

## Calci, testate , capriole e agitazione nel sonno:

### Il “bambino cavallo”.

Edoardo Bernkopf , specialista in odontostomatologia ,  
Vicenza-Parma-Roma [edber@studiober.com](mailto:edber@studiober.com) [www.studiober.com](http://www.studiober.com)

Parole chiave: Parasonnie, sonnambulismo, pavor nocturnus,  
Bruxismo , Enuresi, Disturbi nel Sonno.

*Il bambino che nel sonno si “dimena come un cavallo” spesso presenta disturbi respiratori e in particolare Apnee nel Sonno, che possono essere trattate anche precocemente per via ortodontica, restituendo al sonno la necessaria tranquillità.*



“Come dorme , signora, il suo bambino? , 8 ore come un angelo, o si rigira, tira calci, testate , fa testa-coda, si scopre , cade dal letto, va in giro per la stanza, parla, piange, chiama, cerca il lettone?”

“Dottore , si agita che sembra un cavallo, viene quasi tutte le notti nel nostro lettone: mio marito emigra sul divano per poter dormire e io non dormo più per i calci e le testate che ricevo”, risponde la mamma rassegnata, ma sorridendo amorevolmente per quello che sembra un comportamento infantile , che passerà con il tempo.

In realtà questo dialogo non avviene quasi mai , perché la mamma non ritiene importante informare il Pediatra su questi aspetti del sonno del suo bambino, e il Pediatra spesso non se ne informa in anamnesi.

Risvegli confusionali, sonnambulismo, terrore notturno (Pavor Nocturnus), bruxismo, che avvengono durante il Sonno “non REM”, e incubi con urla, movimenti bruschi (calci , pugni , testate) , che avvengono durante il Sonno REM, come anche il bagnare spesso il letto (Enuresi), anche se giungono all’attenzione del Pediatra, raramente viene prescritta una terapia farmacologica, che è riservata ai casi più gravi, riferiti piuttosto alla sfera psichica . Nella maggior parte dei casi ci si limita a rassicurare il bambino e i suoi famigliari circa la natura e l’evoluzione benigna delle manifestazioni: di qui il sorriso con cui solitamente di questi bambini vengono raccontate le “avventure “ notturne.

Spesso però questi comportamenti , che appartengono al capitolo dei Disturbi nel Sonno chiamati “Parasonnie”, sono invece legati a problemi RESPIRATORI, e in particolar al russare notturno e alla presenza di Apnee nel Sonno, specie se si configura la Sindrome delle Apnee Ostruttive nel Sonno (OSAS).

Il primo sintomo che dovrebbe orientare in questo senso è il riscontro di russamento nel sonno, o quantomeno di un respiro orale, pesante e non silenzioso.

In presenza di questo quadro, solitamente si ricorre ad una visita otorinolaringoiatrica, perché quando il russare si complica con l’Apnea nel Sonno, si configura la prima indicazione all’intervento di Adenotonsillectomia. Se però , anche ricorrendo ad approfondimenti diagnostici quali la “polisonnografia”, l’ostruzione a livello faringeo non si riscontra un’entità grave, e se la morbilità del bambino rimane convenzionalmente sotto i 6 episodi di infezione respiratoria in un anno, l’intervento non risulta indicato, o viene prudentemente procrastinato per la troppa giovane età: la terapia non può che limitarsi ad affrontare i vari episodi acuti, e il problema quotidiano del sonno disturbato rimane irrisolto: il “bambino cavallo” continua ad imbizzarrire tutte le notti.

Si legga in proposito anche gli articoli che si aprono con questi link:

<http://www.medicitalia.it/minforma/gnatologia-clinica/1400-adenotonsillectomia-bambino.html>

<http://www.medicitalia.it/minforma/gnatologia-clinica/1684-enuresi-nicturia-incontinenza-attenti-russare-apnea-sonno.html>

<http://www.medicitalia.it/blog/gnatologia-clinica/7140-ruolo-occlusione-patogenesi-bruxismo.html>

Anche la presenza di apnee può non essere recepita adeguatamente: brevi apnee , solitamente ritenute prive di significato patologico e quindi non registrate, sono in realtà già sufficienti a scatenare i bruschi movimenti sopra descritti.

Il russare e l'apnea ostruttiva nel sonno rappresentano un conflitto tra la lingua e le strutture molli del faringe. Se , come è noto, questo conflitto è favorito dall'ipertrofia adenotonsillare, può però instaurarsi anche in sua assenza. Infatti, anche una scorretta posizione della mandibola dovuta a vari tipi di malocclusione dentaria, può causare la ristrettezza del lume faringeo, e oltre a favorire l'instaurarsi di uno schema respiratorio orale, di per sé favorente l'ipertrofia adenotonsillare e l'introduzione di batteri e virus nelle vie respiratorie, può contribuire a determinare l'ostruzione che causa il russare e l'apnea.

Per contro una intercettazione ortodontica precoce, finalizzata anche a intervenire sullo schema respiratorio e sull'OSAS, correggendo la postura mandibolare e di conseguenza quella della lingua, può risultare efficace e risolutiva , senza dover ricorrere alla chirurgia e alla asportazione di organi non certo inutili quali adenoidi e tonsille.

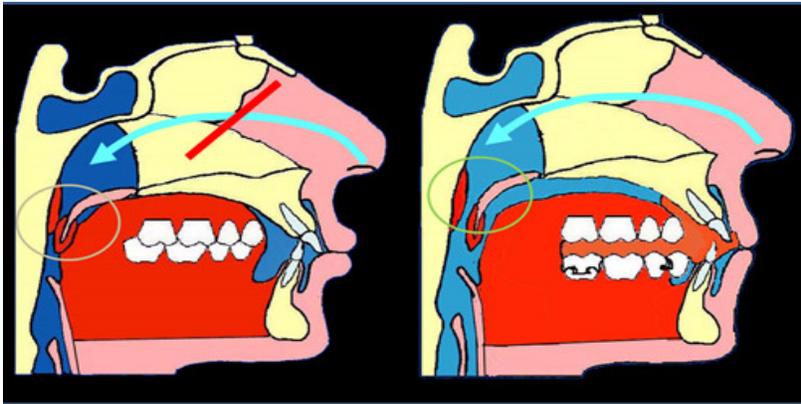


FIG. 1-a: ostruzione faringea indotta dalla malocclusione con retrusione mandibolare

FIG. 1-b: trattamento con dispositivo ortodontico: faringe pervio

L'approccio ortodontico intercettivo può essere attuato in età precoce e anche precocissima (3 anni o anche prima se il bambino è tranquillo), e d è solitamente ben tollerato dal bambino: in fondo l'apparecchio applicato ne gratifica anche le esigenze di oralità, quasi fosse un "ciuccio speciale".

Il corretto riposizionamento mandibolare generato da dispositivi miofunzionali e ortodontici realizzati ad hoc, risolvendo il conflitto fra lingua e faringe, oltre ad avere una precoce efficacia in senso ortodontico, può risolvere anche il russamento e l'apnea , e questo spesso si accompagna anche al ripristino di una normale architettura del sonno: Il "cavallo" può venire così dolcemente "domato", ridando tranquillità e riposo alle notti di tutta la famiglia.

E' da notare che i disturbi nel sonno riverberano inevitabilmente nella vita di tutti i giorni, e possono favorire alcuni comportamenti quali l'iperattività, il deficit di attenzione e concentrazione o, specie nel bambino obeso, la sonnolenza e la pigrizia. Questi aspetti possono essere interpretati come problemi di competenza del neuropsichiatra infantile: in realtà sarebbe necessario capire se il bambino dorme male perché "vive male" , o se vive male perchè dorme male, anche se i due aspetti possono coesistere , e necessitare di approccio interdisciplinare.

Edoardo Bernkopf [edber@studiober.com](mailto:edber@studiober.com) [www.studiober.com](http://www.studiober.com)

Casi significativi:

<http://www.studiober.com/tommaso-squillante-otite-media-essudativa-problemi-respiratori-e-nel-sonno-apnee/>

<http://www.studiober.com/asma-otiti-ricorrenti-apnea-nel-sonno-lappon-irene/>

<http://www.studiober.com/apnea-nel-sonno-ippolito-kevin/>

#### Bibliografia

1) Bernkopf E. Broia V. Bertarini A.M. Polcino P. Ostruzione nasale e ipertrofia adenotonsillare nell'Apnea Ostruttiva nel Sonno: ruolo della malocclusione. Dentista Moderno 2003 XXI-4 Aprile, 85-105

2) Villa MP, Bernkopf E \* , Pagani J, Broia V\* , Montesano M, B Paggi, Ronchetti R Randomized controlled study of an oral jaw positioning appliance for the treatment of obstructive sleep apnea in children with malocclusion . \*Consultant orthodontist Am. J. Respir. Crit. Care Med., Volume 165, Number 1, January 2002, 123-127 (Impact factor 04,705)

3) Bernkopf E. Broia V. Ruolo della posizione mandibolare nell'insorgenza della tipologia psicologica "Rock Rose". La Medicina Biologica – Aprile-Giugno 2000 35-8. Ronchetti R, Villa M.P, Bernkopf E. Le componenti strutturali craniofacciali del bambino con ostruzioni delle alte vie e disturbi respiratori nel sonno. Rivista Italiana di Broncopneumologia Pediatrica Volume 2, N. 2, Agosto 1998, 161-4

4) Barton J1, Kyle SD2, Varese F3, Jones SH4, Haddock G3. : Are sleep disturbances causally linked to the presence and severity of psychotic-like, dissociative and hypomanic experiences in non-clinical populations? A Systematic Review. Neurosci Biobehav Rev. 2018 Feb 13. pii: S0149-7634(17)30666-8. doi: 10.1016/j.neubiorev.2018.02.008. [Epub ahead of print]