile edito da Ariesdue S.r.l.  
Copyright © Ariesdue S.r.l.  
Registrazione del Tribunale di Milano  
n. 741 del 16.10.1989  
Supplemento a Doctor Os XXV  
n. 8 ottobre 2014  
ne Commerciale, anche in ordine alla  
loro eventuale pubblicazione.

**Direttore scientifico**  
Enrico Gherone

**Direttore Responsabile**  
Dino Sergio Porro

**Marketing e ADV**

Barbara Bono  
Paola Cappelletti  
**Ufficio abbonamenti**  
Antonella Lambertoni

Ariesdue S.r.l.  
Via Airoidi, 11  
22060 Carimate (Co)  
tel. 031 792135  
fax 031 790743  
info@ariesdue.it  
www.ariesdue.it

**Stampa**  
Pronto Stampa Srl Unità Locale  
Verdellino (BG)

**Testata associata ANES**

**ANES**  
ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORIA  
PERIODICA SPECIALIZZATA

Ariesdue S.r.l. dichiara di accettare, senza  
riserve, il Codice di Autodisciplina della  
Comunicazione Commerciale. Dichiara  
altresi di accettare la competenza e le  
decisioni del Comitato di Controllo e del  
Giuri dell'Autodisciplina della Comu-  
nicazione Commerciale, anche in ordine alla  
loro eventuale pubblicazione.

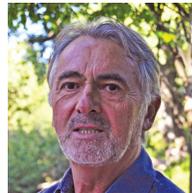
**Jean-Jacques Vallée**

# **Prendersi cura del bambino già in dentatura di latte**

Traduzione curata da  
Dott.ssa Elena Frati

DOCTOR  DOSSIER

Jean-Jacques Vallée  
Laureato in Chirurgia dentale  
Specializzato in Parodontologia  
Ex docente alla Università di Marsiglia



-----  
Si occupa di ortodonzia da oltre 15 anni, ma dopo aver seguito i corsi di

- Prof. Pedro Planas a Barcellona
- Dr.ssa Beatriz Padovan (Logopedista)
- Dr.ssa ML Deshayes (Ortodontista e Osteopata per l'infanzia)
- Dr Daniel Rollet

da 3 anni con il Dr Daniel Rollet è relatore in Francia a Conferenze e Corsi sulla Educazione Funzionale oro-dentale del bambino in dentizione di latte.

In questi ultimi anni la sua attività professionale è stata infatti indirizzata e circoscritta esclusivamente alla Protezione della crescita armonica bucco-dentale in dentizione di latte nei bambini dai 3 ai 6 anni.

E' con questo spirito che, ad Aix en Provence (Francia), ha creato ed anima una Associazione di Professionisti della Salute nella prima infanzia (Pediatri, Medici, Dentisti, Logopedisti, Osteopati....) la cui attività è consultabile su: [apspaodontologie.com](http://apspaodontologie.com)

## Introduzione

# La protezione del dottor Vallée



**Dottoressa Elena Frati**  
**Professoressa Laura Strohmenger**  
**Dottor Maurizio Rosmarini**

*La nostra disciplina sanitaria, nata per la cura delle malattie dei denti e dei difetti della bocca è, storicamente, tra le più antiche.*

*Nell'ultimo secolo i risultati della ricerca in medicina hanno raggiunto, nei differenti campi, traguardi un tempo impensabili e tutti attraverso un denominatore comune: la **previsione**.*

*La scienza medica non è più orientata solo verso lo studio dei rimedi per la guarigione da una malattia ma, soprattutto, verso lo studio del **prevedere**, se e come, una specifica malattia si instaurerà in un determinato organismo.*

*Oggi i codici genetici ci possono fornire le previsioni sul futuro biologico di un individuo a partire dal suo embrione e questo fatto ci permette di ritenere che sia diventato possibile e dovuto **prevedere**, anche all'interno dell'universo odontoiatrico in cui ci muoviamo,*

*alcune patologie: la carie in un bambino che ha sostituito l'igiene con il junk-food, la malocclusione in un bambino che respira prevalentemente dalla bocca, l'alterazione del profilo in un bambino che succhia il pollice.*

*Allo stesso modo è possibile e dovuta la conversione della nostra attività di odontoiatri per l'infanzia verso il nuovo mondo dove il nostro ruolo non potrà essere solo di cura, ma dovrà essere di "protezione dalla cura" e, quindi, dalla malattia.*

*Solo questa strada ci permetterà di far sì che la nostra professione acquisisca nuovamente un valore etico per nobilitarla e una domanda del mercato per svilupparla.*

*"Proteggere tutti e prima" è il leit motiv delle più evolute Scuole di Odontoiatria per l'Infanzia e lo è anche della piattaforma mediatica [www.ZERO-20-32.com](http://www.ZERO-20-32.com) concepita per raccogliere il pensiero e le conoscenze migliori dei Colleghi italiani e stranieri al fine di costruire una rete interinale che permetta ai pediatri e a tutti gli specialisti dell'infanzia di interagire per garantire ai bambini un livello di benessere superiore e trasversale.*

*È da questo "contenitore culturale" che è stato estrapolato il breve lavoro del dottor Vallée che rispecchia la filosofia protettiva e che ha il dono di descriverla con la semplicità che solo la certezza può permettersi.*

*Noi lo riteniamo uno splendido programma, apprezziamo la Dentalsim che si è resa disponibile a divulgarlo in Italia e siamo certi che ognuno di voi, odontoiatri per l'infanzia, ne riconoscerà il valore e si riconoscerà nel pensiero che lo guida.*

**DOSSIER** Prendersi cura del bambino già in dentatura di latte ?

## Perché, quando e come

prendersi cura del bambino in dentizione di latte ?

**“ Attendere l'età di 6 anni per il primo bilancio di salute orale è un grave ERRORE che molti di noi commettono “ per convenzione”.....**

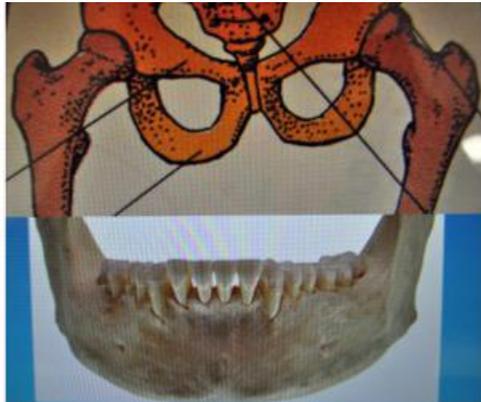
È a 3 anni - quando il bambino ha tutta la sua dentizione di latte - che bisognerà valutare il rischio carie, le eventuali disfunzioni di crescita dei mascellari, perché è in dentizione decidua che si instaura e si modella la respirazione nasale, la deglutizione adulta, la masticazione sulle quali si fonda la crescita della base del cranio. ATTENDERE sarà una PERDITA DI CHANCE per il bambino-adulto futuro.

## Perché

Il paradosso dell'odontoiatria.....

La parola prevenzione, che fa parte della terminologia più ricorrente in medicina, è una delle parole-chiave della medicina moderna. Tutti noi troviamo normale e naturale che la “medicina” abbia messo in atto lo screening precoce delle alterazioni funzionali del bambino come per esempio l'individuazione, appena dopo la nascita, dei problemi alle anche, anche se poi il bambino camminerà un anno dopo ...

Al contrario “l'odontoiatria” è presa in considerazione non prima dei 6 anni di età (ossia 4 anni dopo il completamento della prima dentizione) quando il bambino dovrebbe aver già sviluppato una funzione masticante normale ed efficace. Quindi è del tutto ignorato e sottovalutato il periodo della dentizione di latte che è invece basilare per lo sviluppo generale del bambino, della sua bocca e dell'organizzazione della successiva dentizione permanente.



## Strategie di prevenzione della carie dentale

“ a 3 anni, si raccomanda una visita odontoiatrica. Deve essere l'occasione di valutare il rischio di carie nel bambino; di mettere a punto il bilancio di apporto del fluoro, di prendere informazioni sulla salute orale della famiglia..” (Has, Alta Autorità della Salute, Francia)

## Screening ortodontico in dentatura decidua/in dentatura mista

“...7 bambini su 10 hanno già problemi di crescita prima dei 3 anni ed il 50% deve essere preso trattato senza attendere... “ Prof. M. Limme (Università di Liegi, Belgio)

Queste statistiche risultano da numerosi studi e lavori recenti.



**Dentizione di latte:**  
**70% dei bambini**  
**presenta anomalie della**  
**crescita bucco - dentale**



## Quando?

### Il primo anno ...

“ La sola vera profilassi durante il 1° anno è l'alimentazione al seno fino all'eruzione degli incisivi, in modo da mantenere la respirazione nasale fisiologica” Pedro Planas



Prima dell'eruzione dei primi denti, bisogna INFORMARE i genitori in relazione a :

- igiene dentale: ● iniziare subito nel momento dell'eruzione dei denti ● evitare un'alimentazione cosiddetta “a domanda” per il suo alto rischio di pluri-carie
- alimentazione ● dare buone abitudini alimentari per utilizzare da subito i primi denti (via via fino ai molaretti) ● evitare cibi “taglia-fame” prima e fuori dei pasti



### Si può prendere in cura il bambino in dentizione di latte ?

**Si** se è stato fatto il bilancio dentale in dentizione decidua e sono stati consigliati i genitori in funzione del ns esame relativo sia ai denti che alla crescita dento-facciale.

**Si** per un eventuale trattamento intercettivo o ortopedico, il cui “*inizio sarò legato al grado di comprensione, cooperazione, maturità psico-motoria del bambino*”

**Un imperativo:** prima dei 6 anni il sanitario per essere efficace deve contare sulla collaborazione dei genitori: dovrà “avvertire la sensazione” di poter essere “efficace”.

**Eva .... 3 anni 9 mesi**

01/2/2012 : 1° visita

5/6/2012: utilizzo scudo linguale

Stoppi (RMO)

Motivazione: stop a ciuccio

**Valutazioni e terapie**- **1/2/12** bambina difficile, ma matura. Difficoltà a prenderle le foto.

Motivazione sullo 'stop al ciuccio'. Si rivede fra 3 mesi

- **2/5/12** abbandonato ciuccio ma il "contenitore della lingua" non è stabile; deglutizione atipica. Proposto 1° semestre di educazione funzionale con scudo linguale (accettato dalla bambina).- **5/6/12** scudo linguale STOPPI indossato 2h di giorno + tutta la notte. Eva collabora +++**Prossima volta:** previsto di mettere in riequilibrio i canini**Come ?****Cosa guardare e vedere a 3 anni ?** I denti e la crescita**A che punto portare il bambino e perché ?** Garantire la presenza di corrette funzioni fisiologiche per una corretta crescita delle strutture scheletriche e dentali**Come ?** Bilancio a 3 aa, consigli, controlli regolari, educatori funzionali/neuroocclusali, ortopedia

E' possibile a 3 anni, anzi nella maggior parte dei casi è facile e nella logica delle cose. Al contrario il "non farlo ci potrebbe esporre a delle successive critiche..."

**Cosa guardare e vedere a 3 anni ?****I denti**E' importante determinare, il prima possibile, se il bambino è a rischio carie elevato o non, annotandolo nel suo dossier. In tutti i casi, poiché alcuni parametri sono fluttuanti, è importante esigere dai genitori l'impegno di un controllo ogni 6 mesi.*Uno studio su più di 400 bambini dai 3 agli 8 anni, ha evidenziato che il gruppo di bambini seguito regolarmente presentava il 50% di carie in meno rispetto al gruppo di bambini presentatesi irregolarmente e tardivamente (a partire dai 6 aa). Soprattutto le carie che presentava il "gruppo di controllo" erano carie iniziali, facili da trattare sia per il bambino che per l'odontoiatra*

La crescita oro-facciale: i punti essenziali

**• bocca normale a 3 anni in rapporto a**

- la respirazione nasale
- la deglutizione
- la masticazione
- le abitudini



**Bocca definibile "fisiologicamente normale" all'età di 3 anni in presenza di**

- simmetria
- abrasione fisiologica
- lateralità simmetriche
- occlusione di gruppo
- diastemi (spazi fra i denti)
- AFMP = 0

● **la "gabbia della lingua":** suo ruolo essenziale



● **il corridoio dentale**

Il corridoio naturale in cui vanno ad allinearsi i denti è delimitato:

- dalla parte che è all'esterno: dalle labbra e lateralmente dalle guance
- dalla parte che è all'interno: dalla lingua

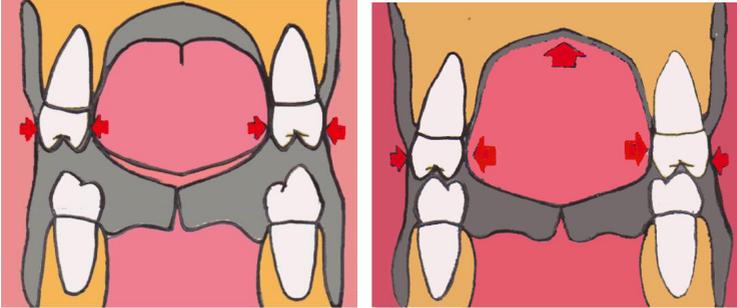
Le pressioni esterne ed interne debbono essere in equilibrio: questo è ciò che si ricerca tramite l'uso degli apparecchi di educazione funzionale.



### Altro elemento la cui normalità è importante

- **lingua in posizione di riposo** (> 95% del tempo)

Posizione per la respirazione nasale → permette passaggio alla deglutizione



**Problemi di crescita oro-facciale:** sono legati nella maggior parte dei casi a disturbi

- di respirazione nasale
- della deglutizione
- della masticazione
- o/e a delle abitudini viziate (succhiotto, dito...)
- di disequilibrio da tensioni muscolari, interne ed esterne al corridoio dentale

### La respirazione: quello che deve essere ben chiaro !

Deve avvenire con il naso che purifica l'aria, la riscalda e l'umidifica. Queste 3 condizioni sono indispensabili e fisiologiche perchè

- purificare l'aria limita le allergie
- riscaldarla ed umidificarla evita la secchezza delle mucose, delle orecchie e della faringe: dunque evita otiti e riniti frequenti.

Se il bambino respira tramite la bocca, alcune di queste 3 condizioni non può essere soddisfatta. Ed ancora: il bambino con il naso completamente intasato diviene respiratore orale e aumentano le possibilità di sviluppare numerose alterazioni di crescita.



**il respiratore orale**

**Posizione della lingua durante la respirazione: incidenza sullo sviluppo oro-facciale**

**Posizione della lingua sul palato:** garantisce un buon accrescimento trasversale dei mascellari = respirazione nasale

**Posizione bassa della lingua:** determinerà l'iposviluppo del mascellare superiore ed azioni di spinta sui denti anteriori dell'arcata mandibolare = respirazione orale

**La deglutizione**

Alla nascita, la lingua e le labbra sono lo scambio sensoriale che crea il riflesso del meccanismo suzione-deglutizione.

Con l'arrivo dei denti, il passaggio verso la deglutizione è progressivo: questo è facilitato se è presente ed attivo il "contenitore della lingua".

Verso i 3/4 anni la deglutizione è del tipo adulto ovvero a quell'età, quando avviene a bocca chiusa-a labbra serrate-con la lingua ben posizionata sul palato, è definibile come "deglutizione normale".

Ma se invece persiste il meccanismo suzione-deglutizione, l'interposizione linguale (la cui frequenza è di 1 volta al minuto) esercita una forza contro le arcate che crea svariate alterazioni di crescita bucco-dentale e - soprattutto - sarà all'origine delle recidive dopo i trattamenti ortodontici.

**Deglutizione atipica: bambino in occlusione funzionale, ma si intravede la lingua....****Le "abitudini"**

## Non bisogna dimenticarsi di “far tirare fuori la lingua” !



fig.1



fig. 2

Come potrebbe posizionare la lingua sul palato in modo corretto il bambino (fig.2) di oltre 4 anni? E se i suoi disturbi di pronuncia non possono essere prevedibili, come può rieducarli il logopedista?

## Una parola sulla funzione presa-morso

Continuazione naturale della poppata, la funzione presa-morso porta la mandibola in propulsione: questo stimola la crescita anteriore della mandibola e faciliterà l'eruzione dei denti anteriori.



**Stimolazione in senso sagittale**

## Una parola sulla masticazione

All'eruzione dei denti di latte, attivazione e stimolazione della masticazione monolaterale alternata con cibi di consistenza abbastanza duri danno al bambino delle buone abitudini di masticazione per il futuro.



Infatti un bambino visitato per la prima volta a 6 anni, se ha già instaurato una “pigrizia masticatoria” è chiaro che non fa alcuno sforzo di schiacciare e/o strappare i cibi: a quel punto, certamente, non vorrà modificare le sue abitudini di masticazione.

Come tutte le abitudini acquisite, diventa difficile cambiarle più tardi – in dentatura mista o definitiva - quando i denti sono molto più duri da usare rispetto a quelli di latte. Attivare una buona funzione masticante è il fattore chiave dello sviluppo trasversale dei mascellari, mentre in seguito è difficile e spesso aleatorio modificarla se non è corretta. *Statistiche francesi dimostrano che il 73% degli adolescenti fra 11 e 13 anni necessita di ortodonzia. Infatti per il non sufficiente utilizzo della masticazione e/o il non masticare cibi abbastanza duri, non si è creato abbastanza spazio per tutti i denti delle 2 arcate*

Un esame statico e dinamico dell'occlusione è indispensabile per assicurarsi che il bambino possieda una masticazione unilaterale alternata.



In occlusione funzionale, questo bambino presenta a destra una latero-deviazione mandibolare: dovremmo ribadirgli sistematicamente di non masticare a destra....



Lateralità destra



Lateralità sinistra

È evidente che trova più facile e naturale masticare a destra: a sinistra dovrebbe evitare il canino e sarebbe “più faticoso”. L'intervento del molaggio dei canini evita che un iniziale dismorfismo si aggravi.

Infine – ed è l'elemento determinante e di maggior peso per la presa in carico del bambino già nella dentizione decidua – i denti di latte sono molto più morbidi e si usurano più velocemente dei denti definitivi.

Non è assolutamente una coincidenza: la masticazione efficace che determini l'attrito dentale è essenziale per lo sviluppo naturale dei mascellari al fine di assicurare abbastanza spazio per allineare i denti definitivi.

**Quando i denti di latte cadono, se sono stati dei “bravi piccoli soldati” avranno perduto metà dell’“originaria altezza coronale”....**



**e se il bambino mastica!... (v. a 11 anni senza alcun tipo di trattamento)**



**a 7 anni**



**a 9 anni**

**a 11 anni**

## RIEPILOGO

### In dentatura decidua „fin a quale punto“ portare il bambino e perché ?

- assicurare la presenza di corrette funzioni fisiologiche (respirazione nasale e deglutizione del tipo adulto) oppure ripristinarle prima possibile
- mettere il bambino nella condizione di una masticazione efficace (ossia unilaterale alternata), sbloccando tutti gli ostacoli esistenti prima dell'eruzione dei “6”
- correggere i dismorfismi sul nascere

### Come essere di aiuto al bambino di 3 anni ?

Dei 3 livelli di competenze, il primo è indispensabile a tutti gli operatori che si occupino della salute del bambino nella prima infanzia perché ogni sanitario deve essere in grado di valutare dove indirizzare il bambino se necessario: il prima possibile.

#### 1. idonei consigli e screening precoce

i primi sono in rapporto alle “abitudini” oppure ai comportamenti alimentari del bambino, mentre il secondo è in relazione alla nostra conoscenza delle differenti funzioni in cui è coinvolto il distretto oro-facciale.

#### 2. intercettazione

da ponderare nella prospettiva terapeutica di utilizzo di pochi dispositivi/tecniche semplici ed in funzione della ns conoscenze sulla dinamica oclusale in dentatura decidua.

*Le tecniche intercettive da noi utilizzate sono:*

- *l'educazione funzionale per ristabilire delle corrette funzioni fisiologiche tramite i dispositivi preformati (Infant Trainer del Dr Farrell prodotto dalla MRC e EF3 - EF Start ideati dal dr Rollet e prodotti dalla Orthoplus France)*
- *lo sblocco dei movimenti nella masticazione per la rieducazione neuro-occlusale (raccomandata dal Prof. Pedro Planas perché è molto efficace ed irreversibile)*

#### 3. Ortopedia

È necessaria per correggere i dismorfismi allo stato iniziale, in modo da evitarne lo sviluppo e/o l'evoluzione.

## Qualche esempio ....

### 1. Idonei consigli + screening precoce

#### CASO N° 1

**Beanza da ciuccio-abrasione assente:** 2 buone ragioni per la presa in carico precoce



**Intervento precoce** Il rischio insito nella beanza fra le arcate è il passaggio della lingua durante la deglutizione (permane il meccanismo del neonato: suzione-deglutizione). Il mantenimento della masticazione verticale (da cui deriva l'assenza d'abrasione) comporta uno scarso sviluppo dei mascellari e deficit dello spazio per i denti nelle arcate.

**Consiglio** I° incontro: motivazione diretta del bambino su stop all'uso del ciuccio.

Ottenuto l'abbandono dell'uso del ciuccio in 48 h: **risultati al controllo dopo 6 mesi**

#### CASO N° 2

### Morso crociato con ostacolo in chiusura

Intercettazione precoce: occlusione funzionale. Attento esame in relazione centrica e



durante il percorso d'occlusione funzionale (condili ben dislocati nelle cavità glenoidi)



#### **Consiglio**

**eseguire la ri-equilibratura  
con il molaggio immediato  
= occlusione risulta in OF.**



6 mesi dopo: appare mantenuta la stabilità, ma anche l'equilibrio nella masticazione

## 2. Intercettazione

### • Educazione funzionale

Noi utilizziamo i dispositivi proposti dalla Orthoplus nella gamma EF Line (Dr Rollet) e quelli della MRC (Dr. Farrell) e gli scudi linguali della RMO (Dr. Hinz)

I dispositivi ORTHOPLUS (fig 1-2) e MRC (fig 3) producono azioni combinate :

- posizionamento della lingua sul palato grazie all'arrampicalingua
- educazione labiale grazie ai *bumper* (in inglese: *paraaurti*)
- liberazione della crescita mandibolare grazie all'aumentato spessore della struttura posteriore del piano occlusale
- pre-allineamento dentale grazie ad un doppio binario occlusale



## Trattamenti con educatori funzionali

### CASO N° 1

#### Deglutizione atipica



3 anni 2 mesi

8/2011



8/2011



Trattamento di un semestre con Infant Trainer



10/2011



01/2012

**CASO N° 2**

**Deglutizione infantile + succhiotto + morso crociato settore incisivo dx. Difficoltà a mangiare (lentezza) ed assenza di abrasione sui denti decidui**



dispositivo funzionale Infant Trainer

10/2007



2/2008



2/2009

**CASO N° 3**

**Suzione del pollice**



1° semestre: Infant Trainer con PEC

**CASO N° 4**

**Respirazione orale**

2/2010



Semestre con EF3



7/2010

**CASO N° 5**

**Lucia 3 anni 7 mesi**

**Morso profondo** da forte tensione della muscolatura labiale inf /solco labio-mentoniero?



10/2007



1/2008



I° semestre: Infant Trainer

**CASO N° 6**

**Eloi 3 anni 1 mese** ciuccio



19/1/2011 = motivazione stop succhiotto  
Abbandono succhiotto: ottenuto in 3 gg

8/2011 Controllo della deglutizione con  
interposizione linguale



2/4/2012: controllo dopo semestre Infant Trainer

**CASO N° 7**

**Micaela 4 anni 3 mesi**

marzo 2012



**I° semestre con Infant Trainer**



**settembre 2012**

## La Rieducazione Neuro Occlusale

La RNO, parte integrante della terapia intercettiva, dà risultati sorprendenti perchè *un buon messaggio darà una buona risposta* (ossia si crea il feedback tra il messaggio afferente ed il messaggio efferente)

3 anni 3 mesi



3 aa 6 mesi: abbandonato ciuccio, si esegue molaggio canino per sbloccare l'occlusione

5 anni 4 mesi



monitoraggio regolare: ogni 6 mesi

### 3. Ortopedia

Questa permette di correggere iniziali dismorfismi, per lo più dovuti alle alterazioni funzionali di cui abbiamo parlato: queste alterazioni dovranno essere eliminate.

Fra le soluzioni ortodontiche disponibili e in rapporto al bambino di 3 aa, va tenuto conto del grado cognitivo, della sua cooperazione/dei genitori per adattare la tecnica.

Le alterazioni più frequenti da trattare a questa età:

**Le endognazie mascellari** da trattarsi precocemente per

- stabilire un'occlusione funzionale corretta
- fare spazio per i denti permanenti
- creare posto alla lingua, facilitando anche eventuale intervento del logopedista

**I morsi crociati** (frequenti) perché obbligano alla masticazione monolaterale; ad una crescita asimmetrica

**Il morso profondo (sovracclusione)** rende difficoltosa l'acquisizione di masticazione unilaterale alternata. Il bambino dovrebbe fare uno "sforzo" importante per "discludere" a livello canino: più frequentemente non lo farà e conserverà una masticazione verticale, che è del tutto inefficace per lo sviluppo dei mascellari.

#### • Le endognazie mascellari

1/2009



dopo 3 mesi



4/2009



4/2009



4/2009

Questo bambino fin al 2008 aveva fatto terapia logopedica: in assenza di risultati è stata interrotta per trattare prima l'endognazia mascellare. La correzione, nel dare alla lingua lo spazio fisico per posizionarsi sul palato, consentirà adesso al logopedista di poter trattare rapidamente ed efficacemente i disturbi del linguaggio.

- **Morsi crociati**

### CASO N° 1

**Semestre con la placca di disocclusione totale del Dottor MJ Deshayes**



9/2011



2/2012

Da notare che il bambino per il morso crociato a destra, non mastica praticamente se non dal lato destro. Quindi lo sblocco con molaggio dei canini era più importante a sinistra, in modo da facilitare – naturalmente - la masticazione da questo lato che è in ipo-funzione. Il controllo a 6 mesi permetterà di ristabilire l'equilibrio: se necessario.

### CASO N° 2

**Semestre con Infant Trainer e riequilibratura**

4 anni e 4 mesi



10/2007



02/2008 + **equilibratura + monitoraggio**

**..... lo stesso bambino a 8 anni 6 mesi .....**



**CASO N° 3**

**Lingua e morso crociato**



9/2009

**Trattamento: con la placca di disocclusione + molaggio dei canini**



12/2009



6/2011

**CASO N° 4**

**Classe III**



1/2005 inizio a 5 anni 6 mesi



2/2006 2 semestri dispositivi con piste Planas



4/2009: 3 anni dopo senza altro trattamento

## Ci sono bocche che “crescono” totalmente da sole

Queste bocche non hanno avuto alcun monitoraggio da parte dell'odontoiatra, ma se si guarda attentamente: all'inizio in tutte ci sono delle abrasioni. È un'altra prova della assoluta necessità della masticazione unilaterale alternata, perchè risulta molto efficace nell'abrasione continua dei denti di latte fino alla loro perdita e relativa sostituzione...

### esempio 1



4 anni



6 anni

### esempio 2



5 anni



8 anni 5 mesi

### esempio 3



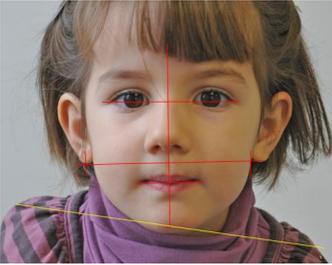
4 anni 6 mesi



6 anni

## Ma dobbiamo anche guardare al di là della cavità buccale.....

Il periodo della dentizione di latte richiede la collaborazione indispensabile con altri specialisti per l'infanzia: questi due bambini dovrebbero essere curati con l'osteopatia....



Battiste, dopo l'abbandono del ciuccio, "sembra" avere in occlusione statica una bocca equilibrata. In occlusione dinamica mostra, invece, un'asimmetria molto netta: è evidente



il disequilibrio nelle lateralità destra e sinistra. Il bambino mastica a sinistra, perché lo slittamento da questo lato è più facile: di riflesso, inconsciamente, si va sempre "dove è più facile"..... Quindi si rende obbligatorio ri-equilibrare la sua occlusione, anche perché



il raggiunto equilibrio in occlusione dinamica faciliterà poi il "lavoro" dell'osteopata...

## In conclusione

### Perché dobbiamo visitare il bambino a 3 anni ?

Il dossier vuole portare il maggior numero di sanitari alla presa di coscienza che "ATTENDERE" - la parola che si sente più spesso quando si tratta di prevenzione orale per il "bambino molto piccolo" - deve scomparire nei casi di bambini in dentizione decidua che arrivano alla ns osservazione ...

Se si è documentato che è possibile offrire ai pazienti più piccoli la prevenzione per i problemi della bocca, allora perché ATTENDERE per il solo fatto che si tratta della bocca? ... Non è normale ATTENDERE i 6 anni d'età per una consolidata "convenzione"... prima di individuare e/o prendere in cura l'inizio di un dismorfismo che, nella maggior parte dei casi, si manifesta intorno ai 2,5 anni quando la dentizione decidua è completata..

Abbiamo visto che è possibile e quasi sempre semplice. Naturalmente ci potranno essere delle variabili, perché alcuni casi non potranno essere completamente risolti a 3 anni, ma lo si potrà fare un po' più avanti quando il bambino è più maturo.

In ogni modo andrà, comunque, fornita una precisa informativa ai genitori, in modo da renderli consapevoli che respirazione nasale, deglutizione di tipo adulto e masticazione unilaterale alternata sono i 3 fattori chiave della armonica crescita bucco-dentale ma, anche, della successiva stabilità della dentizione nel loro bambino futuro adulto..

Allora dobbiamo dare all'infanzia la sua chance il prima possibile! Negli adulti l'esame bucco-dentale mostra in pochi bocche perfette con denti tutti ben allineati: del resto fare estrazioni nell'adolescenza, per superare il mancato sviluppo dei mascellari, sarebbe stato lungi dall'essere la soluzione ideale. È meglio stimolare il prima possibile la crescita dei mascellari, consapevoli che a 6 anni il 60% della crescita della base cranica è avvenuta mentre l'80% dei bambini è preso in carico non prima degli 8 anni... Lo dimostrano i problemi disfunzionali della bocca di questi pazienti che, a suo tempo, avevano fatto una visita odontoiatrica portando con sé le prove del loro handicap: questo sicuramente era già in tutti manifesto fin dal momento del completamento della loro dentizione di latte !



Problemi disfunzionali in soggetti nell'età dai 6 a 17 aa (quest'ultima, in attesa di chirurgia x la III classe, è esitante sull'intervento..)

In accordo con i colleghi sensibili al tema della prevenzione orale, suggeriamo che quanto più l'intervento sarà precoce tanto più l'odontoiatra eviterà future critiche.... oppure - ma anche - l'eventualità di accuse per mancato trattamento....

# EF Line Guide de sélection / Selection Guide

Selon le concept du / According to the concept of Dr Daniel Rollet



Age	Tous les cas / All cases		Classe III
	sans indentation* without indent**	avec indentation** with indent**	
3 à 5 ans years old	<b>EF Kid</b> 		
5 à 6 ans years old			<b>EF Start</b> Indentation canine à canine Indent cuspid to cuspid
7 à 8 ans years old	<b>EF Classe II slim</b> (EF 3) 		<b>EF Classe III</b> Petit / Small 
9 à 11 ans years old	<b>EF Classe II standard</b> (EF2) Canine ectopique / SLM marqués forte béance / overjet Ectopic canine / strong mental crease severe open bite / overjet 	<b>EF T Slim</b> Indentation canine à canine Indent cuspid to cuspid 	<b>EF Classe III Standard</b> Indentation maxillaire Maxillary indentation 
12 ans et plus years old and more	<b>EF Classe II Grand/Large</b> (EF1) 	<b>EF Guide</b> Indentations 1 <sup>ère</sup> prémolaire à 1 <sup>ère</sup> prémolaire : disponible en 8 tailles First bicuspid to first bicuspid indent : available in 8 sizes 	
Appareillage fixe Fixed appliances	<b>EF Braces</b> 		<b>EF Protect</b> Port diurne, maxillaire uniquement 
Contention	<b>EF Guide</b> 		

\*Sans indentations : Patient avec un fort encombrement \*\*Avec indentations : Correction des milieux / Maintien de l'espace / Guide d'éruption.

Les appareils d'Education Fonctionnelle de la gamme EF Line sont des dispositifs médicaux de Classe I destinés à être prescrits par des praticiens dans le cadre d'un traitement global qui détermineront les indications, les temps de ports et les exercices associés en fonction du patient.

All the functional education appliances from the EF Line range are Classe I used with practitioner prescription, indication, wearing time and exercises depending to the patient during a global treatment.



Fournisseur de Solutions Globales pour l'Orthopédie Dento-Faciale

facebook/orthoplusFR | orthoplus.fr | education-fonctionnelle.com

**orthoplus**<sup>®</sup>  
préparons l'avenir







## Il bambino :

- Succhia il pollice
- Presenta respirazione orale
- Ha un sonno agitato
- Presenta deglutizione atipica

Probabilmente soffre di disfunzioni a livello della respirazione, della deglutizione, della postura e della masticazione.

Non aspettate:  
esiste una soluzione  
adatta a qualsiasi età

Rieducazione Funzionale

## Le possibilità di trattamento preventivo nel piccolo paziente



Per info:



Via Don Spada, 10/C  
20040 Cambiagio (MI)  
tel. 02 95.06.76.91  
fax 02 95.06.76.92  
info@dentalsim.com  
www.dentalsim.com