

στοματολογία

Σοφράγες και Συναρμόσεις της Ελληνικής
στοματολογικής εταιρείας της Ελλάδας

ΤΟΜΟΣ 81

ΤΕΥΧΟΣ 3
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2024



ΒΡΑΒΕΙΟ ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ

στοματολογία

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΤΟΜΟΣ 81 • ΤΕΥΧΟΣ 3 • ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2024

ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΜΕ ΕΘΝΙΚΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Φ.Ε.Κ. 1590 / Β / 16.11.05

ΒΡΑΒΕΙΟ ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΕΤΡΑΜΗΝΙΑΙΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΕΚΔΙΔΟΜΕΝΟ
ΥΠΟ ΤΗΣ «ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ»

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ:	Ι. ΜΕΛΑΚΟΠΟΥΛΟΣ
ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΙ:	Π. ΛΟΜΒΑΡΔΑΣ Κ. ΤΟΣΙΟΣ
ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ:	Σ. ΜΕΡΚΟΥΡΕΑ
ΑΝΑΠΛ. ΓΕΝ. ΓΡΑΜ:	Ε. ΒΟΛΤΙΔΗ
ΤΑΜΙΑΣ:	Κ. ΧΟΥΠΗΣ Ε-Μ. ΚΑΛΟΓΗΡΟΥ
ΜΕΛΗ:	Σ. ΖΗΣΟΠΟΥΛΟΣ Ε-Μ. ΚΑΛΟΓΗΡΟΥ Π. ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΣ Γ. ΝΤΑΓΙΑΝΤΗΣ Χ. ΧΑΤΖΗΧΑΛΕΠΛΗ

Καταχωρίζεται στις βάσεις ιατρικών δεδομένων:
Mednet.gr/iatrotek και EBSCO

ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ Ν.Δ. 346/69

ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ:

ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

Καλλιρρόης 17 - 117 43 ΑΘΗΝΑ

Τηλ. 210. 92.14.325

www.stomatologia.gr • e-mail: info@stomatologia.gr

ΘΕΜΕΛΙΩΤΗΣ

Β. Στεφανόπουλος-Βρεττός

ΕΚΔΟΤΗΣ

Ι. Μελακόπουλος

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ε. Βασταρδή, Γ. Ηλιάδης, Ν. Καθαβρέζος, Ν.Κερεζούδης,
Α. Πουλόπουλος, Χ. Ραχιώτης Κ. Τορίδης

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Κ. Τόσιος

ΒΟΗΘΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΟΥ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Ε-Μ. Καλογήρου

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

Κ. Χούπης, Πλ. Εσπερίδων 2Α - 166 74 ΓΛΥΦΑΔΑ
Τηλ. 210.89.46.317

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

ΣΟΛΟΜΩΝΙΔΟΥ Σ, ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ Μ.

Οδοντογενής ιγμορίτιδα ενδοδοντικής
αιτιολογίας: σύγχρονη θεραπευτική
προσέγγιση δύο περιπτώσεων.

83

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

ΧΑΤΖΗΑΓΓΕΛΑΚΗ Β, ΤΣΙΛΙΜΙΔΟΥ Α,
ΜΕΛΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Ι.Στοματική υγεία και οστεονέκρωση
των γνάθων σχετιζόμενη με φάρμακα:
τι νεότερο υπάρχει.

91

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

ΧΑΡΑΛΑΜΠΑΚΗ Α, ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ Μ.

Μονήρης παρειακή εξόστωση της άνω
γνάθου μιμούμενη βλάβη ενδοδοντικής
αιτιολογίας - αναφορά περιστατικού.

105

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ 60ου ΕΤΗΣΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

148

stomatologia

CONTENTS

VOLUME 81 • NUMBER 1-2 • SEPTEMBER – DECEMBER 2024

THE ACADEMY OF ATHENS AWARD
«STOMATOLOGIA» IS PUBLISHED EVERY QUARTERLY
BY THE «STOMATOLOGICAL SOCIETY OF GREECE»

The articles of the Journal STOMATOLOGIA are available in
the mednet.gr/iatrotek and EBSCO medical databases

COUNCIL

PRESIDENT:	I. MELAKOPOULOS
VICE PRESIDENTS:	P. LOMVARDAS K. TOSIOS
SECRETARY GENERAL:	S. MERKOURA
DEPUTY SECR.GENER:	E. VOLTIDI
TREASURER:	K. CHOUPIS E-M. KALOGIROU
MEMBERS:	S. ZISOPOULOS E-M. KALOGIROU P. LAMPROPOULOS G. NTAGIANTIS CH. CHATZICHALEPLI

STOMATOLOGICAL SOCIETY OF GREECE
17 KALLIROIS Str. – GR 117 43 ATHENS – GREECE
Tel. +30.210.92.14.325
www.stomatologia.gr • e-mail: info@stomatologia.gr

EDITOR

I. Melakopoulos

ADVISORY COMMITTEE

H. Vastardis, G.Hliadis, N. Kalavrezos, N. Kerezoudis,
A. Pouloupoulos, C. Rachiotis, K. Tolidis

EDITOR IN CHIEF

K. Tosios

ASSISTANT EDITOR IN CHIEF

E-M. Kalogirou

ACCOUNT EXECUTIVE

K. Choupis, Sq. Hesperides 2A.
166 74 GLYFADA, ATHENS – GREECE
Tel. +30.210.89.46.317

CASE REPORT

SOLOMONIDOU S, GEORGOPOULOU M.
*Odontogenic sinusitis of endodontic origin:
treatment approach of 2 cases.*

83

LITERATURE REVIEW

CHATZIANGELAKI V, TSILIMIDOU A,
MELAKOPOULOS I.
*Oral health and medication – related
osteonecrosis of the jaws: what's new.*

91

CASE REPORT

CHARALAMPAKI A, GEORGOPOULOU M. *Unilateral
maxillary buccal exostosis mimicking an
endodontic lesion – a case report.*

105

ABSTRACTS OF THE ORAL PRESENTATIONS OF THE 60th ANNUAL CONGRESS

110

INDEX

148

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

CASE REPORT

ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΗΣ ΙΓΜΟΡΙΤΙΔΑ
ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ:
ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ
ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝODONTOGENIC SINUSITIS
OF ENDODONTIC ORIGIN:
TREATMENT APPROACH
OF 2 CASESΣ. ΣΟΛΟΜΩΝΙΔΟΥ,¹ Μ. ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ²S. SOLOMONIDOU,¹ M. GEORGOPOULOU²

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ABSTRACT

Η ιγμορίτιδα αποτελεί μια φλεγμονώδη πάθηση των μεμβρανών των ιγμορείων και της ρινικής κοιλότητας με αίτια μικροοργανισμούς, αλλεργιογόνους παράγοντες ή περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Η ανατομική εγγύτητα των άνω οπισθίων δοντιών με το έδαφος της κοιλότητας των ιγμορείων καθιστά διάφορους οδοντογενείς παράγοντες υπεύθυνους για τη νόσο που καλείται ιγμορίτιδα οδοντικής αιτιολογίας. Σύγχρονες μελέτες την ενοχοποιούν για το 30-72% των περιπτώσεων ρινοκοίτητιδας, γεγονός που υποεκτιμάται από γενικούς ιατρούς, ωτορινολαρυγγολόγους και οδοντιάτρους, με αποτέλεσμα την επιβάρυνση της ποιότητας ζωής των ασθενών και την αναποτελεσματική αντιμετώπισή τους.

Maxillary sinusitis is an inflammatory condition of the maxillary sinuses' membranes and the nose, sourcing from microorganisms, allergens or environmental causes. The anatomical proximity between the posterior teeth of the maxilla and the maxillary sinus floor, renders various odontogenic factors responsible for the condition called maxillary sinusitis of odontogenic origin. Recent literature supports the claim that 30-72% of all sinusitis cases are of odontogenic origin, a fact that is overlooked by general practitioners, ENT doctors and dentists, leading to ineffective treatment and quality of life deterioration.

Η οδοντογενής ιγμορίτιδα ενδοδοντικής αιτιολογίας οφείλεται στην ενδοδοντική ροίμωξη και είναι η πιο συχνή αιτία οδοντογενούς ιγμορίτιδας. Η διάκριση μεταξύ των αιτιών είναι σημαντική, καθώς τροποποιεί το σχέδιο θεραπείας. Για την ορθή διάγνωση, απαιτείται λεπτομερής κλινική εξέταση και τρισδιάστατος ακτινογραφικός έλεγχος, συννηθέστερα με υπολογιστική τομογραφία κωνικής δέσμης, στην οποία απεικονίζονται τόσο οι παθολογικές μεταβολές της μεμβράνης του ιγμορείου όσο και τα ενδοδοντικά τους αίτια.

Odontogenic sinusitis of endodontic origin is induced by endodontic infection and is the most common cause of odontogenic sinusitis. Distinguishing among different causes is important as it will modify the treatment plan. In order for an accurate diagnosis to be made, meticulous clinical examination and three dimensional radiographic testing is required. Cone beam computed tomography depicts both the pathological changes of the sinus membranes and their endodontic causes.

Η θεραπεία σε μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων αφορά τον έλεγχο της ενδοδοντικής παθολογίας με ενδοδοντική θεραπεία, περιακρορριζική χειρουργική ή εξαγωγή, χωρίς περαιτέρω παρέμβαση από άλλη ειδικότητα. Η ακτινογραφική επανεξέταση είναι απαραίτητη για τη διαπίστωση της υποχώρησης των σημείων από το ιγμόρειο και τον καθορισμό της ανάγκης για παραπομπή σε ΩΡΛ για περαιτέρω συνδυασμένη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Treatment is mostly focused on endodontic infection control via endodontic treatment, periradicular surgery or extraction without the need for further intervention. Radiographic follow up is necessary in order to verify the recession of signs and symptoms from the sinus and to determine whether referral to an ENT surgeon is required for further interdisciplinary treatment.

Όροι ευρητηριάσεως Οδοντογενής ιγμορίτιδα, ενδοδοντική θεραπεία, διάγνωση, CBCT

Key words Odontogenic sinusitis, endodontic treatment, diagnosis, CBCT

¹ Οδοντίατρος, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

² Καθηγήτρια, Εργαστήριο Ενδοδοντίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Υπεύθυνος Επικοινωνίας

Σοφία Σολομωνίδου

Κοτυαίου 4, 11521 Αθήνα

Email: solomonidou.sophia@gmail.com

¹ DDS, School of Dentistry, National and Kapodistrian University of Athens

² Professor, Department of Endodontics, School of Dentistry, National and Kapodistrian University of Athens

Correspondence

Sofia Solomonidou

Κοτυαίου 4, 11521 Athens

Email: solomonidou.sophia@gmail.com

Μέρος της εργασίας παρουσιάστηκε ως επιτοίχια ανακοίνωση στο 25ο Πανελλήνιο Συμπόσιο Ενδοδοντίας, Θεσσαλονίκη 2024

Part of this review was presented as a poster during the 25th Panhellenic Endodontic Symposium, Thessaloniki 2024

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα ιγμορεία άντρα είναι αεροφόρες κοιλότητες εντός των οστικών δομών της άνω γνάθου, που επενδύονται από αναπνευστικό επιθήλιο. Το βλεννογονοπεριόστεο των ιγμορείων καλείται και μεμβράνη του Schneider.¹ Διάφοροι αιτιολογικοί παράγοντες, όπως αναπνευστικές λοιμώξεις και εισπνοή ερεθιστικών παραγόντων, είναι ικανοί να προκαλέσουν φλεγμονή αυτής της μεμβράνης.² Η πλειονότητα των αναπνευστικών λοιμώξεων που οδηγούν σε ιγμορίτιδα είναι ιογενείς. Ένα μικρό ποσοστό αυτών 0,5-2% καταλήγουν σε δευτερογενή βακτηριακή λοίμωξη.³

Η εγγύτητα και κατάδυση του εδάφους της κοιλότητας του ιγμορείου μεταξύ των ριζών των οπίσθιων δοντιών της άνω γνάθου εξηγεί τη συσχέτιση των οδοντικών λοιμώξεων με την ιγμορίτιδα.^{4,5}

Η ιγμορίτιδα οδοντογενούς αιτιολογίας ή οδοντογενής ιγμορίτιδα (maxillary sinusitis of odontogenic origin-MSOO ή maxillary sinusitis of dental origin-MSDO) είναι ο ευρύς όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη φλεγμονή και τη συμπτωματολογία του ιγμορείου που οφείλεται σε διάφορους οδοντικούς αιτιολογικούς παράγοντες, όπως η ενδοδοντική παθολογία, η περιοδοντίτιδα, τα οδοντικά εμφυτεύματα, οι εξαγωγές και η στοματοκοιλική επικοινωνία ή τα ιατρογενή συμβάματα, όπως η προώθηση υλικών εντός της αεροφόρου κοιλότητας. Υπολογίζεται από τα πιο σύγχρονα δεδομένα ότι αφορά το 30-72% του συνόλου των περιπτώσεων ιγμορίτιδας.⁶⁻⁸ Η οδοντογενής ιγμορίτιδα ενδοδοντικής αιτιολογίας αποτελεί μια διακριτή κατηγορία ως προς τον αιτιολογικό παράγοντα, δηλαδή την ενδοδοντική λοίμωξη, και αντιπροσωπεύει το μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων οδοντογενούς ιγμορίτιδας. Μικροβιολογικά οι μικροοργανισμοί που εμπλέκονται είναι διαφορετικοί από εκείνους που αφορούν τη ρινογενή μορφή της νόσου και συνδέονται με τη χλωρίδα του στόματος. Κυριαρχούν δηλαδή οι αναερόβιες πολυμικροβιακές λοιμώξεις από στρεπτόκοκκους και βάκιλλους.³ Η ορθή διάγνωση και ο καθορισμός του συγκεκριμένου αιτιολογικού παράγοντα παίζουν πρωτεύοντα ρόλο στην κατάρτιση του σχεδίου θεραπείας, ώστε να αυξηθεί η πιθανότητα εξάλειψης της παθολογίας του ιγμορείου.

Παρά την υψηλή συχνότητα εμφάνισης της οδοντογενούς ιγμορίτιδας ενδοδοντικής αιτιολογίας, αυτή παραμένει σε μεγάλο βαθμό αδιάγνωστη τόσο από οδοντιάτρους όσο και από ωτορινολαρυγγολόγους και ακτινολόγους.⁹ Ως αποτέλεσμα, οι ασθενείς λαμβάνουν συχνά αντιβιοτική θεραπευτική αγωγή η οποία δεν αποτελεί την ενδεδειγμένη θεραπευτική αντιμετώπιση ή/και υποβάλλονται σε περιττές και αναποτελεσματικές χειρουργικές επεμβάσεις. Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις, ενέχεται ο κίνδυνος εξάπλωσης της λοίμωξης προς ζωτικά ανατομικά μέρη και πρόκλησης μηνιγγίτιδας, υποδόριου εμφύματος ή εγκεφαλικού αποστήματος.^{10, 11}

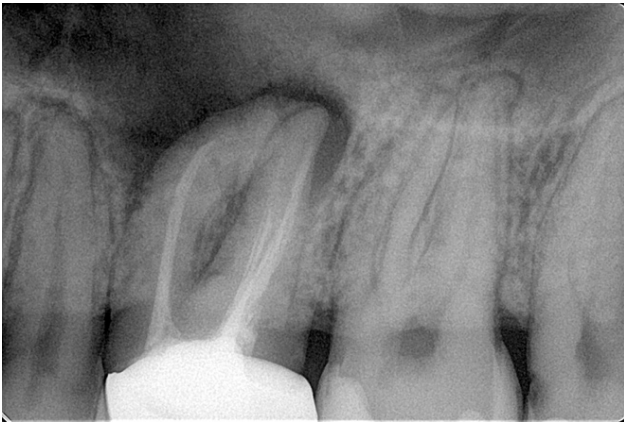
Ο ακριβής επιπολασμός της οδοντογενούς ιγμορίτιδας ενδοδοντικής αιτιολογίας στον ενήλικο πλη-

θυσμό τείνει να υποεκτιμάται. Αυτό συμβαίνει διότι, αφενός, πολλές περιπτώσεις παραμένουν για μεγάλα χρονικά διαστήματα ασυμπτωματικές και, αφετέρου, όταν εκδηλώνεται συμπτωματολογία, οδηγεί τους ασθενείς στην αναζήτηση ιατρικής φροντίδας από τον γενικό ιατρό ή τον ωτορινολαρυγγολόγο, οι οποίοι δεν διαθέτουν τις οδοντιατρικές γνώσεις για να αξιολογήσουν την εμπλοκή του οδοντιατρικού παράγοντα, πολύ δε περισσότερο των ενδοδοντικών προβλημάτων. Στις πιο πρόσφατες οδηγίες της Αμερικανικής Ακαδημίας Ωτορινολαρυγγολογίας και Χειρουργικής Κεφαλής Τραχήλου, δεν αναφέρεται η οδοντική παθολογία ως πιθανός αιτιολογικός παράγοντας της ιγμορίτιδας και δεν προσφέρεται καθοδήγηση για τη διάγνωση και αντιμετώπισή της.¹² Ως αποτέλεσμα, η διάγνωση καθυστερεί και οι ασθενείς παραμένουν χωρίς αποτελεσματική θεραπεία.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Πρώτη περίπτωση

Γυναίκα με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό προσήλθε στο ιατρείο για εκτίμηση του πρώτου άνω γομφίου αριστερά. Η ασθενής ανέφερε ήπιο περιοδικό αυτόματο πόνο στο αντίστοιχο τεταρτημόριο. Κατά τη διάρκεια λήψης του ιατρικού ιστορικού, ανέφερε ότι λάμβανε αντιβιοτική αγωγή (αμοξικιλίνη/κλαβουλανικό οξύ 500mg/125mg) κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων, συνταγογραφημένη από ωτορινολαρυγγολόγο, για την αντιμετώπιση συμπτωμάτων ιγμορίτιδας. Η αγωγή δεν είχε βελτιώσει τα συμπτώματά της. Μετά την κλινική και ακτινογραφική εξέταση βρέθηκε ότι ο 26 παρουσίαζε ατελή ενδοδοντική θεραπεία (Εικ. 1α) και ήπια ευαισθησία στην επίκρουση. Όλα τα δόντια του τεταρτημρίου πλην του 26 είχαν φυσιολογική εικόνα. Η ενδοδοντική θεραπεία είχε πραγματοποιηθεί στο παρελθόν από γενικό οδοντίατρο. Στην υποοιγιοστική τομογραφία κωνικής δέσμης, φάνηκε ότι το έδαφος της κοιλότητας του ιγμορείου εμφάνιζε αλλοίωση της δομής του με εικόνα περιακρορριζικής οστεοπεριοστίτιδας αντίστοιχα με τα ακρορρίζια του 26 (Εικ. 1β). Πραγματοποιήθηκε επανεπέμβαση σε δύο συνεδρίες με χρήση υδροξειδίου του ασβεστίου ως ενδορριζικού φαρμάκου μεταξύ των συνεδριών. Εντοπίστηκε ο δεύτερος εγγύς παρειακός σωλήνας (Εικ. 1β, 1γ) και επεξεργάστηκαν όλοι στο ορθό μήκος εργασίας. Εφαρμόστηκε πρωτόκολλο διακλυσμών με 2,5% υποχλωριώδες νάτριο και 17% EDTA. Η ρινική συμπτωματολογία είχε υποχωρήσει σημαντικά κατά τη δεύτερη επίσκεψη, οπότε έγινε η έμφραξη των ριζικών σωλήνων με βιοκεραμικό φύραμα. Η ασθενής παραπέμφθηκε για τη μόνιμη αποκατάσταση, ενώ επέστρεψε για επανεξέταση 1 έτος μετά τη θεραπεία. Πραγματοποιήθηκε εκ νέου υποοιγιοστική τομογραφία, η οποία τεκμηρίωσε την πλήρη υποχώρηση των σημείων φλεγμονής του βλεννογόνου του ιγμορείου (Εικ.1δ). Κλινικά η ασθενής δεν ανέφερε κανένα σύμπτωμα.



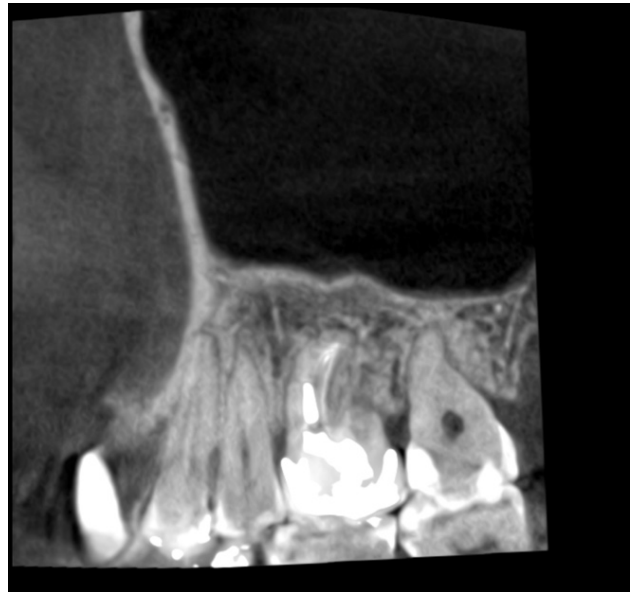
Εικόνα 1α: Αρχική οπισθοφατνιακή ακτινογραφία της 1ης περίπτωσης.



Εικόνα 1β: Αρχική CBCT ενδοδοντικά θεραπευμένου πρώτου άνω γομφίου. Η έκκεντρη θέση του εμφραγμένου εγγύς παρειακού σωλήνα εντός της ρίζας υποδηλώνει την ύπαρξη χαμένης ανατομίας κατά την αρχική θεραπεία.



Εικόνα 1γ: Τελική οπισθοφατνιακή ακτινογραφία μετά την επανεπέμβαση. Διακρίνεται ο δεύτερος εγγύς παρειακός ριζικός σωλήνας με ανεξάρτητη έξοδο στους περιακρορριζικούς ιστούς.



Εικόνα 1δ: Επανεξέταση με CBCT έπειτα από ένα έτος. Διακρίνεται η πλήρης υποχώρηση των παθολογικών σημείων στην κοιλότητα του ιγμορείου και η επούλωση της αθηλοώσης των περιακρορριζικών ιστών.

Δεύτερη περίπτωση

Γυναίκα με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό προσήλθε στο ιατρείο παραπονούμενη για ενόχληση που διαρκεί τους τελευταίους 6 μήνες και σχετίζεται με τον προ διετίας ενδοδοντικά θεραπευμένο 25. (Εικ. 2α) Ταυτό-



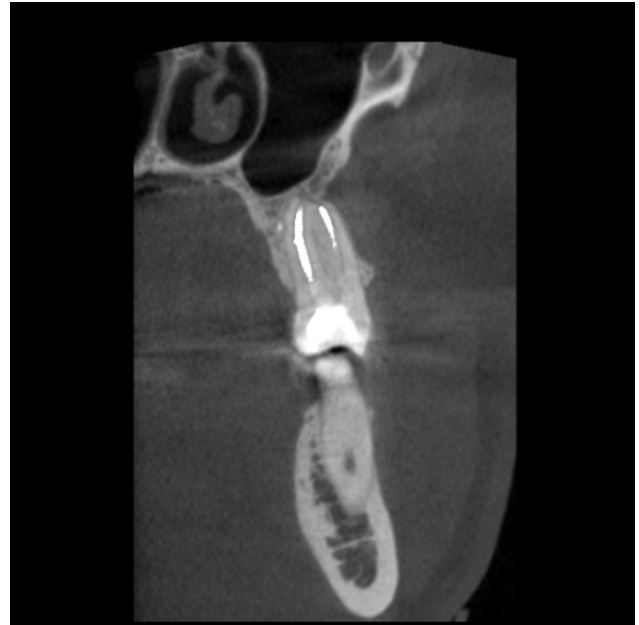
Εικόνα 2α: Αρχική ακτινογραφία ενδοδοντικά θεραπευμένου δεύτερου άνω προγόμφιου 2ης περίπτωσης.

χρονα ανέφερε ότι αισθάνεται πίεση στο μέσο τριτημόριο του προσώπου αριστερά. Κλινικά παρατηρήθηκε ήπια ευαισθησία στην επίκρουση και την ψηλάφηση του 25. Από την οπισθοφαρνιακή ακτινογραφία η ενδοδοντική θεραπεία κρίθηκε ικανοποιητική, στην CBCT ωστόσο αποκαλύφθηκε περιακρορριζική βλάβη και αλλοίωση της δομής των ιστών του εδάφους του ιγ-

μορείου. (Εικ. 2β) Αποφασίστηκε η χειρουργική επανεπέμβαση με ακρορριζεκτομή και ανάστροφη παρασκευή και έμφραξη. Στην επανεξέταση των 8 μηνών, τα συμπτώματα είχαν υποχωρήσει πλήρως και η ακτινογραφική εικόνα έκανε φανερό τη φυσιολογική κατάσταση των περιακρορριζικών ιστών και του εδάφους του ιγμορείου. (Εικ. 2γ, 2δ)



Εικόνα 2β: Αρχική CBCT. Περιακρορριζική περιοστίτιδα του ιγμορείου.



Εικόνα 2δ: Επανεξέταση 8 μηνών. Παρατηρείται η πλήρης επούλωση των περιακρορριζικών ιστών, η αποκατάσταση της ομαλής γεινιάσής τους με το έδαφος του ιγμορείου και η φυσιολογική του ακτινογραφική απεικόνιση.



Εικόνα 2γ: Επανεξέταση 8 μηνών έπειτα από μικροχειρουργική επανεπέμβαση.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στις περιπτώσεις οι οποίες περιγράφηκαν τα συμπτώματα δεν ήταν τυπικά μιας ενδοδοντικής παθολογικής κατάστασης. Η συμπτωματολογία της οδοντογενούς ιγμορίτιδας είναι συνήθως αυτή μιας μη ειδικής λοίμωξης του ιγμορείου με ρινική απόφραξη, αίσθηση πληρότητας, εκκρίσεις από τη μύτη και κεφαλαλγία.¹³ Τα συμπτώματα ενδοδοντικής αιτιολογίας είναι σπάνια, γεγονός που συμβάλλει στην καθυστέρηση της διάγνωσης, όπως στην πρώτη περίπτωση, όπου η αρχική διάγνωση ήταν ρινογενής ιγμορίτιδα και όταν η φαρμακευτική αγωγή δεν απέδωσε αποτέλεσμα, η διάγνωση αμφισβητήθηκε. Επιπλέον, ευαισθησία στα ψυχρά και θερμά ερεθίσματα απουσιάζει, καθώς τα υπεύθυνα δόντια είναι άποηφα ή ενδοδοντικά θεραπευμένα. Η δοκιμασία επίκρουσης είναι συνθέστερα αρνητική, καθώς τα προϊόντα της φλεγμονής εκβάλλουν στην κοιλότητα του ιγμορείου, οπότε η πίεση στους περιακρορριζικούς ιστούς ελαχιστοποιείται. Για τον ίδιο λόγο, σπάνια σχηματίζονται συρίγγια ή εμφανίζεται ενδοστοματικό ή εξωστοματικό οίδημα.

Στοιχεία της κλινικής εξέτασης τα οποία οδηγούν προς την κατεύθυνση της ενδοδοντικής αιτιολογίας ιγμορίτιδας είναι η ετερόπλευρη εμφάνιση συμπτωμάτων, οι δύσσομες ρινικές εκκρίσεις και η ταυτόχρονη

ύπαρξη κάποιου ύποπτου για παθολογία πολυπλοκής αιτιολογίας οπίσθιου δοντιού της άνω γνάθου ή δοντιού με υπάρχουσα ενδοδοντική θεραπεία.^{14, 15} Επιπλέον, στο ιστορικό του ασθενούς είναι πιθανόν να αναφέρονται προηγούμενες εξάρσεις της ιγμορίτιδας, που αντιμετωπίστηκαν ανεπιτυχώς με φαρμακευτική αγωγή ή και χειρουργική επέμβαση, χωρίς να έχει εντοπιστεί η οδοντογενής αιτία.

Σημαντική είναι η αναφορά στη διαφορική διάγνωση μεταξύ της ιγμορίτιδας ενδοδοντικής αιτιολογίας και της ιγμορίτιδας από κάποια λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού, καθώς στη δεύτερη περίπτωση δεν απαιτείται καμία ενδοδοντική ή άλλη οδοντιατρική παρέμβαση.

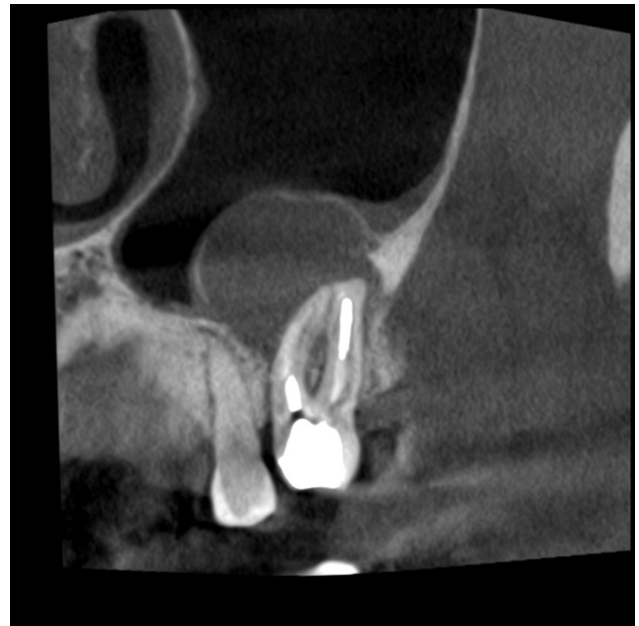
Παρότι η οπισθοφατνιακή ακτινογραφία παραμένει η ακτινογραφική εξέταση εκλογής για την ενδοδοντία, η οπίσθια περιοχή της άνω γνάθου δημιουργεί συχνά προβλήματα στην ερμηνεία των ακτινογραφικών ευρημάτων, λόγω ανατομικών παρεμβολών από τα ζυγωματικά οστά, τα τοιχώματα των ιγμορείων και την υπερώια απόφυση του οστού της άνω γνάθου. Επιπροσθέτως, η οπισθοφατνιακή ακτινογραφία δεν μπορεί να εντοπίσει την πάχυνση της μεμβράνης του Schneider, στοιχείου με διαγνωστική αξία για τη συγκεκριμένη νοσολογική οντότητα.¹⁶

Η υπολογιστική τομογραφία κωνικής δέσμης (CBCT) έχει φανεί να απεικονίζει με μεγαλύτερη ακρίβεια σε σχέση με την οπισθοφατνιακή ακτινογραφία την ύπαρξη περιακρορριζικών αλλοιώσεων, όπως επίσης και την επέκταση αυτών εντός των κοιλοτήτων των ιγμορείων και την πάχυνση του βλεννογόνου του. Επιπλέον, η ικανότητα αναγνώρισης πιθανών αιτιών αποτυχίας της ενδοδοντικής θεραπείας, σε δόντια υπεύθυνα για παθολογία των ιγμορείων, όπως επιπλέον ριζικοί σωλήνες είναι μεγαλύτερη με την CBCT σε σχέση με δισδιάστατες μεθόδους οδοντιατρικής απεικόνισης.^{17, 18} Ένα ακόμη πλεονέκτημα της CBCT είναι η δυνατότητα απεικόνισης της ενδοδοντικής παθολογίας όταν εκδηλώνεται στους ιστούς των ιγμορείων, καθώς αυτή διαφέρει σε ορισμένες περιπτώσεις ακτινογραφικά από την τυπική διακριτή ακτινοδιαυγαστική περιοχή, η οποία περιβάλλει τα ακρορρίζα ή τη διεύρυνση του περιρριζίου. Στις δύο παραπάνω περιπτώσεις, τα ακρορρίζα των δοντιών είναι περιτριγυρισμένα από φατνιακό οστόν, γεγονός που δεν συντρέχει πάντα στην περίπτωση των ριζών των προγομφίων και γομφίων της άνω γνάθου, όταν αυτές είναι σε στενή σχέση με τα τοιχώματα του ιγμορείου. Έτσι δύο ακτινογραφικά ευρήματα τα οποία σχετίζονται με την περιακρορριζική φλεγμονή του βλεννογονοπεριοστέου του εδάφους του ιγμορείου είναι η περιακρορριζική περιοστίτιδα και η περιακρορριζική βλεννογονίτιδα.

Όταν η περιακρορριζική φλεγμονή προωθεί το βλεννογονοπεριόστεο του εδάφους του ιγμορείου προς τα άνω, προκαλώντας μια αντιδραστική οστεογένεση, αυτό απεικονίζεται ακτινογραφικά ως ένα ακτινοσκιερό «φωτοστέφανο» γύρω από την αλλοίωση η οποία «εισβάλλει» στο ιγμόρειο σε σχήμα θόλου και αφορά την πρώτη περίπτωση. (Εικ. 3) Η δεύτερη

κατηγορία, αυτή της βλεννογονίτιδας, απεικονίζεται και πάλι ως μια θολωτή προέκταση εντός του ιγμορείου, η οποία όμως αφορά τοπικό οίδημα του βλεννογόνου που μπορεί να ομοιάζει με κύστες από κατακράτηση ή πολύποδες και συνήθως δεν συνυπάρχει ακτινοσκιερή άλω.^{16, 19} (Εικ. 4)

Αρκετές φορές, οι ακτινογραφικές αυτές αλλοιώσεις της εικόνας του ιγμορείου δεν προϊδέάζουν για την ύπαρξη ενδοδοντικής αιτιολογίας και λόγω του γεγονότος ότι δεν υπάρχει λύση της οστικής συνέχειας του εδάφους του ιγμορείου ή δεν είναι σαφής η



Εικόνα 3: Περιακρορριζική περιοστίτιδα του εδάφους του ιγμορείου από ενδοδοντικά θεραπευμένο πρώτο γομφίο της άνω γνάθου.



Εικόνα 4: Περιακρορριζική βλεννογονίτιδα του εδάφους του ιγμορείου από ενδοδοντικά θεραπευμένο πρώτο γομφίο της άνω γνάθου.

άμεση επαφή ενός ακρορριζίου ή της περιακρορριζικής του αλλοίωσης με την αλλοίωση εντός του ιγμορείου. Σε κάθε περίπτωση, πάχυνση του βλεννογόνου του ιγμορείου, ιδιαίτερα με μορφή θόλου και απευθείας πάνω από κάποιο ακρορριζίο των άνω οπισθίων δοντιών, εγείρει υποψίες για ενδοδοντικής αιτιολογίας παθολογική συσχέτιση.

Η θεραπεία της ιγμορίτιδας ενδοδοντικής αιτιολογίας συνίσταται στην άρση του αιτιολογικού παράγοντα, δηλαδή της ενδοδοντικής ροίμωξης. Άρα στόχος της θεραπείας είναι η απομάκρυνση των παθογόνων μικροοργανισμών, των παραπροϊόντων τους και των πολυφικών υπολειμμάτων από τους μολυσμένους ριζικούς σωλήνες και η αποτροπή της επαναμόλυνσής τους. Η ενδοδοντική θεραπεία και η επανεπέμβαση σε αυτή, η περιακρορριζική χειρουργική στα ενδοδοντικά θεραπευμένα δόντια και η εκτομή ρίζας ή η εξαγωγή αποτελούν επιλογές θεραπείας.²⁰

Η εμπλοκή του ιγμορείου σε περιπτώσεις όπως οι προαναφερθείσες απαιτεί ακριβείς και λεπτομερείς χειρισμούς του μήκους εργασίας, των υγρών διακλυσμών και των υλικών της έμφραξης, καθώς υπάρχει κίνδυνος επιδείνωσης της παθολογίας εάν προωθηθούν πέραν του μήκους εργασίας, ενώ ταυτόχρονα είναι αναγκαία η καταπολέμηση του μικροβιακού φορτίου στο μέγιστο δυνατό.²¹ Καθοριστική σημασία έχουν η ικανότητα και τα μέσα διαχείρισης των ανατομικών ιδιομορφιών των εμπλεκόμενων δοντιών. Ο πρώτος και ο δεύτερος άνω γομφίος εμφανίζονται συχνά με αποτυχία της ενδοδοντικής θεραπείας, κυρίως λόγω μη ανεύρεσης όλων των ριζικών σωλήνων στην εγγύς παρειά τους ρίζα.²² Το επεμβατικό μικροσκόπιο μπορεί να βελτιώσει το αποτέλεσμα της ενδοδοντικής θεραπείας σε ανατομικά περίπλοκες περιπτώσεις, καθώς μειώνει την πιθανότητα μη εύρεσης κάποιου ριζικού σωλήνα.²³ Επιπλέον, είναι απαραίτητο για τη διευθέτηση των πιθανών συμβαμάτων ή ατελειών των προηγούμενων θεραπειών, όπως, για παράδειγμα, η διαχείριση ενός θραύσματος μικροεργαλείου ή μιας διάτρησης.²⁴ Η χρήση του μικροσκοπίου ενισχύει την αποτελεσματικότητα της χειρουργικής επανεπέμβασης και φαίνεται να υπερισχύει έναντι άλλων μεθόδων μεγέθυνσης, όπως για παράδειγμα οι ριζοσκόπες.^{25, 26}

Στις περιπτώσεις μας, δεν χορηγήθηκε αντιβιοτική αγωγή. Η χρήση αντιβιοτικών ενδείκνυται σε συνδυασμό με την ενδοδοντική θεραπεία σε συνύπαρξη γενικευμένων συμπτωμάτων ή ιατρικού ιστορικού του ασθενούς που το επιβάλλει και η χορήγησή τους είναι σύμφωνη με τις οδηγίες των ενδοδοντικών εταιρειών της Ευρώπης και των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής για τη χρήση των αντιβιοτικών στην ενδοδοντία. Σε κάθε άλλη περίπτωση, η λήψη αντιβιοτικών, χωρίς αντιμετώπιση της ενδοδοντικής παθολογίας δεν θα θεραπεύσει την ιγμορίτιδα, ενώ ταυτόχρονα συμβάλλει στο παγκόσμιο πρόβλημα της δημιουργίας ανθεκτικών στελεχών μικροβίων από την υπερβολική και λανθασμένη χρήση των φαρμάκων. Η προσωρινή ενδεχομένως ανακούφιση που προσφέρουν δεν αποτελεί οριστική θεραπεία.^{27, 28}

Αντίστοιχα, η χειρουργική αντιμετώπιση η οποία αφορά μόνο την απομάκρυνση του φλεγμαίνοντος ιστού από την κοιλότητα του ιγμορείου και δεν συνδυάζεται με την ενδοδοντική θεραπεία δεν θα οδηγήσει σε άρση των συμπτωμάτων μακροπρόθεσμα, καθώς η φλεγμονή θα ανατροφοδοτείται διαρκώς από την ενδοδοντική ροίμωξη.

Είναι πολύ συχνή η πλήρης υποχώρηση των σημείων και των συμπτωμάτων της ιγμορίτιδας ενδοδοντικής αιτιολογίας μόνο με την ενδοδοντική θεραπεία. Αναφορές κλινικών περιπτώσεων στη βιβλιογραφία καταγράφουν την πλήρη άρση των κλινικών συμπτωμάτων, καθώς και την ακτινογραφική υποχώρηση του φλεγμαίνοντος ιστού εντός της κοιλότητας του ιγμορείου, την επούλωση των περιακρορριζικών αλλοιώσεων και την αποκατάσταση της ομαλής σχέσης γειτνίασης των ριζών με τη μεμβράνη του Schneider.^{20, 29} Ορισμένες περιπτώσεις ενδεχομένως να απαιτούν τη συνδυασμένη αντιμετώπιση και από ΩΡΛ.

Η εξαγωγή αποτελεί επιλογή για δόντια μη αποκατάστασιμα, με επιμήκη κατάγματα ρίζας ή μη διατηρήσιμα λόγω περιοδοντικής νόσου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Η οδοντογενής ιγμορίτιδα είναι μια αρκετά συνηθής παθολογική οντότητα. Στην πρόσφατη βιβλιογραφία εκτιμάται ότι ενδεχομένως να αποτελεί το 30-72% όλων των περιπτώσεων ιγμορίτιδας. Η διάκριση μεταξύ των οδοντογενών αιτιών είναι σημαντική, καθώς τροποποιεί το σχέδιο θεραπείας.
- Η νόσος επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών για μακρά χρονικά διαστήματα, καθώς παραμένουν χωρίς διάγνωση.
- Η εξοικείωση των ΩΡΛ, γενικών ιατρών, ακτινολόγων και γενικών οδοντιάτρων με την αναγνώριση της οδοντογενούς αιτίας της ιγμορίτιδας και την ορθή αντιμετώπισή της πρέπει να βελτιωθεί.
- Η δισδιάστατη ακτινογραφική απεικόνιση των υποπτών δοντιών για την πρόκληση ιγμορίτιδας δεν αρκεί. Η CBCT είναι απαραίτητο μέσο της διαγνωστικής διαδικασίας.
- Η ενδοδοντική θεραπεία μπορεί να θεραπεύσει προβληματικά την ιγμορίτιδα ενδοδοντικής αιτιολογίας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, απαιτείται η συνδυαστική προσέγγιση ενδοδοντολόγου και ΩΡΛ.
- Η ακτινογραφική και κλινική επανεξέταση των ασθενών είναι σημαντική για τη διαπίστωση της κατάστασης του ιγμορείου και τον καθορισμό των περαιτέρω θεραπευτικών ενεργειών, εάν είναι απαραίτητο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. WHYTE A, BOEDDINGHAUS R. The maxillary sinus: physiology, development and imaging anatomy. *Dentomaxillofac Radiol.* 2019 Dec. 48(8): 20190205.

2. VITALI FC, SANTOS PS, MASSIGNAN C, MAIA LC, CARDOSO M, TEIXEIRA CDS. Global Prevalence of Maxillary Sinusitis of Odontogenic Origin and Associated Factors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Endod.* 2023 Apr. 49(4): 369-381.e11.
3. FERGUSON M. Rhinosinusitis in oral medicine and dentistry. *Aust Dent J.* 2014 Sep. 59(3): 289-95.
4. EBERHARD JA, TORABINEJAD M, CHRISTIANSEN EL. A computed tomographic study of the distances between the maxillary sinus floor and the apices of the maxillary posterior teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1992 Mar. 73(3): 345-6.
5. TIAN XM, QIAN L, XIN XZ, WEI B, GONG Y. An Analysis of the Proximity of Maxillary Posterior Teeth to the Maxillary Sinus Using Cone-beam Computed Tomography. *J Endod.* 2016 Mar. 42(3): 371-7.
6. KIM SM. Definition and management of odontogenic maxillary sinusitis. *Maxillofac Plast Reconstr Surg.* 2019 Mar. 29, 41(1): 13.
7. INGEMAR M, LARS L, LARS A, RUNDCRANTZ H. Chronic Maxillary Sinusitis: Definition, Diagnosis and Relation to Dental Infections and Nasal Polyposis. *Acta Oto-Laryngologica.* 1986, 101: 3-4: 320-7
8. MAILLET M, BOWLES WR, McCLANAHAN SL, JOHN MT, AHMAD M. Cone-beam computed tomography evaluation of maxillary sinusitis. *J Endod.* 2011 Jun. 37(6): 753-7.
9. PATEL NA, FERGUSON BJ. Odontogenic sinusitis: an ancient but under-appreciated cause of maxillary sinusitis. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2012 Feb. 20(1): 24-8.
10. OBAYASHI N, ARIJI Y, GOTO M, IZUMI M, NAITOH M, KURITA K, SHIMOZATO K, ARIJI E. Spread of odontogenic infection originating in the maxillary teeth: computerized tomographic assessment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2004 Aug. 98(2): 223-31.
11. WAGENMANN M, NACLERIO RM. Complications of sinusitis. *J Allergy Clin Immunol* 1992: 90: 552-4.
12. ROSENFELD RM, PICCIRILLO JF, CHANDRASEKHAR SS, BROOK I, ASHOK KUMAR K, KRAMPER M, ORLANDI RR, PALMER JN, PATEL ZM, PETERS A, WALSH SA, CORRIGAN MD. Clinical practice guideline (update): adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2015 Apr. 152(2 Suppl): S1-S39.
13. KWIATKOWSKA MA, SZCZYGIELSKI K, CHLOUPEK A, SZCZUPAK P, JURKIEWICZ D. Clinical characteristics of odontogenic sinusitis with periapical lesions. *Am J Otolaryngol.* 2022 Mar-Apr. 43(2): 103338.
14. WORKMAN AD, GRANQUIST EJ, ADAPPA ND. Odontogenic sinusitis: developments in diagnosis, microbiology, and treatment. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2018 Feb. 26(1): 27-33.
15. CRAIG JR. Odontogenic sinusitis: A state-of-the-art review. *World J Otorhinolaryngol Head Neck Surg.* 2022 Mar. 22: 8(1): 8-15.
16. AMERICAN ASSOCIATION OF ENDODONTISTS. AAE position statement. Maxillary sinusitis of endodontic origin. 2018: 1-11. Διαθέσιμο: <https://www.aae.org/specialty/wp-content/uploads/sites/2/2018/10/ecfe-fall-2018-final-002-1.pdf>
17. PATEL S, WILSON R, DAWOOD A, MANNOCCI F. The detection of periapical pathosis using periapical radiography and cone beam computed tomography – part 1: pre-operative status. *Int Endod J.* 2012 Aug. 45(8): 702-10.
18. LOFTHAG-HANSEN S, HUUMONEN S, GRÖNDAHL K, GRÖNDAHL HG. Limited cone-beam CT and intraoral radiography for the diagnosis of periapical pathology. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007 Jan. 103(1): 114-9.
19. WORTH HM, STONEMAN DW. Radiographic interpretation of antral mucosal changes due to localized dental infection. *J Can Dent Assoc (Tor).* 1972 Mar. 38(3): 111-6.
20. SIQUEIRA JF Jr, LENZI R, HERNÁNDEZ S, ALBERDI JC, MARTIN G, PESSOTTI VP, BUENO-CAMILO FG, FERRARI PHP, FURTADO MAH, CORTES-CID VO, PÉREZ AR, ALVES FRF, RÔCAS IN. Effects of Endodontic Infections on the Maxillary Sinus: A Case Series of Treatment Outcome. *J Endod.* 2021 Jul. 47(7): 1166-76.
21. BOGAERTS P, HANSSENS JF, SIQUET JP. Healing of maxillary sinusitis of odontogenic origin following conservative endodontic retreatment: case reports. *Acta Otorhinolaryngol Belg.* 2003; 57(1): 91-7.
22. WOLCOTT J, ISHLEY D, KENNEDY W, JOHNSON S, MINNICH S, MEYERS J. A 5 yr clinical investigation of second mesiobuccal canals in endodontically treated and retreated maxillary molars. *J Endod.* 2005 Apr. 31(4): 262-4.
23. KHALIGHINEJAD N, AMINOSHARIAE A, KULILD JC, WILLIAMS KA, WANG J, MICHEL A. The Effect of the Dental Operating Microscope on the Outcome of Nonsurgical Root Canal Treatment: A Retrospective Case-control Study. *J Endod.* 2017 May 43(5): 728-32.
24. SUTER B, LUSSI A, SEQUEIRA P. Probability of removing fractured instruments from root canals. *Int Endod J.* 2005 Feb. 38(2): 112-23.
25. PECORA G, ANDREANA S. Use of dental operating microscope in endodontic surgery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1993 Jun. 75(6): 751-8.

26. TSEHIS I, ROSEN E, TASCHIERI S, TELISHEVSKY STRAUSS Y, CERESOLI V, DEL FABBRO M. Outcomes of surgical endodontic treatment performed by a modern technique: an updated meta-analysis of the literature. *J Endod.* 2013 Mar. 39(3): 332-9.
27. AAE Position Statement: AAE Guidance on the Use of Systemic Antibiotics in Endodontics. *J Endod.* 2017 Sep. 43(9): 1409-13.
28. SEGURA-EGEA JJ, GOULD K, ŞEN BH, JONASSON P, COTTI E, MAZZONI A, SUNAY H, Tjäderhane L, Dummer PMH. European Society of Endodontology position statement: the use of antibiotics in endodontics. *Int Endod J.* 2018 Jan. 51(1): 20-25.
29. CZOPIK B, ZARZECKA J. Single-visit nonsurgical endodontic treatment of maxillary sinusitis: A case series. *Dent Res J* 2022: 19: 3.

ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΑ: ΤΙ ΝΕΟΤΕΡΟ ΥΠΑΡΧΕΙ

Β. ΧΑΤΖΗΑΓΓΕΛΑΚΗ,¹ Α. ΤΣΙΛΙΜΙΔΟΥ,¹
Ι. ΜΕΛΑΚΟΠΟΥΛΟΣ²

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ Αν και η οστεονέκρωση των γνάθων σχετίζεται με φάρμακα (ΟΓΣΦ) απασχολεί την επιστημονική κοινότητα πάνω από μία εικοσαετία, οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί της νόσου δεν έχουν ακόμα πλήρως διαλευκανθεί, ενώ προκύπτουν διαρκώς πιθανές συσχετίσεις με καινούργια φαρμακευτικά σκευάσματα. Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η παρουσίαση των νεότερων δεδομένων αναφορικά με την επίδραση της στοματικής υγείας στην επίπτωση της νόσου.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση βιβλιογραφικών πηγών σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (PubMed, Embase, GoogleScholar, Scopus, Web of Science) με λέξεις-κλειδιά "medication-related osteonecrosis of the jaw", "oral health/hygiene", "risk factors" και "prevention". Η χρονική περίοδος αναζήτησης περιελάμβανε τα έτη 2003-2024, με κριτήρια επιλογής τη δημοσίευση στην αγγλική ή στην ελληνική γλώσσα και σε περιοδικά με κριτές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Μελέτες τόσο πειραματικές όσο και κλινικές επιβεβαιώνουν τον ρόλο της κακής στοματικής υγείας στην εμφάνιση της νόσου. Η πλησιονότητα μάλιστα των κλινικών μελετών εφαρμογής προληπτικών οδοντιατρικών μέτρων σε ασθενείς υπό αντιοστεολυτική αγωγή έδειξε μείωση της επίπτωσης της ΟΓΣΦ. Συνεπώς, η διατήρηση ενός καλού επιπέδου στοματικής υγείας, με έλεγχο εστιών φλεγμονής, τακτικό οδοντιατρικό έλεγχο και σχολαστική στοματική υγιεινή εκ μέρους των ασθενών, συμβάλλει στην πρόληψη της νόσου. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται στον έλεγχο περιοδοντικών και περιεμφυτευματικών νόσων.

Όροι ευρετηρίσεως Στοματική υγεία, οστεονέκρωση των γνάθων σχετιζόμενη με φάρμακα, αντιοστεολυτική αγωγή, διφωσφονικά, πρόληψη

¹ Οδοντίατρος

² Στοματικός και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός

Υπεύθυνος Επικοινωνίας

Β. Χατζηαγγελάκη

Κίρρας 1, 11523, Αμπελόκηποι

Email: vetachatziagel@hotmail.com

ORAL HEALTH AND MEDICATION-RELATED OSTEONECROSIS OF THE JAWS: WHAT'S NEW

V. CHATZIANGELAKI,¹ A. TSILIMIDOU,¹
I. MELAKOPOULOS²

ABSTRACT

INTRODUCTION Although medication-related osteonecrosis of the jaws (MRONJ) has been the concern of the scientific community for over twenty years, the pathophysiological mechanisms of the disease have not yet been fully elucidated while possible associations with new pharmaceutical preparations are constantly emerging. The purpose of this literature review is to present the latest data regarding the role of bad oral health on the incidence of the disease.

METHODOLOGY This systematic review searched electronic databases (PubMed, Embase, Google Scholar, Scopus, Web of Science) with keywords: "medication-related osteonecrosis of the jaw", "oral health/hygiene", "risk factors" and "prevention". The selection criteria included articles published between 2003-2024, in English or Greek and in peer-reviewed journals.

CONCLUSION Both experimental and clinical studies support the role of bad oral health on the prevalence of the disease. The majority of clinical studies, in which preventive dental measures were applied in patients under antiresorptive therapy, showed indeed a reduction in the incidence of MRONJ. Therefore, maintaining a good level of oral health, with control of inflammation, regular dental check-ups and meticulous oral hygiene on the part of the patients, contributes to the prevention of the disease. Periodontal and peri-implant diseases should be carefully monitored.

Key words Oral health, medication-related osteonecrosis of the jaws, antiresorptive therapy, bisphosphonates, prevention

¹ Dentist

² Oral and Maxillofacial Surgeon

Correspondence

V. Chatziangelaki

1 Kirras, Ampelokipoi, 11523

Email: vetachatziagel@hotmail.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι πρώτες περιπτώσεις ασθενών με οστεονέκρωση των γνάθων καταγράφηκαν πριν πάνω από 20 χρόνια και αρχικά συσχετίστηκαν με τη χορήγηση διφωσφονικών αλάτων.^{1, 2} Έκτοτε, προκύπτουν διαρκώς αντίστοιχες περιπτώσεις με διαφορετικά φαρμακευτικά σκευάσματα που έχουν αντιοστεολυτική, αντι-αγγειογενετική ή άλλη δράση, μεταβάλλοντας την ονομασία της νόσου σε οστεονέκρωση των γνάθων σχετιζόμενη με φάρμακα (όχι αποκλειστικά με διφωσφονικά) (ΟΓΣΦ).³ Θεωρείται σχετικά σπάνια ανεπιθύμητη ενέργεια, όπως θα αναλυθεί στη συνέχεια, η οποία όμως επιδρά αρνητικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών λόγω των προβλημάτων στη στοματική κοιλότητα, όπως πόνος, ροιμώξεις, δυσκολία στη μασση και τη λειτουργία του στοματογναθικού συστήματος.⁴⁻⁶

Διάγνωση-Σταδιοποίηση

Σύμφωνα με τα κριτήρια της Αμερικανικής Ομοσπονδίας Στοματικών και Γναθοπροσωπικών Χειρουργών, ως ΟΓΣΦ ορίζεται το εκτεθειμένο, νεκρωμένο, ανάγγειο οστό ή οστό που ανιχνεύεται μέσω συριγγίου και επιμένει άνω των 8 εβδομάδων, σε ασθενή με τρέχουσα ή παρελθούσα χρήση αντιοστεολυτικών ως μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό με ανοσοτροποποιητικούς ή αντι-αγγειογενετικούς παράγοντες, χωρίς ιστορικό ακτινοθεραπείας ή μεταστατικής νόσου στις γνάθους.⁷ Συνοπτικά, η σταδιοποίηση της νόσου περιλαμβάνει το στάδιο 0, όπου δεν αφορά εκτεθειμένο οστό, αλλά μη ειδικά κλινικά και ακτινογραφικά ευρήματα, ενώ στα στάδια 1 έως 3 παρατηρείται εκτεθειμένο οστό ή ανίχνευση αυτού μέσω συριγγίου, με σταδιακή αύξηση της συμπτωματολογίας και των ακτινογραφικών ορίων της βλάβης. Ο προαναφερθείς ορισμός έχει δεχτεί κριτικές, καθώς τα ευρήματα δεν είναι ειδικά της νόσου, γι' αυτό και συστήνεται η διάγνωση μέσω του αποκλεισμού διαφορετικών νόσων, που παρουσιάζονται με τα ίδια κλινικά και ακτινογραφικά σημεία της ΟΓΣΦ. Στη διαφορική διάγνωση πρέπει να συμπεριλαμβάνονται νόσοι όπως ουλίτιδα/περιοδοντίτιδα οφειλόμενη στην οδοντική μικροβιακή πλάκα, οδοντικές και περιακρορριζικές παθήσεις, καλοήθεις ινοοστικές βλάβες των γνάθων, χρόνια σκληρωτική οστεομυελίτιδα, οξεία φλεγμονώδη οστεομυελίτιδα, πρωτοπαθή κακοήγη νεοπλασμάτα των γνάθων και διαταραχές της κροταφογναθικής άρθρωσης.^{8, 9}

Φαρμακευτική αγωγή σχετιζόμενη και επίπτωση της νόσου ανά κατηγορία

Στη βιβλιογραφία οι φαρμακευτικές ουσίες που έχουν συσχετιστεί με την ΟΓΣΦ διακρίνονται βάσει της δράσης τους σε αυτές με αντιοστεολυτική, τα αντι-αγγειογενετική ή άλλη δράση.

Τα αντιοστεολυτικά φάρμακα που περιλαμβάνουν τα διφωσφονικά άλατα και τον αναστολέα του παράγοντα RANKL χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της οστεοπενίας/οστεοπόρωσης, της νόσου Paget, της ατελούς οστεογένεσης, καθώς και σε κακοήθεις νόσους, συγκεκριμένα στο πολλαπλό μυέλωμα, στην

κακοήγη υπερκαλσιαιμία και σε συμπαγείς όγκους για πρόληψη συμβαμάτων σχετιζόμενων με τον σκελετό (skeletal-related events ISREs), όπως τα παθολογικά κατάγματα ή η συμπίεση του νωτιαίου μυελού.¹⁰⁻¹⁶ Τα διφωσφονικά άλατα εναποτίθενται στα οστά αναστέλλοντας την οστεοκλαστική δραστηριότητα και χορηγούνται είτε από το στόμα εβδομαδιαία ή μηνιαία (αλενδρονάτη, ριζεδρονάτη, ιβανδρονάτη) είτε παρεντερικά (ζολενδρονάτη-, ιβανδρονάτη), ανάλογα με την πάθηση, μηνιαία ή ετήσια, με χρόνο ημίσειας ζωής που ξεπερνά τα 10 έτη.¹⁷ Ο αναστολέας του παράγοντα RANKL, η *δενοσοουμάμπη*-denosumab, συνιστά ανθρώπινο μονοκλωνικό IgG2 αντίσωμα, το οποίο δεν εναποτίθεται στα οστά, αλλά αναστέλλει την πρόσδεση της πρωτεΐνης RANKL στον υποδοχέα RANK, που εντοπίζεται στην επιφάνεια των οστεοκλαστών παρεμποδίζοντας τη διαφοροποίησή τους. Ο χρόνος ημίσειας ζωής υπολογίζεται λιγότερος των 30 ημερών και η χορήγηση γίνεται υποδόρια ανά εξάμηνο σε οστεοπορωτικούς ασθενείς (60mgr) ή μηνιαίως σε ογκολογικούς ασθενείς (120mgr).¹⁸ Η *δενοσοουμάμπη* θεωρείται αποτελεσματική, εκτός των προαναφερθέντων, και στη θεραπεία της ινώδους δυσπλασίας και του γιγιαντοκυτταρικού όγκου των οστών.^{19, 20} Ο κίνδυνος για ΟΓΣΦ σε ογκολογικούς ασθενείς που λαμβάνουν διφωσφονικά είναι <5% με εύρος 0-18% και *δενοσοουμάμπη* είναι 0-6,9%, ενώ για τους οστεοπορωτικούς ασθενείς ο κίνδυνος κυμαίνεται μεταξύ 0,02-0,05% για τα διφωσφονικά και 0,04-0,3% για τη *δενοσοουμάμπη*.⁷

Η *ρομοσοζουμάμπη*-romosozumab συνιστά μονοκλωνικό IgG2 αντίσωμα και νεότερο αντιοστεολυτικό φάρμακο, το οποίο προσδένεται και αναστέλλει τη σκληροστίνη, προάγοντας τον οστικό σχηματισμό και αναστέλλοντας τις οστεοαπορροφητικές διεργασίες. Χορηγείται μηνιαίως υποδόρια για την αντιμετώπιση σοβαρής οστεοπόρωσης σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με υψηλό κίνδυνο κατάγματος και ο κίνδυνος ΟΓΣΦ από αυτή υπολογίζεται στο 0,03%-0,05%.²¹⁻²³ Σημειώνεται ότι πρόκειται για νέο φάρμακο και υπάρχουν λιγότερα στοιχεία για τις παρενέργειές του σε σχέση με τα διφωσφονικά και τη *δενοσοουμάμπη*.

Ο αριθμός των ογκολογικών ασθενών που βρίσκονται σε κίνδυνο οστεονέκρωσης σχετιζόμενης με *μη αντιοστεοοστεολυτικά φάρμακα* διαρκώς αυξάνεται, καθώς κυκλοφορούν κάθε χρόνο καινούργιες στοχευμένες αντικαρκινικές θεραπείες και προκύπτουν νέες συσχετίσεις. Παρ' όλα αυτά, παραμένει πολύ μικρός σε σχέση με τον αριθμό των ογκολογικών ασθενών σε αντιοστεολυτική αγωγή και στους περισσότερους από αυτούς έχουν χορηγηθεί και αντιοστεοολυτικά φάρμακα. Σε αυτή την κατηγορία φαρμάκων, εντάσσονται οι αντι-αγγειογενετικοί παράγοντες, η κυτταροτοξική χημειοθεραπεία, οι αναστολείς BRAF και mTOR, ανοσοτροποποιητικά/ανοσκοκατασταθμικά φάρμακα και τα κορτικοστεροειδή.^{7, 24-29} Οι *αντι-αγγειογενετικοί παράγοντες* που έχουν συσχετιστεί με την ΟΓΣΦ περιλαμβάνουν *αναστολείς του αγγειακού ενδοθηλιακού αυξητικού παράγοντα (VEGFR)*, όπως το μονοκλωνικό αντίσωμα μπεβασιζουμάμπη-

bevacizumab και η πρωτεΐνη αφλιβερόσепη-aflibercept και *αναστολείς τυροσινικής κινάσης*, όπως η σουνιτινίμπη-sunitinib, ιμαντινίμπη-imantinib, σοραφενίμπη-sorafenib, παζοπανίμπη-pazopanib, αξιτινίμπη-axitinib, καμποζαντινίμπη-cabozantinib, ρεγοραφενίμπη-regorafenib, βοσουτινίμπη-bosutinib, τραμετινίμπη-trametinib, οσιμερτινίμπη-osimertinib και δασατινίμπη-dasatinib.^{25, 26, 30-38} Τα *κυτταροτοξικά χημειοθεραπευτικά σχήματα* σχετιζόμενα με ΟΓΣΦ που αναφέρονται στη βιβλιογραφία είναι:

- (α) κυταραβίνη-cytarabine, ιδαρουβικίνη-idarubicin και δαουνορουβικίνη-daunorubicin,
- (β) γεμισταβίνη-gemcitabine, βινορελμίνη-vinorelbine και δοξορουβικίνη-doxorubicin,
- (γ) δοξορουβικίνη-doxorubicin και κυκλοφωσφαμίδη-cyclophosphamide, και
- (δ) αζακτιδίνη-azacitidine ως μονοθεραπεία.^{26, 39}

Στους *αναστολείς BRAF* ανήκει η δαμπραφενίμπη-dabrafenib, στους *αναστολείς mTOR* εντάσσονται το εβερόλιμους-everolimus και το τεμισιρόλιμους-temsirolimus, ενώ στους *αναστολείς του παράγοντα νέκρωσης όγκων (TNF)* η ινφλιξιμάμπη-infliximab, η γκολιμουμάμπη-golimumab, η αδαλιμουμάμπη-adalimumab και η ετανερσέπτη-etanercept.^{24-26, 40-45} Στα *ανοσοτροποποιητικά φάρμακα* περιλαμβάνονται η ιπιλιμουμάμπη-ipilimumab, η ριτουξιμάμπη-rituximab, τοσιλιζουμάμπη-tocilizumab, η νιβολιουμάμπη-nivolumab, καθώς και η μεθοτρεξάτη, η θαλιδομίδη, η ληναλιδομίδη και τα κορτικοστεροειδή, όπως η πρεδνιζολόνη.^{7, 26, 46-48} Περιστατικά ΟΓΣΦ έχουν επίσης αναφερθεί έπειτα από λήψη ραλοξιφαίνης-raloxifene, ενός εκλεκτικού ρυθμιστή των οιστρογονικών υποδοχέων (SERM), ενώ για το ραδιοφάρμακο ράδιο223-radium223 τα περιστατικά ΟΓΣΦ ήταν σε συνδυασμό με λήψη διφωσφονικών.^{37, 49}

Παθοφυσιολογία – Παράγοντες κινδύνου

Η ΟΓΣΦ θεωρείται πολυπαραγοντική νόσος, της οποίας η αιτιοπαθογένεια δεν έχει πλήρως αποσαφηνιστεί. Οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί που έχουν προταθεί περιλαμβάνουν την αναστολή της οστικής αναδιαμόρφωσης (boneremodeling) ή της αγγειογένεσης, σε συνδυασμό με την ύπαρξη φλεγμονής ή λοίμωξης και πιθανώς την ανοσοκαταστολή και τη γενετική προδιάθεση.^{7, 9, 16}

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η διερεύνηση του ρόλου της στοματικής υγείας ως παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη ΟΓΣΦ.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Για την περιγραφική βιβλιογραφική ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε αναζήτηση βιβλιογραφικών πηγών σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (PubMed, Embase, GoogleScholar, Scopus, WebofScience) με λέξεις-κλειδιά "medication-related osteonecrosis of the jaw", "oral health/hygiene", "risk factors" και "prevention". Η χρονική περίοδος αναζήτησης περιελάμβανε τα έτη 2003-2024, με κριτήρια επιλογής τη δημοσίευση στην

αγγλική ή στην ελληνική γλώσσα και σε περιοδικά με κριτές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι παράγοντες κινδύνου για την ΟΓΣΦ έχουν αναλυθεί σε πολυάριθμες μελέτες, τόσο πειραματικές όσο και κλινικές, και μπορούν να διαχωριστούν στους σχετιζόμενους με τη φαρμακευτική αγωγή, τη γενική υγεία και τη στοματική κατάσταση του ασθενούς. Στους παράγοντες *σχετιζόμενους με τη φαρμακευτική αγωγή* εντάσσεται το *είδος* του φαρμάκου, όπου τα διφωσφονικά άλατα και η δενοσουμάμπη συνιστούν την κύρια αιτία πρόκλησης ΟΓΣΦ που επιβεβαιώνεται από πληθώρα κλινικών μελετών και συστηματικών ανασκοπήσεων, ενώ για τις υπόλοιπες φαρμακευτικές ουσίες, όπως οι αντι-αγγειογενετικοί παράγοντες, η βιβλιογραφική τεκμηρίωση της συσχέτισής τους είναι ελλιπής.^{7-9, 29, 37, 46, 50-54} Τεκμηριωμένη επίσης βιβλιογραφικά θεωρείται η *δόσο-αιτία* και *χρόνο-εξαρτώμενη* σχέση της αντιοστεοκλητικής αγωγής, της οδού χορήγησής της και της αθροιστικής δόσης με την εμφάνιση ΟΓΣΦ. Η ενδοφλέβια ή υποδόρια μηνιαία χορήγηση υψηλών δόσεων διφωσφονικών ή δενοσουμάμπης αντίστοιχα σε ογκολογικούς ασθενείς εμφανίζει σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο ΟΓΣΦ σε σχέση με την από το στόμα ή παρεντερική χαμηλής δόσης αντιοστεοκλητική αγωγή που λαμβάνουν οι οστεοπορωτικοί ασθενείς ανά μήνα ή ανά εξάμηνο.^{7-9, 55-60} Ο χρόνος έκθεσης στον αντιοστεοκλητικό παράγοντα που απαιτείται για την εκδήλωση της ΟΓΣΦ είναι μικρότερος στους ογκολογικούς σε σύγκριση με τους οστεοπορωτικούς ασθενείς.^{61, 62} Η συγχορήγηση αντιοστεοκλητικής αγωγής με αντι-αγγειογενετικούς παράγοντες, κορτικοστεροειδή, χημειοθεραπεία και στοχευμένες θεραπείες αυξάνει το κίνδυνο ΟΓΣΦ.^{7, 28, 50, 52, 63} Στους παράγοντες κινδύνου *σχετιζόμενους με τη γενική υγεία* συνοπτικά περιλαμβάνονται η υποκείμενη νόσος και διάφορες συννοσηρότητες.^{37, 52, 64} Στις συννοσηρότητες περιλαμβάνονται διάφορες νόσοι, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, αυτοάνοσα νοσήματα, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα και το σύνδρομο Sjögren, η ανοσοκαταστολή, η υπέρταση, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η αναιμία, η υποασβεσταιμία, η κατανάλωση καπνού και αλκοόλ.^{7, 9, 46, 64}

Ο ρόλος της στοματικής υγείας

Στη βιβλιογραφία οι συχνότερα απαντώμενοι παράγοντες κινδύνου για ΟΓΣΦ σχετιζόμενοι με τη *στοματική κατάσταση* του ασθενούς αφορούν τις εξαγωγές, την οδοντοφατνιακή χειρουργική, την τοποθέτηση εμφυτευμάτων, τις οδοντικές, περιοδοντικές, περιακρορριζικές και περιεμφυτευματικές φλεγμονές, το ιατρογενές τραύμα ή το τραύμα από οδοντοστοιχίες με κακή εφαρμογή, την εντόπιση στην κάτω γνάθο, τις ανατομικές παραληλαγές, όπως οι εξοστώσεις και η εξεσημασμένη φατνιακή ακροληφία ή έσω λοξή γραμμή, καθώς και η κακή στοματική υγιεινή.^{7-9, 16, 46, 50, 53, 65} Οι εξαγωγές παραδοσιακά θεωρούνται ως η κύρια αιτία πρόκλησης ΟΓΣΦ, καθώς παρατη-

ρούνται περίπου στο 45-82% των περιπτώσεων.^{7, 8, 38, 50, 57} Ο κίνδυνος ωστόσο ΟΓΣΦ έπεται από εξαγωγή σε οστεοπορωτικούς ασθενείς είναι ιδιαίτερα χαμηλός και κυμαίνεται μεταξύ 0% έως 0,15% για τα διφωσφονικά και στο 1% για τη δενοσουμάμνη, ενώ στους ογκολογικούς ασθενείς μεταξύ 1,6% και 14,8%.⁷ Παρ' όλη αυτά, πλείον όλο και περισσότερες μελέτες εστιάζουν στον ρόλο της προϋπάρχουσας ροίμωξης και της φλεγμονής για την πρόκληση της ΟΓΣΦ και όχι τόσο στον ρόλο του χειρουργικού τραύματος που προκαλείται από εξαγωγές ή άλητες επεμβάσεις.^{8, 9, 16, 66-70} Έχει άληλωστε δειχθεί σε προκλινικές άληά και κλινικές μελέτες ότι η αντιοστεολυτική θεραπεία σε συνδυασμό με ροίμωξη ή φλεγμονή είναι αναγκαίος και ικανός παράγοντας εκδήλωσης ΟΓΣΦ.^{7, 9} Δεδομένου επίσης ότι συνήθης θεραπεία των φλεγμονών οδοντικής και περιοδοντολογικής αιτιολογίας αποτελεί η εξαγωγή δοντιών, η προϋπάρχουσα φλεγμονή περιπλέκει, σαν συγχυτικός παράγοντας, τη σχέση μεταξύ εξαγωγής και κινδύνου εμφάνισης ΟΓΣΦ.⁷

Σε *εργαστηριακό επίπεδο*, πειραματόζωα με πειραματική περιοδοντίτιδα, είτε μέσω μηχανικής κατακράτησης οδοντικής μικροβιακής πλάκας είτε μέσω της διατροφής και σύγχρονη λήψη ζολενδρονικού οξέος, εμφάνισαν ΟΓΣΦ, ενώ σε άλητη μελέτη η περιοδοντολογική θεραπεία φάνηκε να μειώνει τον επιπολασμό της νόσου.⁷¹⁻⁷³ Η ύπαρξη επίσης περιοδοντικής νόσου επιτάχυνε την ανάπτυξη ΟΓΣΦ έπεται από εξαγωγή σε ποντίκια που είχαν λάβει διφωσφονικά ή δενοσουμάμνη.⁷⁴ Μελέτη σε ινδικά χοιρίδια που είχαν λάβει ενδοφλέβια ζολενδρονικό οξύ έδειξε ότι οι εξαγωγές δεν συνιστούν αναγκαία προϋπόθεση για ΟΓΣΦ, καθώς αυτή εμφανίστηκε και σε περιοχές με ουλίτιδα, περιοδοντίτιδα και περιακρορριζικές φλεγμονές.⁷⁵ Η ύπαρξη περιακρορριζικής παθολογίας σε συνδυασμό με διφωσφονικά ή δενοσουμάμνη προκάλεσε ΟΓΣΦ σε πειραματόζωα με ή χωρίς ιστορικό εξαγωγών.⁷⁶⁻⁷⁸ Η παρουσία βιοϋμενίου έχει επίσης συσχετιστεί με την ανάπτυξη ΟΓΣΦ, όπου διάφορα είδη μικροβίων, κυρίως ακτινομύκητες και αναερόβια περιοδοντοπαθογόνα βακτήρια, όπως το *Porphyromonas gingivalis*, εντοπίστηκαν σε εστίες της νόσου.⁷⁹⁻⁸³

Σχετικά με τις *κλινικές μελέτες* που ερευνούν τη σχέση της στοματικής υγείας με την ΟΓΣΦ, σημεία φλεγμονής των δοντιών, όπως πόνος, οίδημα, πυόρροια, συρίγγιο και μούδιασμα φάνηκαν να σχετίζονται με οστεονέκρωση που προηγήθηκε της εξαγωγής και με την ανάπτυξη ΟΓΣΦ σε ογκολογικούς ασθενείς υπό αντιοστεολυτική αγωγή.⁸⁴ Στη μελέτη των Saia et al., έπεται από χειρουργική εξαγωγή ΟΓΣΦ ανιχνεύθηκε μόνο σε ογκολογικούς ασθενείς με προϋπάρχουσα οστεομυελίτιδα, ενισχύοντας την υπόθεση ότι η νόσος ξεκινάει ως φλεγμονή των οστών και ότι είναι άπιθανο το τραύμα λόγω της εξαγωγής να ευθύνεται για την οστεονέκρωση.⁶⁷ Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξε και ο Otto et al. έπεται από εξαγωγές σε ασθενείς υπό αντιοστεολυτική αγωγή, καθώς σημαντικό μέρος των περιστατικών ΟΓΣΦ είχαν οστεομυελικές ή οστεονεκρωτικές βλάβες τη στιγμή της εξαγωγής, συνηγορώντας στο ότι η τοπική ροίμωξη πυ-

ροδοτεί τη νόσο. Βρέθηκε επίσης ότι η κακή στοματική υγιεινή συσχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με τη νόσο.⁶⁹ Πιο πρόσφατες μελέτες, τόσο σε οστεοπορωτικούς όσο και σε ογκολογικούς ασθενείς, καταδεικνύουν τη σημασία της ροίμωξης και της φλεγμονής ως παράγοντα κινδύνου.⁸⁵⁻⁸⁷ Ως προς τον ρόλο *περιακρορριζικών φλεγμονών*, σε αναδρομική μελέτη σε 123 ογκολογικούς ασθενείς με οστικές μεταστάσεις από συμπαγείς όγκους που είχαν αναπτύξει οστεονέκρωση έπεται από λήψη δενοσουμάμνης, στατιστικά σημαντική συσχέτιση της νόσου βρέθηκε με την ύπαρξη περιακρορριζικής παθολογίας και περιοδοντίτιδας.⁸⁸ Σε μια εθνικής εμβέλειας μελέτη στην Κορέα με δείγμα 27.168 γυναικών ηλικίας άνω των 50 ετών που λάμβαναν διφωσφονικά στα πλαίσια θεραπείας για οστεοπόρωση, η ύπαρξη νόσου του πολφού ή των περιακρορριζικών ιστών αύξανε στατιστικά σημαντικά τον κίνδυνο για ΟΓΣΦ. Η ενδοδοντική θεραπεία φάνηκε επίσης να μην επηρεάζει την εμφάνιση της νόσου, συμπεράσμα στο οποίο είχε καταλήξει και ο Vahtsevanos et al.^{89, 90} Στη μελέτη του Tempesta et al., η ανάπτυξη ΟΓΣΦ σχετίστηκε με την ύπαρξη δοντιών με αποτυχημένες ενδοδοντικές θεραπείες, καθώς στην ιστοπαθολογική εξέταση εντοπίστηκε οστική απορρόφηση και νέκρωση γύρω από τις περιακρορριζικές αλλοιώσεις των δοντιών αυτών.⁹¹

Ο ρόλος της φλεγμονής των *περιοδοντικών ιστών*, δηλαδή της περιοδοντίτιδας/ουλίτιδας, ως παράγοντας κινδύνου εμφάνισης ΟΓΣΦ, θεωρείται βιβλιογραφικά πιο τεκμηριωμένος και συναντάται δεύτερος σε συχνότητα έπεται από τις εξαγωγές δοντιών.^{7, 50, 92} Ήδη από το 2005, ο Marx et al. ανέφερε την περιοδοντίτιδα ως την κύρια νόσο της στοματικής κοιλότητας σε ασθενείς με ΟΓΣΦ και την προκεχωρημένη περιοδοντίτιδα ως αιτία πρόκλησης της νόσου.⁹³ Ωστόσο, στην αναδρομική μελέτη του Vahtsevanos et al., όπου περιλήφθηκαν 1.621 ογκολογικοί ασθενείς υπό διφωσφονικά, η περιοδοντική τους κατάσταση αξιολογήθηκε βάσει του δείκτη ανάγκης περιοδοντικής θεραπείας της κοινότητας (Community Periodontal Index of Treatment Needs-CPITN), χωρίς να βρεθεί κάποια συσχέτιση.⁸⁹ Επιπροσθέτως, σε αναδρομική μελέτη σειρών του Estilo et al. σε 310 ογκολογικούς ασθενείς υπό τη λήψη παμιδρονάτης, ζολεδρονάτης ή συνδυασμού τους, όπου η διάγνωση της περιοδοντικής νόσου βασίστηκε σε ακτινογραφική απώλεια τουλάχιστον του 25% της κορυφής της φατνιακής ακρολφίας, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ περιοδοντίτιδας ή στοματικής υγιεινής με την ΟΓΣΦ.⁹⁴ Αντίστοιχα, μελέτη ασθενών-μαρτύρων σε 39 ασθενείς με το ίδιο ιστορικό φαρμακευτικής αγωγής και κακοήθειας με την προηγούμενη έρευνα, στους οποίους η περιοδοντική νόσος διαγνώστηκε ξανά με βάση μόνο ακτινογραφικά κριτήρια, και συγκεκριμένα με τον υπολογισμό της υπολειπόμενης οστικής στήριξης residual periodontal bone, απέτυχε να δείξει κάποια συσχέτιση.⁹⁵ Η ακτινογραφική όμως εξέταση δεν ανιχνεύει την ύπαρξη ενεργούς φλεγμονής των περιοδοντικών ιστών, παρά μόνο την οστική απώλεια γύρω από τα υπάρχοντα δόντια, που

μπορεί να οφείλεται είτε σε ενεργή νόσο είτε σε ιστορικό αυτής. Συνεπώς, η χρήση από τις δύο προηγούμενες μελέτες αποκλειστικά ακτινογραφικών κριτηρίων για τη διάγνωση της περιοδοντίτιδας κρίνεται ανεπαρκής για την ορθή διερεύνηση του ρόλου της φλεγμονής των περιοδοντικών ιστών. Σε άλλη μελέτη με 3 ομάδες ασθενών, 24 ογκολογικούς ασθενείς με ιστορικό λήψης ζολεδρονάτης και ΟΓΣΦ, 21 μάρτυρες που είχαν λάβει ζολεδρονάτη για κακοήγη νόσο χωρίς να εμφανίσουν οστεονέκρωση και 24 μάρτυρες βάσει ηλικίας χωρίς ιστορικό λήψης διφωσφονικών, δεν βρέθηκε κάποια σημαντική συσχέτιση μεταξύ του δείκτη πλάκας και του δείκτη DMFT με την ΟΓΣΦ.⁹⁶ Επισημαίνεται ότι ο δείκτης πλάκας δεν αξιολογεί τη φλεγμονή των περιοδοντικών ιστών. Αντίθετα, η αναδρομική μελέτη σειρών του Yamazaki et al. σε ασθενείς με ιστορικό λήψης διφωσφονικών που υποβλήθηκαν σε εξαγωγές έδειξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ επίπτωσης ΟΓΣΦ και απώλειας φατνιακού οστού, υποδεικνύοντας την περιοδοντίτιδα βαριάς μορφής ως πιθανό παράγοντα κινδύνου.⁹⁷ Αποκλειστικά ακτινογραφικά κριτήρια και συγκεκριμένα απώλεια φατνιακού οστού άνω των 5 χιλ. σε τουλάχιστον δύο δόντια χρησιμοποιήθηκαν και σε μελέτη ασθενών-μαρτύρων με δείγμα 129 ασθενείς με ιστορικό κακοήθειας ή οστεοπόρωσης και λήψης διφωσφονικών, οι οποίοι διαγνώστηκαν με ΟΓΣΦ. Από τα δεδομένα φάνηκε ότι οι ασθενείς είχαν λιγότερα δόντια, στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη απώλεια οστού σε σχέση με τους μάρτυρες και συνεπώς μεγαλύτερο επιπολασμό και βαρύτητα περιοδοντικής νόσου.⁹⁸ Σε μελέτη ασθενών-μαρτύρων του Tsao et al. με 22 συμμετέχοντες που λάμβαναν διφωσφονικά για κακοήθεια, πραγματοποιήθηκε κλινική εξέταση με καταγραφή του βάθους θυλάκων, της απώλειας πρόσφυσης, του δείκτη πλάκας και ούλων και οι μόνοι δείκτες περιοδοντικής νόσου που συσχετίστηκαν με ΟΓΣΦ ήταν η ανίχνευση θυλάκων άνω των 4 χιλ. ή θυλάκων μεταξύ 4 και 5 χιλ. Βρέθηκε ακόμη συσχέτιση της νόσου με τους τίτλους αντισωμάτων κατά του περιοδοντοπαθογόνου μικροβίου *Porphyromonas gingivalis* και τα επίπεδα της ιντερλευκίνης 1b του υγρού της ουλοδοντικής σχισμής.⁸⁰ Σε μελέτη ασθενών-μαρτύρων σε 52 οστεοπορωτικούς ασθενείς με θεραπεία με διφωσφονικά, στην οποία η περιοδοντολογική αξιολόγησή τους έγινε με τον περιοδοντολογικό δείκτη καταγραφής (periodontal screening index-PSI) σε 4 όμορα σημεία σε όλο τον φραγμό, όλοι οι ασθενείς με ΟΓΣΦ, 32 στον αριθμό, παρουσίαζαν έστω έναν περιοδοντικό θύλακο βάθους τουλάχιστον 4 χιλ., ενώ η επίπτωση της περιοδοντικής νόσου, αλλιώς και του δείκτη τερηδόνας DMFT σε αυτούς, ήταν στατιστικά σημαντική.⁹⁹ Παρόμοια μελέτη ασθενών-μαρτύρων του Kos σε 81 ογκολογικούς ασθενείς που είχαν λάβει διφωσφονικά μελέτησε την επίδραση της στοματικής υγείας στην ανάπτυξη της ΟΓΣΦ και κατέδειξε ότι οι ασθενείς με ΟΓΣΦ είχαν χειρότερη στοματική υγιεινή σε σχέση με τους μάρτυρες, καθώς και στατιστικά σημαντικά περισσότερα τερηδονισμένα δόντια, περισσότερους βαθείς περιοδοντικούς θυλά-

κους άνω των 4 χιλ. και μεγαλύτερη απώλεια εναπομείνουσας οστικής στήριξης. Για την περιοδοντολογική εκτίμηση χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης ανάγκης περιοδοντικής θεραπείας της κοινότητας (CPITN) και η εναπομείνουσα οστική στήριξη υπολογίστηκε από τις πανοραμικές ακτινογραφίες.¹⁰⁰ Σε σειρά περιστατικών της Nicolatou-Galitis et al. καταγράφηκαν κλινικά και ακτινολογικά σημεία και συμπτώματα εμπλοκής των περιοδοντικών ιστών, τα οποία προηγήθηκαν της ΟΓΣΦ σε ογκολογικούς ασθενείς υπό αντιοστεολυτική αγωγή, σε συνδυασμό ή όχι με στοχευμένες θεραπείες που υποβλήθηκαν σε εξαγωγές. Σημεία περιοδοντικής νόσου περιελάμβαναν την ύπαρξη αιμορραγίας, συριγγίων, πυορροής, οίδηματος, περιοδοντικών θυλάκων και κινητικότητας, με βασικό σύμπτωμα τον πόνο και με διεύρυνση του περιρριζικού χώρου ή αύξηση της οστικής πυκνότητας, ενώ εκτεθειμένο νεκρωμένο οστό εντοπίστηκε σε όλες τις περιπτώσεις πριν από τις εξαγωγές.¹⁰¹ Σε μελέτη ασθενών-μαρτύρων σε ογκολογικούς ασθενείς, ο Thumbigere-Math et al. βρήκε ότι οι ασθενείς σε ΟΓΣΦ είχαν λιγότερα δόντια, μεγαλύτερη απώλεια πρόσφυσης και λιγότερη οστική στήριξη σε σχέση με τους μάρτυρες.¹⁰² Στην αναδρομική μελέτη σειρών με διάρκεια πέντε ετών σε 156 ογκολογικούς ασθενείς υπό θεραπεία ζολεδρονάτης, ο Manfredi et al. έδειξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ περιοδοντίτιδας βαριάς μορφής και ΟΓΣΦ. Δόντια με βαριάς μορφής νόσο θεωρούνταν όσα εμφάνιζαν απώλεια κλινικής πρόσφυσης άνω του 50%, κινητικότητα δευτέρου ή τρίτου βαθμού, δείκτη πλάκας άνω του 50%, αιμορραγία κατά την ανίχνευση άνω του 50% και βλάβες στη μεσορριζική περιοχή.¹⁰³ Στη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση του Lorenzo-Pouso et al., που συμπεριέλαβε τις προαναφερθείσες κλινικές μελέτες έως τον Ιούλιο του 2018 για τη διερεύνηση της σχέσης περιοδοντίτιδας και ΟΓΣΦ, βρέθηκε ότι μόνο το αυξημένο βάθος θυλάκου σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με την ΟΓΣΦ.¹⁰⁴ Μεταγενέστερη μελέτη στη Σουηδία με δείγμα 55 ασθενών με ΟΓΣΦ, όπου εξετάστηκαν αναδρομικά οι παράγοντες κινδύνου της νόσου, η περιοδοντική νόσος προηγήθηκε της οστεονέκρωσης σε 41 ασθενείς, καθιστώντας την τον πιο συχνό εκλυτικό παράγοντα. Στα 41 περιστατικά ωστόσο, τα 29 αφορούσαν εξαγωγές δοντιών με περιοδοντική ή περιακρορριζική βλάβη, χωρίς να διευκρινίζεται τότε αναπτύχθηκε η νέκρωση και άρα αν η εξαγωγή ή η φλεγμονή οδήγησαν στην ανάπτυξή της.¹⁰⁵ Προοπτική μελέτη σειρών με μέσο χρόνο παρακολούθησης τα 8 χρόνια που πραγματοποιήθηκε σε 6.018 γυναίκες με καρκίνο μαστού σταδίου I-III, λήψη ζολεδρονάτης, κλοδρονάτης ή ιβανδρονάτης, στις οποίες είχαν εφαρμοστεί προληπτικά οδοντιατρικά μέτρα, έδειξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ εναποθέσεων τρυγίας, ουλίτιδας, μέτριας/βαριάς μορφής περιοδοντίτιδας, εκτεταμένων τερηδόνων, δοντιών με κατάγματα/αποκαταστάσεις και του κινδύνου ΟΓΣΦ. Μάλιστα, ο κίνδυνος ΟΓΣΦ αυξανόταν καθώς εξελισσόταν η περιοδοντική νόσος.¹⁰⁶ Πιο πρόσφατη αναδρομική μελέτη με στοιχεία από τη βάση δεδομένων του εθνικού σύστημα

ασφάλισης της Κορέας, με δείγμα 27.168 γυναικών με οστεοπόρωση και ιστορικό λήψης διφωσφονικών, έδειξε ότι η περιοδοντική νόσος από μόνη της εμφανίζει το ίδιο κίνδυνο εμφάνισης ΟΓΣΦ με αυτόν των εξαγωγών. Μάλιστα, ο κίνδυνος αυξάνεται σημαντικά όταν οι εξαγωγές γίνονται σε δόντια περιοδοντικά επιβαρυμένα.¹⁰⁷ Σε προοπτική μελέτη σειρών σε 144 ασθενείς με ποληλαπλή μυέλωμα, η μέσης βαρύτητας και προκεχωρημένη περιοδοντίτιδα, βάσει της κλινικής απώλειας πρόσφυσης, καθώς και ο μειωμένος αριθμός δοντιών εμφανιζόταν με στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα στις περιπτώσεις με ΟΓΣΦ.¹⁰⁸

Η σημασία της στοματικής υγείας διερευνήθηκε και από κλινικές μελέτες, στις οποίες εφαρμόστηκαν *προληπτικά οδοντιατρικά μέτρα* πριν από την έναρξη της αντιοστεολυτικής αγωγής και εξετάστηκε η επίδρασή τους στην εμφάνιση ΟΓΣΦ. Πρώτες αναφορές για την παραπάνω συσχέτιση έγιναν από τον Dimopoulos et al. το 2009 σε συνολικά 128 ασθενείς με ποληλαπλή μυέλωμα και θεραπεία με ζολενδρονικό οξύ, όπου μελετήθηκαν αναδρομικά 38 ασθενείς που δεν είχαν λάβει προληπτικά οδοντιατρικά μέτρα και προοπτικά 90 ασθενείς που συμμετείχαν στο πρόγραμμα πρόληψης. Βρέθηκε ότι η προληπτική οδοντιατρική αξιολόγηση, με εντοπισμό και έλεγχο φλεγμονών της στοματικής κοιλότητας, διόρθωση οδοντοστοιχιών που τραυματίζουν και διατήρηση καλού επιπέδου στοματικής υγιεινής εκ μέρους των ασθενών, συνέβαλε στο να μειωθεί στατιστικά σημαντικά, σχεδόν κατά 3 φορές, η επίπτωση της ΟΓΣΦ.¹⁰⁹ Σε αντίστοιχο συμπέρασμα κατέληξε την ίδια χρονιά και ο Ripamonti et al. με παρόμοιο σχεδιασμό μελέτης και συνολικό δείγμα 966 ασθενών με συμπαγείς όγκους και οστικές μεταστάσεις, οι οποίοι έλαβαν παμιδρονάτη, ζολενδρονάτη, συνδυασμό αυτών ή κλοδρονάτη. Προοπτικά παρακολούθηθηκαν 154 ασθενείς, στους οποίους εφαρμόστηκαν προληπτικά οδοντιατρικά μέτρα και στους οποίους η επίπτωση της ΟΓΣΦ ελαττώθηκε περίπου στο μισό, στα 0,014 περιστατικά/έτος σε σχέση με τα 0,029 περιστατικά/έτος που καταγράφηκαν σε όσους δεν τα είχαν λάβει. Μάλιστα, ακόμη μεγαλύτερη μείωση της τάξεως του 70% παρατηρήθηκε σε όσους έγινε χορήγηση ζολενδρονικού οξέος ως μονοθεραπεία ή συνδυαστικά με παμιδρονάτη.¹¹⁰ Σε προοπτική μελέτη σε 282 ογκολογικούς ασθενείς με συμπαγείς κακοήθειες, οι 217 υποβλήθηκαν σε προληπτικό οδοντιατρικό έλεγχο πριν από την έναρξη της θεραπείας με ζολενδρονικό οξύ με ή χωρίς αντι-αγγειογενετικούς παράγοντες, ενώ οι υπόλοιποι 65 συμμετέχοντες εξετάστηκαν αφού είχαν ξεκινήσει την αγωγή. Στο διάστημα παρακολούθησης των 18 μηνών, κανένας ασθενής από την ομάδα πρόληψης δεν εμφάνισε ΟΓΣΦ, σε αντίθεση με αυτούς που είχαν λάβει αντιοστεολυτικά πριν από την εξέταση, όπου 3 ασθενείς είχαν ήδη ΟΓΣΦ στην πρώτη εξέταση και 7 εμφάνισαν στη συνέχεια.¹¹¹ Αντίστοιχα, στην προοπτική μελέτη του Francini et al., με μέση διάρκεια παρακολούθησης τους 19,7 μήνες και δείγμα 59 ασθενείς με οστικές μεταστάσεις και λήψη ζολενδρονάτης μαζί με μπεβασιζουμάμνη, η διεξαγωγή οδοντιατρικού

ελέγχου και η εφαρμογή προληπτικών μέτρων πριν από την έναρξη της θεραπείας είχε ως αποτέλεσμα κανένας ασθενής να μην αναπτύξει ΟΓΣΦ.¹¹² Η επίπτωση της ΟΓΣΦ μειώθηκε κατά προσέγγιση στο μισό, καθώς από 5,5% στην αναδρομική ανάλυση 200 ασθενών με μεταστάσεις από συμπαγείς όγκους και λήψη ενδοφλέβιων διφωσφονικών χωρίς προληπτικές οδοντιατρικές επεμβάσεις, ελαττώθηκε στο 2,8% σε βάθος 4 ετών σε δείγμα 211 ασθενών ίδιου ιστορικού, που αξιολογήθηκαν από οδοντιάτρους πριν αλλιά και κατά τη διάρκεια της αγωγής.¹¹³ Εντυπωσιακό θεωρείται το αποτέλεσμα της προοπτικής μελέτης της Bramati et al. διάρκειας 60 μηνών, όπου σε ένα δείγμα 212 ασθενών με οστικές μεταστάσεις που λάμβαναν ζολενδρονάτη ή παμιδρονάτη και υποβλήθηκαν σε ένα αυστηρό προληπτικό πρόγραμμα δεν εντοπίστηκε κανένα περιστατικό ΟΓΣΦ. Το προληπτικό πρόγραμμα περιελάμβανε οδοντιατρικό έλεγχο τόσο πριν από την έναρξη όσο και κατά τη διάρκεια της θεραπείας με διφωσφονικά και συγκεκριμένα ανά εξάμηνο. Παράλληλα, ο θεράπων ογκολόγος έλεγχε περιοδικά τη στοματική κοιλότητα για τυχόν σημεία της νόσου.¹¹⁴ Σε αναδρομική μελέτη με βάθος δεκαετίας με 1.243 ασθενείς με ποληλαπλή μυέλωμα, μεταστατικό καρκίνο του μαστού ή του πνεύμονα, οι οποίοι λάμβαναν ζολενδρονάτη, παμιδρονάτη ή δενοσουμάμνη, η επίπτωση της ΟΓΣΦ μειώθηκε από 4,6% σε 0,8% έπειτα από οδοντιατρικά προληπτικά μέτρα.¹¹⁵ Ο Mücke et al. σε προοπτική μελέτη σειρών διάρκειας 6 ετών με δείγμα 253 ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο προστάτη υπό θεραπεία με ζολενδρονικό οξύ, τυχαίοποιημένα χώρισε το δείγμα σε 2 ομάδες, όπου στην πρώτη ομάδα οι ασθενείς παρακολουθούνταν, όποτε υπήρχε ανάγκη και σε ετήσια βάση από τον οδοντίατρό τους, ενώ στη δεύτερη ομάδα ελέγχονταν τακτικά ανά 12 εβδομάδες από τους συγγραφείς. Τα δεδομένα έδειξαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα με μείωση κατά 2,59 φορές του σχετικού κινδύνου εμφάνισης ΟΓΣΦ για την πρώτη ομάδα και ελάττωση επίπτωσης της νόσου κατά 82%.¹¹⁶ Στην αναδρομική μελέτη σειρών επίσης του Manfredi et al. με διάρκεια πέντε ετών σε 156 ογκολογικούς ασθενείς υπό θεραπεία ζολενδρονάτης, η εφαρμογή προληπτικών μέτρων μετά την έναρξη της αντιοστεολυτικής αγωγής επηρέασε στατιστικά σημαντικά την εμφάνιση ΟΓΣΦ, υπογραμμίζοντας τη σημασία της πρόληψης.¹⁰³ Τέλος, ο Owosho et al. μελέτησαν 2.216 ογκολογικούς ασθενείς υπό αντιοστεολυτική αγωγή με ή χωρίς αντι-αγγειογενετικούς παράγοντες σε χρονικό διάστημα 10 ετών, όπου φάνηκε ότι όσοι είχαν λάβει προληπτικά οδοντιατρικά μέτρα πριν από την έναρξη της θεραπείας εμφάνισαν στατιστικά σημαντικά κατά 12 φορές μικρότερη επίπτωση ΟΓΣΦ, σε σχέση με τους υπόλοιπους.³⁸

Ο ρόλος των εμφυτευμάτων

Τα τελευταία χρόνια στους παράγοντες κινδύνου πρόκλησης ΟΓΣΦ συμπεριλαμβάνονται τα εμφυτεύματα και κυρίως η περιεμφυτευματίτιδα, η οποία αποτελεί μια φλεγμονώδη νόσο με υψηλό μικροβιακό φορτίο, η οποία επηρεάζει τους μαλακούς και τους σκληρούς

ιστούς που περιβάλλουν τα οδοντικά εμφυτεύματα, προκαλώντας μια προοδευτική απώλεια οστού μαζί με σχηματισμό θυλάκου.

Η ΟΓΣΦ που σχετίζεται με τα εμφυτεύματα μπορεί να προκληθεί είτε λόγω της τοποθέτησής τους (οστεο-νέκρωση προκαλούμενη από το χειρουργείο τοποθέτησης του εμφυτεύματος-ISTO: implantsurgery-triggered osteonecrosis), είτε μεταγενέστερα από την τοποθέτηση εμφυτεύματος και την εμφάνιση περιεμφυτευματικής φλεγμονής (IPTO: implant presence-triggered osteonecrosis).¹¹⁷⁻¹²⁰ Στη βιβλιογραφία η διάκριση μεταξύ των παραπάνω γίνεται με το χρονικό διάστημα που έχει περάσει από την τοποθέτηση του εμφυτεύματος, το οποίο ποικίλλει από 6 μήνες έως 1 χρόνο.¹¹⁸ Πιο συγκεκριμένα, κλινικές μελέτες αναφέρουν ότι η εμφάνιση της ΟΓΣΦ γίνεται κατά τη διάρκεια των 6 πρώτων μηνών μετά την τοποθέτηση του εμφυτεύματος στο 1/3 των ασθενών, ενώ στα 2/3 των ασθενών γίνεται έπειτα από τους πρώτους 6 μήνες, όπου η οστεοενσωμάτωση έχει ολοκληρωθεί.^{119, 121}

Η τοποθέτηση εμφυτευμάτων λόγω του χειρουργικού τραύματος και της οστικής αναδιαμόρφωσης που προκαλεί αποτελεί παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης ΟΓΣΦ, λόγω της καταστολής της αναδιαμόρφωσης των οστών που προκαλούν τα αντιοστεολυτικά φάρμακα. Επίσης, τα οστά μπορεί να είναι πιο ευάλωτα σε λοίμωξη λόγω της μειωμένης αναδιαμόρφωσης.¹²² Στα ήδη οστεοενσωματωμένα εμφυτεύματα, παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ΟΓΣΦ αποτελούν η περιεμφυτευματίτιδα και οι μικρορωγμές που προκαλούνται στο οστό από τη φόρτιση των εμφυτευμάτων, σε συνδυασμό με την καταστολή της αναδιαμόρφωσης του οστού λόγω λήψης των αντιοστεολυτικών φαρμάκων.^{118, 120} Μελέτες αναφέρουν ότι χωρίς την ύπαρξη φλεγμονής και ανάπτυξη περιεμφυτευματίτιδας γύρω από τα εμφυτεύματα, δεν αυξάνεται ο κίνδυνος για την ανάπτυξη ΟΓΣΦ.^{117, 122} Επομένως, η περιεμφυτευματίτιδα, σε μεγαλύτερο βαθμό από ό,τι το χειρουργικό τραύμα λόγω της τοποθέτησης, συνιστά πιθανό κύριο εκλητικό παράγοντα για την ΟΓΣΦ σχετιζόμενη με εμφυτεύματα.⁹²

Το 2012, οι Kwon et al. διέκριναν 3 ιστομορφολογικές οντότητες της σχετιζόμενης με τα εμφυτεύματα ΟΓΣΦ, οι οποίες προκύπτουν από τον τύπο καταστροφής του οστού. Ο παγωμένος τύπος (The *frozen type*): πλήρης νέκρωση του οστού γύρω από το εμφύτευμα, που προσομοιάζει με την αποτυχία εμφυτεύματος, μόνο που αυτή συμβαίνει αρκετά χρόνια μετά την τοποθέτηση του εμφυτεύματος. Ο οστεολυτικός τύπος (The *osteolytic type*): εκτεταμένη οστεόλυση γύρω από το εμφύτευμα με ή χωρίς απολυματοποίηση. Ο τύπος *en block απολυματοποίηση*: Η δημιουργία οστικού απολύματος στο κόκαλο γύρω από το εμφύτευμα, χωρίς όμως να επηρεάζεται η οστεοενσωμάτωση του εμφυτεύματος σε εκείνο το σημείο. Οι παραπάνω τύποι μπορεί να συνυπάρχουν.¹²³

Μέχρι στιγμής, οι οδηγίες για την τοποθέτηση εμφυτευμάτων σε ασθενείς που λαμβάνουν διφωσφονικά φάρμακα είναι ασαφείς.^{118, 119, 121} Αντένδειξη φαίνεται να αποτελεί η τοποθέτηση εμφυτευμάτων

σε ογκολογικούς ασθενείς που λαμβάνουν ενδοφλέβια θεραπεία, σε αντίθεση με οστεοπορωτικούς ασθενείς που λαμβάνουν είτε ενδοφλέβια είτε από του στόματος θεραπεία.^{9, 119, 120, 124} Υπάρχει σχετική αντένδειξη τοποθέτησης εμφυτεύματος σε ασθενείς που λαμβάνουν από του στόματος αντιοστεολυτικά φάρμακα για περισσότερο από 3 χρόνια, ειδικά όταν λαμβάνουν ταυτόχρονα και κορτικοστεροειδή.^{118, 120}

Πιο συγκεκριμένα, ο κίνδυνος ΟΓΣΦ είναι αμελητέος για τους ασθενείς που λαμβάνουν από του στόματος την αγωγή για τη θεραπεία της οστεοπόρωσης.^{117, 121, 122} Το παραπάνω αφορά τόσο τη διατήρηση των οδοντικών εμφυτευμάτων μετά την έναρξη της αντιοστεολυτικής θεραπείας όσο και την τοποθέτηση εμφυτευμάτων κατά τη διάρκεια αυτής.^{121, 124} Μάλιστα, αναφέρεται ότι είναι ασφαλής η τοποθέτηση εμφυτευμάτων σε ασθενείς που λαμβάνουν από του στόματος διφωσφονικά για λιγότερο από 5 χρόνια.¹¹⁷ Όσον αφορά τη δονοσυμάμνη, κλινική μελέτη των Watts et. al., στην οποία διενεργήθηκαν επεμβατικές διαδικασίες, ανάμεσά τους και η τοποθέτηση εμφυτευμάτων σε γυναίκες με μετεμμηνοπαυσιακή οστεοπόρωση που λάμβαναν δονοσυμάμνη για χρονικό διάστημα μέχρι 10 χρόνια, η επίπτωση της ΟΓΣΦ ήταν χαμηλή και οι περισσότερες περιπτώσεις αντιμετωπίστηκαν με την κατάλληλη θεραπεία, χωρίς να χρειαστεί διακοπή του φαρμάκου. Πιο συγκεκριμένα, από τους 212 ασθενείς στους οποίους τοποθετήθηκαν εμφυτεύματα, μόνο σε μία περίπτωση εμφανίστηκε ΟΓΣΦ, η οποία θεραπεύτηκε διατηρώντας και τα εμφυτεύματα.¹²⁵ Αντιθέτως, ο κίνδυνος ανάπτυξης ΟΓΣΦ γύρω από εμφυτεύματα είναι πολύ υψηλός στους ογκολογικούς ασθενείς που παίρνουν μεγάλες δόσεις δονοσυμάμνης.

Συνεπώς, ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στους ασθενείς που έχουν ήδη εμφυτεύματα και κάποια στιγμή στη ζωή τους πρέπει να λάβουν αντιοστεολυτικά φάρμακα.¹¹⁹ Πρέπει να αξιολογείται η κατάσταση των εμφυτευμάτων και των περιεμφυτευματικών ιστών πριν από την έναρξη της θεραπείας, ιδιαίτερα αυτής για κακοήγη νόσο, και να γίνεται επαρκής ενημέρωση των ασθενών που έχουν εμφυτεύματα για τον κίνδυνο εμφάνισης ΟΓΣΦ.^{118, 120} Ο κίνδυνος αυτός είναι μικρότερος για ασθενείς που λαμβάνουν από του στόματος αντιοστεολυτικά φάρμακα, αλλά αυξάνεται όταν τα εμφυτεύματα έχουν τοποθετηθεί σε οπίσθιες περιοχές της γνάθου, εάν η διάρκεια της θεραπείας είναι μεγαλύτερη από 3 χρόνια και αν ταυτόχρονα ο ασθενής λαμβάνει κορτικοστεροειδή.^{118, 120, 126} Επίσης, καθίσταται σημαντική η παρακολούθηση των ασθενών με εμφυτεύματα που έχουν υποβληθεί σε θεραπεία με αντιοστεολυτικά φάρμακα, μέσω συχνών επισκέψεων στον οδοντίατρο για την τήρηση καλής στοματικής υγιεινής κάθε 3 μήνες.^{118, 119, 121, 126}

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Η κακή στοματική υγεία, και ειδικότερα η περιοδοντική νόσος ασθενών σε αντιοστεολυτική αγωγή, φαίνεται να σχετίζεται με την εμφάνιση ΟΓΣΦ.

- Οι ασθενείς σε αντιοστεολυτική αγωγή για κακοήγη νόσο κινδυνεύουν πολύ περισσότερο από αυτούς σε αγωγή για οστεοπόρωση
- Η αξιολόγηση όλων των ασθενών είναι αναγκαία πριν από την έναρξη της αντιοστεολυτικής θεραπείας, ώστε να αντιμετωπιστούν κατάλληλα.
- Ο έλεγχος της περιοδοντικής νόσου θα πρέπει να επιτευχθεί και να διατηρηθεί σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας.
- Η περιεμφυτευματική νόσος αποτελεί εκλυτικό παράγοντα εμφάνισης ΟΓΣΦ και για τον λόγο αυτό η πρόληψη και ο έλεγχός της θεωρούνται καθοριστικοί.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- MARX R E. Pamidronate (Aredia) and zoledronate (Zometa) induced avascular necrosis of the jaws: a growing epidemic. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003 Sep. 61(9): 1115-7.
- RUGGIERO SL, MEHROTRA B, ROSENBERG TJ & ENGROFF SL. Osteonecrosis of the jaws associated with the use of bisphosphonates: a review of 63 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004 May 1: 62(5): 527-34.
- RUGGIERO SL, DODSON TB, FANTASIA J, GOODDAY R, AGHALOO T, MEHROTRA B, et al. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons Position Paper on Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw – 2014 Update. *J Oral Maxillofac Surg.* 2014 Oct. 1: 72(10): 1938-56.
- MIKSAD RA, LAI KC, DODSON TB, WOO SB, TREISTER NS, AKINYEMI O, et al. Quality of Life Implications of Bisphosphonate-Associated Osteonecrosis of the Jaw. *The Oncologist.* 2011 Jan. 16(1): 121-32.
- TENORE G, MOHSEN A, ROSSI AF, PALAIA G, ROCCHETTI F, CASSONI A, et al. Does Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw Influence the Quality of Life of Cancer Patients? *Biomedicines.* 2020 Apr. 8(4): 95.
- WINTER A, SCHULZ S M, SCHMITTER M, BRANDS R C, STRAUB A, KÜBLER A, et al. Oral-Health-Related Quality of Life in Patients with Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw: A Prospective Clinical Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Sep. 16: 19(18): 11709.
- RUGGIERO SL, DODSON TB, AGHALOO T, CARLSON ER, WARD BB, & KADEMANI D. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons' Position Paper on Medication-Related Osteonecrosis of the Jaws-2022 Update. *J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg.* 2022 Dec.: 80(5): 920-43.
- SCHIODT M, OTTO S, FEDELE S, BEDOGNI A, NICOLATOU-GALITIS O, GUGGENBERGER R, et al. Workshop of European task force on medication-related osteonecrosis of the jaw – Current challenges. *Oral Dis.* 2019: 25(7): 1815-21.
- BEDOGNI A, MAUCERI R, FUSCO V, BERTOLDO F, BETTINI G, DI FEDE O, et al. Italian position paper (SIPMO-SICMF) on medication-related osteonecrosis of the jaw (MRONJ). *Oral Dis.* 2024 Feb. 5.
- LANGSTON AL & RALSTON SH. Management of Paget's disease of bone. *Rheumatology* 2004 Aug. 1: 43(8): 955-9.
- TERPOS E, MORGAN G, DIMOPOULOS MA, DRAKE MT, LENTZSCH S, RAJE N, et al. International Myeloma Working Group recommendations for the treatment of multiple myeloma-related bone disease. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 2013 Jun. 20: 31(18): 2347-57.
- HENRY D, VADHAN-RAJ S, HIRSH V, VON MOOS R, HUNGRIA V, COSTA L, et al. Delaying skeletal-related events in a randomized phase 3 study of denosumab versus zoledronic acid in patients with advanced cancer: an analysis of data from patients with solid tumors. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer* 2014 Mar.: 22(3): 679-87.
- DWAN K, PHILLIPS CA, STEINER RD & BASEL D. Bisphosphonate therapy for osteogenesis imperfecta. *Cochrane Database Syst Rev Internet.* 2016 Cited 2024 Feb. 22: (10). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005088.pub4/abstract>
- RAJE N, TERPOS E, WILLENBACHER W, SHIMIZU K, GARCÍA-SANZ R, DURIE B, et al. Denosumab versus zoledronic acid in bone disease treatment of newly diagnosed multiple myeloma: an international, double-blind, double-dummy, randomised, controlled, phase 3 study. *Lancet Oncol.* 2018 Mar.: 19(3): 370-81.
- GOSSIEL F, PAGGIOSI MA, NAYLOR KE, MCCLOSKEY EV, WALSH J, PEEL N, et al. The effect of bisphosphonates on bone turnover and bone balance in postmenopausal women with osteoporosis: The T-score bone marker approach in the TRIO study. *Bone.* 2020 Feb. 1: 131: 115158.
- NICOLATOU-GALITIS O, SCHIØDT M, MENDES RA, RIPAMONTI C, HOPE S, DRUDGE-COATES L, et al. Medication-related osteonecrosis of the jaw: definition and best practice for prevention, diagnosis, and treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2019 Feb. 1: 127(2): 117-35.
- KIMMEL DB. Mechanism of Action, Pharmacokinetic and Pharmacodynamic Profile, and Clinical Applications of Nitrogen-containing Bisphosphonates. *J Dent Res.* 2007 Nov 1: 86(11): 1022-33.
- MALAN J, ETTINGER K, NAUMANN E & BEIRNE OR. The relationship of denosumab pharmacology and osteonecrosis of the jaws. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2012 Dec 1: 114(6): 671-6.

19. CHAWLA S, HENSHAW R, SEEGER L, CHOY E, BLAY J Y, FERRARI S, et al. Safety and efficacy of denosumab for adults and skeletally mature adolescents with giant cell tumour of bone: interim analysis of an open-label, parallel-group, phase 2 study. *Lancet Oncol*. 2013 Aug. 14(9): 901-8.
20. TROJANI MC, GENSBURGER D, BAGOUET F, CORTET B, COUTURE G, MARCELLI C, et al. Denosumab use in bone fibrous dysplasia refractory to bisphosphonate: A retrospective multicentric study. *Bone*. 2023 Sep. 1: 174: 116819.
21. COSMAN F, CRITTENDEN DB, ADACHI JD, BINKLEY N, CZERWINSKI E, FERRARI S, et al. Romosozumab Treatment in Postmenopausal Women with Osteoporosis. *N Engl J Med*. 2016 Oct. 20: 375(16): 1532-43.
22. HUANG W, NAGAO M, YONEMOTO N, GUO S, TANIGAWA T & NISHIZAKI Y. Evaluation of the efficacy and safety of romosozumab (evenity) for the treatment of osteoporotic vertebral compression fracture in postmenopausal women: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials (CDM-J). *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2023: 32(6): 671-84.
23. PALLA B, ANDERSON J, MILORO M, MOLES S & CALLAHAN N. Romosozumab-associated medication-related osteonecrosis of the jaw. *Oral Maxillofac Surg Cases*. 2023 Jun. 1: 9(2): 100318.
24. FUSCO V, SANTINI D, ARMENTO G, TONINI G & CAMPISI G. Osteonecrosis of jaw beyond antiresorptive (bone-targeted) agents: new horizons in oncology. *Expert Opin Drug Saf*. 2016 Jul: 15(7): 925-35.
25. ABEL MAHEDI MOHAMED H, NIELSEN CEN & SCHIODT M. Medication related osteonecrosis of the jaws associated with targeted therapy as monotherapy and in combination with antiresorptives. A report of 7 cases from the Copenhagen Cohort. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2018 Feb.: 125(2): 157-63.
26. NICOLATOU-GALITIS O, KOURI M, PAPADOPOULOU E, VARDAS E, GALITI D, EPSTEIN JB, et al. Osteonecrosis of the jaw related to non-antiresorptive medications: a systematic review. *Support Care Cancer*. 2019 Feb. 1: 27(2): 383-94.
27. NIFOSÌ AF, ZUCCARELLO M, NIFOSÌ L, HERVAS SAUS V & NIFOSÌ G. Osteonecrosis of the jaw in the era of targeted therapy and immunotherapy in oncology. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg*. 2019 Feb. 45(1): 3-8.
28. SRIVASTAVA A, NOGUERAS GONZALEZ GM, GENG Y, WON AM, MYERS J, LIY, et al. Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw in Patients Treated Concurrently with Antiresorptive and Antiangiogenic Agents: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Immunother Precis Oncol*. 2021 Sep. 30: 4(4): 196-207.
29. SURYANI I R, AHMADZAI I, SHUJAAT S, MAH, & JACOBS R. Non-antiresorptive drugs associated with the development of medication-related osteonecrosis of the jaw: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig*. 2022 Mar.: 26(3): 2269-79.
30. GUARNERI V, MILES D, ROBERT N, DIÉRAS V, GLASPY J, SMITH I, et al. Bevacizumab and osteonecrosis of the jaw: incidence and association with bisphosphonate therapy in three large prospective trials in advanced breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2010 Jul 1: 122(1): 181-8.
31. HOFERT S & EUFINGER H. Sunitinib may raise the risk of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw: presentation of three cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology*. 2010 Oct.: 110(4): 463-9.
32. FLEISSIG Y, REGEV E & LEHMAN H. Sunitinib related osteonecrosis of jaw: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2012 Mar.: 113(3): e1-3.
33. PONZETTI A, PINTA F, SPADI R, MECCA C, FANCHINI L, ZANINI M, et al. Jaw Osteonecrosis associated with Aflibercept, Irinotecan and Fluorouracil: Attention to Oral District. *Tumori J*. 2016 Nov. 1: 102(2_suppl): S74-7.
34. VALLINA C, RAMÍREZ L, TORRES J, CASAÑAS E, HERNÁNDEZ G & LÓPEZ-PINTOR RM. Osteonecrosis of the jaws produced by sunitinib: A systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2019 May: 24(3): e326-38.
35. MYOKEN Y, FUJITA Y, IMANAKA R & TORATANI S. Bosutinib-induced osteonecrosis of the jaw in a patient with chronic myeloid leukemia: a case report. *Oral Maxillofac Surg*. 2021 Sep. 1: 25(3): 421-5.
36. WANG F, WEI S, ZHANG Z, ZHANG Y, HE J & SUN B. Osimertinib: Another medication related to osteonecrosis of the jaws? A case report and literature review. *Front Pharmacol Internetl*. 2022 I cited 2024 Feb 20;13. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/pharmacology/articles/10.3389/fphar.2022.947947>

37. KING R, TANNA N & PATEL V. Medication-related osteonecrosis of the jaw unrelated to bisphosphonates and denosumab – a review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2019 Apr.: 127(4): 289-99.
38. OWOSHO AA, LIANG STY, SAX AZ, WU K, YOM SK, HURYN JM, et al. Medication-related osteonecrosis of the jaw: An update on the memorial sloan kettering cancer center experience and the role of premedication dental evaluation in prevention. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2018 Dec.: 125(5): 440-5.
39. NICOLATOU-GALITIS O, GALITI D, MOSCHOGIANNI M, SACHANAS S, EDWARDS BJ, MIGLIORATI CA, et al. Osteonecrosis of the jaw in a patient with acute myeloid leukemia, who received azacitidine. *J Cancer Metastasis Treat.* 2016 Jun. 15: 2(6): 220.
40. FAVIA G, TEMPESTA A, LIMONGELLI L, CRINCOLI V, IANNONE F, LAPADULA G, et al. A Case of Osteonecrosis of the Jaw in a Patient with Crohn's Disease Treated with Infliximab. *Am J Case Rep.* 2017 Dec. 19: 18:1351-6.
41. GHOSH YA, PULLARA J, RATTAN R & MELVILLE JC. Case report: golimumab-related osteonecrosis of the jaw. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2023 Nov. 1: 136(5): e149-52.
42. SANTANA DE FREITAS AL, THOMAS LA, DA SILVA LASCANE NA & MAUTONI MC. Osteonecrosis associated with Golimumab. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2020 Sep.: 130(3): e227.
43. CASSONI A, ROMEO U, TERENCE V, DELLA MONACA M, RAJABTORK ZADEH O, RAPONI I, et al. Adalimumab: Another Medication Related to Osteonecrosis of the Jaws? *Case Rep Dent.* 2016: 2016: 2856926.
44. NISI M, IZZETTI R & GRAZIANI F. Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw Associated in a Patient Treated With Etanercept. *J Craniofac Surg.* 2022 Oct. 6: 33(7): e694-6.
45. SACCO R, SHAH S, LEESON R, MORASCHINI V, DE ALMEIDA BARROS MOURÃO CF, AKINTOLA O, et al. Osteonecrosis and osteomyelitis of the jaw associated with tumour necrosis factor-alpha (TNF-α) inhibitors: a systematic review. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2020 Jan. 1: 58(1): 25-33.
46. CAMPISI G, FEDELE S, FUSCO V, PIZZO G, DI FEDE O & BEDOGNI A. Epidemiology, clinical manifestations, risk reduction and treatment strategies of jaw osteonecrosis in cancer patients exposed to antiresorptive agents. *Future Oncol Lond Engl.* 2014 Feb.: 10(2): 257-75.
47. OWOSHO AA, SCORDO M, YOM SK, RANDAZZO J, CHAPMAN PB, HURYN JM, et al. Osteonecrosis of the jaw a new complication related to Ipilimumab. *Oral Oncol.* 2015 Dec. 1: 51(12): e100-1.
48. SAKKAS A, HEIL S, KARGUS S, REBEL M, MISCHKOWSKI RA & THIELE OC. Tocilizumab: Another medication related to osteonecrosis of the jaws? A case report and literature review. *GMS Interdiscip Plast Reconstr Surg DGPW.* 2021 Apr. 14: 10: Doc03.
49. PONTES HAR, SOUZA LL de, UCHÔA DCC & CERQUEIRA JMM. Mandibular Osteonecrosis Associated With Raloxifene. *J Craniofac Surg.* 2018 Dec.: 29(3): e257.
50. MCGOWAN K, MCGOWAN T & IVANOVSKI S. Risk factors for medication-related osteonecrosis of the jaws: A systematic review. *Oral Dis.* 2018: 24(4): 527-36.
51. MCGOWAN K, MCGOWAN T & IVANOVSKI S. Risk factors for medication-related osteonecrosis of the jaws: A systematic review. *Oral Dis.* 2018: 24(4): 527-36.
52. WICK A, BANKOSEGGER P, OTTO S, HOHLWEG-MAJERT B, STEINER T, PROBST F, et al. Risk factors associated with onset of medication-related osteonecrosis of the jaw in patients treated with denosumab. *Clin Oral Investig.* 2022: 26(3): 2839-52.
53. OTTO S, PAUTKE C, VAN DEN WYNGAERT T, NIEPEL D, & SCHIØDT M. Medication-related osteonecrosis of the jaw: Prevention, diagnosis and management in patients with cancer and bone metastases. *Cancer Treat Rev.* 2018 Sep.: 69: 177-87.
54. BAMIAS A, KASTRITIS E, BAMIA C, MOULOPOULOS LA, MELAKOPOULOS I, BOZAS G, et al. Osteonecrosis of the Jaw in Cancer After Treatment With Bisphosphonates: Incidence and Risk Factors. *J Clin Oncol.* 2005 Dec.: 23(34): 8580-7.
55. DIMOPOULOS MA, KASTRITIS E, ANAGNOSTOPOULOS A, MELAKOPOULOS I, GIKA D, MOULOPOULOS LA, et al. Osteonecrosis of the jaw in patients with multiple myeloma treated with bisphosphonates: evidence of increased risk after treatment with zoledronic acid. *Haematologica.* 2006 Jan. 1: 91(7): 968-71.
56. HOFF A O, TOTTH BB, ALTUNDAG K, JOHNSON MM, WARNEKE CL, HU M, et al. Frequency and Risk Factors Associated With Osteonecrosis of the Jaw in Cancer Patients Treated With Intravenous Bisphosphonates. *J Bone Miner Res.* 2008: 23(6): 826-36.
57. SAAD F, BROWN JE, VAN POZNAK C, IBRAHIM T, STEMMER SM, STOPECK AT, et al. Incidence, risk factors, and outcomes of osteonecrosis of the jaw: integrated analysis from three blinded active-controlled phase III trials in cancer patients with bone metastases. *Ann Oncol.* 2012 May: 23(5): 1341-7.
58. HINCHY NV, JAYAPRAKASH V, ROSSITTO RA, ANDERS PL, KORFF KC, CANALLATOS P, et al. Osteonecrosis of the jaw - prevention and treatment strategies for oral health professionals. *Oral Oncol.* 2013 Sep.: 49(9): 878-86.

59. LEE SH, CHANG SS, LEE M, CHAN RC & LEE CC. Risk of osteonecrosis in patients taking bisphosphonates for prevention of osteoporosis: a systematic review and meta-analysis. *Osteoporos Int.* 2014 Mar 1; 25(3): 1131-39.
60. LEE SH, CHAN RC, CHANG SS, TAN YL, CHANG KH, LEE MC, et al. Use of bisphosphonates and the risk of osteonecrosis among cancer patients: a systemic review and meta-analysis of the observational studies. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer.* 2014 Feb. 22(2): 553-60.
61. HATA H, IMAMACHI K, UEDA M, MATSUZAKA M, HIRAGA H, OSANAI T, et al. Prognosis by cancer type and incidence of zoledronic acid-related osteonecrosis of the jaw: a single-center retrospective study. *Support Care Cancer.* 2022 May 1; 30(5): 4505-14.
62. FUNG P, BEDOGNI G, BEDOGNI A, PETRIE A, PORTER S, CAMPISI G, et al. Time to onset of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws: a multicentre retrospective cohort study. *Oral Dis.* 2017; 23(4): 477-83.
63. SCHIODT M, VADHAN-RAJ S, CHAMBERS MS, NICOLATOU-GALITIS O, POLITIS C, COROPCIUC R, et al. A multicenter case registry study on medication-related osteonecrosis of the jaw in patients with advanced cancer. *Support Care Cancer.* 2018; 26(6): 1905-15.
64. MCGOWAN K, ACTON C, IVANOVSKI S, JOHNSON N W, & WARE RS. Systemic comorbidities are associated with medication-related osteonecrosis of the jaws: Case-control study. *Oral Dis.* 2019; 25(4): 1107-15.
65. KHAN AA, MORRISON A, HANLEY DA, FELSENBURG D, MCCAULEY LK, O'RYAN F, et al. Diagnosis and management of osteonecrosis of the jaw: a systematic review and international consensus. *J Bone Miner Res Off J Am Soc Bone Miner Res.* 2015 Jan.; 30(1): 3-23.
66. LESCLOUS P, ABI NAJM S, CARREL JP, BAROUKH B, LOMBARDI T, WILLI JP, et al. Bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw: A key role of inflammation? *Bone.* 2009 Nov. 1; 45(5): 843-52.
67. SAIA G, BLANDAMURA S, BETTINI G, TRONCHET A, TOTOLA A, BEDOGNI G, et al. Occurrence of Bisphosphonate-Related Osteonecrosis of the Jaw After Surgical Tooth Extraction. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010 Apr. 1; 68(4): 797-804.
68. KATSARELIS H, SHAH NP, DHARIWAL DK & PAZIANAS M. Infection and Medication-related Osteonecrosis of the Jaw. *J Dent Res.* 2015 Apr. 1; 94(4): 534-9.
69. OTTO S, TRÖLTZSCH M, JAMBROVIC V, PANYA S, PROBST F, RISTOW O, et al. Tooth extraction in patients receiving oral or intravenous bisphosphonate administration: A trigger for BRONJ development? *J Cranio-Maxillofac Surg.* 2015 Jul; 43(6): 847-54.
70. OTTO S, ALJOHANI S, FLIEFEL R, ECKE S, RISTOW O, BURIAN E, et al. Infection as an Important Factor in Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw (MRONJ). *Medicina (Mex).* 2021 May 9; 57(5): 463.
71. AGHALOO TL, KANG B, SUNG EC, SHOFF M, RONCONI M, GOTCHER JE, et al. Periodontal disease and bisphosphonates induce osteonecrosis of the jaws in the rat. *J Bone Miner Res.* 2011; 26(8): 1871-82.
72. AGUIRRE JI, AKHTER MP, KIMMEL DB, PINGEL JE, WILLIAMS A, JORGENSEN M, et al. Oncologic Doses of Zoledronic Acid Induce Osteonecrosis of the Jaw-Like Lesions in Rice Rats (*Oryzomys Palustris*) with Periodontitis. *J Bone Miner Res Off J Am Soc Bone Miner Res.* 2012 Oct. 27(10): 2130-43.
73. CASTILLO EJ, MESSER JG, ABRAHAM AM, JIRON JM, ALEKSEYENKO AV, ISRAEL R, et al. Preventing or controlling periodontitis reduces the occurrence of osteonecrosis of the jaw (ONJ) in rice rats (*Oryzomys palustris*). *Bone.* 2021 Apr. 145: 115866.
74. KIM T, KIM S, SONG M, LEE C, YAGITA H, WILLIAMS DW, et al. Removal of Pre-Existing Periodontal Inflammatory Condition before Tooth Extraction Ameliorates Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw-Like Lesion in Mice. *Am J Pathol.* 2018 Oct. 188(10): 2318-27.
75. OTTO S, PAUTKE C, MARTIN JURADO O, NEHRBASS D, STODDART MJ, EHRENFELD M, et al. Further development of the MRONJ minipig large animal model. *J Cranio-Maxillo-fac Surg Off Publ Eur Assoc Cranio-Maxillo-fac Surg.* 2017 Sep.; 45(9): 1503-14.
76. AGHALOO TL, CHEONG S, BEZOUGLAIA O, KOSTENUK P, ATTI E, DRY SM, et al. RANKL Inhibitors Induce Osteonecrosis of the Jaw in Mice With Periapical Disease. *J Bone Miner Res.* 2014; 29(4): 843-54.
77. HADAYA D, SOUNDIA A, GKOUVERIS I, DRY S, AGHALOO T & TETRADIS S. Development of Medication Related Osteonecrosis of the Jaw (MRONJ) after extraction of teeth with experimental periapical disease. *J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg.* 2019 Jan. 77(1): 71-86.
78. KANG B, CHEONG S, CHAICHANASAKUL T, BEZOUGLAIA O, ATTI E, DRY SM, et al. Periapical Disease and Bisphosphonates Induce Osteonecrosis of the Jaws in Mice. *J Bone Miner Res.* 2013; 28(7): 1631-40.
79. SEDGHIZADEH PP, KUMAR SKS, GORUR A, SCHAUDINN C, SHULER CF & COSTERTON JW. Microbial Biofilms in Osteomyelitis of the Jaw and Osteonecrosis of the Jaw Secondary to Bisphosphonate Therapy. *J Am Dent Assoc.* 2009 Oct. 140(10): 1259-65.
80. TSAO C, DARBY I, EBELING PR, WALSH K, O'BRIEN-SIMPSON N, REYNOLDS E, et al. Oral Health Risk Factors for Bisphosphonate-Associated Jaw Osteonecrosis. *J Oral Maxillofac Surg.* 2013 Aug. 71(8): 1360-66.

81. TSURUSHIMA H, KOKURYO S, SAKAGUCHI O, TANAKA J & TOMINAGA K. Bacterial promotion of bisphosphonate-induced osteonecrosis in Wistar rats. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2013 Nov. 1: 42(11): 1481-7.
82. HALLMER F, BJØRNLAND T, ANDERSSON G, BECKTOR JP, KRISTOFFERSEN AK & ENERSEN M. Bacterial diversity in medication-related osteonecrosis of the jaw. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2017 Apr. 1: 123(4): 436-44.
83. PANYA S, FLIEFEL R, PROBST F, TRÖLTZSCH M, EHRENFELD M, SCHUBERT S, et al. Role of microbiological culture and polymerase chain reaction (PCR) of actinomyces in medication-related osteonecrosis of the jaw (MRONJ). *J Cranio-Maxillofac Surg.* 2017 Mar. 1: 45(3): 357-63.
84. NICOLATOU-GALITIS O, PAPADOPOULOU E, VARDAS E, KOURI M, GALITI D, GALITIS E, et al. Alveolar bone histological necrosis observed prior to extractions in patients, who received bone-targeting agents. *Oral Dis.* 2020: 26(5): 955-66.
85. SOUTOME S, HAYASHIDA S, FUNAHARA M, SAKAMOTO Y, KOJIMA Y, YANAMOTO S, et al. Factors affecting development of medication-related osteonecrosis of the jaw in cancer patients receiving high-dose bisphosphonate or denosumab therapy: Is tooth extraction a risk factor? *PloS One.* 2018: 13(7): e0201343.
86. HASEGAWA T, HAYASHIDA S, KONDO E, TAKEDA Y, MIYAMOTO H, KAWAOKA Y, et al. Medication-related osteonecrosis of the jaw after tooth extraction in cancer patients: a multicenter retrospective study. *Osteoporos Int J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA.* 2019 Jan. 30(1): 231-39.
87. KOMATSU Y, KAWAI T, HIRANO T, HOSHI I, YAMAYA G, OGAWA A, et al. Risk factors of medication-related osteonecrosis of the jaw: A clinical investigation. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg.* 2024 Dec. 1: 125(6): 101791.
88. OKUMA S, MATSUDA Y, NARIAI Y, KARINO M, SUZUKI R & KANNO TA Retrospective Observational Study of Risk Factors for Denosumab-Related Osteonecrosis of the Jaw in Patients with Bone Metastases from Solid Cancers. *Cancers.* 2020 May 12: 12(5): 1209.
89. VAHTSEVANOS K, KYRGIDIS A, VERROU E, KATODRITOU E, TRIARIDIS S, ANDREADIS CG, et al. Longitudinal Cohort Study of Risk Factors in Cancer Patients of Bisphosphonate-Related Osteonecrosis of the Jaw. *J Clin Oncol.* 2009 Nov. 10: 27(32): 5356-62.
90. BAEK HJ, LEE H, LEE JR, PARK JH, KIM KS, KWOEN MJ, et al. Pulp and periapical disease as a risk factor for osteonecrosis of the jaw: a national cohort-based study in Korea. *J Periodontal Implant Sci Internet.* 2023 Jan 6 [cited 2024 Mar. 2]: 53. Available from: <https://doi.org/10.5051/jpis.2300120006>
91. TEMPESTA A, CAPODIFERRO S, DI NANNA S, D'AGOSTINO S, DOLCI M, SCARANO A, et al. Medication-related osteonecrosis of the jaw triggered by endodontic failure in oncologic patients. *Oral Dis.* 2023: 29(7): 2799-805.
92. LANDI L, LEALI PT, BARBATO L, CARRASSI AM, DISCEPOLI N, MUTI PC M, et al. Anti-resorptive therapy in the osteometabolic patient affected by periodontitis. A joint position paper of the Italian Society of Orthopaedics and Traumatology (SIOT) and the Italian Society of Periodontology and Implantology (SIdP). *J Orthop Traumatol Off J Ital Soc Orthop Traumatol.* 2023 Jul. 15: 24(1): 36.
93. MARX R E, SAWATARI Y, FORTIN M & BROUMAND V. Bisphosphonate-Induced Exposed Bone (Osteonecrosis/Osteopetrosis) of the Jaws: Risk Factors, Recognition, Prevention, and Treatment. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005 Nov. 63(11): 1567-75.
94. ESTILO CL, VAN POZNAK CH, WILLIAMS T, BOHLE GC, LWIN PT, ZHOU Q, et al. Osteonecrosis of the Maxilla and Mandible in Patients with Advanced Cancer Treated with Bisphosphonate Therapy. *The Oncologist.* 2008 Aug. 1: 13(8): 911-20.
95. CARMAGNOLA D, CELESTINO S & ABATI S. Dental and periodontal history of oncologic patients on parenteral bisphosphonates with or without osteonecrosis of the jaws: A pilot study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology.* 2008 Dec. 1: 106(6): e10-5.
96. BAGAN J, SÁEZ GT, TORMOS MC, GAVALDA-ESTEVE C, BAGAN L, LEOPOLDO-RODADO M, et al. Oxidative stress in bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws. *J Oral Pathol Med.* 2014: 43(5): 371-77.
97. YAMAZAKI T, YAMORI M, ISHIZAKI T, ASAI K, GOTO K, TAKAHASHI K, et al. Increased incidence of osteonecrosis of the jaw after tooth extraction in patients treated with bisphosphonates: a cohort study. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2012 Nov. 1: 41(11): 1397-403.
98. WALTER C, LAUX C & SAGHEB K. Radiologic bone loss in patients with bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaws: a case-control study. *Clin Oral Investig.* 2014 Mar 1: 18(2): 385-90.

99. OTERI G, BRAMANTI E, NIGRONE V & CICCÌ M. Decayed, Missing, and Filled Teeth Index and Periodontal Health in Osteoporotic Patients Affected by BRONJ: An Observational Study. *J Osteoporos.* 2013; 2013:231289.
100. KOS M. Association of dental and periodontal status with bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws. A retrospective case controlled study. *Arch Med Sci AMS.* 2014 Feb. 24: 10(1): 117-23.
101. NICOLATOU-GALITIS O, RAZIS E, GALITI D, GALITIS E, LABROPOULOS S, TSIMPIDAKIS A, et al. Periodontal disease preceding osteonecrosis of the jaw (ONJ) in cancer patients receiving antiresorptives alone or combined with targeted therapies: report of 5 cases and literature review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2015 Dec. 1: 120(6): 699-706.
102. THUMBIGERE-MATH V, MICHALOWICZ BS, HODGES JS, TSAI ML, SWENSON KK, ROCKWELL L, et al. Periodontal Disease as a Risk Factor for Bisphosphonate-Related Osteonecrosis of the Jaw. *J Periodontol.* 2014; 85(2): 226-33.
103. MANFREDI M, MERGONI G, GOLDONI M, SALVAGNI S, MERIGO E, MELETI M, et al. A 5-year retrospective longitudinal study on the incidence and the risk factors of osteonecrosis of the jaws in patients treated with zoledronic acid for bone metastases from solid tumors. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2017 May; 22(3): ee42-e348.
104. LORENZO-POUSO A I, PÉREZ-SAYÁNS M, CHAMORRO-PETRONACCI C, GÁNDARA-VILA P, LÓPEZ-JORNET P, CARBALLO J, et al. Association between periodontitis and medication-related osteonecrosis of the jaw: A systematic review and meta-analysis. *J Oral Pathol Med.* 2020; 49(3): 190-200.
105. HALLMER F, ANDERSSON G, GÖTRICK B, WARFVINGE G, ANDERUD J & BJØRNLAND T. Prevalence, initiating factor, and treatment outcome of medication-related osteonecrosis of the jaw—a 4-year prospective study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2018 Dec. 1: 126(6): 477-85.
106. KIZUB D, MIAO J, SCHUBERT MM, PATERSON AHG, CLEMONS M, DEES EC, et al. Risk factors for bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw in the prospective randomized trial of adjuvant bisphosphonates for early-stage breast cancer (SWOG 0307). *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer.* 2021 May; 29(5): 2509-17.
107. KWOEN MJ, PARK JH, KIM KS, LEE JR, KIM JW, LEE H, et al. Association between periodontal disease, tooth extraction, and medication-related osteonecrosis of the jaw in women receiving bisphosphonates: A national cohort-based study. *J Periodontol.* 2023 Jan. 94(1): 98-107.
108. OLOFSSON R, KORYTOWSKA M, ALMHÖJD U, ALMSTÅHL A & CEVIK-ARAS H. Oral health, dental treatment, and medication related osteonecrosis of the jaw in multiple myeloma – a longitudinal cohort study. *BMC Oral Health.* 2024 Feb. 5: 24: 184.
109. DIMOPOULOS MA, KASTRITIS E, BAMIA C, MELAKOPOULOS I, GIKA D, ROUSSOU M, et al. Reduction of osteonecrosis of the jaw (ONJ) after implementation of preventive measures in patients with multiple myeloma treated with zoledronic acid. *Ann Oncol.* 2009 Jan. 1: 20(1): 117-20.
110. RIPAMONTI CI, MANIEZZO M, CAMPA T, FAGNONI E, BRUNELLI C, SAIBENE G, et al. Decreased occurrence of osteonecrosis of the jaw after implementation of dental preventive measures in solid tumour patients with bone metastases treated with bisphosphonates. The experience of the National Cancer Institute of Milan. *Ann Oncol.* 2009 Jan.; 20(1): 137-45.
111. BONACINA R, MARIANI U, VILLA F & VILLA A. Preventive strategies and clinical implications for bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw: a review of 282 patients. *J Can Dent Assoc.* 2011; 77: b147.
112. FRANCINI F, PASCUCCI A, FRANCINI E, MIANO ST, BARGAGLI G, RUGGIERO G, et al. Osteonecrosis of the jaw in patients with cancer who received zoledronic acid and bevacizumab. *J Am Dent Assoc.* 2011 May 1: 142(5): 506-13.
113. VANDONE AM, DONADIO M, MOZZATI M, ARDINE M, POLIMENI MA, BEATRICE S, et al. Impact of dental care in the prevention of bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw: a single-center clinical experience. *Ann Oncol.* 2012 Jan; 23(1): 193-200.
114. BRAMATI A, GIRELLI S, FARINA G, DAZZANI MC, TORRI V, MORETTI A, et al. Prospective, mono-institutional study of the impact of a systematic prevention program on incidence and outcome of osteonecrosis of the jaw in patients treated with bisphosphonates for bone metastases. *J Bone Miner Metab.* 2015 Jan. 1: 33(1): 119-24.
115. SIM IW, SANDERS KM, BORROMEO GL, SEYMOUR JF & EBELING PR. Declining Incidence of Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw in Patients With Cancer. *J Clin Endocrinol Metab.* 2015 Oct. 100(10): 3887-93.
116. MÜCKE T, DEPPE H, HEIN J, WOLFF KD, MITCHELL DA, KESTING MR, et al. Prevention of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws in patients with prostate cancer treated with zoledronic acid - A prospective study over 6 years. *J Cranio-Maxillo-fac Surg Off Publ Eur Assoc Cranio-Maxillo-fac Surg.* 2016 Oct.; 44(10): 1689-93.

117. PICHARDO SEC, VAN DER HEE JG, FIOCCO M, APPELMAN-DIJKSTRA NM & VAN MERKESTEYN JPR. Dental implants as risk factors for patients with medication-related osteonecrosis of the jaws (MRONJ). *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2020 Sep. 1: 58(7): 771-6.
118. MASSAAD J & MAGREMANNE M. Is medication related osteonecrosis of the jaw around implants a rare entity? A case series with a focus on etiopathophysiology. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg.* 2022 Nov.: 123(6): e743-8.
119. QUINTÃO MANHANINI SOUZA E, FELIPE TORO L, FRANZÃO GANZAROLI V, DE OLIVEIRA ALVARENGA FREIRE J, MATSUMOTO MA, CASATTI CA, et al. Peri-implantitis increases the risk of medication-related osteonecrosis of the jaws associated with osseointegrated implants in rats treated with zoledronate. *Sci Rep.* 2024 Jan. 5: 14: 627.
120. GIOVANNACCI I, MELETI M, MANFREDI M, MORTELLARO C, GRECO LUCCHINA A, BONANINI M, et al. Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw Around Dental Implants: Implant Surgery-Triggered or Implant Presence-Triggered Osteonecrosis? *J Craniofac Surg.* 2016 Dec.: 27(3): 697-701.
121. TROELTZSCH M, CAGNA D, STÄHLER P, PROBST F, KAEPLER G, TROELTZSCH M, et al. Clinical features of peri-implant medication-related osteonecrosis of the jaw: Is there an association to peri-implantitis? *J Cranio-Maxillofac Surg.* 2016 Dec. 1: 44(12): 1945-51.
122. PARK JH, LEE JR, LEE H, LEE HJ & KIM JW. No increased risk of osteonecrosis of the jaw in osteoporotic patients with dental implants: a nationwide cohort study. *Clin Oral Investig.* 2024 Jan 9: 28(1): 83.
123. KWON TG, LEE CO, PARK JW, CHOI SY, RIJAL G & SHIN HI. Osteonecrosis associated with dental implants in patients undergoing bisphosphonate treatment. *Clin Oral Implants Res.* 2014: 25(5): 6320-40.
124. STAVROPOULOS A, BERTL K, PIETSCHMANN P, PANDIS N, SCHIØDT M & KLINGE B. The effect of antiresorptive drugs on implant therapy: Systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Implants Res.* 2018: 29(S18): 54-92.
125. WATTS NB, GRBIC JT, BINKLEY N, PAPAPOULOS S, BUTLER PW, YIN X, et al. Invasive Oral Procedures and Events in Postmenopausal Women With Osteoporosis Treated With Denosumab for Up to 10 Years. *J Clin Endocrinol Metab.* 2019 Jun 1: 104(6): 2443-52.
126. JACOBSEN C, METZLER P, RÖSSLE M, OBWEGESER J, ZEMANN W & GRÄTZ KW. Osteopathology induced by bisphosphonates and dental implants: clinical observations. *Clin Oral Investig.* 2013 Jan.: 17(1): 167-75.

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

ΜΟΝΗΡΗΣ ΠΑΡΕΙΑΚΗ ΕΞΟΣΤΩΣΗ
ΤΗΣ ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ, ΜΙΜΟΥΜΕΝΗ
ΒΛΑΒΗ ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ
– ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥΑ. ΧΑΡΑΛΑΜΠΑΚΗ,¹ Μ. ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ²

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο όρος εξόστωση αφορά μια οστική διόγκωση του οστού της γνάθου. Αν και η ανεύρεση των αμφίπλευρων εξοστώσεων είναι συχνή, δεν υπάρχουν σαφείς πληροφορίες στη βιβλιογραφία αναφορικά με τον επιπολασμό των μονήρων εξοστώσεων. Στο παρόν περιστατικό, μια σκληρή ενδοστοματική διόγκωση αποδόθηκε από τον παραπεμποντα θεράποντα σε περιακρορριζική φλεγμονή, οφειλόμενη σε μη αποδεκτή ενδοδοντική θεραπεία του δοντιού 26. Ο ασθενής παραπέμφθηκε για επανεπέμβαση στο δόντι 26, αναφέροντας ήπια ενόχληση στην άνω αριστερή περιοχή κατά τη μάσηση και αίσθημα βάρους. Ωστόσο, η ενδελεχής κλινική εξέταση και οι πληροφορίες που προήλθαν από το CBCT οδήγησαν στο συμπέρασμα πως η διόγκωση ήταν μη οδοντογενούς αιτιολογίας και επιβεβαίωσαν τη διάγνωση της μονήρους εξόστωσης, ενώ η συμπτωματολογία που ανέφερε ο ασθενής αποδόθηκε σε μη αντιστρεπτή πολυφίτιδα του δοντιού 27. Η μονήρης παρειακή εξόστωση της άνω γνάθου, αν και εύρημα σπάνιο, μπορεί να συναντηθεί στην κλινική πράξη. Συνεπώς, όλες οι διαγνωστικές διαδικασίες πρέπει να επιστρατεύονται, ειδικά σε περιπτώσεις συνυπάρχουσας παθολογίας και μη παθολογικών κλινικών στοιχείων, ώστε να καταλήξει ο κλινικός στη σωστή διάγνωση και να αποφευχθούν ακατάλληλες ή περιττές θεραπευτικές διαδικασίες. Επιπλέον, στη διαφοροδιάγνωση θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται οντότητες ενδοδοντικής και μη οδοντογενούς προέλευσης.

Όροι ευρετηρίασης Μονήρης εξόστωση, διαφορική διάγνωση

¹ Χειρουργός Οδοντίατρος, Συνεργάτης Εργαστηρίου Ενδοδοντίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

² Καθηγήτρια Ενδοδοντίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Υπεύθυνος Επικοινωνίας

Α. Χαραλαμπίκη

Διεύθυνση: Πάτμου 44, 17 342, Αγ. Δημήτριος

Email: charalampaki.dent@gmail.com

Μέρος της Εργασίας παρουσιάστηκε στο 20ό Παμπηλοποννησιακό Συνέδριο, Ναύπλιο, 2022.

CASE REPORT

UNILATERAL MAXILLARY
BUCCAL EXOSTOSIS MIMICKING
AN ENDODONTIC LESION
– A CASE REPORTΑ. CHARALAMPAKI,¹ Μ. GEORGOPOULOU²

ABSTRACT

The term torus or exostosis is used to describe a bony growth protruding from the alveolar bone. Although the occurrence of bilateral tori and exostoses is considered common, there is no clear distinction in literature regarding the prevalence of unilateral maxillary exostoses. In the present case report, an intraoral nodule of hard consistency was attributed by the referring dentist to a periapical lesion, due to an inadequate endodontic treatment of tooth 26. The patient was referred for retreatment of tooth 26, mentioning a mild discomfort upon mastication and a "heavy sensation" in the upper left area. However, a thorough clinical examination and the information obtained from the CBCT led to the conclusion that the lesion was of non-odontogenic origin and confirmed the diagnosis of unilateral maxillary buccal exostosis, while the symptoms mentioned by the patient were attributed to irreversible pulpitis of tooth 27. Unilateral maxillary buccal exostosis, although a scarce finding, can be met in clinical practice. Therefore, all diagnostic modalities should be utilized, especially in cases of co-existing pathology and inconclusive clinical data, in order to reach the correct diagnosis and to avoid unsuitable or unnecessary therapeutic procedures. Furthermore, differential diagnosis should include lesions of endodontic etiology, as well as a variety of non-odontogenic lesions.

Key words Unilateral exostosis, differential diagnosis

¹ DDS, Clinical Assistant, Department of Endodontics, National and Kapodistrian University of Athens

² Professor of Endodontics, Department of Endodontics, National and Kapodistrian University of Athens

Correspondence

A. Charalampaki

Address: Patmou 44, 17 342, Ag. Dimitrios

E-mail address: charalampaki.dent@gmail.com

Part of the case report was presented at the 20th Panpeloponnesian Dental Conference, Nafplio, 2022.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όρος εξόστωση ή torus, ανάλογα με την ανατομική της θέση, χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια μικρή οστική διόγκωση του φατνιακού οστού. Αν και οι δύο όροι χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν την ίδια

οντότητα, ο όρος torus χρησιμοποιείται συνήθως για να διαχωρίσει τις οστικές διογκώσεις που εμφανίζονται στη μέση γραμμή της υπερώας και στη γλωσσική επιφάνεια της κάτω γνάθου, ενώ η εξόστωση αναφέρεται συνήθως σε διογκώσεις που συναντώνται στην

παρειακή επιφάνεια των γνάθων.¹ Αν και οι όροι αυτοί χρησιμοποιούνται συχνά ως συνώνυμοι, στην ιατρική υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ τους, καθώς η εξόσωση πρόκειται συνήθως για διόγκωση που καλύπτεται από ένα χόνδρινο περίβλημα, ενώ η υπερόσωση αφορά αυξημένη ανάπτυξη ή πάχυνση του οστού.² Επομένως, ο όρος υπερόσωση ίσως είναι πιο δόκιμος. Ωστόσο, καθώς στη βιβλιογραφία αντίστοιχα ευρήματα περιγράφονται ως εξοστώσεις, στην παρούσα αναφορά περιστατικού θα γίνει χρήση αυτού του όρου.

Η αιτιολογία της εμφάνισης των εξοστώσεων παραμένει άγνωστη. Η εμφάνισή τους εικάζεται ωστόσο ότι είναι πολυπαραγοντική, με αλληλεπίδραση περιβαλλοντικών, γενετικών, διατροφικών και τραυματικών αιτιών. Μια γενετική και φυλετική προδιάθεση θεωρείται πως υπάρχει λόγω της υψηλής εμφάνισής τους σε άτομα ασιατικής καταγωγής και περιορισμένης εμφάνισης σε άτομα ευρωπαϊκής καταγωγής. Επίσης, εικάζεται πως οι εξοστώσεις υπόκεινται σε έναν αυτοσωμικό επικρατή τρόπο κληρονομικότητας.³ Όταν ένας από τους δύο γονείς φέρει οποιονδήποτε τύπο εξόσωσης, τότε οι απόγονοι έχουν 40%-64% πιθανότητα να εμφανίσουν κι εκείνοι εξοστώσεις.⁴ Παραλειτουργικές έξεις και υψηλά φορτία σύγκλισης έχουν προταθεί ως πιθανοί αιτιολογικοί μηχανισμοί, αν και δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για να στηρίξουν την υπόθεση αυτή.⁵ Σε αντίθεση με αυτό το συμπέρασμα, μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε διατηρημένα κρανία της Νεολιθικής περιόδου στην Κίνα έδειξε ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στην εμφάνιση εξοστώσεων και διαταραχές της κροταφογναθιαίας άρθρωσης σε άτομα με γενετική προδιάθεση.

Κλινικά οι εξοστώσεις παρουσιάζονται ως κυρτές, λείες οντότητες, καθώς περιγεγραμμένες και κανονικής απόχρωσης. Αν και αποτελούνται ως επί το πλείστον από πυκνό φλοιώδες οστόν, περιέχουν και λιγοστό σπογγώδες, το οποίο καλύπτεται από ένα λεπτό στρώμα βλεννογόνου.⁴ Είναι καλοήθειες, αν και δεν αποτελούν αληθείς όγκους, καθώς η ιστική αρχιτεκτονική είναι φυσιολογική και διαθέτουν περιορισμένη ικανότητα επέκτασης.⁶ Η εμφάνιση των εξοστώσεων είναι συνηθέστερη σε ενήλικες αήλικα και σε άτομα νεαρότερα των 30 ετών. Αν και υπήρχε η πεποίθηση πως το φύλο δεν παίζει κάποιο ρόλο, έχουν παρατηρηθεί διαφορές στην εμφάνισή τους ανάμεσα σε άντρες και γυναίκες. Σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές, οι υπερώιες εξοστώσεις εμφανίζονται συχνότερα σε γυναίκες, ενώ οι εξοστώσεις της κάτω γνάθου σε άντρες.⁷⁻¹⁰ Οι εξοστώσεις είναι κλινικά σημαντικές οντότητες, αν και ασυμπτωματικές. Σε περιπτώσεις χρόνιου τραύματος, παρεμβολής με τη στοματική λειτουργία ή ανάγκης για προσθετική αποκατάσταση, η χειρουργική αφαίρεσή τους μπορεί να είναι απαραίτητη.¹¹ Οι εξοστώσεις χρησιμοποιούνται επίσης συχνά ως πηγή αυτογενούς οστικού μοσχεύματος κατά την τοποθέτηση εμφυτευμάτων.¹²

Ακτινογραφικά, οι εξοστώσεις απεικονίζονται ως περιοχές αυξημένης οστικής πυκνότητας, που συμπίπτουν σε μέγεθος και σχήμα με την κλινική εικόνα

τους. Οι εξοστώσεις που αποτελούνται από συμπαγές οστόν εμφανίζονται πιο ομαλές και πυκνές ακτινολογικά. Ορισμένες εξοστώσεις μεγαλύτερου μεγέθους ενδέχεται να εμφανίσουν δοκίδωση. Η ακτινογραφική απεικόνιση των εξοστώσεων ενίοτε αποτελεί πρόκληση, κυρίως για όσες είναι μικρού μεγέθους ή επικαλύπτονται από τα παρακείμενα δόντια.¹ Προκειμένου να μπορούν να απεικονιστούν ακτινολογικά, οι εξοστώσεις θα πρέπει να εμφανίζουν λοβούς και να εκτείνονται 4mm ή και περισσότερο στην εγγύς-άπω κατεύθυνση.¹³ Η αξονική τομογραφία κωνικής δέσμης (CBCT) μπορεί να αποτελέσει ένα πολύ χρήσιμο διαγνωστικό εργαλείο, καθώς μπορεί να τις ανιχνεύσει επιτυχώς. Η μαγνητική τομογραφία έχει αναφερθεί επίσης ως διαγνωστικό εργαλείο στη βιβλιογραφία, αν και στο περιστατικό που περιγράφηκε η εξέταση πραγματοποιήθηκε για άλλα θέματα υγείας και η εξόσωση αποτέλεσε τυχαίο εύρημα.¹⁴

Στην παρούσα αναφορά περιστατικού, παρουσιάζεται μια ασυνήθιστη περίπτωση μονήρους παρειακής εξόσωσης της άνω γνάθου στην περιοχή των γομφίων, η οποία διαγνώστηκε ως βλάβη ενδοδοντικής αιτιολογίας και αποτέλεσε έναυσμα για συζήτηση σχετικά με τις διαγνωστικές προκλήσεις σε περιπτώσεις άτυπων εμφανίσεων μιας οντότητας. Επίσης, τονίζεται η σημασία του λεπτομερούς κλινικού και ακτινογραφικού ελέγχου, ώστε να τεθεί η σωστή διάγνωση και να επιλεγεί η κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση.

Συγκατάθεση έπειτα από ενημέρωση

Για τη δημοσίευση των κλινικών στοιχείων και των ακτινολογικών εικόνων, υπήρξε συγκατάθεση έπειτα από ενημέρωση από τον ασθενή.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ασθενής άρρην ετών 64 προσήλθε σε ιδιωτικό ενδοδοντολογικό ιατρείο για εκτίμηση του δοντιού 26. Σύμφωνα με τον παραπέμποντα οδοντίατρο, το δόντι αυτό, που ήταν ενδοδοντικά θεραπευμένο, ήταν υπεύθυνο για την εμφάνιση περιακρορριζικού αποστήματος και για τον λόγο αυτό προτάθηκε συντηρητική επανεπέμβαση.

Ο ασθενής είχε ιστορικό αντικατάστασης μιτροειδούς βαλβίδας. Τα συμπτώματα που ανέφερε συμπεριλαμβάναν ελαφριά ενόχληση κατά τη μάσηση και ένα αίσθημα βάρους στην περιοχή των δοντιών 26 και 27, συμπτώματα που εμφανίστηκαν λίγες μέρες πριν από την αρχική επίσκεψη του ασθενούς στον οδοντίατρο. Όσον αφορά την ενδοδοντική θεραπεία στο δόντι 26, δεν υπήρχαν πληροφορίες ως προς το πότε πραγματοποιήθηκε. Ωστόσο, σύμφωνα με τον ίδιο, η προσθετική αποκατάσταση στην περιοχή είχε τοποθετηθεί προ δεκαπενταετίας, δίνοντας επομένως και ένα χρονοδιάγραμμα σχετικά με την πραγματοποίηση της εν λόγω θεραπείας.

Κατά την κλινική εξέταση, τόσο το δόντι 26 όσο και το 27 εξετάστηκαν ενδελεχώς. Η ενδοστοματική εξέταση αποκάλυψε μια διόγκωση ακρορριζικά των

δοντιών 26 και 27. (Εικ. 1) Η ψηλάφηση στην περιοχή ήταν ανώδυνη. Επιπλέον, διαπιστώθηκε πως η διόγκωση είχε σκληρή σύσταση, οπότε εξετάστηκε το ενδεχόμενο να πρόκειται για εξόστωση. (Εικ. 2) Ωστόσο, ετερόπλευρα δεν υπήρχε αντίστοιχο εύρημα. Η επίκρουση ήταν αρνητική για το δόντι 26, ενώ το δόντι 27 παρουσίασε ελαφρά ευαισθησία. Όταν πραγματοποιήθηκαν δοκιμασίες αισθητικότητας για το δόντι 27, υπήρξε επώδυνη αντίδραση, η οποία διήρκεσε για περίπου 3 λεπτά μετά την άρση του ερεθίσματος. Ακτινογραφικά ήταν εμφανής περιακρορριζική αλλοίωση στην εγγύς ρίζα του δοντιού 26. Παράλληλα, η ποιότητα της ενδοδοντικής θεραπείας αξιολογήθηκε ως μη ικανοποιητική, καθώς η έμφραξη στην εγγύς ρίζα υπολειπόταν 2 χιλιοστά από το ακτινογραφικό ακρορρίζο, ενώ το εμφρακτικό υλικό σε όλες τις ρίζες ήταν ανομοιογενές. Επιπροσθέτως, υπήρχαν ίχνη σχηματισμού βάρους στους εγγύς ριζικούς σωλήνες. Όσον αφορά το δόντι 27, υπήρχε εμφανής εγγύτητα του εμφρακτικού υλικού με το άνω πολφικό κέρας του δοντιού. (Εικ. 3)

Συνδυάζοντας τα στοιχεία που δόθηκαν από τον ασθενή και την κλινική εξέταση, η διάγνωση για το δόντι 27 ήταν μη αντιστρεπτή πολφίτιδα και προγραμματίστηκε ενδοδοντική θεραπεία. Παράλληλα, προτάθηκε και ενδοδοντική επανεπέμβαση στο δόντι 26.

Ωστόσο, το ερώτημα σχετικά με τη φύση της διόγκωσης στην περιοχή των δύο γομφίων παρέμενε, καθώς η δοθείσα διάγνωση δεν μπορούσε να εξηγήσει το εύρημα. Καθώς η οπισθοφατνιακή ακτινογραφία ήταν μη καταληκτική και προκειμένου να συγκεντρωθούν περισσότερα στοιχεία, ζητήθηκε μια αξονική τομογραφία κωνικής δέσμης (CBCT). Οι τομές υπέδειξαν μια καλώς ορισμένη, ακτινοσκιερή δομή, οστικής σύστασης, προερχόμενη από το παρειακό φλοιώδες οστό, χωρίς εμφανή σύνδεση με τις ρίζες των επικείμενων δοντιών. (Εικ. 4, 5, 6) Η ακτινογραφική εικόνα συνέπιπτε με την εμφάνιση της διόγκωσης ενδοστοματικά, ούσα μια σκληρή διόγκωση, ομαλή, καλώς περιγεγραμμένη, με σαφή όρια, χωρίς κλυδασμό. Οι πληροφορίες από το CBCT και την κλινική εξέταση οδήγησε στο συμπέρασμα πως η βλάβη ήταν μη οδοντογενούς αιτιολογίας, επιβεβαιώνοντας τη διάγνωση της μονήρους παρειακής εξόστωσης της άνω γνάθου.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρειακή εξόστωση της άνω γνάθου θεωρείται μια οντότητα σχετικά συνηθισμένη, καθώς, σύμφωνα με ορισμένες μελέτες, η εμφάνισή της μπορεί να αγγίζει και το 77%.^{5, 15, 16} Επιπροσθέτως, έχει βρεθεί πως ο επιπολασμός είναι μεγαλύτερος στην άνω παρά στην κάτω γνάθο.⁵ Ωστόσο, οι διαθέσιμες μελέτες δεν παρέχουν σαφή διαχωρισμό ως προς το αν αυτά τα ποσοστά αφορούν μονήρεις ή αμφίπλευρες εξοστώσεις, το οποίο αποτελεί εμπόδιο στο να οριστεί η συχνότητα εμφάνισης των εξοστώσεων ως μονήρους οντότητα.

Σε περιπτώσεις όπου ένα όχι τόσο συχνό εύρημα απαντάται στην κλινική πράξη, η διάγνωση ενδέχεται να αποτελέσει πρόκληση. Ειδικά στην περίπτωση



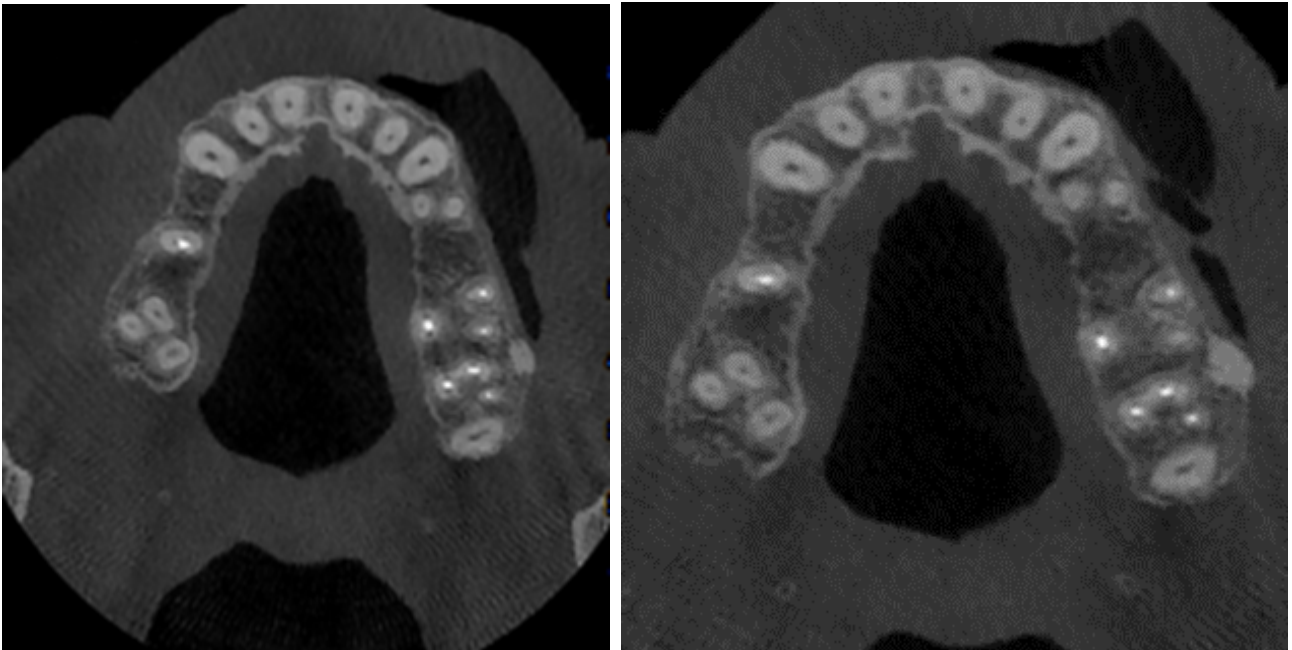
Εικόνα 1: Ενδοστοματική απεικόνιση της διόγκωσης ακρορριζικά των δοντιών 26 και 27.



Εικόνα 2: Ενδοστοματική εικόνα της περιοχής ετερόπλευρα, όπου δεν παρατηρείται αντίστοιχη διόγκωση.



Εικόνα 3: Οπισθοφατνιακή ακτινογραφία των δοντιών 26 και 27. Το δόντι 26, που είναι ενδοδοντικά θεραπευμένο, εμφανίζει περιακρορριζική αλλοίωση στην εγγύς παρειακή ρίζα, ενώ στο δόντι 27 υπάρχει εκτενής έμφραξη, που προσεγγίζει το άνω πολφικό κέρας.



Εικόνα 4,5: Οι εγκάρσιες τομές του CBCT υποδεικνύουν μια καλώς ορισμένη, ακτινοσκοπική δομή, οστικής σύστασης στην περιοχή των δοντιών 26 και 27, προερχόμενη από το παρειικό φλοιώδες οστό, χωρίς εμφανή σύνδεση με τις ρίζες των επικείμενων δοντιών. Ετερόπλευρα δεν παρατηρείται αντίστοιχο εύρημα.



Εικόνα 6: Οβελιαίες τομές του CBCT, στις οποίες φαίνεται ευκρινώς πως η διόγκωση αποτελεί συνέχεια του φλοιώδους οστού, χωρίς να υπάρχει σύνδεση με τις ρίζες των δοντιών 26 και 27.

συνυπάρχουσας παθολογίας στην περιοχή, η διαγνωστική διαδικασία περιπλέκεται περαιτέρω λόγω της επικάλυψης των συμπτωμάτων. Στην παρούσα παρουσίαση περιστατικού, η ύπαρξη μιας σκληρής διόγκωσης στην ακρορριζική περιοχή των δοντιών 26 και 27 θεωρήθηκε εσφαλμένα ως βλάβη ενδοδοντικής αιτιολογίας, καθώς τα συμπτώματα που αναφέρθηκαν από τον ασθενή και τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης οδήγησαν προς εκείνη την κατεύθυνση. Παράλληλα, εφόσον δεν υπήρχε αντίστοιχο εύρημα ετερόπλευρα, η πιθανότητα να πρόκειται για εξόστωση δεν θεωρήθηκε μεγάλη. Στο παρόν περιστατικό ωστόσο, το εύρημα που υπήρξε καταλυτικό για τη διάγνωση ήταν

η απουσία πόνου κατά την ψηλάφηση στην περιοχή της βλάβης, καθώς μια βλάβη ενδοδοντικής αιτιολογίας θα προκαλούσε επώδυνη αντίδραση.

Όταν αντίστοιχα άτυπα ευρήματα συναντώνται στην κλινική πράξη, η διαφοροδιάγνωση θα έπρεπε να συμπεριλαμβάνει και βλάβες μη οδοντογενούς αιτιολογίας. Η διαφοροδιάγνωση των εξοστώσεων συμπεριλαμβάνει πυκνωτικής οστεΐτιδας και αληθή οστεώματα. Η πυκνωτική οστεΐτιδα προσομοιάζει με την ιδιοπαθή οστεΐτιδα, με τη διαφορά ότι συναντάται στις περιακρορριζικές περιοχές των δοντιών και ενδέχεται να αποτελεί αντίδραση σε χρόνιο τραύμα σύγκλισης ή υποκλινική φλεγμονή ή ενδοδοντική λοίμωξη.¹⁷

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μονήρης παρειακή εξόστωση της άνω γνάθου, αν και σπάνια οντότητα, μπορεί να συναντηθεί στην κλινική πράξη. Στην περίπτωση που συναντώνται τέτοια άτυπα ευρήματα, η διαφορική διάγνωση θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει τόσο περιακρορριζικές αθηλώσεις ενδοδοντικής αιτιολογίας όσο και πλήθος μη οδοντογενών βλαβών. Επιπλέον, τα κλινικά σημεία και συμπτώματα, αλλά και οι ακτινογραφικές απεικονίσεις θα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή, ώστε να αποκλειστεί τυχών οδοντογενής αιτιολογία, ειδικά σε περιπτώσεις συνύπαρξης παθήσεων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. STEFNE EC. Stafne's Oral Radiographic Diagnosis. *W B Saunders Co, Philadelphia, London, Toronto*, 1975: 189-92.
2. WHITE SC, PHAROAH MJ. Oral radiology: principles and interpretation. *6th edition Elsevier publishers, Philadelphia*. 2011: 367-70.
3. EGGEN S. Torus mandibularis: an estimation of the degree of genetic determination. *Acta Odontol Scand* 1989; 47: 409-15.
4. MENDIBURU-ZAVALA CE, UCAN-PECH M, PEÑALOSA-CUEVAS R, LUGO-ANCONA P, CÁRDERAS-EROSA R, et al. (2019) Effect of Ethnicity in Exostosis Prevalence. *Int J Dent Oral Health* 5(5): [dx.doi.org/10.16966/2378-7090.299](https://doi.org/10.16966/2378-7090.299)
5. HORNING GM, COHEN ME, NEILS TA. (2000). Buccal Alveolar Exostoses: Prevalence, Characteristics, and Evidence for Buttressing Bone Formation. *Journal of Periodontology*, 71(6), 1032-1042. [doi:10.1902/jop.2000.71.6.1032](https://doi.org/10.1902/jop.2000.71.6.1032)
6. PECHENKINA EA, BENFER RA Jr. The role of occlusal stress and gingival infection in the formation of exostoses on mandible and maxilla from Neolithic China. *Homo*. 2002; 53(2):112-30. [doi: 10.1078/0018-442x-00040](https://doi.org/10.1078/0018-442x-00040). PMID: 12489411
7. REICHART PA, NEUHAUS F, SOOKASEM M. Prevalence of torus palatinus and torus mandibularis in Germans and Thai. *Community Dent Oral Epidemio*. 1988; 16: 61-4.
8. HAUGEN LK., Palatine and mandibular tori: a morphologic study in the current Norwegian population. *Acta Odontol. Scand*. 1992; 50: 65-77. 14.
9. NATVIG B. Variations in torus mandibularis prevalence in Norway: a statistical analysis using logistic regression. *Commun Dent Oral Epidemiol* 1991; 19: 32-5.
10. LEVESQUE RP. Torus mandibularis. A clinical study. *Georgetown Dent J* 1965; 31: 12-5.
11. QURAN FA, AL-DWAIRI ZN. Torus palatinus and torus mandibularis in edentulous patients. *J Contemp Dent Pract* 2006; 7: 112-9.
12. KÜN-DARBOIS JD, GUILLAUME B, CHAPPARD D. (2017). Asymmetric bone remodeling in mandibular and maxillary tori. *Clinical Oral Investigations*, 21(9), 2781-2788. [doi:10.1007/s00784-017-2080-8](https://doi.org/10.1007/s00784-017-2080-8)
13. RUPRECHT A, HELLSTEIN J, BOBINET K, MATTINSON C. The prevalence of radiographically evident mandibular tori in the University of Iowa dental patients. *Dentomaxillofac Radiol*. 2000 Sep; 29(5):291-6. [doi: 10.1038/sj/dmfr/4600547](https://doi.org/10.1038/sj/dmfr/4600547). PMID: 10980565.
14. EL ACHKAR VN, LOPES SL, PINTO AS, DO PRADO RF, KAMINAGAKURA E. (2016) Imaging Aspects of Palatal Torus in Cone Beam Computed Tomography and Magnetic Resonance: Case Report. *Acta stomatologica Croatica*, 50(4), 359-64. <https://doi.org/10.15644/asc50/4/10>
15. JAINKITTIVONG A, LANGLAIS RP. Buccal and palatal exostoses: prevalence and concurrence with tori. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2000 Jul;90(1):48-53. [doi: 10.1067/moe.2000.105905](https://doi.org/10.1067/moe.2000.105905). PMID: 10884635
16. HORNING GM, COHEN ME, NEILS TA (2000), Buccal Alveolar Exostoses: Prevalence, Characteristics, and Evidence for Buttressing Bone Formation. *Journal of Periodontology*, 71: 1032-42.
17. <https://doi.org/10.1902/jop.2000.71.6.1032>
18. WoOO SB, Oral Pathology: A Comprehensive Atlas and Text. *2nd Edition, Elsevier Health Sciences*, 382-3, 2016.

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ 60ου ΕΤΗΣΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

4-5 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 - ΑΘΗΝΑ

ΕΑ 1. ΑΠΟ ΤΑ ΥΠΟΠΕΡΙΟΣΤΙΚΑ ΣΤΑ ΟΣΤΕΟΕΝΣΩΜΑΤΟΥΜΕΝΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ

Ε. Αδαμόπουλος, Ιδιωτικό Ιατρείο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα σύγχρονα εμφυτεύματα διανύουν αισίως την 6η δεκαετία κλινικής εφαρμογής τους. Τα ποσοστά επιβίωσης/επιτυχίας τους είναι ιδιαίτερος υψηλά και με τη βοήθεια σύγχρονων τεχνο-βιοηθολογικών μέσων μπορούν να διατηρηθούν και πιθανώς να αυξηθούν.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση αυτή έχει σκοπό την ανασκόπηση της σχετικά ομαλής κλινικής μετάβασης από τα υποπεριοστικά και ηεπιδωτά εμφυτεύματα στη σημερινή πραγματικότητα. Οι μακρόχρονες και μεθοδικές προσπάθειες αναζήτησης σταθερών μέσων αποκατάστασης (fixtures) ευοδώθηκαν τη δεκαετία του '60 και εφαρμόστηκαν στα μέσα της δεκαετίας του '70 στον άνθρωπο έπειτα από μακρόχρονες μελέτες σε κύνες. Η εφαρμογή στηρίχτηκε σε έναν βαθμό σε πρωτόκολλα που εφαρμόζονταν κυρίως στα ηεπιδωτά εμφυτεύματα, με διάφορες τροποποιήσεις. Οι αποτυχίες και η κακή φήμη, με όλα τα συμπαρομαρτούντα προβλήματα που συνόδευσαν την κλινική εικόνα των πρώιμων αποτυχιών των υποπεριοστικών εμφυτευμάτων, καθυστέρησαν σε έναν βαθμό την ευρεία και γρήγορη ενσωμάτωσή των σύγχρονων εμφυτευμάτων στην κλινική πράξη, κυρίως τη δεκαετία του '90.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ: Θα αναφερθούν αντιπροσωπευτικά περιστατικά υποπεριοστικών εμφυτευμάτων. Η μετάβαση στα σύγχρονα οστεοενσωματούμενα εμφυτεύματα, υποστηριζόμενη από πολλές κλινικές μελέτες, και η σχετικά σύντομη μεθοδική κλινική εκπαίδευση από μεγάλα εκπαιδευτικά ιδρύματα, με σκαπανείς που απλόχερα παρείχαν γνώση και μεθοδολογία, παραμένει ο κορμός της σημερινής πραγματικότητας. Τα ποσοστά επιτυχίας παραμένουν υψηλά σε περιστατικά όχι μόνον ολικής νωδότητας, αλλά και μερικής απώλειας δοντιών. Δυστυχώς, και εδώ οι αποτυχίες είναι αναπόφευκτες και ορισμένες φορές μη αναστρέψιμες. Αντιπροσωπευτικά περιστατικά με μακρόχρονη παρακολούθηση, η οποία καλύπτει ένα μεγάλο χρονικό φάσμα, αλλά κυρίως αντιπροσωπευτικές αποτυχίες, θα αναφερθούν επίσης, που πρέπει να μας προβληματίζουν στην επιλογή και την τελική αντιμετώπιση των ασθενών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συνεχής έρευνα και η τελειοποίηση όλων των σταδίων στα πλαίσια της αντιμετώπισης πιθανώς θα συμβάλλουν στη διαιώνιση της απόλυτης προσφοράς τους στο κοινωνικό σύνολο. Δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι τα εμφυτεύματα θα συνεχίσουν να αποτελούν έναν από τους σημαντικότερους πυλώνες της επανορθωτικής Οδοντιατρικής.

ΕΑ 2. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΞΑΓΩΓΩΝ

Β. Αντωνίου, Ν. Βήυσίδης, Γ. Νταγιάντης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Μερικές από τις πιο σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές των απλών εξαγωγών αποτελούν το ξηρό φατνίο, η μετεγχειρητική αιμορραγία, η στοματοκοιλιακή επικοινωνία, το εμφύσημα, οι τραυματισμοί των μαλακών μορίων, το κάταγμα της γνάθου, τραυματισμός νεύρου και η μετεγχειρητική λοίμωξη της περιοχής.

ΣΚΟΠΟΣ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε με λέξεις-κλειδιά στις βάσεις δεδομένων PubMed/Medline και το GoogleScholar.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ιδιαίτερη έμφαση θα δοθεί στις μετεγχειρητικές λοιμώξεις, στον ρόλο της χορήγησης αντιβίωσης για την πρόληψη και την αντιμετώπισή τους, αλλήλα και στο ξηρό φατνίο.

Οι μετεγχειρητικές λοιμώξεις αντιμετωπίζονται κατά βάση φαρμακευτικά και, εάν κριθεί αναγκαίο, και χειρουργικά (σχάση και παροχέτευση αποστήματος). Εάν το απόστημα είναι με-

γάλης έκτασης, πιθανώς να απαιτείται αντιμετώπιση σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Η πρόληψη της μετεγχειρητικής λοίμωξης εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Η χορήγηση αντιβίωσης μετεγχειρητικά έχει συγκεκριμένα κριτήρια και επηρεάζει σε μικρό βαθμό την πιθανότητα εμφάνισης μιας μετεγχειρητικής λοίμωξης.

Η αντιμετώπιση του ξηρού φατνίου απαιτεί πλύσεις με φυσιολογικό όρο και απομάκρυνση του περιεχομένου με αναρρόφηση, καθώς και χρήση ουσιών με αναλγητικές και αντισηπτικές ιδιότητες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συχνότητα εμφάνισης των παραπάνω επιπλοκών, ο μηχανισμός πρόκλησής τους, η σοβαρότητά τους και η αντιμετώπισή τους ποικίλλουν. Η ορθή τήρηση των πρωτοκόλλων πρόληψης και έγκαιρης αντιμετώπισης των επιπλοκών αυτών παραμένει η λύση σε αυτές τις περιπτώσεις.

ΕΑ 3. ΨΗΦΙΑΚΑ ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ 7 ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ, ΩΣΤΕ ΝΑ ΠΑΡΑΚΑΜΦΘΕΙ ΕΓΚΛΕΙΣΤΟΣ ΚΥΝΟΔΟΝΤΑΣ ΚΑΙ ΝΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΘΕΙ ΜΕ ΑΚΙΝΗΤΗ ΓΕΦΥΡΑ Η ΟΛΙΚΗ ΑΝΩ ΝΩΔΟΤΗΤΑ

Λ. Αοίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η εφαρμογή της Ψηφιακής Οδοντιατρικής βελτιώνει την ακρίβεια εμφύτευσης.

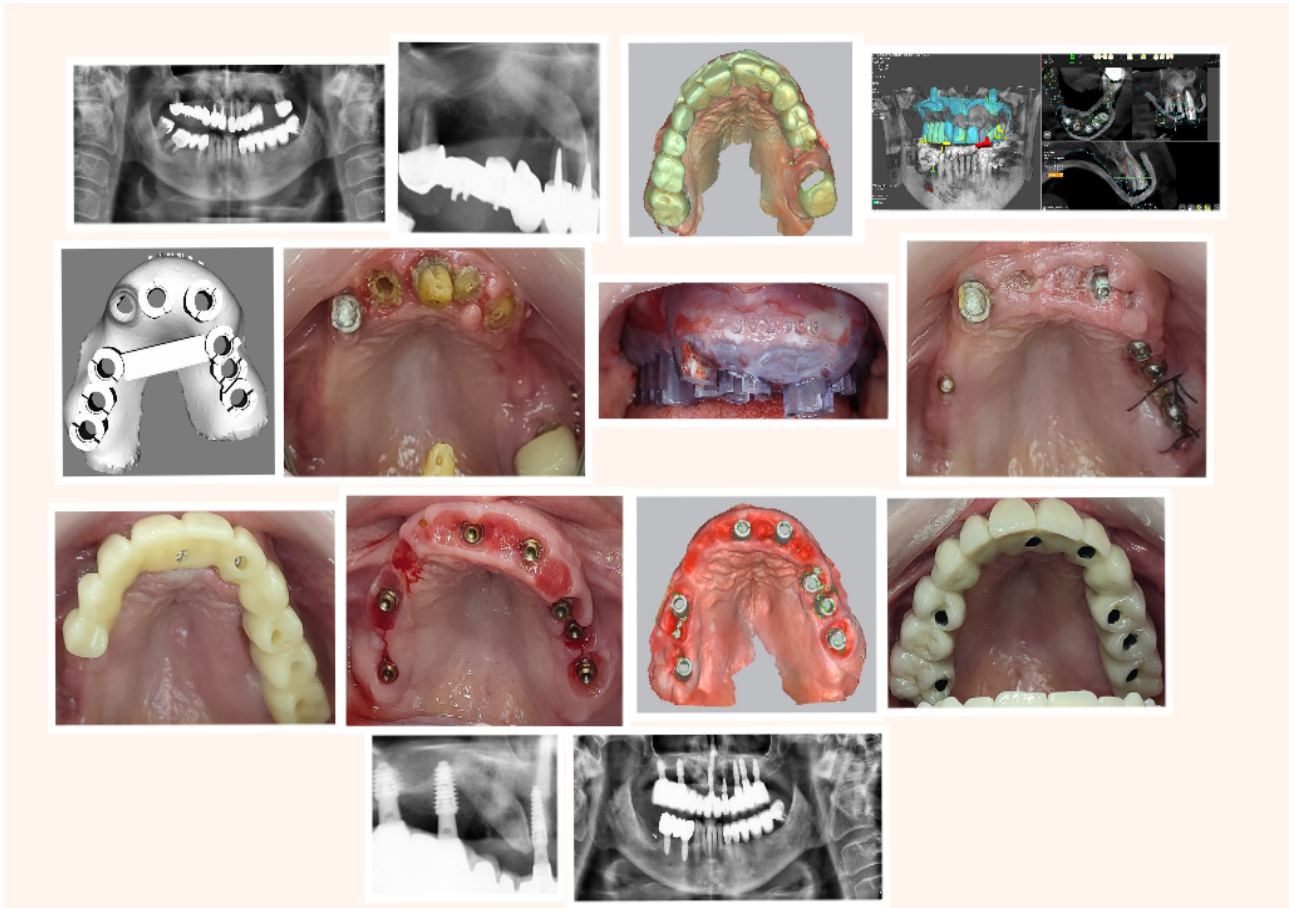
ΣΚΟΠΟΣ: Η συμβολή των ψηφιακών εργαλείων απλοποιεί την αντιμετώπιση πολύ περιπλεγμένων περιστατικών στη χειρουργική και την αποκαταστατική εμφυτευματολογία.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Άνδρας 65 χρόνων παραπέμφθηκε στην κλινική μας με καταηκτική άνω οδοντοφυΐα, έγκλειστο τον 13 (με κεκαμμένο ακρορρίζιο, που καταλάμβανε και 4 θέσεις εμφύτευσης), καθώς και κατακόρυφο έλκωμα στις οπίσθιες περιοχές. Ζητούσε να τον αποκαταστήσουμε με σταθερά δόντια σε εμφυτεύματα και να μη μείνει καθόλου χωρίς ακίνητα δόντια. Το μικρό άνοιγμα στόματος, η αυξημένη κινητικότητα των εναπομεινάντων δοντιών, η δυσκολία χειρουργικής αφαίρεσης του 13, συνέβαλαν στην κατάρτιση του σχεδίου

θεραπείας. Αρχικά, λάβαμε ψηφιακά αποτυπώματα και cbct και με το ψηφιακό διαγνωστικό κατασκευάσαμε χειρουργικό νάρθηκα εμφύτευσης. Στη χειρουργική συνεδρία κάναμε εξαγωγές των 6 δοντιών, σφηνοειδή εκτομή στην ακροδοφία του 2ου 1/4μυρίου και τοποθετήσαμε 6 εμφυτεύματα, εκ των οποίων ένα οριακά εμπρός από τη μήλη και ένα πίσω από το ακρορρίζιο του εγκλείστου. Τα 5 από αυτά (όλα στο 2ο 1/4μύριο) με αρχική σταθερότητα μεγαλύτερη των 45Nt/cm, στα οποία κοχλιώσαμε την άμεση μεταβατική, που είχε 4 κρεμαστά. Το 6ο, επειδή κοχλιώθηκε με ροπή 30 Nt/cm, δεν το φορτίσαμε άμεσα. Στο 4μηνο διαπιστώνουμε την οστεοενσωμάτωση και των 6 εμφυτευμάτων, ψηφιακά αποτυπώνουμε και κατασκευάζουμε νέα μεταβατικά, που κοχλιώνουν και στα 6 εμφυτεύματα, καθώς συγχρόνως τοποθετούμε 7ο εμφύτευμα (με εσωτερική ανύψωση ιγμορείου) στη θέση 16, ώστε να βελτιώσουμε

τη διασπορά. 5 μήνες αργότερα προχωράμε στην ψηφιακή αποτύπωση και των 7 εμφυτευμάτων, επιλογή χρώματος. 2 εβδομάδες αργότερα, και σχεδόν 1 χρόνο μετά την έναρξη, δοκιμάζουμε με επιτυχία και παραδίνουμε τη μεταλλοκεραμική γέφυρα 12 δοντιών (16 έως 26).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η κατευθυνόμενη εμφύτευση και εν γένει οι ψηφιακές τεχνικές μπορούν αξιόπιστα να επιλύσουν προβλήματα και να διευκολύνουν τόσο εμάς όσο και τους ασθενείς μας, αποφεύγοντας εκτεταμένα χειρουργεία και τις επακόλουθες πιθανές επιπλοκές τους.



ΕΑ 4. ΧΡΗΣΗ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΩΝ ΥΛΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΤΗΣ ΒΙΔΑΣ ΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΚΟΧΛΙΟΥΜΕΝΩΝ ΕΠΙΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΙΚΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ: ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ε. Αφράτη, Π. Λαμπρόπουλος

Κλινική Προσθητικής, Οδοντιατρικό Τμήμα, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Στη σύγχρονη εμφυτευματολογία το υλικό εκλογής στην κλινική πράξη για την κάλυψη της βίδας σταθεροποίησης και την πλήρωση της οπής των κοχλιούμενων επιεμφυτευματικών προσθετικών αποκαταστάσεων αποτελεί η φωτοπολυμεριζόμενη σύνθετη ρητίνη. Νεότερα δεδομένα έχουν φέρει και άλλα υλικά στο προσκήνιο, τόσο ρητινώδη, όπως η ακρυλική και η δις-

ακρυλική ρητίνη και οι τροποποιημένες μεθακρυλικές αυτοπολυμεριζόμενες ρητίνες (M4M), καθώς και κεραμικά, όπως τα ένθετα διπυριτικού λιθίου.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας αποτελεί η σύγκριση των ιδιοτήτων όλων των παραπάνω υλικών με το υλικό εκλογής σύμφωνα με τη διαθέσιμη βιβλιογραφία.

ΥΛΙΚΟ/ΜΕΘΟΔΟΙ: Η συγκεκριμένη ανασκόπηση διενεργήθηκε κατόπιν βιβλιογραφικής αναζήτησης λέξεων-κλειδίων σχετικών με το είδος και τις ιδιότητες όθλων των παραπάνω υλικών, συγκρινόμενα με τις ιδιότητες της φωτοπολυμεριζόμενης ρητίνης στην επιστημονική πηγαία βάση PubMed.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά την οριακή μικροδιείσδυση τόσο των ρητινωδών όσο και των κεραμικών υλικών. Η ακρυλική ρητίνη εμφάνισαν τη μικρότερη βακτηριακή προσκόλληση, ενώ οι δις-ακρυλικές τη δεύτερη μεγαλύτερη, μετά τις φωτοπολυμεριζόμενες ρητίνες. Στα αυτοπολυμεριζόμενα υλικά παρατηρήθηκε μειωμένη συστολή πολυμερισμού, μικρότερη δημιουργία μικροκενών, εξαιτίας του μικρότερου ιξώδους τους, και μεγαλύτερη οριακή ακεραιότητα.

Από την άληη, τα κεραμικά ένθετα εμφάνισαν μικρότερο ρυθμό μασητικής αποτριβής σε βάθος διετίας σε σχέση με τις φωτοπολυμεριζόμενες σύνθετες ρητίνες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Όλα τα παραπάνω υλικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν το ίδιο αποτελεσματικά με τη φωτοπολυμεριζόμενη ρητίνη, καθώς δεν ανιχνεύονται στατιστικά αξιολογικές διαφορές όσον αφορά τη μικροδιείσδυση και τη μικροβιακή προσκόλληση. Η χρήση των κεραμικών ενθέτων φαίνεται να αποτελεί την πλέον αξιόπιστη επιλογή, καθώς εμφανίζει ικανοποιητικές μηχανικές και βελτιωμένες αισθητικές ιδιότητες, με μοναδικό μειονέκτημα το αυξημένο κόστος κατασκευής. Παρ' όλα αυτά, είναι απαραίτητη η επαρκέστερη επιστημονική μελέτη και βιβλιογραφική τεκμηρίωση.

ΕΑ 5. Η ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΟΛΩΝ ΣΤΙΣ ΕΠΙ-ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

N.N. Βασιλόπουλος, Δ. Καφετζή

Ιδιωτική Οδοντιατρική Κλινική (Αθήνα)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Πριν από την εισαγωγή των οστεοενσωματωμένων εμφυτευμάτων, ακίνητες αποκαταστάσεις ολικής κάλυψης με πρόβολα αποτελούσαν συχνά πρώτη επιλογή για την αποκατάσταση μερικώς νωδών ασθενών. Ακόμη και σήμερα η συγκεκριμένη λύση μπορεί να επιλεγεί σε περίπτωση αδυναμίας εξασφάλισης ετερόπλευρων ακραίων στηριγμάτων και εφόσον υπάρχουν λόγοι, όπως προβλήματα γενικής υγείας ή οικονομικοί λόγοι, που εμποδίζουν την τοποθέτηση εμφυτευμάτων. Επιπλέον, σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί αυτού του είδους η αποκατάσταση να συνδυαστεί με την τοποθέτηση εμφυτευμάτων. Οπότε, όταν υπάρχουν ανατομικοί λόγοι ή όταν η τοποθέτηση ενός ακόμη εμφυτεύματος προϋποθέτει περίπλοκες χειρουργικές τεχνικές, μπορεί να επιλεγεί μια ακίνητη αποκατάσταση με πρόβολα στηριζόμενη σε εμφυτεύματα.

ΣΚΟΠΟΣ: Στην παρούσα εργασία επιχειρείται η βιβλιογραφική αναδρομή στα ερευνητικά δεδομένα που αφορούν τις ακίνητες αποκαταστάσεις ολικής κάλυψης με πρόβολο, στηριζόμενες σε εμφυτεύματα, με στόχο τη διεξαγωγή τεκμηριω-

μένων συμπερασμάτων για την επιβίωση και την πρόγνωση αυτών των αποκαταστάσεων. Παράλληλα, αξιολογούνται οι επιμέρους παράγοντες που επηρεάζονται στη λειτουργία και την επιβίωση αυτών των αποκαταστάσεων και εξετάζονται οι συχνότερες επιπλοκές που εμφανίζονται.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Βιβλιογραφική ανασκόπηση

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ακίνητες αποκαταστάσεις με πρόβολα στηριζόμενες σε εμφυτεύματα εμφανίζουν υψηλά ποσοστά επιβίωσης στη δεκαετία, συγκρίσιμα με τα αντίστοιχα των αποκαταστάσεων χωρίς πρόβολα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συστήνεται η χρήση δύο εμφυτευμάτων για να στηρίζουν ένα πρόβολο μεγέθους προγομφίου. Οι ακίνητες αποκαταστάσεις με πρόβολα στηριζόμενες σε εμφυτεύματα αποτελούν ορθή εναλλακτική θεραπευτική λύση, προκειμένου να αποφευχθούν περίπλοκες χειρουργικές τεχνικές και να μειωθεί το κόστος της θεραπείας.

ΕΑ 6. ΔΙΑΜΕΤΑΘΕΣΗ ΠΡΟΓΟΜΦΙΩΝ: ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ Ή ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ ΔΙΕΥΘΕΤΗΣΗ;

Ν. Γαβουνέλης, Ε. Βασταρδή

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η διαμετάθεση είναι μια μορφή έκτοπης ανατολής των δοντιών. Ορίζεται ως η ανταλλαγή θέσης δύο όμορων δοντιών του ίδιου τεταρτημορίου. Διακρίνεται σε πλήρη, όταν συμμετέχει η μύλη και η ρίζα, και ατελή, όταν σε έκτοπη θέση είναι μόνο η μύλη. Η ανωμαλία αυτή συνήθως εμφανίζεται στην άνω γνάθο ετερόπλευρα. Συχνότερα, συναντάται διαμετάθεση του άνω κυνόδοντα με τον άνω πρώτο προγόμφιο.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να εξετάσει τα πλεονεκτήματα και τις πιθανές δυσκολίες της ορθοδοντικής αντιμετώπισης περιπτώσεων διαμετάθεσης σε ενήλικες ασθενείς συγκριτικά με την εξαγωγή των εμπλεκόμενων δοντιών και την αποκατάστασή τους με εμφυτεύματα.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Ασθενής 30 ετών με ανωμαλία σύγκλεισης ΙΙΙης τάξης, έντονη έκτοπία του #15 και ήπιο συνωστισμό προσήλθε για ορθοδοντική αξιολόγηση. Στον ασθενή είχε προ-

ταθεί η εξαγωγή των #14, #15 και η αποκατάσταση με εμφυτεύματα. Ο ασθενής αναζητούσε μια λιγότερο παρεμβατική λύση, οπότε προχώρησε σε θεραπεία με ακίνητους ορθοδοντικούς μηχανισμούς. Αποφασίστηκε η διατήρηση και των δύο προγομφίων, καθώς η εξαγωγή τους θα δυσχέραινε την δυσαρμονία ΙΙΙης τάξης. Πραγματοποιήθηκε αποσυστροφή του #14, με σκοπό την ανάκτηση του απαραίτητου χώρου, έτσι ώστε να πραγματοποιηθεί έλξη του έκτοπου #15 στο οδοντικό τόξο. Οι ακίνητοι ορθοδοντικοί μηχανισμοί σε συνδυασμό με διαγναθικά ελαστικά οδήγησαν στη διευθέτηση και των υπόλοιπων ορθοδοντικών ανωμαλιών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ορθοδοντική θεραπεία σε ενήλικες ασθενείς με διαμετάθεση προγομφίων αποτελεί μια συντηρητική αντιμετώπιση με βιολογικά, λειτουργικά και αισθητικά οφέλη. Βασικά της μειονεκτήματα αποτελούν η παρατεταμένη διάρκεια της θεραπείας, καθώς και η ανάγκη αυξημένης συνεργασίας των ασθενών.

ΕΑ 7. ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΠΑΝΑΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ ΑΝΑΛΟΓΟΥ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΟΣ ΣΕ ΕΚΜΑΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΟΧΛΙΟΥΜΕΝΗΣ ΕΠΙΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΙΚΗΣ ΜΕΤΑΛΛΟΚΕΡΑΜΙΚΗΣ ΣΤΕΦΑΝΗΣ

Σ. Θωμάϊδης,
Ιδιωτικό Ιατρείο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Για την αποτύπωση εμφυτευμάτων μπορεί να χρησιμοποιηθεί η τεχνική του ανοιχτού ή κλειστού δισκαρίου, με την πρώτη να οδηγεί σε περισσότερο ακριβή εκμαγεία. Και οι δύο τεχνικές μπορεί να οδηγήσουν σε ανακρίβειες ως προς τη θέση του αναλόγου του εμφυτεύματος στο εκμαγείο. Σε πολήλαπη αποτύπωση εμφυτευμάτων προτείνεται η χρήση κλειδιού από ακρυλική ρητίνη, προκειμένου να επιβεβαιωθεί η σωστή θέση αυτών στο εκμαγείο εργασίας.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η περιγραφή κλινικών και εργαστηρικών σταδίων της επανατοποθέτησης ενός ανάλογου εμφυτεύμα-

τος σε εκμαγείο εργασίας κοχλιούμενης επιεμφυτευματικής μεταλλοκεραμικής στεφάνης, εξαιτίας ανακρίβειας κατά την αποτύπωση.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Σε ασθενή, με έντονο αντανάκλαστικό έμετο, έγινε η λήψη αποτυπώματος ανοιχτού τύπου, κατασκευή εκμαγείου και χυτεύσιμου κοχλιούμενου μεταλλικού σκελετού. Κατά το στάδιο της δοκιμής μεταλλικού σκελετού, εντοπίστηκε ανακρίβεια οφειλόμενη σε λανθασμένη θέση του αναλόγου στο εκμαγείο. Στη συνέχεια, έγινε ενδοστοματικά εκτροχισμός του μεταλλικού σκελετού, προκειμένου να υπάρχει ο κατάλληλος χώρος για κεραμικό, και η

κατασκευή κλειδίου από ακρυλική ρητίνη, το οποίο συνέδεε τον μεταλλικό σκελετό της αποκατάστασης με τα δύο παρακείμενα δόντια. Αφαιρέθηκε το ανάλογο του εμφυτεύματος από το κινητό κοιλώωμα του εκμαγείου με προσεκτικό εκτροχισμό ελάχιστης ποσότητας γύψου γύρω από αυτό. Ο μεταλλικός σκελετός κοχλιώθηκε στο ανάλογο του εμφυτεύματος, και με τη χρήση του κλειδίου ακρυλικής ρητίνης επανοποθετήθηκε στο εκμαγείο εργασίας. Κατόπιν ο χώρος μεταξύ τμήματος του γύψινου κοιλώωματος και αναλόγου πληρώθηκε με ακρυλική

ρητίνη και ακοιλούθησαν τα υπόλοιπα εργαστηριακά και κλινικά στάδια κατασκευής και κοχλίωσης της αποκατάστασης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Με την τεχνική αυτή αποφεύγεται η επανάληψη της αποτύπωσης, η οποία μπορεί να δημιουργήσει δυσφορία στον ασθενή, και επαναχρησιμοποιείται ο μεταλλικός σκελετός, όταν αυτό είναι δυνατόν, με αποτέλεσμα ταχύτερη παράδοση της αποκατάστασης και πιθανώς μικρότερο κόστος.

ΕΑ 8. ΟΞΕΙΑ ΜΥΕΛΟΓΕΝΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Ε. Καυκούλα, Μ. Πουλάκης, Σ. Τουμάζου, Βαλαμβάνος Κ.

Ίδρυμα: Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Αλεξάνδρα, Χειρουργικός Τομέας, Οδοντιατρικό Τμήμα

Χαρακτηρισμός εργασίας: Ανασκόπηση

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι λευχαιμίες είναι ομάδα κακοήθων νεοπλασιών του αιμοποιητικού ιστού, που χαρακτηρίζονται από ανώμαλο πολλαπλασιασμό και ωρίμανση των αρχέγονων κυττάρων στον μυελό των οστών και στο περιφερικό αίμα. Η οξεία μυελογενής λευχαιμία (ΟΜΛ) χαρακτηρίζεται από κλινική επέκταση των πρωτόγονων αιμοποιητικών βλαστοκυττάρων, γνωστών ως βλάστες, στον μυελό των οστών. Αυτή η επέκταση οδηγεί σε αναποτελεσματική ερυθροποίηση και μεγακαρυοποίηση, που κλινικά εκδηλώνεται ως σχετικά γρήγορη ανεπάρκεια μυελού των οστών σε σύγκριση με τις χρόνιες και άτυπες λευχαιμίες, με συνέπεια την ανεπαρκή παραγωγή ερυθρών αιμοσφαιρίων και αιμοπεταλίων. Η κλινική εικόνα του ασθενούς, ανεξαρτήτως τύπου και μορφής, εκδηλώνεται ως γενικευμένη λεμφοαδενοπάθεια, κεφαλαλγία, πυρετός, καταβολή δυνάμεων, διόγκωση του ήπατος και του σπλήνα, εκχυμώσεις, πετέχειες, ωχρότητα στους βλεννογόνους και το δέρμα, αιμορραγίες και συμπτώματα αναιμίας.

Ο βλεννογόνος του στόματος προσβάλλεται συχνά σε όλες τις κλινικές μορφές με διαφορετική συχνότητα (70-80%) και ιδιαίτερα στις οξείες. Μερικές φορές, οι στοματικές εκδηλώσεις αποτελούν τα πρώτα σημεία της νόσου. Κλινικά στο στόμα παρατηρούνται πετέχειες, εκχυμώσεις, διόγκωση και αυτόματες αιμορραγίες ούλων, καθυστέρηση στην επούλωση χειρουργικών τραυμάτων, ελκώσεις και νεκρώσεις.

ΣΚΟΠΟΣ: Στο οδοντιατρικό τμήμα του ΓΝΑ Αλεξάνδρα εξετάζονται πολύ συχνά ασθενείς με αιματολογικά νοσήματα. Πρόσφατα ασθενής νοσηλευόμενος με ΟΜΛ στο ΓΝΑ Αλεξάνδρα σε υπόστρωμα θρομβοκυττάρωσης και μυελοϊνωσης παρουσίασε εμπύρετα αποστήματα οδοντογενούς αιτιολογίας και ζητήθηκε από τους θεράποντες αιματολόγους η άμεση παρέμβαση με εξαγωγή του υπαίτιου οδόντος με χαμηλό αριθμό PLT (4.000) και ουδετεροπενία ($n = 0,3$), στα πλαίσια μη περαιτέρω επέκτασης της λοίμωξης, που θα ήταν απειλητική ακόμη και για τη ζωή του ασθενούς. Επομένως, σκοπός της εργασίας είναι να παραθέσουμε πληροφορίες σχετικά με:

Τη συγκεκριμένη νόσο και την παθοφυσιολογία της.

- Τη φαρμακευτική αγωγή που χορηγείται στους ασθενείς, τις ανεπιθύμητες ενέργειες που επηρεάζουν την κλινική εικόνα του ασθενούς και ιδιαίτερα τη στοματική κοιλότητα.
- Διερεύνηση των ορίων ασφαλούς οδοντιατρικής παρέμβασης από αιματολογικής πλευράς σε αυτούς τους ασθενείς.
- Ανάδειξη των δεδομένων της νόσου που επιδεινώνουν την οδοντογενή λοίμωξη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η συνεχής αύξηση του αριθμού των ασθενών με ΟΜΛ που έχει ως αποτέλεσμα

δυσνητικά επικίνδυνα για τη ζωή αιματολογική εικόνα αποτελούν πρόκληση για τον σύγχρονο κλινικό οδοντίατρο, στα πλαίσια διερεύνησης

των ασφαλών ορίων παρέμβασης, αλλιά και τη διαχείριση του ενδεχόμενου αιμορραγίας ή άλλων επιπλοκών μετά την παρέμβαση.

ΕΑ 9. ΟΥΡΑΙΜΙΚΗ ΣΤΟΜΑΤΙΤΙΔΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Π. Κιοσπές, Ιδιωτικό Ιατρείο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η χρόνια νεφρική νόσος (ΧΝΝ) είναι μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από μόνιμη νεφρική βλάβη, με ή χωρίς έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας. Η συχνότητα εμφάνισής της στον γενικό πληθυσμό κυμαίνεται παγκοσμίως στο 10%-14%. Οι πάσχοντες εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρδιαγγειακών νοσημάτων, μειωμένη ποιότητα ζωής και πρόωρο θάνατο. Όταν έχει χαθεί το 85%-90% της νεφρικής λειτουργίας, ο ασθενής βρίσκεται πλέον στο τελικό στάδιο και, για να επιβιώσει, θα πρέπει να αρχίσει να υποβάλλεται σε εξωνεφρική κάθαρση (αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση) ή να υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση περίπτωσης ουραιμικής στοματίτιδας και η ανασκόπηση των στοματικών εκδηλώσεων της χρόνιας νεφρικής νόσου.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Άρρεν ασθενής 24 ετών προσήλθε για εκτίμηση λευκών βλαβών στη στοματική του κοιλότητα. Έγιναν αντιληπτές πριν από λίγες μέρες, ήταν ανώδυνες, αλλιά είχαν επηρεάσει σε ικανό βαθμό τη γεύση του, ενώ είχε παρατηρήσει και κακοσμία. Στο ιστορικό του αναμνηστικό αναφέρει οικογενή σπειραματονεφρίτιδα προχωρημένου σταδίου.

Είχε γίνει αρτηριοφλεβική αναστόμωση (φίστουλα), αλλιά ο ασθενής δεν χρειαζόταν ακόμα αιμοκάθαρση. Κλινικά παρατηρήθηκαν λευκές αποκοιλιώμενες βλάβες σε διάφορες περιοχές στο βλεννογόνο του στόματος. Η πιθανή κλινική διάγνωση ήταν ουραιμική στοματίτιδα. Ο ασθενής παραπέμφθηκε στον νεφρολόγο του και διαπιστώθηκε ότι ήταν πλέον σε τελικό στάδιο. Μετά την έναρξη της αιμοκάθαρσης, οι βλάβες υποχώρησαν.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η ΧΝΝ, και ειδικά όλες οι παθοφυσιολογικές διεργασίες που συμβαίνουν στο τελικό της στάδιο, οδηγεί σε διάφορες αλληλαγές στη στοματική κοιλότητα. Αυτές οι αλληλαγές μπορεί να επηρεάσουν τα δόντια, το περιοδόντιο, και τον στοματικό βλεννογόνο. Ο υποσιτισμός είναι αρκετά συνηθής σε ασθενείς με ΧΝΝ, λόγω της μειωμένης γεύσης και όσφρησης, οδηγώντας σε απώλεια βάρους. Επιπλέον, αυτοί οι ασθενείς έχουν ξηροστομία, καθιστώντας δύσκολη την πρόσληψη τροφής, κάτι που οφείλεται σε εξασθενημένη λειτουργία των σιελογόνων αδένων στη ΧΝΝ. Η ουραιμική στοματίτιδα είναι μια σπάνια στοματική εκδήλωση της ΧΝΝ τελικού σταδίου, η οποία συνήθως αποδράμει με την έναρξη της αιμοκάθαρσης.

ΕΑ 10. ΠΛΑΓΙΑ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗ ΚΥΣΤΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Δ. Κολλιοπούλου, Π. Εθαφρός, Κ. Μπουλογεώργου, Θ. Καρανικόλα

Τμήμα Οδοντιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.

Εργαστήριο Γενικής Παθολογίας και Παθολογικής Ανατομικής, Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ

Εργαστήριο Οδοντοφατνιακής Χειρουργικής, Χειρουργικής Εμφυτευματολογίας και Ακτινολογίας,

Τμήμα Οδοντιατρικής ΑΠΘ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η πλάγια περιοδοντική κύστη είναι μια σπάνια αναπτυξιακή οδοντογενής κύστη, που αντιπροσωπεύει λιγότερο από το 2% του συνόλου των επιθηλιακών κύστεων των γνάθων. Εντοπίζεται ενδοοστικά, κατά μήκος της πλάγιας επιφάνειας της ρίζας ζωντανού δοντιού, κυρίως στην περιοχή των προγομφίων της κάτω γνάθου, και ακολουθεί σε συχνότητα η περιοχή των προσθίων της κάτω γνάθου. Απαντάται πιο συχνά μεταξύ της 5ης και 7ης δεκαετίας και προσβάλλει και τα δύο φύλα, με μια μικρή υπεροχή στους άνδρες.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της εργασίας είναι η περιγραφή περίπτωσης πλάγιας περιοδοντικής κύστης σε γυναίκα ηλικίας 52 ετών εστιάζοντας στα κλινικά χαρακτηριστικά, την αιτιοπαθογένεια, την ιστολογική εικόνα, τη διαφοροδιάγνωση και τη θεραπεία της.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Σε τυχαίο ακτινογραφικό έλεγχο με σκοπό την αντιμετώπιση εγκληίστου τρίτου γομφίου, η τρισδιάστατη ακτινογραφία κωνικής δέσμης έδειξε διαυγαστική μονόχωρη αλλοίωση στην περιοχή μεταξύ των ριζών του δεξιού κυνόδοντα και του πρώτου προγομφίου της κάτω γνάθου, καθώς και διάτρηση

του παρειακού πετάλου. Κατά τον ενδοστοματικό έλεγχο παρατηρήθηκε ασυμπτωματική ελαφρά διόγκωση προστομιακά στην περιοχή μεταξύ των αναφερθέντων δοντιών. Κατά τη λήψη οδοντιατρικού ιστορικού, η ασθενής ανέφερε ότι η διόγκωση είχε εμφανιστεί άηλης δύο φορές στην ίδια περιοχή και είχε αντιμετωπιστεί με περιοδοντική απόξεση. Η ζωτικότητα και των δύο δοντιών, σε συνδυασμό με τη θέση της αλλοίωσης, έθεσαν ως αρχική πιθανή διάγνωση την πλάγια περιοδοντική κύστη. Ως θεραπεία εκλογής αποφασίστηκε η χειρουργική αφαίρεση της βλάβης. Υπό τοπική αναισθησία, δημιουργήθηκε τριγωνικός κρημνός, με την αναπέταση του οποίου αποκαλύφθηκε η βλάβη και έγινε εκπυρήνισή της. Το παρασκεύασμα παραπέμφθηκε για ιστολογική εξέταση, με την τελική διάγνωση να ταυτίζεται με την αρχική. Επίσης, ακολούθησε ενδεικτικός ανοοϊστοχημικός έλεγχος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πλάγια περιοδοντική κύστη έχει εξαιρετικά καλή πρόγνωση, με την υποτροπή να είναι σπάνια και να παρατηρείται κυρίως στη βοτρυοειδή διαφοροποίηση. Σημαντική είναι η διαφοροδιάγνωση από άηλης εξεργασίες, έτσι ώστε να αποφευχθούν άσκοπες θεραπευτικές προσεγγίσεις.

ΕΑ 11. ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΗΣ ΙΓΜΟΡΙΤΙΔΑ: ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Γ. Κολλοτούρος, Ε. Παράρα, Χ. Κρασαδάκης, Κ. Μουρούζης

Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η οδοντογενής ιγμορίτιδα αποτελεί συχνή αιτία προσέλευσης των ασθενών στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία, καθώς και στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Μπορεί να είναι εντελώς ασυμπτωματική ή να υποκρύπτει χρόνια ήπια συμπτωματολογία ρινικής συμφόρησης, ώστε να διαληθάνει της προσοχής του ασθενούς. Ενδέχεται ακόμη να εξελιχθεί σε επείγουσα νόσο, όταν εγκαθίσταται εμπύημα ιγμορείου, κατάσταση που απαιτεί άμεση χειρουργική αντιμετώπιση.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπό της παρούσας εργασίας αποτελεί η παρουσίαση της εμπειρίας της Κλινικής μας στη διάγνωση, αντιμετώπιση και συνοδική διαχείριση περιπτώσεων με ιγμορίτιδα οδοντογενούς αιτιολογίας.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΕΙΡΑΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ: Η εργασία πραγματεύεται τη συνοδική διαχείριση 5 περιπτώσεων οδοντογενούς ιγμορίτιδας σε βάθος δεκαετίας, τα οποία αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά σε τακτική ή επείγουσα βάση υπό γε-

νική αναισθησία. Σε όλη τους ασθενείς διερευνήθηκε η πιθανότητα οδοντογενούς αιτιολογίας και όλοι αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά. Δύο εκ των πέντε ασθενών χειρουργήθηκαν εκτάκτως για παροχέτευση εμπυήματος ιγμορείου. Στους υπόλοιπους ακολούθησε το χειρουργικό πρωτόκολλο της Κλινικής, που περιλαμβάνει εξαγωγές των υπαίτιων δοντιών, αντροστομία κατά Caldwell-Luc, καθαρισμό του ιγμορείου και πωματισμό. Η συνολική διάρκεια νοσηλείας όλων των ασθενών κυμάνθηκε μεταξύ 5-10 ημερών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα συμπτώματα της οδοντογενούς ιγμορίτιδας ποικίλλουν σε βαρύτητα και ενδέχεται να χρειαστεί ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή και χειρουργικός καθαρισμός μαζί με την άρση του οδοντογενούς αιτίου. Στις περιπτώσεις που παρουσιάζονται, διαπιστώθηκε βελτίωση της κλινικής εικόνας μετεγχειρητικά και ύφεση των συμπτωμάτων, με το πρωτόκολλο που ακολουθήθηκε. Η χειρουργική αντιμετώπιση ενδείκνυται σε περιπτώσεις εμπυήματος και όταν πρέπει να πραγματοποιηθεί άρση του οδοντογενούς αιτιολογικού παράγοντα χειρουργικά.

ΕΑ 12. ΑΝΥΨΩΣΗ ΕΔΑΦΟΥΣ ΙΓΜΟΡΕΙΟΥ: ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Ε. Λαΐνη, Σ.Ι. Τομαή, Π. Αθανασάκος, Δ. Γκούζουλη, Ν. Κολλόμβος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Στην οπίσθια άνω γνάθο, λόγω της πνευμάτωσης του ιγμορείου άντρου, παρατηρείται απορρόφηση σε κατακόρυφο επίπεδο, οπότε η αποκατάσταση της οπίσθιας νωδότητας πολλές φορές αποτελεί πρόκληση, καθώς η οστική απορρόφηση της φατνιακής ακρολοφίας είναι αναμενόμενη έπειτα από εξαγωγές δοντιών, με αποτέλεσμα το ύψος του οστού για την τοποθέτηση εμφυτευμάτων να είναι ανεπαρκές. Η ανύψωση του εδάφους του ιγμορείου είναι μια κοινή διαδικασία αύξησης οστικού υποστρώματος στην οπίσθια άνω γνάθο σε περιπτώσεις ατροφίας, με στόχο την τοποθέτηση εμφυτευμάτων στην περιοχή.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση των χειρουργικών μεθόδων ανύψωσης του ιγμορείου άντρου και οι ενδείξεις επιλογής τους ανάλογα με το ύψος του υπολειπόμενου φατνιακού οστού. Ακόμη, η ανάληψη των πιθανών διεγχειρητικών και μετεγχειρητικών επιπλοκών και οι προτεινόμενοι τρόποι αντιμετώπισής τους.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στη βάση δεδομένων PubMed με λέξεις-κλειδιά: sinus lift AND techniques AND indications AND complications AND dental

implants. Τα κριτήρια επιλογής μιας μελέτης στην ανασκόπηση συμπεριελάμβαναν:

- α) η μελέτη να είναι δημοσιευμένη από το 2010 έως σήμερα,
- β) η γλώσσα συγγραφής να είναι η αγγλική,
- γ) το περιοδικό να είναι διεθνές,
- δ) η μελέτη να είναι systematic review ή metanalysis ή αναδρομική μελέτη ή προοπτική μελέτη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σύμφωνα με τα παραπάνω κριτήρια επιλογής, βρέθηκαν 20 άρθρα στα οποία παρουσιάζονται οι τεχνικές ανύψωσης ιγμορείου, οι πιθανές επιπλοκές τους, καθώς και ο τρόπος αντιμετώπισής τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανύψωση ιγμορείου αποτελεί μια ευρέως χρησιμοποιούμενη τεχνική στη στοματική και γναθοπροσωπική χειρουργική, με διάφορες τεχνικές, από τις οποίες μπορεί να επιλέξει ο επεμβαίνων και με αρκετά προβλέψιμα αποτελέσματα στην αντιμετώπιση της μειωμένης καθ' ύψος φατνιακής ακρολοφίας. Η πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπ' όψιν και ο επεμβαίνων να είναι σε θέση να τις προλημμάτων, δηλαδή αν χρειαστεί και να τις αντιμετωπίζει.

ΕΑ 13. ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Δ. Μανιάτη, Ε. Παραρά, Χ. Λιάκου, Χ. Χιωτίνης, Β. Ζαχαριάδης, Κ. Μουρούζη

Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ Παιδιατρική Κλινική «Ιαώ Παίδων»
Κέντρο Υπερβαρικής Ιατρικής

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ως οστεομυελίτιδα ορίζεται η φλεγμονή του οστού και του μυελού των οστών. Εμφανίζεται συχνότερα στην κάτω γνάθο και ταξινομείται σε διάφορες κατηγορίες ανάλογα με τη χρονική διάρκεια των συμπτωμάτων, τα κλινικά και ακτινολογικά ευρήματα. Χαρακτηρίζεται από επιμονή των συμπτωμάτων για πάνω από τέσσερις εβδομάδες, διαπύηση, οστικά αποθλύματα, εμφάνιση συριγγίων και συνήθως είναι βακτηριακής αιτιολογίας. Εντοπίζεται σπάνια στα οστά του σπληαχνικού κρανίου και αφορά συνήθως άτομα που έχουν ακτινοβοληθεί ή που λαμβάνουν ανοσοσθεολυτική αγωγή. Στα παιδιά συννηθέστερη μορφή είναι η αιματογενής οστεομυελίτιδα.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση μιας περίπτωσης χρόνιας οστεομυελίτιδας που αφορούσε ένα αγόρι 12 ετών και η ανασκόπηση των σύγχρονων δεδομένων σχετικά με την έγκαιρη διάγνωση και τις θεραπευτικές επιλογές της νόσου, ιδιαιτέρως στην παιδική ηλικία.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Αγόρι 12 ετών προσήλθε έπειτα από νοσηλεία σε Παιδοχειρουργικό

Τμήμα, κατά την οποία διενεργήθηκε χειρουργικός καθαρισμός τραχηλικού συριγγίου, ο τρίτος εντός ενός έτους. Παρουσίαζε οστική έκπτυξη της κάτω γνάθου αριστερά, συρίγγιο με κατάληξη στην υπογνάθια χώρα, συρραφείσα υπογνάθια τομή και υπαισθησία του κάτω φατνιακού νεύρου. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε κυρίως συντηρητικά, έπειτα από διάγνωση οστεομυελίτιδας κάτω γνάθου. Η πορεία του ήταν ομαλή, με αποδρομή της υπαισθησίας εντός εξαμήνου και επαναφορά της φυσιολογικής ακτινολογικής εικόνας της γνάθου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αντιμετώπιση της χρόνιας οστεομυελίτιδας απαιτεί αρχικά τον εντοπισμό και την άρση του αιτιολογικού παράγοντα και, παρά τη σπανιότητά της, θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση. Η συνδυαστική και κατά το δυνατόν συντηρητική αντιμετώπιση και η στενή παρακολούθηση είναι ιδιαιτέρως σημαντικές για τη διαχείριση παιδιατρικών ασθενών, καθώς εκτεταμένες επεμβάσεις σε αυτή την ηλικία μπορεί να παρεμποδίσουν την ομαλή οστική ανάπτυξη.

ΕΑ 14. ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΠΟΜΕΤΑΛΛΙΚΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΟΔΟΝΤΙΝΗΣ ΩΣ ΑΥΤΟΛΟΓΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ – ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Ε. Μεντεσίδου, Θ. Τζίτζιδης, Κ.Ι. Τόσιος, Δ. Ζαμπάρας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα αυτογενή ή αυτόλογα υλικά αποτελούν τη ρύση εκλογής ως οστικά μοσχεύματα, καθώς συγκεντρώνουν πολλή επιθυμητά χαρακτηριστικά. Ως αυτόλογο μοσχευματικό υλικό έχει δοκιμαστεί η απομεταλλικοποιημένη μήτρας οδοντίνης (demineralized dentin matrix, DDM), που παρασκευάζεται από εξαχθέντα δόντια του ασθενούς, καθώς η οδοντίνη έχει παρόμοια σύσταση με το φλοιώδες οστό (70% ανόργανες ενώσεις, 20% οργανικές ενώσεις και 10% νερό)

και στο οργανικό της υπόστρωμα περιέχονται οστεογεννητικοί παράγοντες, όπως η μορφογεννητική πρωτεΐνη των οστών (BMP), ο ινσουλινομιμητικός αυξητικός παράγοντας-II (IGF-II) και ο τροποποιητικός αυξητικός παράγοντας-β (TGF-β).

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανασκόπηση των ιστολογικών ευρημάτων που προκύπτουν από τη χρήση της DDM ως αυτόλογου μοσχευματικού υλικού.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Έγινε αναζήτηση στο PubMed για το χρονικό διάστημα 2014-2024 με τις λέξεις-κλειδιά dentin AND transplant και demineralized dentin matrix και κριτήριο επιλογής την ιστολογική τεκμηρίωση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εντοπίστηκαν 10 μελέτες, 3 σε ανθρώπους και 7 σε πειραματόζωα, από τις οποίες φαίνεται πως η DDM έχει οστεοεπαγωγικές ιδιότητες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η DDM είναι βιοσυμβατή επιλογή για την αποκατάσταση ελλειμμάτων των γνάθων με ικανοποιητικά αποτελέσματα, όπως διαπιστώνεται ιστολογικά. Τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά, ωστόσο απαιτούνται περισσότερες ιστολογικές μελέτες για την τεκμηρίωση της αξίας της τεχνικής.

ΕΑ 15. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΟΣ ΣΕ ΚΑΘΕΤΟ ΚΑΙ ΟΡΙΖΟΝΤΙΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΤΗΝ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΖΩΝΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ι. Μιχάλης, Ν. Χρήστου, Ι. Μήτσικα, Σ. Σιθβέστρος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Για τη διαχείριση της μερικής ή ολικής νωδότητας, η τοποθέτηση των εμφυτευμάτων στην ιδανική τρισδιάστατη προσθετικά θέση είναι εφικτό να εφαρμοστεί με προϋπόθεση την ύπαρξη επαρκούς ποσότητας σκληρών και μαλακών ιστών. Ως τεχνικές για τη διαχείριση των οστικών ελλειμμάτων των φατνιακών ακροθιφιών έχουν περιγραφεί η καθοδηγούμενη οστική ανάπλαση σε οριζόντιο ή/και κάθετο επίπεδο, η ανύψωση του εδάφους του ιγμορείου και η διατατική οστεογένεση.

ΣΚΟΠΟΣ: Στόχος της παρούσας εργασίας αποτελεί η παρουσίαση ενός κλινικού περιστατικού αποκατάστασης με οστεοενσωματούμενα εμφυτεύματα ενός ασθενούς με συνδυασμένη ελλειμματική ακροθιφία καθ' εύρος και ύψος στην αισθητική ζώνη.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Άνδρας 35 ετών με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό, καπνιστής, ο οποίος προσήλθε σε περιοδοντολογική κλινική έπειτα από παραπομπή συναδέλφου για την αντιμετώπιση της περιοχής στην άνω πρόσθια ζώνη. Κατά την ενδοστοματική εξέταση καταγράφηκαν αυξημένα βάθη θυλάκων και απώλειες πρόσφυσης, καθώς και κινητικότητα 2ου βαθμού στα δόντια #12-22. Αναφορικά με την αισθητική ανάληψη, ο

φαινότυπος των ούλων χαρακτηρίστηκε ως παχύς, ενώ η γραμμή γέλωτος ως υψηλή. Από την ακτινογραφική εξέταση διαπιστώθηκε εξωτερική απορρόφηση στα δόντια #12 και #22. Συλλήγοντας τα παραπάνω δεδομένα, τέθηκε κακή η πρόγνυσή τους και η διάγνωση περιοδοντίτιδας σταδίου II βαθμού Β. Το περιστατικό αντιμετωπίστηκε με την αφαίρεση των δοντιών #12-22 και με τη χρήση της τεχνικής καθοδηγούμενης οστικής ανάπλασης με αλληλογενές οστικό μόσχευμα και ξενομόσχευμα βόειας προέλευσης, αναμειγμένα με αυξητικούς παράγοντες της ινικής του a-PRF™ σε συνδυασμό με μη απορροφήσιμη μεμβράνη πολυτετραφθοροαιθυλενίου και μεμβράνες a-PRF™ και τέλος της καθοδηγούμενης τοποθέτησης εμφυτευμάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Για την αποκατάσταση υπολειμματικών ακροθιφιών σε κατακόρυφο και οριζόντιο επίπεδο, εφαρμόζεται η τεχνική της καθοδηγούμενης οστικής ανάπλασης με υψηλά και προβλέψιμα ποσοστά επιτυχίας. Ωστόσο, για την προσέγγιση της καθοδηγούμενης οστικής ανάπλασης, κρίνεται απαραίτητη η διενέργεια τεκμηριωμένων τυχαιοποιημένων μελετών ελέγχου με μεγάλο αριθμό ασθενών, συγκρίνοντας διαφορετικές προσεγγίσεις, με στόχο την πλήρη τεκμηρίωση των μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων.

ΕΑ 16. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΞΗΡΟΣΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ SJOGREN

Σ. Μπακράτσας, Ο. Marushko, Α. Kraiz

Επιβλέπων Καθηγητής: HabDoctor K. Błochowiak

Τμήμα Στοματικής Χειρουργικής, Περιοδοντικών Παθήσεων και Παθήσεων Στοματικής Βληννογόνου Πανεπιστήμιο Ιατρικών Επιστημών του Πόζναν (Poznan University of Medical Sciences)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ξηροστομία, η αίσθηση ξηρότητας στη στοματική κοιλότητα είναι ένα συχνό σύμπτωμα του σύνδρομου Sjogren, μια αυτοάνοση διαταραχή που επηρεάζει τους εξωκρινείς αδένες. Αυτή η κατάσταση όχι μόνο προκαλεί ενόχληση στον ασθενή, αλλά αυξάνει επίσης τον κίνδυνο περιοδοντικών παθήσεων και ευκαιριακών λοιμώξεων. Η κατανόηση αυτών των συσχετίσεων θα μπορούσε να βελτιώσει την ακρίβεια της διάγνωσης και να καθοδηγήσει εξατομικευμένες στρατηγικές θεραπείας για τη διαχείριση της ξηροστομίας.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο στόχος της μελέτης είναι να αξιολογήσει τη σοβαρότητα της ξηροστομίας και τη στοματική υγεία σε ασθενείς με σύνδρομο Sjogren.

ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Επιλέχθηκε ένα δείγμα 48 ασθενών με σύνδρομο Sjogren. Η μελέτη ακολούθησε τα διαγνωστικά κριτήρια που ορίζονται από το Αμερικανικό Κολλήγιο Ρευματολογίας (ACR) και την Ευρωπαϊκή Αντιρευματική Ένωση (EULAR) του 2016, για να διασφαλιστεί η συνέπεια και η ακρίβεια στην επιλογή και την αξιολόγηση των ασθενών. Η σοβαρότητα της ξηροστομίας αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας το τεστ

Fox και την κλίμακα VAS. Το Προφίλ Επίδρασης Στοματικής Υγείας (OHIP-49 ερωτηματολόγιο) χρησιμοποιήθηκε για να αξιολογηθεί η κατάσταση της στοματικής υγείας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ανάληψη του τεστ Fox αποκάλυψε έναν μέσο όρο $54,2\% \pm (23,50\%)$ και μια διάμεση τιμή 60%. Η κατανομή των αποτελεσμάτων του τεστ Fox κυμάνθηκε από 0-100%. Ομοίως, οι αξιολογήσεις VAS έδειξαν έναν μέσο όρο βαθμοποίησης $44,96 \text{ mm} \pm (27,42 \text{ mm})$ και μια διάμεση τιμή 46,5 mm, με εύρος από 0 mm έως 100 mm. Το Προφίλ Επίδρασης Στοματικής Υγείας έδειξε μέσες βαθμοποιήσεις στις διάφορες διαστάσεις της επίδρασης από Λειτουργικό Περιορισμό $13,11 \pm (8,37)$ έως και Χειροτέρευση $16,83 \pm (11,62)$.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η κλίμακα VAS και το τεστ Fox παρέχουν ένα ευαίσθητο πρωτόκολλο αξιολόγησης της σοβαρότητας της ξηροστομίας, επιβεβαιώνοντας τη σημασία της στο σύνδρομο Sjogren. Η σοβαρή ξηροστομία επιδεινώνει τα προβλήματα στοματικής υγείας, επηρεάζοντας ιδιαίτερα τις διαστάσεις της Ψυχολογικής Αναπηρίας και της Ψυχολογικής Δυσφορίας στους προσβεβλημένους ασθενείς.

ΕΑ 17. ΧΡΗΣΗ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ ΚΑΙ ΑΛΛΟΓΕΝΟΥΣ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΜΑΛΑΚΩΝ ΙΣΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΥΦΙΖΗΣΕΩΝ ΣΕ ΔΥΟ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

Σ. Μπακρατσής, Ι. Μειδάνης, Ε. Μηλίτση

ΝΝΑ-Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών Οδοντιατρικό

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα μοσχεύματα μαλακών ιστών χρησιμοποιούνται ευρέως στην οδοντιατρική πράξη, προσφέροντας ευέλικτες λύσεις για την αύξηση του πάχους των ιστών, τη διόρθωση ανωμαλιών του βληννογόνου και τη βελτίωση της αισθητικής. Τα συχνότερα χρησιμοποιούμενα είναι τα μοσχεύματα συνδετικού ιστού (CTG) και αλλογε-

νή μοσχεύματα κολλογόνου ή ακύτταρη δερματική μήτρα (ADM).

ΣΚΟΠΟΣ: Αυτή η παρουσίαση συγκρίνει τη χρήση αυτομοσχεύματος και ADM σε δύο περιστατικά υφίζησης RT1, Miller class 2. Μέσω αυτής της εξέτασης, σκοπός μας είναι να παρέχουμε μια

καταννοητή εικόνα αυτών των μοσχευμάτων, συγκρίνοντας τις δυνατότητες που μας προσφέρει κάθε επιλογή μέσω των περιστατικών που παρουσιάζονται.

ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Αναφορά γίνεται στις ενδείξεις και τις αντενδείξεις της χρήσης των παραπάνω τύπων μοσχευμάτων μαλακών ιστών και αναλύονται οι τεχνικές και τα αποτελέσματα που λάβαμε σε κάθε περίπτωση, όπου το καθένα χρησιμοποιήθηκε εκμεταλλευόμενο τις δυνατότητες που προσδίδει, καθοδηγούμενο από το προφίλ του εκάστοτε ασθενή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Και στις δύο περιπτώσεις παρατηρήθηκε πλήρης ή μερική κάλυψη της υφίξης, καθώς και αύξηση πάχους των κερατινοποιημένων ιστών στις περιοχές όπου χρησιμοποιήθηκαν τα μοσχεύματα έπειτα από επανέλεγχο 3 μηνών. Η αύξηση του πάχους στην περίπτωση

του CTG ήταν μεγαλύτερη σε σχέση με του ADM, ενώ ο χρόνος επούλωσης ήταν μειωμένος με τη χρήση του ADM.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αυτόλογα και αλλογενή μοσχεύματα μαλακών ιστών αποτελούν συμπληρωματικό, αλλά αναγκαίο κομμάτι κάθε περιοδοντικής και περιεμφυτευματικής χειρουργικής πράξης, όπως και της μελλοντικής αποκατάστασης της περιοχής. Η χρήση κάθε τύπου μοσχεύματος μαλακού ιστού πρέπει να επιλέγεται με βάση παράγοντες που αφορούν το είδος της βλάβης, τον βióτυπο των ούλων, τη δυνατότητα λήψης CTG, την εξοικείωση του θεράποντος, το κόστος, την ταχύτητα επούλωσης, το προφίλ του ασθενή. Επιπλέον, και οι δύο τεχνικές έχουν υψηλά ποσοστά επιτυχίας σε υφίξεις Miller 1 και 2, όμως σε περιπτώσεις που ο στόχος μας είναι η αύξηση του πάχους των κερατινοποιημένων ιστών, τότε το CTG είναι η πρώτη μας επιλογή.

ΕΑ 18. ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΘΙΑ ΖΩΝΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Δ. Μπανιάς, Α. Σκούρος, Ι. Αράπη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αποκατάσταση της νωδότητας στην αισθητική ζώνη αποτελεί πρόκληση για τον κλινικό. Η πρόκληση αυτή προκύπτει από τις αλλαγές στη μορφολογία των σκληρών αλλά και των μαλακών ιστών. Προκειμένου να επιτευχθεί ένα άρτιο αισθητικά και λειτουργικά αποτέλεσμα, θα πρέπει πρώτα να εξεταστεί ποιος είναι ο κατάλληλος χρόνος τοποθέτησης του εμφυτεύματος, η ποσότητα και η ποιότητα των ιστών της περιοχής, ώστε να καταρτιστεί εξατομικευμένο σχέδιο θεραπείας, ανάλογα με τις ανάγκες και τις απαιτήσεις του κάθε ασθενή.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση κλινικών περιστατικών που έγινε αποκατάσταση ελλειμμάτων της αισθητικής ζώνης με τοποθέτηση εμφυτευμάτων και η κατανόηση των ενδείξεων και αντενδείξεων για το πότε είναι ασφαλής η άμεση τοποθέτηση εμφυτεύματος ή η ανάγκη διατήρησης-αύξησης των διαστάσεων της φατνιακής ακροβοφίας, σύμφωνα με τη σύγχρονη βιβλιογραφία.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ: Θα πραγματοποιηθεί παρουσίαση δύο περιπτώσεων για την αποκατάσταση της πρόσθιας περιοχής με εμφυτεύματα και μεμβράνη πυκνού πολυτετραφθοροαιθυλίου (d-ptfe) και μιας περίπτωσης με φυσική επούλωση και τοποθέτηση εμφυτεύματος σε δεύτερο χρόνο με χρήση υποεπιθηλιακού μοσχεύματος συνδετικού ιστού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η τοποθέτηση εμφυτευμάτων στην πρόσθια ζώνη συνεχίζει να αποτελεί πρόκληση για τον κλινικό. Συχνά η διατήρηση των διαστάσεων της φατνιακής ακροβοφίας μετεξαικτικά αποτελεί αναγκαία συνθήκη για την ιδανική τοποθέτηση ενός οδοντικού εμφυτεύματος, προκειμένου να αποκατασταθεί λειτουργικά και αισθητικά η νωδή περιοχή. Η πλήρως καθοδηγούμενη τοποθέτηση εμφυτευμάτων αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την αποκατάσταση νωδών περιοχών στην πρόσθια ζώνη, τόσο λειτουργικά όσο και αισθητικά. Η συνεργασία μεταξύ των κλινικών διασφαλίζει ένα ολοκληρωμένο σχέδιο θεραπείας και ένα πολύ ικανοποιητικό, αισθητικά και λειτουργικά, αποτέλεσμα.

ΕΑ 19. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΝΩ ΚΕΝΤΡΙΚΩΝ ΤΟΜΕΩΝ ΜΕ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ, ΑΝΑΠΛΑΣΗ ΜΑΛΘΑΚΩΝ ΚΑΙ ΣΚΛΗΡΩΝ ΙΣΤΩΝ, ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΠΡΟΦΙΛ ΑΝΑΔΥΣΗΣ

Θ. Νικέληνης, Ε.Α. Κοτσαϊλίδη

Τμήμα Προσθετικής ΕΚΠΑ, Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών

Τμήμα Περιοδοντολογίας, Eastman Dental, University of Rochester

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αποκατάσταση δοντιών, ιδίως στην άνω πρόσθια αισθητική ζώνη, στην οποία απαιτείται τόσο λειτουργική όσο και υψηλή αισθητική απόδοση, είναι αρκετά απαιτητική. Η επιλογή τους επί εμφυτευματικών αποκαταστάσεων είναι ένα κατ' επιλογήν σχέδιο θεραπείας για την αποκατάσταση αυτών των δοντιών. Επιπλέον, για την επίτευξη άριστου αισθητικού αποτελέσματος, είτε σε δόντια είτε σε εμφυτεύματα, η κατ' εξοχήν επιλογή είναι τα ολοκεραμικά υλικά για ένα μακροχρόνιο και αισθητικό αποτέλεσμα.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρουσίασης είναι η ανάδειξη τοποθέτησης εμφυτευμάτων στην πρόσθια αισθητική ζώνη, και συγκεκριμένα των κεντρικών τομέων (# 11, 21) με άμεση ανάπτυξη οστού και αυξητική ανάπτυξη μαλακών ιστών με μόσχευμα από την υπερώα. Επίσης, η προτεινόμενη τεχνική αποτύπωσης συμβάλλει στην επίτευξη του τελικού αισθητικού αποτελέσματος.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Γυναίκα ασθενής 47 ετών προσήλθε στην κλινική μας με τραυματικό πολλαπλό κάταγμα των δύο κεντρικών δοντιών. Αφού πραγματοποιήθηκε εκτενής κλινικός και ακτινογραφικός έλεγχος, αποφασίστηκε η εξαγωγή των δύο κατεστραμμένων άνω κεντρικών τομέων και άμεση τοποθέτηση οδοντικών εμφυτευμάτων με οστικό μόσχευμα (αλλομόσχευ-

μα). Επιπροσθέτως, έγινε παράλληλη τοποθέτηση μοσχεύματος συνδετικού ιστού από την υπερώα, για επίτευξη αυξητικής διαδικασίας των μαλακών ιστών των κεντρικών τομέων για καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα. Τα εμφυτεύματα κοχλιώθηκαν με αρχική σταθερότητα μεγαλύτερη των 32 N/cm και έτσι επιτεύχθηκε άμεση φόρτιση αυτών από προσωρινή αποκατάσταση, υλικού PMMA (CAD/CAM), όπου έγινε pick-up ενδοστοματικά. Μετά το πέρας της ωρίμανσης των μοσχευμάτων και επίτευξης οστεοενσωμάτωσης των εμφυτευμάτων, το τελικό σχέδιο θεραπείας ήταν μονήρης επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις με ολοκεραμικό υλικό στους κεντρικούς τομείς, καθώς επίσης ολοκεραμικές όψεις στους πλάγιους για ένα ολοκληρωμένο άριστα αισθητικό αποτέλεσμα. Η τελική αποτύπωση των εμφυτευμάτων έγινε με τεχνική προσαρμογής των δακτυλίων αποτύπωσης ως προς το προφίλ ανάπτυξης με βάση τις μεταβατικές αποκαταστάσεις και, τέλος, έγινε η τελική κοχλίωση των δύο επιεμφυτευματικών αποκαταστάσεων και συγκόλληση των ολοκεραμικών όψεων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αποκατάσταση πληροί τα βιολογικά κριτήρια, τις υψηλές αισθητικές απαιτήσεις της ασθενούς, καθώς εναρμονίζεται πλήρως με τα φυσικά δόντια και είναι πλήρως λειτουργικά.

ΕΑ 20. ΝΟΣΟΣ ΕΞ ΟΝΥΧΩΝ ΓΑΛΗΣ (CAT SCRATCH DISEASE): ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΜΕ ΤΡΑΧΗΛΙΚΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΤΙΔΑ

Α. Νικοηοπούλου, Ε. Παραρά, Χ. Ευτυχιάδης, Κ. Τσεκούρα, Π. Σταθόπουλος, Κ. Μουρούζης¹

Τμήμα Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η νόσος εξ ονύχων γαλής είναι μια βακτηριακή λοίμωξη προκαλούμενη από τη Bartonella Henselae, ένα Gram αρνητικό ραβδόμορφο βακτή-

ριο. Μπορεί να παρουσιαστεί ως λεμφαδενοπάθεια, με νευρολογικές, οφθαλμολογικές, πνευμονικές ή οστικές εκδηλώσεις ή να είναι ασυμπτωματική.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι η παρουσίαση περιπτώσεων 3 ασθενών οι οποίοι προσήλθαν στην κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του νοσοκομείου ΚΑΤ με διόγκωση στο πρόσθιο τραχηλικό τρίγωνο και διαγνώστηκαν με νόσο εξ ονύχων γαλής.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΕΙΡΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ:

- 1) Αγόρι 15 ετών με υπογενεϊδίο συρίγγιο από 2μήνου και ιστορικό εμπυρέτου από δεκαπενθημέρου.
- 2) Γυναίκα 58 ετών με ανώδυνη διόγκωση υπογνάθιας χώρας με αυξομειούμενο μέγεθος.
- 3) Άντρας 37 ετών με σταδιακά αυξανόμενη μαλακή διόγκωση στο πρόσθιο χείλος του στερνοκλειδομαστοειδούς μυός.

Και οι τρεις ασθενείς υποβλήθηκαν σε σειρά διαγνωστικών εξετάσεων και τελικά χρειάστηκαν ανοιχτή βιοψία ύστερα από βιοψία διά βελόνης βελόνας και κυτταρολογική εξέταση, ώστε να τεθεί η διάγνωση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα συμπτώματα της νόσου εξ ονύχων γαλής ποικίλλουν και σε μεγάλο ποσοστό ασθενών είναι άτυπα. Είναι σημαντικό η λοίμωξη αυτή να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση τραχηλικών διογκώσεων και συριγγίων. Έτσι επιτυγχάνεται πιο στοχευμένη διαγνωστική προσέγγιση και καλύτερη αντιμετώπιση του ασθενούς.

ΕΑ 21. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΩΝ ΚΕΡΑΤΙΝΟΚΥΣΤΕΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΑΠΟΣΥΜΠΙΕΣΗΣ. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Θ. Παναγιωτόπουλος, Ε. Παραρά, Κ. Μουρούζη

Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α ΚΑΤ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αποσυμπίεση αποτελεί μια διαδεδομένη και αξιόπιστη μέθοδο για την αντιμετώπιση ευμεγεθών κερατινοκύστεων, ιδίως σε περιπτώσεις στις οποίες η χειρουργική εξαίρεση μπορεί να προκαλέσει κάταγμα ή βλάβη σε ευγενή ανατομικά μέρη.

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη των περιπτώσεων ευμεγέθων οδοντογενών κερατινοκύστεων κύστεων που αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας την τελευταία δεκαετία, με αποσυμπίεση.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Έγινε αναδρομική μελέτη στα αρχεία των ασθενών για την ανεύρεση αυτών με εκτεταμένες οδοντογενείς κερατινοκύστες στην κάτω γνάθο, που υπεβλήθησαν σε αποσυμπίεση με τοποθέτηση σωληνίσκων. Σύμφωνα με το πρωτόκολλο της κλινικής, οι ασθενείς τίθενται υπό τακτική κλινική και ακτινογραφική επανεξέταση. Σε δεύτερο χρόνο ακολουθεί εκπαρηκνίση και οστική απόξεση. Ως ελάχιστο διάστημα παρακολούθησης μετά την εκπαρηκνίση τέθηκε το ένα (1) έτος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Δέκα ασθενείς συμπεριελήφθησαν στη μελέτη. Το μέσο χρονικό διάστημα αποσυμπίεσης κυμάνθηκε μεταξύ 8-10 μηνών. Σε όλες τις περιπτώσεις, παρατηρήθηκε σημαντική μείωση έως και εξαίρεση των βλαβών. Η μείωση των διαστάσεων των βλαβών ήταν ανάλογη του χρόνου αποσυμπίεσης. Σε καμία από τις περιπτώσεις δεν παρατηρήθηκε υποτροπή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αποσυμπίεση αποτελεί μια ελάχιστη επεμβατική, αποτελεσματική και καλώς ανεκτή από τους ασθενείς, μέθοδο για την αντιμετώπιση ευμεγεθών οδοντογενών κερατινοκύστεων. Το χρονικό διάστημα της αποσυμπίεσης συνδέεται άμεσα με την τελική μείωση των διαστάσεων των βλαβών. Η εκπαρηκνίση και ο χειρουργικός καθαρισμός των οστικών τοιχωμάτων σε δεύτερο χρόνο είναι πάντα απαραίτητα για την ολοκλήρωση της θεραπευτικής αντιμετώπισης.

ΕΑ 22. ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΥΛΙΚΩΝ ΔΙΑΤΟΞΙΚΩΝ ΕΠΙΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΙΚΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ: ΑΧΡΕΙΑΣΤΟΣ ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΣ Ή ΣΩΤΗΡΙΑ ΠΟΙΚΙΛΙΑ;

Δ. Παπαθεξόπουλος, Κ. Κωνσταντοπούλου, Ε. Υψηλάντη, Π. Τσιρογιάννης, Ν. Συκαράς

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ραγδαία πρόοδος στον τομέα της εμφυτευματολογίας έχει αυξήσει τις αποκαταστατικές επιλογές σε περιπτώσεις τόσο μερικής όσο και ολικής νωδότητας. Τα διαθέσιμα πρωτόκολλα προσφέρουν πλέον τη δυνατότητα σχετικά προβλέψιμης αποκατάστασης πλήρως νωδών γνάθων με σημαντικά ποσοστά επιτυχίας. Η ανάγκη βελτίωσης της αισθητικής αλλήλ και μείωσης των επιπλοκών έχουν φέρει στην επιφάνεια υλικά και συνδυασμούς υλικών που δεν ήταν διαθέσιμα μέχρι πριν από λίγα χρόνια. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να προκύπτει πληθώρα διαθέσιμων επιλογών σε επίπεδο υλικών αλλήλ και σχεδιασμού, που προκαλούν έναν κλινικό προβληματισμό σχετικά με τη βέλτιστη επιλογή για το εκάστοτε περιστατικό.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρουσίασης αυτής είναι να αναδείξει τις διαθέσιμες επιλογές υλικών και σχεδιασμού σε διατοξικές επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις μέσα από την παράθεση βιβλιογραφικών δεδομένων αλλήλ και κλινικών περιστατικών, και να αποσαφηνίσει τα κριτήρια επιλογής μαζί με τις αντίστοιχες ενδείξεις του εκάστοτε υλικού.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Όλα τα περιστατικά που θα παρουσιαστούν διεκπεραιώθηκαν στην

Κλινική του Μεταπτυχιακού της Προσθητικής της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ. Αυτά αφορούν αμιγώς ακίνητες διατοξικές επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις, στις οποίες επιλέχθηκαν διαφορετικά υλικά και συνδυασμοί τους, ανάλογα με την εκάστοτε σχεδίαση, έτσι ώστε να προκύπτει ένα εύρος προσθέσεων από την κλασική μεταλλοπολυμερή αποκατάσταση έως και την πρόσφατα εμφανιζόμενη αποκατάσταση ζirkονίας με δοκό τιτανίου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η σωστή σχεδίαση, η άρτια χειρουργική προσέγγιση του περιστατικού, αλλήλ και η ευλαβική τήρηση των βασικών κανόνων της προσθητικής ασφαλώς αποτελούν προαπαιτούμενα για μια σύνθετη πρόσθεση όπως είναι η διατοξική επιεμφυτευματική αποκατάσταση νωδής γνάθου. Δεδομένου ότι απλώς η επιβίωση δεν αποτελεί το μοναδικό προσδοκώμενο, αλλήλ θα πρέπει να συνοδεύεται από τους παράγοντες που καθορίζουν την επιτυχία, η κρίσιμη μεταβλητή των υλικών και του σχεδιασμού της πρόσθεσης είναι από τις κρίσιμότερες που θα κληθεί να διαχειριστεί ο κλινικός, με γνώμονα κάθε φορά τις ιδιαίτερες ανάγκες και απαιτήσεις του ασθενούς.

ΕΑ 23. ΤΟ ΠΕΡΙΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΑΝΑΔΥΣΗΣ ΩΣ ΠΑΡΑΓΩΝ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ

Δ. Παπαθεξόπουλος, Θ.Κ. Σαμαρτζή, Α. Τορτσιάν, Ι. Αρτοπούλου, Π. Λαμπρόπουλος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Σε μια εποχή όπου η οστεοενσωμάτωση θεωρείται δεδομένη στη θεραπεία με εμφυτεύματα, το βάρος πέφτει στη διευθέτηση στοιχείων που θα ενσωματώσουν αρμονικά την αποκατάστασή μας στο βιολογικό περιβάλλον στο οποίο καλείται να λειτουργήσει. Η ραγδαία ανάπτυξη στον τομέα των βιοϋλικών μάς επιτρέπει να κατασκευάζουμε εξαιρετικές εργασίες όσον αφορά τη «ηευκή αισθητική», εντούτοις μια ισορροπημένη αποκατάσταση αφορά εξίσου και τη «ροζ αισθητική».

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να αναδείξει τη σημασία ορθής απόδοσης του περιεμφυτευματικού προφίλ ανάδυσης και να επισημάνει τα στοιχεία που θα οδηγήσουν τον κλινικό στη σωστή διαχείριση της κρίσιμης αυτής περιοχής.

ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Η εργασία αυτή αντλήει το υλικό της κυρίως από βιβλιογραφικά στοιχεία τα οποία προέκυψαν μέσω αναζήτησης στις βάσεις δεδομένων βιοϊατρικών επιστημών MEDLINE (Pubmed),

Scopus, Ovid και τα οποία θα υποστηριχθούν μέσω κλινικών περιστατικών, τα οποία διεκπεραιώθηκαν στη Μεταπτυχιακή Κλινική Προσθετικής της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Χαρακτηριστικά αναφέρεται πως τρεις από τους οκτώ παράγοντες αξιολόγησης μιας επιεμφυτευματικής αποκατάστασης αφορούν αμιγώς τους περιεμφυτευματικούς ιστούς, οι οποίοι οριοθετούν το «κάδρο» που καλείται να αναδείξει την εργασία μας. Η επιτυχής απόδοση της περιοχής αυτής ασφαλώς ξεκινά προεπεμβατικά, από το στάδιο του σχεδιασμού, ενώ κρίσιμη είναι και η διαχείριση από τη στιγμή της αποκάλυψης. Τέλος, θα πρέπει να τονιστεί η σημαντικότητα απόδοσης της ανατομίας αυτής στο στάδιο των μεταβατικών αποκαταστάσεων, με

την ορθή διαμόρφωση των επιφανειών που έρχονται σε επαφή με τους ιστούς, και φυσικά δίνεται έμφαση στις διαδικασίες μεταφοράς του προφίλ στην τελική πρόσθεση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συμπερασματικά, σε μια εποχή όπου τα ερεθίσματα που δεχόμαστε οδηγούν και τους ασθενείς μας στην αναζήτηση της λεπτομέρειας, οφείλουμε ως κλινικοί να παραδίδουμε εργασίες που θα αποδίδουν κατά το δυνατόν προβλέψιμα αποτελέσματα. Οι διαδικασίες προσθετικής διαχείρισης των περιεμφυτευματικών ιστών αποτελούν μια κίνηση προς αυτή την κατεύθυνση, προσφέροντας πλεονεκτήματα σχετικά με τη βιολογία, την αισθητική και τη μακροπρόθεσμη διατήρηση του θεραπευτικού μας αποτελέσματος.

ΕΑ 24. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΤΙΔΑ

Ι. Φουρμούζης, Χ. Πούλιου, Π. Πούλιος, Σ. Σκάμπουρας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Στην παθογένεση της περιοδοντίτιδας εμπλέκονται μικροβιολογικοί, ανοσοολογικοί, βιοχημικοί και γενετικοί μηχανισμοί. Έτσι κάθε άτομο έχει διαφορετική ευαισθησία στη νόσο.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός είναι η μελέτη της συσχέτισης των γενετικών πολυμορφισμών με την προδιάθεση για περιοδοντίτιδα.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Αναζητήθηκαν στο pubmed: "genetic polymorphisms and periodontitis", "Meta-Analysis" και "Systematic Review" με χρονικό πλάνισιο: 2018-2024.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι IL-2, IFN-γ, TNF-α εκκρίνονται από τα Th-1 κύτταρα. Ο πολυμορφισμός IL-2 330 T αυξάνει τον κίνδυνο για περιοδοντίτιδα, ενώ ο πολυμορφισμός TNF-α 308 G/A τον μειώνει. Οι IL-1α, IL-1b, IL-6 και IL-17 εκκρίνονται από Th-17. Πολυμορφισμοί της IL-1α έχουν τόσο προστατευτικό (889 C/T T) όσο και επιβαρυντικό ρόλο (889 C/T C). Οι πολυμορφισμοί IL-1β 511 C>T, 3954 C>T είναι επιβαρυντικοί λόγω διέγερσης σειράς φλεγμονωδών αποκρίσεων και αύξησης της οστικής απορρόφησης. Τα Treg εκκρίνουν TGF-β και IL-10, των οποίων οι πολυμορφισμοί TGF-β rs1800469 και IL-10 592 C>A A προλαμβάνουν την περιοδοντίτιδα, μειώνοντας την ανο-

σοαπόκριση, πιθανώς συνεργιστικά. Ο πολυμορφισμός rs1800872 AA της IL-10 αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης περιοδοντίτιδας, ενώ ο rs1800872 CC τη μειώνει.

Σχετικά με τους πολυμορφισμούς του υποδοχέα της βιταμίνης D, ο BsmI δρα επιβαρυντικά μόνο στην καυκάσια φυλή. Από τους πολυμορφισμούς των TLR-2, οι rs1898830 A>G και rs5743708 G>A ελαττώνουν τον κίνδυνο για χρόνια περιοδοντίτιδα στους Ασιάτες. Γενικά, οι μονονουκλεοτιδικοί πολυμορφισμοί των TLR-2 μειώνουν την αποτελεσματικότητα των TLR συνδετών. Οι πολυμορφισμοί των μεταλλοπρωτεϊνών MMP-9 1562C>T και MMP-2 763C>T αυξάνουν τον κίνδυνο για χρόνια και επιθετική περιοδοντίτιδα στους Καυκάσιους και στους Ασιάτες αντίστοιχα. Πολυμορφισμός μονονουκλεοτιδίου του γονιδίου της γλυκοτρανσφεράσης (GLT6D1) σχετίζεται με επιθετική μορφή περιοδοντίτιδας σε Αφρικανούς. Παράλληλα, η περιοχή SIGLEC5 (τμήμα rs12461706, SNP 40%T) σχετίζεται με την εμφάνιση επιθετικής περιοδοντίτιδας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η περιοδοντίτιδα εμφανίζει μερικώς γενετικό υπόβαθρο. Ένα ευρύ σύνολο διαφορετικών πολυμορφισμών είναι καθοριστικό για την έκβαση της νόσου στον πληθυσμό.

ΕΑ 25. ΤΥΧΑΙΟ ΕΥΡΗΜΑ ΕΓΚΛΕΙΣΤΩΝ ΥΠΕΡΑΡΙΘΜΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ ΤΗΣ ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Σ. Ράλλη, Ε. Χατζηπέτρος

Κλινική Διαγνωστικής και Ακτινοβολίας Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα υπεράριθμα δόντια είναι μια σχετικά σπάνια οδοντική ανωμαλία, η οποία χαρακτηρίζεται από την παρουσία επιπλέον δοντιών, πέραν της φυσιολογικής οδοντοφύας, και μπορεί να προκαλέσει συνωστισμό, καθυστερημένη ανατολή και απορρόφηση των παρακείμενων δοντιών.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός αυτής της εργασίας είναι η παρουσίαση ενός ενδιαφέροντος, τυχαίου ευρήματος ύπαρξης υπεράριθμων δοντιών στην άνω γνάθο νεαρής ασθενούς, καθώς και η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Ασθενής 14 ετών προσήλθε στην Κλινική Διαγνωστικής και Ακτινοβολίας Στόματος της Οδοντοιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, με εξεύθερο ιατρικό ιστορικό, αναφέροντας άλγος στην περιοχή της κροταφογναθικής διάρθρωσης, κυρίως κατά τη μάσηση. Κατά την εξωστοματική κλινική εξέταση, διαπιστώθηκε ήχος από την κροταφογναθική διάρθρωση αμφοτερόπλευρα. Η ενδοστοματική κλινική

εξέταση ήταν κατά φύση. Απεικονιστικά, πραγματοποιήθηκε πανοραμική ακτινογραφία, στην οποία εμφανίστηκαν, ως τυχαίο εύρημα, η ύπαρξη δύο ακτινοσκιερών δομών στη μέση γραμμή και την οπίσθια δεξιά περιοχή της γνάθου, άνωθεν των προγομφίων. Η ακτινογραφία δέδειξε άνω γνάθου κατέδειξε την ύπαρξη δύο υπεράριθμων εγκλείστων δοντιών κωνικής μορφολογίας. Η ασθενής παραπέμφθηκε για Οδοντιατρική Υπολογιστική Τομογραφία Κωνικής Δέσμης (CBCT) για τη διερεύνηση της ακριβούς θέσης των υπεράριθμων εγκλείστων δοντιών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συνήθως, τα υπεράριθμα δόντια μπορεί να παραμείνουν έγκλειστα ή να παρουσιάσουν καθυστέρηση στον ρυθμό διάπλησης και ανατολής. Ανάλογα με την εντόπισή τους, μπορούν να χρησιμοποιηθούν διαφορετικές οδοντιατρικές ακτινογραφικές τεχνικές για την απεικόνιση της ακριβούς θέσης των υπεράριθμων δοντιών. Σε περίπτωση χειρουργικής αντιμετώπισής τους, η χρήση CBCT για τη διερεύνηση της ακριβούς θέσης των υπεράριθμων δοντιών κρίνεται αναγκαία.

ΕΑ 26. ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΕΛΛΕΙΨΗ ΚΥΝΟΔΟΝΤΩΝ ΤΗΣ ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Α. Σκούρος, Ι. Αράπη, Π. Χριστόπουλος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αμφοτερόπλευρη συγγενής έλλειψη μόνιμων κυνοδόντων σε μη-συνδρομικούς υγιείς ασθενείς είναι μια εξαιρετικά σπάνια εικόνα στην οδοντιατρική. Η παραμονή των νεογιτών ωστόσο μπορεί να ακολουθεί τη φυσιολογική διαδικασία απορρόφησης των ριζών τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των διαστάσεων της φατνιακής ακροθωφείας, η οποία στην αισθητική ζώνη πολύ συχνά είναι ήδη περιορισμένη. Πολλές τεχνικές έχουν προταθεί για την αποκατάσταση της ατροφικής γνάθου, προκειμένου να πληροί τις προϋποθέ-

σεις για την αποκατάσταση με οστεονεωματούμενα εμφυτεύματα. Μεταξύ αυτών συγκαταλέγεται η τεχνική της καθοδηγούμενης οστικής ανάπτυξης (GBR). Με τη βοήθεια κατανόησης των χαρακτηριστικών κάθε είδους μοσχεύματος και την ορθή χρήση αυτών, σε συνδυασμό με την ποικιλία μεμβρανών που εμποδίζουν την εισβολή μη οστεοπαραγωγικών κυττάρων, εξασφαλίζοντας επαρκή βιολογικό χώρο για τον σχηματισμό νέου οστίτη ιστού, είναι μια τεχνική με αρκετά προβλέψιμα και επιτυχή αποτελέσματα.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρουσίασης είναι η αναφορά περίπτωσης γυναίκας με αμφοτερόπλευρη έλλειψη μόνιμων κυνοδόντων στην άνω γνάθο. Πραγματοποιήθηκε αύξηση των διαστάσεων της φατνιακής ακρολοφίας με την εφαρμογή της τεχνικής GBR και τοποθέτηση των εμφυτευμάτων σε δεύτερο χρόνο.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Γυναίκα 32 ετών προσήλθε για αποκατάσταση της νωδής περιοχής στην περιοχή των κυνοδόντων της άνω γνάθου. Έπειτα από κλινικό και ακτινογραφικό έλεγχο, διαπιστώθηκε έλλειμμα της φατνιακής ακρολοφίας καθ' εύρος και στις δύο θέσεις αμφοτερόπλευρα. Πραγματοποιήθηκε κατευθυνόμενη οστική ανάπτυξη με χρήση αυτομοσχεύ-

ματος από την περιοχή του κλάδου της κάτω γνάθου, σε συνδυασμό με αλληομόσχευμα και χρήση απορροφήσιμης μεμβράνης βραδείας απορρόφησης. Πλήρως καθοδηγούμενη τοποθέτηση των εμφυτευμάτων πραγματοποιήθηκε πέντε μήνες μετά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συγγενής έλλειψη κυνοδόντων στην άνω γνάθο αποτελεί μια σπάνια περίπτωση στη βιβλιογραφία. Η χρήση συνδυασμού αυτομοσχεύματος με αλληομόσχευμα και απορροφήσιμης μεμβράνης δημιουργεί ικανοποιητικό οστικό υπόβαθρο, με σκοπό τη μελλοντική τοποθέτηση εμφυτευμάτων στην πρόσθια ζώνη.

ΕΑ 27. Η ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Δ. Σπυρόπουλος, Δικηγόρος Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Σε ένα από τα γνωστά του αποφθέγματα ο Ιπποκράτης, πατέρας της Ιατρικής, είχε πει: «Ασκείν περί τα νοσήματα δύο: ωφελεῖν ή μη βλάπτειν». Τι γίνεται όμως σε περίπτωση που προκληθεί βλάβη από τον οδοντίατρο στον ασθενή; Σε μια τέτοια απρόσμενη τροπή, γίνεται λόγος για οδοντιατρικό σφάλμα, το οποίο μπορεί να εγείρει αστικές, ποινικές και πειθαρχικές συνέπειες για τον οδοντίατρο.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της παρούσης μελέτης συνίσταται στον καθορισμό των κριτηρίων τα οποία ενδέχεται να στοιχειοθετήσουν ευθύνη του οδοντιάτρου, κατά την άσκηση της οδοντιατρικής θεραπείας, καθώς και στα μέσα προστασίας του.

Κατά γενική αρχή, στον οδοντίατρο καταλογίζονται οι ζημιές που συνδέονται αιτιωδώς με παράνομη και υπαίτια πράξη ή παράλειψή του, η οποία γεννά το οδοντιατρικό σφάλμα. Η έννοια του οδοντιατρικού σφάλματος ταυτίζεται με την παράβαση των κανόνων της οδοντιατρικής επιστήμης και «τέχνης» (lege artis). Η παράβαση αυτή είναι και υπαίτια, οφείλεται δηλαδή σε αμέλεια ή (σπάνια) σε δόλο του οδοντιάτρου. Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς από τον οδοντίατρο περιλαμβάνει τα εξής:

1. Ενημέρωση τού ασθενούς για την οδοντιατρική πάθηση.
2. Κατανοητή και συγκεκριμένη αναφορά για την εφαρμοστέα οδοντιατρική θεραπεία.
3. Περιγραφή των επιμέρους σταδίων της θεραπείας.
4. Ενημέρωση για ενδεχόμενες παρενέργειες από τη θεραπεία.
5. Η ενημέρωση του ασθενούς είναι προτιμότερο να γίνεται και εγγράφως, με κάθε πρόσφορο μέσον (ηλεκτρονική επιστολή, συμφωνητικό παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών).

Σε περίπτωση ασκήσεως αγωγής από ασθενή για οδοντιατρικό σφάλμα, ο οδοντίατρος πρέπει να αποδείξει ότι ενήργησε κατά την εκτέλεση της θεραπείας σύμφωνα με τους κανόνες της οδοντιατρικής επιστήμης και πρακτικής *lege artis*.

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ - ΠΡΟΣΕΠΙΚΛΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Η ασφάλιση αστικής ευθύνης, αν υπάρχει, μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμη σε περίπτωση διεκδίκησης αποζημιώσεως από τον οδοντίατρο.

Ο οδοντίατρος προσεπικαλεί την ασφαλιστική εταιρεία, με την οποία έχει συνάψει σύμβαση ασφάλισης στο Δικαστήριο. Η εταιρεία καθίσταται διάδικος και υπεισέρχεται στις υποχρεώσεις

του οδοντιάτρου. Αυτό σημαίνει ότι, αν γίνει δεκτή η αγωγή εναντίον του, η ασφαλιστική εταιρεία υποκαθιστά τον οδοντίατρο και καταβάλλει την αποζημίωση η ίδια.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ακριβής και ενδελεχής ενημέρωση του οδοντιατρικού ασθενούς αποτελεί

μία από τις βασικότερες προϋποθέσεις για την ομαλή εξέλιξη της σχέσης ασθενούς-οδοντιάτρου. Πλην όμως, επειδή και ο οδοντίατρος είναι άνθρωπος, τυχούσα διάπραξη οδοντιατρικού σφάλματος θα πρέπει να τύχει της έγκαιρης και κατάλληλης νομικής αντιμετώπισης.

ΕΑ 28. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΥΣΤΙΚΩΝ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Σ.Ι. Τομαή, Α. Σκούρος, Μ.Μητσιάλης, Ν. Κορόμβος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ως κύστη ορίζεται η παθολογική κοιλότητα που σχηματίζεται και είναι πληρωμένη με υγρό. Κυστικές εξεργασίες απαντώνται πολύ συχνά στις γνάθους, κι αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι στις γνάθους μερικές φορές παραμένουν επιθηλιακά υπολείμματα από δυσπλαστικές παρεκκλήσεις της οδοντογένεσης, ενώ και η παρουσία των ίδιων των δοντιών πολλήs φορές δρα σαν εκλυτικός παράγοντας ερεθισμού αυτών των επιθηλιακών υπολειμμάτων. Έτσι, ανάλογα με την προέλευση του επιθηλίου (που συνήθως επενδύονται), οι κύστες των γνάθων διαχωρίζονται σε οδοντογενείς και μη οδοντογενείς. Κατά κανόνα, η χειρουργική αντιμετώπιση είναι η θεραπεία εκλογής, με αυτή να χωρίζεται σε δύο βασικές κατηγορίες: την εκπηρήνιση και τη μαρσιποποίηση. Συχνά ωστόσο, απαιτείται και ενδοδοντική αξιολόγηση και θεραπεία των εμπλεκόμενων δοντιών.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρουσίασης είναι η αναφορά περιστατικών εκτεταμένων κύστεων των γνάθων, των χαρακτηριστικών και ο ρόλος τους

στη διαγνωστική διαδικασία, καθώς επίσης και ποια αντιμετώπιση ενδείκνυται κατά περίπτωση

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ: Παρουσιάζονται περιπτώσεις ασθενών που η χειρουργική αντιμετώπιση εκτελέστηκε χωρίς διεγχειρητικά συμβάματα και απώτερες επιπλοκές, η οστική επούλωση επιτεύχθηκε, ενώ δεν παρουσιάστηκαν υποτροπές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι κυστικές αλλοιώσεις των γνάθων αποτελούν ένα σχετικά συχνό εύρημα και συνεπώς ο γενικός οδοντίατρος θα πρέπει να είναι σε θέση να τις διαγνώσει και να τις αναγνωρίζει, εφόσον πολλήs φορές είναι ασυμπτωματικές και αποτελούν τυχαίο ακτινογραφικό εύρημα. Η κατανόηση της κλινικής συμπεριφοράς και των παθολογικών χαρακτηριστικών κάθε κύστης αποτελούν τον βασικό οδηγό για ένα σωστό χειρουργικό σχέδιο θεραπείας, που λαμβάνει υπ' όψιν τον αντίκτυπο της εκάστοτε χειρουργικής τεχνικής στην οδοντοφυΐα και γενικότερα την ανατομική περιοχή των γνάθων.

ΕΑ 29. ΑΛΦΑΒΗΤΙΣΜΟΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΩΝ

Ε. Τσερπέ, Ε. Σίμου

Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι στοματικές ασθένειες είναι αρκετά συχνές στον γενικό πληθυσμό, παρά την πληθώρα πληροφοριών υγείας που θα μπορούσαν να συντελέσουν στην έγκαιρη διάγνωση και πρόληψή

τους. Ο αλφαριθμητισμός στοματικής υγείας αποτελεί μια νέα πρόκληση για τη Δημόσια Υγεία και ισχυρό και πολλή υποσχόμενα εργαλείο για τη βελτίωση της στοματικής υγείας του γενικού πληθυσμού.

ΣΚΟΠΟΣ: Η μέτρηση του επιπέδου αλφαριθμητισμού στοματικής υγείας σε Έλληνες ενήλικες του νομού Αττικής.

ΜΕΘΟΔΟΣ-ΥΛΙΚΟ: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη μεθοδολογία των συγχρονικών μελετών και το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το Greek Health Literacy in Dentistry (Gr-HeLD), το οποίο έχει αποδειχθεί ότι έχει ικανοποιητική αξιοπιστία και εγκυρότητα (συντελεστής $\alpha > 0,7$ και RMSEA = 0,07). Εφαρμόστηκε, με δειγματοληψία ευκολίας σε ασθενείς που προσήλθαν σε τέσσερα ιδιωτικά οδοντιατρεία της Δυτικής Αθήνας, ηλικίας άνω των 18 ετών. Καταγράφηκαν παράγοντες αλφαριθμητισμού που αφορούν την κατανόηση, την επικοινωνία, τη δεκτικότητα, τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών, την πρόσβαση σε αυτές, την υποστήριξη και τα οικονομικά εμπόδια.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά συμμετείχαν 291 άτομα, μέσης ηλικίας 43,1%, εκ των οποίων 65,4% γυναίκες. Το 91,8% των συμμετεχόντων μπορεί εύκολα να κατανοήσει τις πληροφορίες που τους δίνει ο οδοντίατρος, ενώ το 62,9% διαβάζει άνετα

ενημερωτικά φυλλάδια για τη στοματική υγεία. Όμως το 44% δεν μπορεί να πληρώσει με ευκολία για οδοντιατρικές υπηρεσίες και μόνο το 11,3% μπορεί να βρει εύκολα ραντεβού με οδοντίατρο σε δημόσια υπηρεσία υγείας. Σημαντικές θετικές συσχετίσεις υπήρξαν μεταξύ όλων των παραγόντων αλφαριθμητισμού στοματικής υγείας με τη συνολική βαθμολογία ($p < 0,001$). Υψηλότερες βαθμολογίες σε όλους τους παράγοντες του ερωτηματολογίου παρατηρήθηκαν μεταξύ εκείνων με υψηλό μορφωτικό επίπεδο ($p < 0,001$) και εκείνων με πολύ καλές αυτοαξιολογήσεις για τη στοματική τους υγεία ($p = 0,013$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρούσα έρευνα κατέγραψε υψηλό επίπεδο αλφαριθμητισμού στην επικοινωνία των ασθενών με τους οδοντιάτρους των συγκεκριμένων οδοντιατρείων και σχετικά καλό επίπεδο αλφαριθμητισμού στην κατανόηση των οδοντιατρικών πληροφοριών. Αντίθετα, κατέγραψε χαμηλό αλφαριθμητισμό στην πρόσβαση σε δημόσια, γεγονός που καθιστά απαραίτητη τη διερεύνηση και την αντιμετώπιση των δομικών αιτιών, προκειμένου να βελτιωθεί το επίπεδο στοματικής υγείας για όλους.

ΕΑ 30. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΑΝΥΨΩΣΗΣ ΤΟΥ ΓΝΑΘΙΑΙΟΥ ΑΝΤΡΟΥ: ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ, ΑΙΤΙΕΣ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Γ. Τσουμάνη, Λ. Ζουηούμης, Γ. Βενέτης

Οδοντιατρική Σχολή ΑΠΘ

Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική Οδοντιατρικής Σχολής ΑΠΘ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι διαδικασίες ανύψωσης ιγμορείου είναι σημαντικές για την αύξηση του οστού που απαιτείται για την κατάλληλη τοποθέτηση εμφυτεύματος στην οπίσθια άνω γνάθο σε περιπτώσεις μειωμένης διαθεσιμότητας οστού. Παρά την αποτελεσματικότητά τους, οι τεχνικές αυτές δεν εξαιρούνται από συννοσηρότητες και επιπλοκές.

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη αυτή στοχεύει στην ανασκόπηση και ανάληψη των επιπλοκών που σχετίζονται με τις διαδικασίες ανύψωσης του γναθιαίου άντρου, εστιάζοντας στη συχνότητα εμφάνισης, στις αιτίες και τις στρατηγικές διαχείρισης για τη βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων και της ασφάλειας των ασθενών.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Πραγματοποιήθηκε μια ολόκληρη βιβλιογραφική ανασκόπηση, αναλύοντας άρθρα και κλινικές μελέτες από οδοντια-

τρικά περιοδικά. Εξήχθησαν και συντέθηκαν δεδομένα σχετικά με τη συχνότητα, τα αίτια και τη διαχείριση των επιπλοκών. Η ανασκόπηση περιελάμβανε μελέτες με διαφορετικά μεγέθη δειγμάτων και μεθοδολογίες, για να παρέχει μια ευρεία προοπτική σχετικά με τις επιπλοκές που σχετίζονται με τις διαδικασίες ανύψωσης των κόλπων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η πιο συχνή επιπλοκή που εντοπίστηκε ήταν η διάτρηση της μεμβράνης του Schneiderian, με ποσοστό επίπτωσης 20-25%. Άλλες αξιοσημείωτες επιπλοκές περιελάμβαναν μόλυνση, μετατόπιση υλικού μοσχεύματος, ιγμορίτιδα, υπερβολική αιμορραγία, μετεγχειρητικό οίδημα και πόνο, αλλεργικές αντιδράσεις, αποτυχία οστικού μοσχεύματος και νευρική βλάβη. Αποτελεσματικές στρατηγικές διαχείρισης, όπως η ενδελεχής προεγχειρητική αξιολόγηση και η

επιμελής μετεγχειρητική φροντίδα, βρέθηκε ότι μειώνουν σημαντικά τη συχνότητα και τη σοβαρότητα αυτών των επιπλοκών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι διαδικασίες ανύψωσης ιγμορείου, αν και γενικά είναι ασφαλείς και αποτελεσματικές, συνδέονται με αρκετές πιθανές επι-

πλοκές που μπορεί να επηρεάσουν τα κλινικά αποτελέσματα και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η ενδελεχής γνώση της πρόληψης και της σωστής διαχείρισης των επιπλοκών είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών και των ποσοστών επιτυχίας των οδοντικών εμφυτευμάτων.

ΕΑ 31. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΡΟΘΕΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΣΤΗΝ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟ ΔΕΞΙΑ

Α. Σαραμάντος, Χ. Χάρη, Κ. Παρακευόπουλος, Χ. Καρακούτα, Α. Χρηστάκου, Τ. Κολλέτσα, Κ. Βαχρεβάνος, Α. Μιχαηλόπουλος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο ιός HIV είναι το αίτιο του φάσματος εκδηλώσεων της ασθένειας που είναι γνωστή ως HIV/ AIDS. Ο HIV είναι ρετροϊός, που πρωταρχικά επιμολύνει τμήματα του ανθρώπινου ανοσοποιητικού συστήματος, όπως τα CD4 T κύτταρα, τα μακροφάγα και τα δενδριτικά κύτταρα. Είναι ιός διπλού μονόκλωνου θετικής πληροφορίας RNA, με φωσφολιπιδική περιβάλλουσα διπλής στρώσης.

ΣΚΟΠΟΣ: Το Εθνικό Σύστημα Υγείας για ασθενείς με σοβαρά μεταδοτικό νοσήματα λειτουργεί όπως για όλους τους άλλους ασθενείς. Σημαντική θεωρείται και η συμβολή των οδοντιάτρων στον καρκίνο του στόματος. Αναγνώριση υψηλών αντανakηστικών στην καθοδήγηση ασθενών από οδοντιατρικά τμήματα.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Οροθετικός ασθενής προσήλθε στο Οδοντιατρείο των Ειδικών Λοι-

μώξεων του ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ με έντονο πόνο και μεγάλη ελκωτική βλάβη στη δεξιά κάτω γνάθο. Έγινε βιοψία στην περιοχή της βλάβης, όπου και αποδείχθηκε η παρουσία του καρκίνου. Έγινε λεπτομερής σταδιοποίηση του περιστατικού, όπου και διαπιστώθηκε ότι στην παρούσα φάση ήταν ανεγχείρητο. Έγινε ογκολογικό συμβούλιο και αποφασίστηκε προεγχειρητική χημειοθεραπεία. Υποχώρησε σημαντικά η βλάβη και τελικά έγινε χειρουργείο εκτομής του όγκου και αποκατάστασης με αγγειούμενο κρημνό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Είναι σημαντικός ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας στη διαχείριση-παραπομπή καρκινοπαθών ασθενών. Είναι σημαντική η διάγνωση στο αρχικό στάδιο της νόσου, καθώς και η συνεργασία μεταξύ των τμημάτων του ΕΣΥ.

ΕΑ 32. ΑΜΕΣΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΟΣ ΣΕ ΟΠΙΣΘΙΑ ΖΩΝΗ ΜΕ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΚΟΛΩΒΩΜΑΤΟΣ ΕΠΟΥΛΩΣΗΣ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Γ. Γιαννούλης, Χ. Χατζηχαλεπή, Κ. Χούπης
Ιδιωτικό ιατρείο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Είναι γνωστό ότι ύστερα από μια οδοντική εξαγωγή οι αθηλαγές που επέρχονται στις διαστάσεις της φατνιακής ακρολοφίας αφορούν τόσο τη μείωση του ύψους και του εύρους, καθώς και του όγκου των μαλακών ιστών που την περιβάλλουν. Για τον λόγο αυτό διάφορες μέθο-

δοι, όπως η διατήρηση του μετεξακτικού φατνίου, έχουν περιγραφεί και εφαρμοστεί στην κλινική πράξη με υψηλά ποσοστά επιτυχίας. Τα τελευταία χρόνια, η άμεση τοποθέτηση εμφυτευμάτων έπειτα από εξαγωγή κερδίζει έδαφος, καθώς με αυτή μειώνεται ο συνολικός χρόνος θεραπείας

και η ταλαιπωρία του ασθενούς. Μια νέα υποσχόμενη τεχνική αφορά την άμεση τοποθέτηση, με ταυτόχρονη χρήση οστικού μοσχεύματος και την κατασκευή εξατομικευμένου κολοβώματος επούλωσης, η οποία φαίνεται να επιτρέπει τη διατήρηση διαστάσεων του φατνίου, την προβλέψιμη επούλωση των μαλακών ιστών που περιβάλλουν το εμφύτευμα και τη δημιουργία προφίλ αναδόσεως.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση ενός κλινικού περιστατικού άμεσης τοποθέτησης εμφυτεύματος έπειτα από εξαγωγή σε οπίσθια ζώνη, με σύγχρονη χρήση οστικού μοσχεύματος και κατασκευή εξατομικευμένου κολοβώματος επούλωσης από ρητίνη.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Ασθενής θήλυ 50 ετών προσήλθε με παλαιά έμφραξη αμυγλάματος, κάταγμα του παρειακού τοιχώματος κάτω από την αδαμαντοστεινική ένωση και χρόνια ακρορριζική περιοδοντίτιδα στον #46. Το δόντι κρίθηκε προσθετικά μη αποκαταστάσιμο και μετά τον

ακτινογραφικό έλεγχο με CBCT, αποφασίστηκε η εξαγωγή του και η άμεση τοποθέτηση του εμφυτεύματος, όπως και πραγματοποιήθηκε. Ακολούθησε η πλήρωση του υπολειπόμενου φατνιακού χώρου με αλλομόσχευμα και η κατασκευή εξατομικευμένου κολοβώματος με λεπτόρρευστη ρητίνη πάνω σε προσωρινό κύλινδρο τιτανίου. Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς υπήρξε ομαλή. Η τελική αποκατάσταση με στεφάνη επιεμφυτευματικής ζυγκονίας τοποθετήθηκε 4 μήνες μετά, έπειτα από τον ακτινογραφικό έλεγχο της περιοχής με οπισθοφατνιακή ακτινογραφία.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Η άμεση τοποθέτηση εμφυτεύματος αποτελεί μια προβλέψιμη τεχνική όταν σχεδιαστεί και εκτελεστεί σωστά. Η χρήση εξατομικευμένου κολοβώματος επούλωσης αποτελεί μια υποσχόμενη τεχνική με βασικό προτέρημα τη διατήρηση της μορφολογίας του περιγράμματος των σκληρών και μαλακών ιστών, τη δημιουργία προφίλ ανάδωσης και την απόδοση βέλτιστης αισθητικής και λειτουργικότητας της τελικής αποκατάστασης.

ΕΑ 33. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΓΙΓΑΝΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΝΩΔΗ ΑΚΡΟΛΟΦΙΑ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ ΜΕ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ν. Χρήστου, Ι. Μιχάλης, Ι. Μήτσικα, Σ. Σιλβέστρος
Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το Περιφερικό γιγαντοκυτταρικό κοκκίωμα (ΠΓΚ) περιγράφεται ως καλοήθης ογκόμορφη υπερπλησία, με αποκλειστική εμφάνιση στα ούλα και στις φατνιακές ακρολοφίες. Η βλάβη χαρακτηρίζεται από την παρουσία πολυπύρνων γιγαντοκυττάρων και δημιουργείται από κύτταρα της περιοδοντικής μεμβράνης ή του περιosteού. Θεωρείται αντιδραστική βλάβη, που οφείλεται στη δράση χρόνιων τραυματογόνων εκλυτικών παραγόντων. Συνήθως, εμφανίζεται σε γυναίκες της ηλικιακής ομάδας 50-60 ετών στην κάτω γνάθο.

ΣΚΟΠΟΣ: Στόχος της εργασίας είναι η παρουσίαση ενδιαφέρουσας περίπτωσης ΠΓΚ στην κάτω γνάθο ασθενούς που είχε αποκατασταθεί με εμφυτεύματα.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Άνδρας ασθενής 59 ετών, με ιατρικό ιστορικό προ-διαβήτη και υπέρτασης, μη καπνιστής, προσήλθε στο ιατρείο για

την αξιολόγηση ογκόμορφης βλάβης στην κάτω γνάθο αριστερά με εμφάνιση προ 1,5 μηνός. Μετά την κλινική αξιολόγηση του περιστατικού, βρέθηκε ασυμπτωματική ογκόμορφη μάζα μαθητικής σύστασης και ερυθρού/πορφυρού χρώματος με ευρεία βάση μεγέθους 1,5-2εκ. Η βλάβη εντοπιζόταν στα παρειακά και γλωσσικά ούλα της κάτω γνάθου στις θέσεις αντίστοιχα των #34-35. Ο ασθενής στην περιοχή φέρει οστεοενσωματούμενα εμφυτεύματα και εκτεταμένη επιεμφυτευματική αποκατάσταση. Η ακτινογραφική απεικόνιση του ασθενούς με οπισθοφατνιακές ακτινογραφίες δεν έδειξε ιδιαίτερα ευρήματα. Το οδοντιατρικό ιστορικό του ασθενούς περιλαμβάνει χρόνια προκεχωρημένη περιοδοντίτιδα στη λοιπή οδοντοφυΐα. Αποφασίστηκε η διενέργεια βιοψίας με χειρουργική εκτομή της βλάβης, απόξεση του οστού για την ελαχιστοποίηση της πιθανότητας υποτροπής και η αποστολή του ιστοτεμαχίου για ιστολογική εξέταση. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε τροποποίηση

της υπάρχουσας προσθετικής εργασίας και επανοποθέτησή της. Κατά την εξαμηνιαία επανεξέταση του ασθενούς, δεν παρατηρήθηκαν στοιχεία υποτροπής της βλάβης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Βιβλιογραφικά, η πρόγνωση της βλάβης χαρακτηρίζεται καλή, με ποσοστό υποτροπής περίπου 10-15%. Συστήνεται εξαμηνιαία παρακολούθηση και εφαρμογή αποτελεσματικής στοματικής υγιεινής της περιοχής.

ΕΑ 34. Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΛΛΗΛΑ ΚΑΠΝΙΖΟΝΤΩΝ ΜΕΣΩ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΤΙΔΑΣ

Ν. Χριστάκη, Π. Κατσαούνου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η περιοδοντίτιδα έχει λάβει στις μέρες μας διαστάσεις πανδημίας και αποτελεί πρόβλημα δημόσιας υγείας εξαιτίας της νωδότητας που προκαλείται σε προκεχωρημένα στάδια. Η αποκατάστασή της μάλιστα απαιτεί τις περισσότερες φορές υψηλό κόστος δαπάνης, αλλιά και διαθέσιμο χρόνο από την πλευρά του ασθενούς. Γι' αυτό το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας έχει στραφεί στο να βρεθούν και να αναχαιτισθούν οι παράγοντες επιβάρυνσής της. Δύο από αυτούς αποτελούν το κάπνισμα και ο Σακχαρώδης Διαβήτης, που προσβάλλουν το μεγαλύτερο μέρος του παγκόσμιου πληθυσμού και έχουν σημαντικές βλαβερές επιδράσεις στην υγεία και την παγκόσμια οικονομία. Για τους λόγους αυτούς, καθίσταται αναγκαία σχετική έρευνα για τον βαθμό ενημέρωσης των ασθενών ως προς τις αρνητικές συνέπειες και την αλληλεπίδραση των παραπάνω νόσων.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας κλινικής μελέτης είναι ο προσδιορισμός του βαθμού ενημέρωσης των καπνιζόντων ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη για τις σοβαρές επιπτώσεις τους στην περιοδοντική νόσο.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Για τη διεξαγωγή της μελέτης δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο, το οποίο μοιράστηκε σε ιδιωτικά οδοντιατρικά και παθολογι-

κά ιατρεία σε όλη την περιφέρεια της Αττικής στο διάστημα Ιούλιος 2023-Απρίλιος 2024. Αφού συλλέχθηκαν όλα τα δεδομένα, δόθηκαν για στατιστική ανάλυση, όπου χρησιμοποιήθηκε η γλώσσα προγραμματισμού R.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συλλέχθηκαν 54 ερωτηματολόγια, όπου έγινε σαφές ότι η πλησιονότητα των ασθενών αγνοεί την επιρροή του καπνίσματος στην περιοδοντίτιδα, ενώ αντίθετα γνωρίζει την επιρροή του για την εμφάνιση κακοθών νόσων στη στοματική κοιλότητα, αγνοεί τη συμβολή της περιοδοντικής θεραπείας στη γλυκαιμική ρύθμιση, καθώς και ότι η διακοπή του καπνίσματος ενδέχεται να βελτιώσει την περιοδοντική τους κατάσταση. Ακόμη δεν ενημερώνεται για την ανάγκη επίσκεψης στον οδοντίατρο για τον έλεγχο της περιοδοντικής τους υγείας, εφόσον καπνίζουν και νοσούν από ΣΔ, και παρότι επιθυμεί, αδυνατεί να διακόψει το κάπνισμα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρούσα μελέτη, αν και έχει περιορισμούς, φανέρωσε τη μη επαρκή συνεργασία οδοντιάτρων-παθολόγων και αποτελεί έναυσμα για περαιτέρω έρευνα και μεγαλύτερη ενεργοποίηση των ασθενών. Τόνισε την ανάγκη ενημέρωσης και για τις μεταξύ τους αλληλεπιδράσεις, καθώς το όφελος σε παγκόσμιο επίπεδο από την πρόληψη καθίσταται μεγάλο.

ΕΑ 35. ΕΓΚΛΕΙΣΤΟΙ ΥΠΕΡΑΡΙΘΜΟΙ ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ ΜΕ ΑΝΤΙΘΕΤΕΣ ΦΟΡΕΣ ΑΝΑΤΟΛΗΣ – ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Χ. Χατζηχαλδή, Γ. Τσαρουχάς, Γ. Λιάπης, Κ. Χούπης
Ιδιωτικό Ιατρείο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι έγκλειστοι υπεράριθμοι μεσόδοντες αποτελούν πολλές φορές τυχαίο ακτινογραφικό εύρημα και η διαχείρισή τους συχνά απασχολεί τον οδοντίατρο. Η αιτιολογία εμφάνισής τους είναι άγνωστη, αν και μεταξύ των πιθανών αιτιών συγκαταλέγεται η εμπλοκή γενετικών παραγόντων και ανωμαλιών της οδοντικής ταινίας. Οι μεσόδοντες χρήζουν έγκαιρης αντιμετώπισης, καθώς μπορεί να παρεμποδίσουν την ανατολή, αλλά και να επάγουν απορρόφηση των ακρορριζίων ή/και των ριζών των παρακείμενων δοντιών

ΣΚΟΠΟΣ: Η αναφορά περίπτωσης 2 εγκλείστων μεσοδόντων, ο ένας εκ των οποίων είχε ανεστραμμένη φορά, με κατεύθυνση το έδαφος της ρινός.

ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε νεαρό 13 ετών, ο οποίος επιθυμούσε ορθοδοντική θεραπεία, διαπιστώθηκε έπειτα από ακτινογραφικό έλεγχο η

ύπαρξη 2 μεσόδοντων με αντίθετες φορές ανατολής. Για την αφαίρεσή του ρινικά ανεστραμμένου πραγματοποιήθηκε προστομιακός κρημνός ολικού πάχους και στη συνέχεια διχοτόμηση και αφαίρεσή του με ιδιαίτερη προσοχή για την αποφυγή διάτρησης του εδάφους της ρινός. Στον υπεράριθμο έγκλειστο με φυσιολογική φορά ανατολής, πραγματοποιήθηκε υπερώιος κρημνός ολικού πάχους και ακολούθησε εκμόχληυσή του. Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς ήταν ομαλή.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Η χειρουργική αντιμετώπιση των μεσοδόντων είναι απαιτητική και απαραίτητη είναι η προεγχειρητική απεικόνισή τους με CBCT, προκειμένου να εκτιμηθεί η θέση και η γειτνίαση με παρακείμενα ανατομικά μόρια. Η αφαίρεσή τους χρονικά μπορεί να γίνει πριν από την ολοκλήρωση των ριζών των κεντρικών τομέων, είτε αφού ολοκληρωθούν αυτές ύστερα από συνεννόηση του ορθοδοντικού με τον επεμβαίνοντα.

ΕΑ 36. ΞΕΝΟ ΣΩΜΑ ΣΤΗ ΜΑΖΑ ΤΗΣ ΠΑΡΕΙΑΣ – ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Δ. Μασταγκάς, Χ. Παπαποστόλου, Α. Οικονόμου, Ι. Μετακόπουλος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η παρουσία ξένου σώματος στα μαλακά μόρια της παρειάς είναι μια κατάσταση που συχνά προκύπτει από τραυματισμούς, χειρουργικές επεμβάσεις ή ατυχήματα. Οι ασθενείς υποβάλλονται σε λεπτομερή κλινική εξέταση και απεικονιστικό έλεγχο, όπως υπερηχογράφημα ή αξονική τομογραφία.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρουσίας είναι η αναφορά περίπτωσης ασθενούς 62 ετών με υπόλειμμα από βλήμα όπλου στη μάζα της αριστερής παρειάς, η θεραπευτική προσέγγιση και η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Άνδρας 62 ετών παραπέμφθηκε για εκτίμηση υπολείμματος από

βλήμα στην αριστερή παρειά, το οποίο ήταν ασυμπτωματικό από τη νεαρή του ηλικία. Ο ασθενής χρειάστηκε να υποβληθεί σε μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και τέθηκε το ερώτημα της αφαίρεσης ή όχι του μεταλλικού στοιχείου από την παρειά. Παρότι το ξένο σώμα ήταν ψηλαφητό στη μάζα της παρειάς, ο ασθενής παραπέμφθηκε για υπερηχοτομογραφικό έλεγχο, ο οποίος έδειξε ότι το ξένο σώμα ήταν εντός του βυκαντικού μυός. Υπό τοπική αναισθησία και ενδοστοματική προσπέλαση, και με υπερηχογραφική καθοδήγηση, αφαιρέθηκε το ξένο σώμα. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και ο ασθενής προχώρησε στη διενέργεια της μαγνητικής τομογραφίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρούσα περίπτωση αλλήλ και η μελέτη της βιβλιογραφίας υπογραμμίζει τη σημασία της πολυδιάστατης προσέγγισης στη διάγνωση και τη θεραπεία των ξένων σωμάτων στα μαλακά μόρια της παρειάς, προτείνοντας την

εφαρμογή ελάχιστα τραυματικών μεθόδων και την αξιοποίηση προηγμένων απεικονιστικών τεχνικών για την επίτευξη καλύτερων θεραπευτικών αποτελεσμάτων.

ΕΑ 37. ΒΛΕΝΝΩΔΗΣ ΚΥΣΤΗ ΕΛΑΣΣΟΝΩΝ ΣΙΕΛΟΓΟΝΩΝ – ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΥΠΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΑΣ ΔΙΟΓΚΩΣΗΣ ΠΑΡΕΙΑΣ

Δ. Μασταγκάς, Κ. Παπαδημητρίου, Κ. Τόσιος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι βλεννώδεις κύστεις ή βλεννοκήλεις είναι οι συχνότερες κύστεις των μαλακών μορίων του βλεννογόνου του στόματος. Είναι κοιλότητες που δεν επενδύονται από επιθήλιο, αλλήλ κοκκιώδη ιστό, και περιέχουν σίελο, προέρχονται δε από τραυματισμό ελασσόνων σιελογόνων αδένων. Η εντόπιση των εν λόγω βλαβών στο 80% αφορά το κάτω χείλος.

ΣΚΟΠΟΣ: Η αναφορά περίπτωσης ασθενούς 32 ετών με ευμεγέθη υποβλεννογόνια διόγκωση στην αριστερή παρειά, η διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση και η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Άνδρας 32 ετών παραπέμφθηκε για εκτίμηση ευμεγέθους υποβλεννογονίας διόγκωσης στην περιοχή της αριστερής παρειάς. Η διόγκωση κλινικώς ήταν σκληροελαστική, ευκίνητη, ανώδυνη, με αναφερόμενη

ήπια διαταραχή της αίσθησης τοπικά και προοδευτικά αυξανόμενο μέγεθος από 6μήνου. Ο ασθενής ανέφερε υποχώρηση του μεγέθους μετά από λήψη αντιβίωσης. Ο υπερηχοτομογραφικός έλεγχος ανέδειξε λεπτού τοιχώματος κυστική βλάβη επί τα εντός του βυκανητή μυ. Τέθηκε η αρχική διάγνωση της κύστης των σιελογόνων αδένων και ακολούθως υπό γενική αναισθησία έγινε περικαψική εκτομή της αλλοίωσης. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και η ιστολογική εξέταση επιβεβαίωσε την αρχική διάγνωση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο λεπτομερής κλινοεργαστηριακός έλεγχος είναι σημαντικός στη διερεύνηση των διογκώσεων των μαλακών μορίων της παρειάς. Τα χαρακτηριστικά κλινικά ευρήματα των βλεννοκύστεων καθορίζουν με ασφάλεια την αρχική διάγνωση. Ωστόσο, η ασυνήθης εντόπιση και το μεγάλο μέγεθος απαιτούν την πλήρη προεγχειρητική απεικονιστική διερεύνηση πριν από τη χειρουργική αντιμετώπιση.

ΕΑ 38. ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΙΚΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ

Φ. Μπουντανιώτης, Α. Μελακόπουλος, Σ. Ξένος, Ι. Μελακόπουλος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η περιεγχειρητική χρήση αντιβιοτικών στην τοποθέτηση οδοντικών εμφυτευμάτων έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης με σκοπό την εξαγωγή συμπερασμάτων για την αναγκαιότητα και την αποτελεσματικότητα χορήγησής της. Στη διεθνή βιβλιογραφία, αναφέρονται διάφορα πρωτόκολλα και δοσολογικά σχήματα χορήγησης, χωρίς όμως να υπάρχουν σαφείς κατευθυντήριες οδηγίες ευρείας αποδοχής.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας αποτελεί η ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογρα-

φίας και η παρουσίαση των ευρημάτων, ώστε να καταδειχθεί εάν και κατά πόσο μπορεί να θεωρηθεί αιτιολογημένη και τεκμηριωμένη η χορήγηση αντιβιοτικών σε ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε τοποθέτηση εμφυτευμάτων.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Για τον σκοπό αυτό έγινε αναζήτηση σε επιστημονικές βάσεις δεδομένων και συλλογή βιβλιογραφικών/συστηματικών ανασκοπήσεων και μετα-αναλύσεων της σύγχρονης βιβλιογραφίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η παγκόσμια ιατρική κοινότητα προσπαθεί να περιορίσει την άσκοπη χρήση αντιβιοτικών. Για τον λόγο αυτό, είναι πολύ σημαντική η επιστημονική τεκμηρίωση και η διαμόρφωση κατευθυντήριων οδηγιών, οι οποίες θα έχουν προκύψει από υψηλό επίπεδο έρευνας και

θα συμβάλουν στην ορθολογική χρήση των αντιβιοτικών και στη βέλτιστη αντιμετώπιση των ασθενών με οδοντικά εμφυτεύματα. Η τάση στη σύγχρονη βιβλιογραφία είναι ο περιορισμός της χρήσης τους στην εμφυτευματολογία.

ΕΑ 39. ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΗΣ ΙΓΜΟΡΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΚΑΚΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΕΜΦΥΤΥΜΑΤΩΝ – ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Δ. Παπαβασιλείου, Ι. Μανταδάκης, Α. Καρανάσιος, Ι. Μεηακόπουλος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η τοποθέτηση εμφυτευμάτων αποτελεί πλέον μία από τις πιο κοινές χειρουργικές πράξεις στην Οδοντιατρική. Ο προσεκτικός σχεδιασμός τόσο του χειρουργικού όσο και του προσθετικού μέρους της διαδικασίας εξασφαλίζει την επιτυχία των αποκαταστάσεων. Το ιγμόρειο άντρο στην άνω γνάθο είναι ένας βασικός ανατομικός περιορισμός, που επηρεάζει την τοποθέτηση εμφυτευμάτων στις θέσεις αυτές και απαιτεί ειδικούς χειρισμούς για την ασφαλή προσέγγιση της περιοχής και την αποφυγή ιατρογενών επιπλοκών, όπως οι φλεγμονές του ιγμορείου, που οφείλονται σε λανθασμένη τοποθέτηση εμφυτευμάτων, ή η πρόκληση στοματοκοιλιακής επικοινωνίας.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρουσίασης είναι η αναφορά περίπτωσης ασθενούς 62 ετών με οξεία λοίμωξη στο δεξιό ιγμόρειο, που παραπέμφθηκε από ΩΡΛ για εκτίμηση και η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Άνδρας 62 ετών παραπέμφθηκε για εκτίμηση μετά από ΩΡΛ εξέταση με συμπτώματα πόνου, αίσθημα βάρους και ενδοσκοπική εικόνα του δεξιού ιγμορείου κατειλημμένου από πυώδη συλλογή. Ο ασθενής είχε τεθεί σε αντιμικροβιακή αγωγή. Η ενδοστοματική κλινική εικόνα παρουσίαζε μικρό ενδοστοματικό οίδημα περιεμφυτευματικά στις θέσεις #14 και #15, πόνο και εκροή πύου κατά την ψηλάφηση. Ακίνητη προσθετική αποκατάσταση με ενωμένο το #13 (φυσικό δόντι) με τα εμφυτεύματα σε

θέσεις #14 και #15 είχε τοποθετηθεί στην περιοχή προ 5 μηνών. Η αξονική τομογραφία του ασθενούς έδειξε πλήρη κατάληψη του δεξιού ιγμορείου από πυώδη συλλογή με τα εμφυτεύματα στις θέσεις #14 και #15 να είναι κατά το μεγαλύτερο τμήμα τους μέσα στο ιγμόρειο. Η πανοραμική επιβεβαίωσε την εικόνα και έδειξε ότι ο #13 δεν μπορεί να διατηρηθεί πλέον στον φραγμό. Αποφασίστηκε από κοινού με την ΩΡΛ η άμεση απομάκρυνση του αιτίου και η από κοινού αντιμετώπιση σε δεύτερο χρόνο. Με τοπική αναισθησία και ενδοστοματική προσπέλαση, αφαιρέθηκαν τα εμφυτεύματα και ο #13 με σκοπό την άμεση παροχέτευση του πύου και την εκτόνωση των συμπτωμάτων. Επτά ημέρες μετά έγινε ενδοσκοπικά καθαρισμός του ιγμορείου και μέση αντρορινοστομία και παράλληλα ενδοστοματικά έγινε σύγκληση της στοματοκοιλιακής επικοινωνίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο σωστός χειρουργικός σχεδιασμός, που βασίζεται σε ενδελεχή ακτινογραφικό έλεγχο με τα κατάλληλα μέσα (οδοντιατρική υπολογιστική τομογραφία), είναι απαραίτητος πριν από κάθε χειρουργείο. Η γνώση και η εφαρμογή των κατάλληλων χειρουργικών τεχνικών μπορεί να δώσει τη δυνατότητα να ξεπεραστούν ανατομικοί περιορισμοί και να εξασφαλίσει την ορθή χειρουργική προσέγγιση τέτοιων περιστατικών. Στις περιπτώσεις που υπάρχει ανάγκη αντιμετώπισης αντίστοιχων επιπλοκών, η συνεργασία μεταξύ ειδικοτήτων μπορεί να αποφέρει πολύ θετικά αποτελέσματα.

ΕΑ 40. ΟΛΙΚΑ ΝΩΔΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΠΟΣΟ ΠΡΟΒΛΕΨΙΜΟΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΨΗΦΙΑΚΑ ΚΑΘΟΔΗΓΟΥΜΕΝΟΙ ΝΑΡΘΗΚΕΣ; ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Β. Τριανταφύλλου, Ι. Κανέλλος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ψηφιακή καθοδήγηση τοποθέτησης εμφυτευμάτων θεωρείται πλέον ρουτίνα και πληθονεκτεί στην ακρίβεια και στον χρόνο τοποθέτησης. Ωστόσο, σε ολικά νωδούς ασθενείς παρατηρούνται αποκλίσεις στη σχεδίαση και την τελική θέση, σε κλίση και βάθος των εμφυτευμάτων.

ΣΚΟΠΟΣ: Στο περιστατικό που ακολουθεί έγινε σύγκριση της τοποθέτησης με και χωρίς νάρθηκα, αναφορικά στον χειρουργικό χρόνο, την τελική προσθετική θέση και τη μετεγχειρητική εικόνα του ασθενή. Επιπλέον, έγινε σύγκριση του αρχικού ψηφιακού σχεδιασμού και της τελικής θέσης των εμφυτευμάτων της κάτω γνάθου, βάσει της προσχεδιασμένης μεταβατικής επιεμφυτευματικής αποκατάστασης.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Ο ασθενής μας, 57 ετών, προσήλθε για αποκατάσταση με εμφυτεύματα. Στο ιατρικό του ιστορικό αναφέρεται κάπνισμα 20 τσιγάρα/ημέρα για 40 έτη.

Έπειτα από πλήρη κλινική και ακτινογραφική εξέταση, διαπιστώθηκε ολική νωδότητα της άνω γνάθου και μερική νωδότητα της κάτω γνάθου με εναπομένον τον #33. Έγιναν νέες καταγραφές της σύγκλησης σε κεντρική σχέση των γνάθων, όπου διαπιστώθηκε οριζόντιο και καθ' ύψος έλλειμμα σκληρών και μαλακών ιστών, κατηγοριοποιώντας το περιστατικό σε FP3, δηλαδή η τε-

λική προσθετική έπρεπε να αποκαθιστά τόσο τα δόντια όσο και τους ελλείποντες ιστούς.

Για την προσθετική καθοδήγηση της τοποθέτησης των εμφυτευμάτων στην άνω γνάθο κατασκευάστηκε ένα δαιφανές ομοίωμα της νέας καταγραφής, με οπές για την προσπέληση των τρυπάνων και παριεακό παράθυρο για τον συνεχή έλεγχο του βάθους των εμφυτευμάτων.

Για την κάτω γνάθο σχεδιάστηκε ένας νάρθηκας ψηφιακής καθοδήγησης, με την τεχνική dual scan, ακτινοβολήθηκε μεμονωμένα η νέα κάτω ολική οδοντοστοιχία, στην οποία προστέθηκε ακτινοσκοπικό επίχρισμα στην ιστική επιφάνεια και πραγματοποιήθηκε μια δεύτερη λήψη, με τον ασθενή να φέρει την οδοντοστοιχία αυτή σε σύγκληση. Ο σχεδιασμός του αριθμού και της διασποράς των εμφυτευμάτων ήταν τέτοιος, ώστε να προβλέπει ικανό πρόβοιο, καθώς κάτω δεξιά ήταν αδύνατη η τοποθέτηση εμφυτευμάτων χωρίς τη χρήση αναπλαστικών τεχνικών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο ψηφιακός σχεδιασμός δεν υπερτερεί της συμβατικής χειρουργικής τεχνικής. Παρ' όλες τις δυσκολίες κατά τον ψηφιακό σχεδιασμό περιστατικού ολικής νωδότητας, είναι εφικτή η προβλέψιμη έκβαση. Ο προεγχειρητικός προσθετικός σχεδιασμός είναι αναγκαίος για την επιθυμητή έκβαση του περιστατικού.

ΕΑ 41. Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ L-PRF ΣΤΗΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ

Μ. Παυλή, Ι. Αράπη, Κ. Θεοδόγη-Λυγιδάκη

ΣΚΟΠΟΣ: Η διατήρηση των διαστάσεων της φατνιακής ακροηφίας μετεξακτικά είναι αναγκαία συνθήκη για την ιδανική τοποθέτηση ενός οδοντικού εμφυτεύματος, προκειμένου να αποκατασταθεί λειτουργικά και αισθητικά η νωδή περιοχή. Μετά την εξαγωγή του δοντιού, παρατηρείται απώλεια του δεσμιδωτού οστού, καθώς και αλλοιές στους μαλακούς ιστούς.

Σκοπός της εργασίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τις τεχνικές που έχουν αναφερθεί και προταθεί με σκοπό την αναπλήρωσή του.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στις μηχανές αναζήτησης pubmed και scopus και αναζητήθηκαν αρ-

θρα στα αγγλικά της τελευταίας δεκαετίας με λέξεις-κλειδιά platelet rich fibrin, leucocyte, osseous regeneration, L-PRF.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στη διαδικασία διατήρησης μετεξакτικών φατνίων παραμένει αδιαμφισβήτητη η σημαντική λειτουργία των αιμοπεταλίων. Με τις εξελίξεις στη βιοτεχνολογία και την αυξημένη γνώση για την οστική αναγέννηση, νέες βιολογικές ενεργές μέθοδοι αναπτύχθηκαν, έτσι ώστε να ξεπεράσουν τα μειονεκτήματα των τεχνητών οστικών μοσχευμάτων (PRP και PRF). Τελευταία, προτείνονται οι παράγοντες δεύτερης γενιάς, δηλαδή η χρήση της L-PRF (Leukocyte-Platelet -Rich Fibrin), η οποία έχει αναφερθεί ότι πλεονεκτεί έναντι των προ-

γυμένων, διότι περιέχει υψηλότερο αριθμό λευκοκυττάρων και αιμοπεταλίων.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πλούσια σε λευκοκύτταρα και αιμοπετάλια ινική (L-PRF) αποτελεί μια καινοτόμο μέθοδο, η οποία έχει εφαρμοστεί σε έναν μεγάλο αριθμό περιπτώσεων, με επιτυχή αποτελέσματα στην αναγέννηση των ιστών και την επούλωση του χειρουργικού τραύματος. Η τεχνική της L-PRF έχει βιβλιογραφικά μελετηθεί και παρουσιάζει σημαντικά αποτελέσματα στους τομείς της διατήρησης της φατνιακής ακρολοφίας, στην κατευθυνόμενη οστική αναγέννηση (ΚΟΑ), στην ανύψωση του εδάφους του ιγμορείου άντρου, καθώς και στην τοποθέτηση οδοντικών εμφυτευμάτων.

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

60ου ΕΤΗΣΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

4-5 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 – ΑΘΗΝΑ

ΑΑ 1. ΤΡΙΣΔΙΑΣΤΑΤΗ ΕΚΤΥΠΩΣΗ: ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΣΤΙΣ ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Α. Αλήρτας, Κ. Γεωργιάδης, Α. Παχιού, Ν. Συκαράς

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η κατασκευή λειτουργικών και άρτιων μεταβατικών αποκαταστάσεων είναι εξαιρετικά σημαντική για την επιτυχία της τελικής πρόσθεσης. Η ψηφιακή τεχνολογία έχει εξελιχθεί ριζικά και πολλές εφαρμογές της είναι πλέον πραγματικότητα και στα οδοντιατρικά βιοϋλικά, μεταξύ των οποίων οθόνα και συχνότερη είναι η τρισδιάστατη εκτύπωση.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι να καταγράψει τα σύγχρονα δεδομένα για τις μεταβατικές αποκαταστάσεις που κατασκευάζονται από εκτυπώσιμα υλικά.

ΥΛΙΚΟ/ΜΕΘΟΔΟΙ: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στις επιστημονικές βάσεις δεδομένων PubMed/Medline και Scopus χρησιμοποιώντας λέξεις-κλειδιά. Η αναζήτηση περιορίστηκε στα τελευταία 5 έτη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η τεχνική της τρισδιάστατης εκτύπωσης περιλαμβάνει την κατασκευή της επιθυμητής αποκατάστασης με προσθήκη μικρών

ποσοτήτων υλικού ανά στρώματα και οι κυριότερες τεχνικές της είναι η στερεοθιθογραφία (SLA), το digital light processing (DLP) και το selective laser sintering (SLS). Συγκριτικά με την τεχνική της κοπής (milled), απαιτείται λιγότερος χρόνος κατασκευής και προκαλεί λιγότερες απώλειες υπολειπόμενου υλικού. Οι μεταβατικές αποκαταστάσεις από εκτυπώσιμα υλικά εμφανίζουν συγκρίσιμες φυσικομηχανικές ιδιότητες με εργασίες συμβατικές και milled, ωστόσο είναι υποδεέστερες για πιο μακρόχρονη χρήση και χρωματική σταθερότητα. Σίγουρα πάντως, οι ιδιότητες επηρεάζονται σημαντικά από την τεχνική εκτύπωσης και τη σύσταση του υλικού που επιλέχθηκε.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι μεταβατικές εργασίες από εκτυπωμένα υλικά θεωρούνται κλινικά αποδεκτές και αποτελούν βιώσιμες λύσεις για βραχυπρόθεσμες περιόδους χρήσης. Ωστόσο, απαιτούνται περισσότερες και πιο μακροπρόθεσμες κλινικές μελέτες για ασφαλέστερα συμπεράσματα για την κλινική συμπεριφορά τους.

ΑΑ 2. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΓΕΩΜΕΤΡΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΩΝ ΑΞΟΝΩΝ ΕΝΔΟΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΣΑΡΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΤΥΠΩΤΙΚΗ ΑΚΡΙΒΕΙΑ

Α. Αλήρτας, Π.-Ν. Βούτος, Σ.-Ν. Ζουμπουνέλης, Α. Παχιού, Ν. Συκαράς

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ενδοστοματική σάρωση αποτέλεσε επαναστατική αλλαγή στις διαδικασίες πρόσθετικής διάγνωσης και αποκατάστασης. Πλέον θεωρείται μέθοδος υψηλής αποτυπωτικής ακρίβειας και για επεμφυτευματικές προσθέσεις, για τις οποίες είναι απαραίτητοι οι άξονες ενδοστοματικής σάρωσης.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει την επίδραση που έχουν τα γεωμετρικά χαρακτηριστικά των αξόνων ενδοστοματικής σάρωσης στην ακρίβεια αποτύπωσης.

ΥΛΙΚΟ/ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση στις βάσεις δεδομένων PubMed/Medline και Scopus, χρησιμοποιώντας

όρους-κλειδιά και με φίλτρο τη δημοσίευσή τους τα τελευταία 5 έτη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά την ψηφιακή αποτύπωση, οι άξονες αποτύπωσης (scan bodies) κοχλιώνονται ή συνδέονται επί των εμφυτευμάτων με σκοπό την ακριβή απόδοση της θέσης και κλίσης του εμφυτεύματος στον φραγμό μετά την ενδοστοματική σάρωση. Παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν την αποτυπωτική ακρίβεια σχετίζονται με το μέγεθος και τη διάμετρο των αξόνων, το σχήμα της διατομής τους (κυλινδρικό ή ποδηγωνικό), τον συμμετρικό ή μη σχεδιασμό

τους, καθώς και με την ύπαρξη οξύαιχμων χαρακτηριστικών στην επιφάνειά τους. Χαρακτηριστικά της επιφάνειας, όπως και το συνοδικό ύψος του άξονα διαδραματίζουν επίσης σημαντικό ρόλο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ποικιλία των αξόνων ενδοστοματικής σάρωσης στην αγορά, καθώς και τα διαφορετικά συστήματα σάρωσης καθιστούν αναγκαία τη διεξαγωγή περισσότερων κλινικών μελετών, με σκοπό τον καθορισμό του βέλτιστου σχεδιασμού τους, που θα οδηγήσει στη μέγιστη αποτυπωτική ακρίβεια κατά την ψηφιακή ενδοστοματική αποτύπωση.

ΑΑ 3. ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΟΛΙΚΗΣ ΑΝΩ ΝΩΔΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΤΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΨΗΦΙΑΚΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ

Λ. Ασίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η εφαρμογή της Ψηφιακής Οδοντιατρικής στην εμφυτευματολογία βελτιώνει την ακρίβεια, την άνεση και μειώνει τον αριθμό των επισκέψεων.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι να δείξει ότι η συμβολή των ψηφιακών εργαλείων μειώνει σε 4 τις συνεδρίες στην ακίνητη επιεμφυτευματική προσθετική, ολικού τόξου.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Γυναίκα, 65 χρόνων παραπέμφθηκε στην κλινική μας για να αποκαταστήσουμε την καταληκτική άνω οδοντοφυΐα της με σταθερά δόντια σε εμφυτεύματα.

Πρώτη συνεδρία: Λήψη ιστορικού, ψηφιακών αρχικών αποτυπωμάτων και cbct. Με το λογισμικό R2gate, Megagen κάναμε το ψηφιακό διαγνωστικό κέρωμα και τον σχεδιασμό για την τοποθέτηση 6 εμφυτευμάτων AnyRidge, Megagen. Με την εφαρμογή R2Ware σχεδιάσαμε τον χειρουργικό νάρθηκα τοποθέτησης των εμφυτευμάτων και κατασκευάστηκε από τρισδιάστατο εκτυπωτή.

Δεύτερη συνεδρία: Έγιναν οι εξαγωγές των 10 δοντιών και τοποθετήθηκαν, μέσω του νάρθηκα, χωρίς κρημνό, 6 εμφυτεύματα, τα 5 από αυτά με αρχική σταθερότητα μεγαλύτερη των 45Nt/cm. Το 6ο τοποθετήθηκε με ταυτόχρονη εσωτερική ανύψωση ιγμορείου, και με 30 Nt/cm. Έγινε ψηφιακή αποτύπωση των θέσεων των εμφυτευμάτων. Κατασκευάστηκαν και παραδόθηκαν από ρmma, άμεσα κοχλιούμενα μεταβατικά στα 5 εμφυτεύματα.

Τρίτη συνεδρία: 4 μήνες μετά ελέγχεται η οστεοενσωμάτωση, γίνεται η τελική ψηφιακή αποτύπωση και επιλογή χρώματος.

Τέταρτη συνεδρία: 2 εβδομάδες αργότερα δοκιμή και τελική κοχλίωση της μεταλλοκεραμικής γέφυρας, 12 δοντιών (16 έως 26).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η υπολογιστικά κατευθυνόμενη εμφύτευση και η ενδοστοματική αποτύπωση αποτελούν αξιόπιστα εργαλεία στη μείωση του αριθμού και της διάρκειας των επισκέψεων.



ΑΑ 4. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΩΝ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΜΙΝΙ-ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ ΣΤΟΥΣ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΙΚΟΥΣ ΙΣΤΟΥΣ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Ε. Βαρδάκης, Σ. Αρβανίτης
Ιδιωτικό Ιατρείο, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα μίνι-εμφυτεύματα ως προσωρινοί μηχανισμοί ενίσχυσης της ορθοδοντικής στήριξης (TADs) βρίσκουν σήμερα ευρεία εφαρμογή στη διόρθωση τόσο σκελετικών όσο και οδοντικών ανωμαλιών. Η χρησιμοποίησή τους όμως επιφυλάσσει κάποιες διεγχειρητικές και μετεγχειρητικές επιπλοκές στους στοματογναθικούς ιστούς, οι οποίες θα πρέπει να συνεκτιμηθούν κατά την κατάρτιση του σχεδίου θεραπείας.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός αυτής της ανασκόπησης είναι η παρουσίαση των πιθανών επιπλοκών που μπορεί να προκύψουν από την τοποθέτηση μίνι-εμφυτευμάτων που χρησιμοποιούνται κατά την ορθοδοντική θεραπεία.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Η συγκεκριμένη ανασκόπηση διενεργήθηκε ύστερα από βιβλιογραφική αναζήτηση στις επιστημονικές πηλαιοφόρμες PubMed και Google Scholar, με χρήση λέξεων-κλειδίων. Η

αναζήτηση επικεντρώθηκε στις επιπλοκές των μίνι-εμφυτευμάτων τόσο κατά την τοποθέτηση όσο και μετά την ορθοδοντική φόρτιση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, κατά την τοποθέτηση των μίνι-εμφυτευμάτων είναι δυνατόν να προκύψει προώθηση του εμφυτεύματος σε παρακείμενους ανατομικούς χώρους, στοματοκοιλική και στοματορινική επικοινωνία, τραυματισμός νευρικών στελεχών και ριζών που βρίσκονται σε εγγύτητα, μικροκατάγματα περιεμφυτευματικού οστού, καθώς και υποβληννογόνιο εμφύσημα. Μετά τη φόρτισή τους για την επίτευξη ορθοδοντικών μετακινήσεων, μπορεί να παρατηρηθεί στους πέριξ μαθηκούς ιστούς φλεγμονή, επιμόλυνση, περιεμφυτευματίτιδα, καθώς και υπερπλησία τους, η οποία μπορεί να οδηγήσει στην κάλυψη της κεφαλής του εμφυτεύματος. Επίσης, έχουν αναφερθεί αφθώδεις βλάβες στον γειτονικό βληννογόνο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα μίνι-εμφυτεύματα ως ορθοδοντικοί μηχανισμοί αποτελούν πολύτιμο εργαλείο για τη διόρθωση ορθοδοντικών δυσαρμονιών. Κατά τη διάρκεια παραμονής τους στη στοματική κοιλότητα ωστόσο, μπορεί να εμφανιστούν ποικίλες επιπλοκές στους στοματογναθικούς ιστούς, με ενδεχόμενο να επηρεάσουν δυσμενώς το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Η ενδελεχής γνώση των ποιοτικών χαρακτηριστικών

των σκληρών και μαλακών ιστών στην περιοχή τοποθέτησης, ο ορθός προεγχειρητικός σχεδιασμός και η προσεκτική χειρουργική τεχνική, με σεβασμό στις παρακείμενες ανατομικές δομές, καθώς και η διατήρηση καλού επιπέδου στοματικής υγιεινής από τον ασθενή δύναται να μειώσουν την πιθανότητα εμφάνισης των παραπάνω επιπλοκών και να βελτιστοποιήσουν τους θεραπευτικούς στόχους.

ΑΑ 5. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΕΠΟΥΛΙΔΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Χ. Ίμπας, Ζ.-Π. Βλαχοπάνος, Ε. Λιάππης, Χ. Παπαδέλη, Α. Ματιάκης
Οδοντιατρικό Τμήμα, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι ινώδεις επουλίδες είναι η πιο συχνή καλοήγησ υπερπλαστική εξεργασία των ουλικών ιστών. Χαρακτηρίζονται ως χρόνια φλεγμονώδης υπερπλασία και η αιτιολογία τους είναι φαρμακευτική, μηχανικός ερεθισμός ή τοπικές φλεγμονώδεις εστίες λόγω τερηδονισμού, περιοδοντικής νόσου ή άηλων ατελών οδοντιατρικών εργασιών. Μπορεί να συνοδεύονται από πόνο και αιμορραγία, ενώ η ιστοπαθολογική αξιολόγηση είναι αναγκαία σε ευμεγέθεις επουλίδες, για να αποκλειστεί το ενδεχόμενο τυχόν κακοήθους εξαθλαγής.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στην παρουσίαση της χειρουργικής αντιμετώπισης ασθενούς με πολλαπλές επουλίδες, που φέρει βεβαρυμμένο ιατρικό ιστορικό και λαμβάνει διπλή αντισταθμιστική αγωγή.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Το περιστατικό ήταν γυναίκα 75 ετών, που προσήλθε δίχως επώδυνη συμπτωματολογία, με σκοπό να διερευνηθεί η φύση υπερπλασιών στα ελεύθερα ούλα της.

Πραγματοποιήθηκε κλινική εξέταση και λήψη αναμνηστικού ιστορικού, από όπου διαπιστώθηκε ότι οι επουλίδες εμφανίστηκαν μέσα σε ένα έτος από την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής. Αποφασίστηκε να αφαιρεθούν οι πιο ογκώδεις, τρεις σε αριθμό, επουλίδες και να σταθούν ιστοτεμάχια αυτών για ιστοπαθολογικό έλεγχο. Η εκτομή των επουλίδων έγινε σε τρεις ξεχωριστές συνεδρίες, δύο με χειρουργικό νυστέρι και μία με χρήση ηλεκτροτόμου, και ακολούθησε συρραφή του τραύματος και χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής. Η ιστοπαθολογική εξέταση υπέδειξε την παρουσία πλούσιου κοκκιωματώδους ιστού με φλεγμονώδη διήθηση χωρίς στοιχεία κακοήθους μεταπλασίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Είναι ιδιαίτερα σημαντικό όλες οι υπερπλασίες της στοματικής κοιλότητας να διερευνώνται και να αντιμετωπίζονται εγκαίρως. Απαιτείται χειρουργική εμπειρία και σωστή διαχείριση των ασθενών που λαμβάνουν αντισταθμιστική αγωγή, λόγω του κινδύνου για εμμέλυσ αιμορραγία κατά την εκτομή των βλαβών.

ΑΑ 6. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΩΝ ΜΕΣΟΔΟΝΤΩΝ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Ζ.-Π. Βλάχοπάνος, Χ. Ίμπας, Ε. Λιάππης, Χ. Παπαδέλη
Οδοντιατρικό Τμήμα, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι μεσόδοντες είναι η πιο συχνή περίπτωση υπεράριθμων δοντιών. Είναι μια συνήθης αναπτυξιακή ανωμαλία της μόνιμης οδοντοφυΐας, με ή χωρίς επώδυνα συμπτώματα και παθολογικά ευρήματα. Πολλές φορές, οι μεσόδοντες διαγιγνώσκονται τυχαία κατά την ακτινογραφική εξέταση ασθενών για άλλους οδοντιατρικούς σκοπούς. Οπότε η Ακτινολογία Στόματος και οι τεχνικές της βοηθούν σημαντικά στην αξιολόγηση περιστατικών με μεσόδοντες.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στην αποτύπωση της πολυτίμης συμβολής της Ακτινολογίας Στόματος στον εντοπισμό ασυμπτωματικών μεσόδοντων και τον προσδιορισμό της ακριβούς θέσης τους. Τέσσερις (4) ακτινογραφικές περιπτώσεις έχουν επιλεγεί να συζητηθούν.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ: Οι ασθενείς ήταν διαφόρων ηλικιών (29, 9, 64 και 71 ετών) και των δύο φύλων. Καθένας από αυτούς προσήλθε στο Τμήμα Οδοντιατρικής ΑΠΘ για διαφορετική οδοντιατρική θεραπεία. Χρησιμοποιήθηκαν τρεις δια-

φορετικές ακτινολογικές μέθοδοι για την αξιολόγηση των ασθενών αυτών, η περιακρορριζική ακτινογραφία, η πανοραμική ακτινογραφία και η υπολογιστική τομογραφία κωνικής δέσμης. Σε όλους τους ασθενείς, οι μεσόδοντες ήταν έγκλειστοι και ασυμπτωματικοί. Οπότε, εφόσον δεν ήταν δυνατόν να εξετασθούν κλινικά εντός της στοματικής κοιλότητας, οι τεχνικές της Ακτινολογίας Στόματος συνέβαλαν σημαντικά στη διερεύνηση των χαρακτηριστικών των μεσόδοντων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Όλες οι ακτινογραφικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν είναι ιδιαίτερα χρήσιμες τόσο για τη διάγνωση όσο και για τη χειρουργική αντιμετώπιση μεσόδοντων. Σε περίπτωση προσθετικής αποκατάστασης νωδών ασθενών, ορθοδοντικής θεραπείας ή παρουσίας παθολογικών ευρημάτων, οι έγκλειστοι μεσόδοντες πρέπει να εξαγονται. Σε κάθε περίπτωση, η απόφαση της «τύχης» του μεσόδοντα στηρίζεται στα κλινικά και ακτινογραφικά χαρακτηριστικά κάθε περιστατικού.

ΑΑ 7. Η ΧΡΗΣΗ ΑΚΤΙΝΟΣΚΙΕΡΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΣΤΗΝ ΥΠΕΡΩΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΗΦΙΑΚΑ ΚΑΘΟΔΗΓΟΥΜΕΝΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ ΣΕ ΝΩΔΗ ΑΝΩ ΓΝΑΘΟ

Ε. Κουμέντου, Δ. Παπαθεξόπουλος, Α. Τρόθα, Π. Λαμπρόπουλος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Υπάρχουν διάφορες τεχνικές για τον ψηφιακά καθοδηγούμενο σχεδιασμό τοποθέτησης εμφυτευμάτων σε ολικά νωδούς ασθενείς. Ορισμένες από αυτές απαιτούν την ύπαρξη ή την κατασκευή ολικής οδοντοστοιχίας εκ των προτέρων ή εξαρτώνται από την άψογη σύλληψη της μορφολογίας του βλεννογόνου. Μία από τις νεότερες τεχνικές περιλαμβάνει τη χρήση ακτινοσκοπικών συγκολλητικών δεικτών, που τοποθετούνται στη νωδή ακροδοφία, για να βοηθήσουν στην ακριβή αντιστοίχιση της CBCT με την ενδοστοματική σάρωση, χωρίς τη χρήση οδοντοστοιχιών.

ΣΚΟΠΟΣ: Να παρουσιαστεί μια περίπτωση όπου έγινε αλληλεπίθεση της αξονικής τομογραφίας (CBCT) με την ενδοστοματική κατάσταση του ασθενούς με τη χρήση ακτινοσκοπικών δεικτών, χωρίς την παρουσία οδοντοστοιχιών.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Γίνεται ψηφιακή αποτύπωση της νωδούς άνω γνάθου με ακτινοσκοπικούς δείκτες τοποθετημένους στον βλεννογόνο και αμέσως μετά γίνεται CBCT με τους ίδιους δείκτες στην ίδια θέση. Το επόμενο κλινικό βήμα περιλαμβάνει καταγραφή της γνάθου με συμβα-

τικές βασικές πλάκες και κέρινα ύψη και ψηφιακή σάρωση της καταγραφής για το ψηφιακό διαγνωστικό κέρωμα που θα πραγματοποιηθεί. Τέλος, ο ψηφιακός σχεδιασμός των θέσεων των εμφυτευμάτων γίνεται με την αλληλεπίθεση τριών αρχείων: CBCT (αρχείο DICOM), ενδοστοματική υπάρχουσα κατάσταση (αρχείο STL), διαγνωστικό ψηφιακό κέρωμα (αρχείο STL). Έγινε αλληλεπίθεση της αξονικής με την ενδοστοματική κατάσταση του ασθενούς χρησιμοποιώντας ακτινοσκοπικούς δείκτες. Ως εκ τούτου, ο ψηφιακός σχεδιασμός τοποθέτησης εμφυτευμάτων πραγματοποιήθηκε χωρίς δυσκολίες, ανάγκη για κατασκευή οδοντοστοιχίας ή αβεβαιότητες λό-

γω ελαττωματικής σύλληψης ενδοστοματικών μαλακών ιστών. Ο επιτυχημένος σχεδιασμός διασφαλίζει την ακριβή τοποθέτηση εμφυτευμάτων, που θα βοηθήσει στην παράδοση μιας σωστά σχεδιασμένης πρόθεσης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η επιτυχής παράδοση των εμφυτευματικών προσθέσεων εξαρτάται από τη σωστή τρισδιάστατη θέση των εμφυτευμάτων. Αυτό απαιτεί σωστό σχεδιασμό της ψηφιακά καθοδηγούμενης τοποθέτησης, με βάση μια δομημένη στρατηγική, που συνδυάζει τη χρήση CBCT και κατάλληλα διαγνωστικά στοιχεία σάρωσης για την επίτευξη ακριβούς αλληλεπίθεσης.

ΑΑ 8. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΔΟΝΤΙΩΝ ΜΕ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΤΟΥ ΣΗΜΕΙΟΥ ΣΥΜΒΟΛΗΣ ΤΩΝ ΡΙΖΩΝ

Ε. Μπεντούρ, Ε. Παπαμανώλη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η θεραπεία γομφίων με προσβολή του σημείου συμβολής των ριζών αποτελεί μια ιδιαίτερη πρόκληση για τον οδοντίατρο, λόγω της ιδιαίτερης ανατομίας της περιοχής και των δυσχερειών που μπορεί να παρουσιάζει κατά την προσπέλασή της. Μάλιστα, έχει τεκμηριωθεί ο μεγαλύτερος κίνδυνος απώλειας των δοντιών αυτών σε σχέση με γομφίους χωρίς προσβολή του σημείου συμβολής των ριζών.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η περιγραφή των διαφόρων θεραπευτικών τεχνικών για την αντιμετώπιση δοντιών με προσβολή του σημείου συμβολής των ριζών, καθώς και οι ενδείξεις και οι αντενδείξεις που θα καθορίσουν την επιλογή.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Πραγματοποιήθηκε εκτενής αναζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας σε επιστημονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus και Cochrane Library.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η προσβολή του σημείου συμβολής των ριζών δεν αποτελεί αιτία εξαγωγής

του δοντιού, ενώ συστήνεται η περιοδοντική θεραπεία. Η εφαρμογή αναπλαστικών τεχνικών συστήνεται κυρίως στην αντιμετώπιση βαθέων υπογλυμματικών θυλάκων, σχετιζόμενων με προσβολή του σημείου συμβολής των ριζών τάξης II σε γομφίους παρειακά στην άνω και κάτω γνάθο, αλλήλα και γλωσσικά στην κάτω γνάθο. Αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν τη χρήση παραγώγων θεμέλιας ουσίας της αδαμαντίνης ή οστικά μοσχεύματα με/χωρίς την προσθήκη απορροφήσιμων μεμβρανών. Βλάβες τάξης III, πολυηπικές βλάβες τάξης II στο ίδιο δόντι ή όμορες βλάβες τάξης II σε δόντια της άνω γνάθου δύναται να αντιμετωπιστούν με αφαιρετική χειρουργική, ανοιχτή ριζική απόξεση, δημιουργία παρειογλωσσικής επικοινωνίας, αλλήλα και συμβατικά με μη χειρουργική θεραπεία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Για την εξατομικευμένη επιλογή τεχνικής, ο κλινικός θα πρέπει να λαμβάνει υπ' όψιν κριτήρια και πέρα από την τάξη προσβολής του σημείου συμβολής των ριζών, όπως οστική απώλεια, γνάθος, εύρος απόσχισης ριζών.

ΑΑ 9. ΨΗΦΙΑΚΗ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗΣ ΜΕΡΙΚΗΣ ΝΩΔΟΤΗΤΑΣ

Χ.-Μ. Γόγοθα, Α. Παχιού, Ν. Συκαράς

Εργαστήριο Προσθητικής, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ψηφιακή αποτύπωση γίνεται ολοένα και δημοφιλέστερη λόγω της άνεσης και της ικανοποίησης του ασθενούς, αλλά και χάρη στην κλινική της αποτελεσματικότητα. Οι περιπτώσεις μερικής και ολικής νωδότητας αποτελούν συνήθεις κλινικές περιπτώσεις, τόσο αν πρόκειται για συμβατική όσο και εμφυτευματική αποκατάσταση.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιάσει σύγχρονα βιβλιογραφικά δεδομένα σχετικά με την αποτύπωση ολικής και εκτεταμένης μερικής νωδότητας χρησιμοποιώντας ψηφιακά μέσα.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση της βιβλιογραφίας χρησιμοποιώντας κατάλληλης λέξεις-κλειδιά στις επιστημονικές βάσεις δεδομένων PubMed και Cochrane Library. Τα αποτελέσματα περιορίστηκαν στα τελευταία δύο έτη, με στόχο τη συμπερίληψη των πιο πρόσφατων εξελίξεων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι περιπτώσεις μερικής νωδότητας είναι πιο εύκολα αποτυπώσιμες σε σχέση με ολικά νωδές γνάθους, ειδικά σε περιπτώσεις με αρκετά φυσικά δόντια. Η δυσκολία σάρωσης αυξάνεται σε ποληλαπλά παρασκευασμένα δόντια, όπως και σε περιπτώσεις νωδότητας ελεύθερου άκρου. Σε περιπτώσεις μερικής νωδότητας με εμφυτεύματα, η σάρωση είναι ευκολότερη

λόγω της ύπαρξης των αξόνων ενδοστοματικής σάρωσης (scanbodies) και της απουσίας ανάγκης αποτύπωσης του εύρους και βάθους της ουλοπαρειακής και ουλογλησσικής αύλακας, όπως απαιτείται για τις κινητές αποκαταστάσεις. Η άνω γνάθος παρέχει επίσης περισσότερα σημεία αναγνώρισης σε σχέση με την κάτω γνάθο. Σχετικά με την ολική νωδότητα, έχει ιδιαίτερη σημασία το είδος της αποκατάστασης που θα ακολουθήσει, καθώς σε εμφυτευματικές αποκαταστάσεις ολικού τόξου προς το παρόν η συμβατική φαίνεται να υπερέχει, αν και τελευταία μέσω ειδικών σχεδιασμών των scanbodies βελτιώνονται οι ανακρίβειες. Αναφορικά με κινητές προθέσεις, η διαδικασία άνω ολικής οδοντοστοιχίας με ψηφιακή αποτύπωση εμφανίζει συγκρίσιμα αποτελέσματα, ενώ στην κάτω γνάθο έχει σημαντικό ρόλο η ακρολοφία, η γλώσσα και η συννεργασία του ασθενούς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η σάρωση ολικής ή ακόμη και εκτεταμένης μερικής νωδότητας απαιτεί εξοικείωση και προϋποθέτει μεγαλύτερη καμπύλη εκμάθησης για τον κλινικό σε σχέση με τα πλήρη οδοντικά τόξα. Τα αποτελέσματα για την αποτυπωτική ακρίβεια με την ψηφιακή μέθοδο είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά, όμως απαιτούνται πιο μακροπρόθεσμες κλινικές μελέτες, καθώς τα λογισμικά εξελίσσονται ραγδαία.

ΑΑ 10. ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΠΟΛΥΡΡΙΖΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ ΜΕ ΒΛΑΒΕΣ ΤΥΠΟΥ ΔΙΧΑΣΜΟΥ

Σ. Τσαμπουρδής, Κ. Γκόγκου, Αικ.-Ε. Δουφεξή

ΣΚΟΠΟΣ: Η ταξινόμηση των μεσορριζικών βλαβών και η γνώση των ενδείξεων σύγχρονων τεχνικών αντιμετώπισης είναι απαραίτητη για την εξειδικευμένη αντιμετώπιση αυτών των βλαβών.

ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Έγινε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων

Pubmed και Cochrane με συγκεκριμένες λέξεις-κλειδιά.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σύγχρονες τεχνικές αναγέννησης περιοδοντικών ιστών με ή χωρίς αναγεννητικού παράγοντες έχουν άριστη πρόγνωση στη θεραπεία μεσορριζικών βλαβών ΙΙου βαθμού στους

γομφίους της κάτω γνάθου. Στις βλάβες Ιου βαθμού ενδείκνυται η συντηρητική θεραπεία, ενώ στις βλάβες ΙΙΙου και ΙΙου στους άνω γομφίους ενδείκνυται συνήθως η συμβατική χειρουργική θεραπεία και άλλες συμβατικές εναλλακτικές μέθοδοι.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η έγκυρη διάγνωση και η επιλογή κατάλληλης θεραπείας για τη θεραπεία μεσορριζικών βλαβών αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις για τη βελτίωση της πρόγνωσης των δοντιών.

ΑΑ 11. ΠΛΑΝΟ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ

Α. Σαπθαχίδου, Ε. Σίμου

Σχολή Δημόσιας Υγείας – Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών: Ηγεσία, Καινοτομία & Πολιτικές Αξίας στην Υγεία

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η Ελλάδα, ως αμιγώς τουριστική χώρα, έχει την προοπτική να δημιουργήσει ζήτηση τόσο στον ιατρικό όσο και στον οδοντιατρικό τουρισμό. Ο οδοντιατρικός τουρισμός είναι εφικτό να αναπτυχθεί στην Ελλάδα τόσο λόγω της στρατηγικής γεωγραφικής της θέσης όσο και λόγω της υψηλής ποιότητας οδοντιατρικών υπηρεσιών που προσφέρουν οι Έλληνες οδοντίατροι. Συγκεκριμένα, η οδοντιατρική αποτελεί ανεπτυγμένο κλάδο στη Ελλάδα, αν αναλογιστούμε πως υπάρχουν συνολικά 52 οδοντιατρικοί σύλλογοι σε όλη την ελληνική επικράτεια, ενώ τα μέλη μόνο του οδοντιατρικού συλλόγου Αττικής ανέρχονται σε 5.483. Αυτή η προοπτική, είναι πολύ υποσχόμενη για ιδιώτες, εργαζόμενους και επιχειρηματίες, τόσο στον τομέα της υγείας όσο και στον τουριστικό κλάδο. Επιπλέον, η εξέλιξη και η καθιέρωση του οδοντιατρικού τουρισμού μπορεί να αποτελέσει έναν σημαντικό πυλώνα για την ενίσχυση της εθνικής οικονομίας.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης είναι να δημιουργηθεί ένα ολοκληρωμένο επικοινωνιακό πλάνο μάρκετινγκ για υπηρεσίες οδοντιατρικού τουρισμού στην Περιφέρεια Αττικής για την προσέλκυση Γερμανών τουριστών, λόγω της αυξημένης επισκεψιμότητάς τους στη χώρα μας.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Για την εξυπηρέτηση των παραπάνω στόχων έγινε:

- Βιβλιογραφική ανασκόπηση. Συλλογή δευτερογενών δεδομένων, μελέτη κειμένων από επιστημονικά άρθρα, βιβλία και διπλωματικές εργασίες.
- Χρήση μετρήσεων, συλλογή πρωτογενών δεδομένων από αρμόδιους φορείς, μελέτες, εκθέσεις.
- Μελέτη νόμων, εγκυκλίων και πηγών από το διαδίκτυο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αναπτύχθηκε ένα βιώσιμο επικοινωνιακό πλάνο μάρκετινγκ, προσαρμοσμένο στα ελληνικά δεδομένα, αναφορικά με τα οδοντιατρικά της περιφέρειας Αττικής, με στόχο την ανάπτυξη και την καθιέρωση του οδοντιατρικού τουρισμού ως επαυξημένο ή βασικό προϊόν για τους Γερμανούς πολίτες που επισκέπτονται την Ελλάδα για διακοπές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο οδοντιατρικός τουρισμός θα μπορούσε να αποτελέσει σημαντικό κίνητρο διεθνών ασθενών για να επισκεφθούν την Αθήνα. Ωστόσο, θα πρέπει να υπάρξει συνέργεια δημοσίων και ιδιωτικών φορέων για την υποστήριξη και την ανάπτυξή του, καθώς και αναθεώρηση του θεσμικού πλαισίου και του κώδικα δεοντολογίας αναφορικά με την προώθηση των οδοντιατρικών υπηρεσιών.

ΑΑ 12. ΑΜΕΣΗ ΦΟΡΤΙΣΗ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΟΣ ΜΕ ΜΟΝΗΡΗ ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΗ ΣΤΕΦΑΝΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΘΙΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΖΩΝΗ

Χ. Κηλαδούχας, Ι. Ρούσσου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ασθενής (26 ετών) προσήλθε με πόνο στην περιοχή του #13, όπου και διαπιστώθηκε μια βαθιά επανατερηδονισμένη έμφραξη άπω, 2 χιλιοστά υποουθικά με παράλληλη διεύρυνση περιρριζικού χώρου. Αποφασίστηκε η εξαγωγή του δοντιού, η καθοδηγούμενη τοποθέτηση εμφυτεύματος και η άμεση φόρτισή του.

ΣΚΟΠΟΣ: Η άμεση αποκατάσταση με την πιο προβλεπόμενη και λιγότερο επεμβατική μέθοδο.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Αρχικά, πραγματοποιείται λήψη ψηφιακού αποτυπώματος και ψηφιακή σχεδίαση χαμόγελου. Αξιοποιώντας την αξονική τομογραφία κωνικής δέσμης, γίνεται μελέτη για την τοποθέτηση εμφυτεύματος και αλληλεπίθεση του ψηφιακού σχεδιασμού χαμόγελου με το εμφύτευμα. Με βάση τον παραπάνω σχεδιασμό, κατασκευάζεται εργαστηριακή μεταβατική στεφάνη, διατηρώντας τη μορφολογία του ανατομικού αυχένα για τη διαμόρφωση του

προφίλ ανάδυσης. Πραγματοποιήθηκε ατραυματική εξαγωγή του #13 και τοποθέτηση του επιβεχθέντος εμφυτεύματος καθοδηγούμενα, με τη χρήση νάρθηκα οδοντικής στήριξης. Η προκατασκευασμένη ψηφιακά μεταβατική στεφάνη από PMMA συγκολλήθηκε ενδοστοματικά στην αντίστοιχη με το εμφύτευμα βάση τιτανίου. Μετά τη ρύθμιση της σύγκλησης, η κοχλίωση της μεταβατικής στεφάνης πραγματοποιήθηκε στα 30N.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ψηφιακή εποχή στην οδοντιατρική έχει επιτρέψει την προγραμματισμένη διαχείριση των περιστατικών, με δυνατότητα για αλληλεπίθεση και ταυτόχρονη επεξεργασία του αρχικού ψηφιακού αποτυπώματος, του ψηφιακού διαγνωστικού κερώματος και της αξονικής τομογραφίας, επιτρέποντας την προετοιμασία τόσο του χειρουργικού όσο και του προσθετικού τμήματος του σχεδίου θεραπείας για την αισθητική και λειτουργική αποκατάσταση των περιστατικών.

στοματολογία

ΤΟΜΟΣ 81 • ΤΕΥΧΟΣ 3 • ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ – ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2024

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΘΕΜΑΤΑ
A Άγιος Λουκάς ο Ιατρός, 74 Αρχιμανδρίτης Χρυσόστομος, 74	A Αντιστεοθυτική αγωγή, 91 Αρχαία Αιγυπτιακή Οδοντιατρική, 19 Αρχαία Αίγυπτος, 19 Αρχαία Ελλήδα, 42 Αρχαία Μεσοποταμία, 7 Αρχαία Οδοντιατρική, 7, 32 Άφθες, 32
B Βουγιουκλάκης Γ, 64	B Βυζάντιο, 42
Γ Γεωργοπούλου Μ, 83, 105	Γ Γαληνός, 32 Γενική Οδοντιατρική, 74
K Καραμάνου Μ, 32 Κόκκας Α, 59 Κουτρούμπα Ε-Κ, 19 Κουτρούμπας Δ, 32, 64	Δ Διάγνωση, 83 Διαφορική διάγνωση, 105 Διοσκουρίδης, 32 Διφωσφονικά, 91
Λ Λιούμη Ε, 7, 19	Ε Εθνικό Πανεπιστήμιο, 64 Εηκώσεις στοματικής κοιλότητας, 32 Ενδοδοντική θεραπεία, 83
M Μελακόπουλος Ι, 91 Μυλωνάς Α.Ι, 42	Ι Ιπποκράτης, 32 Ιστορία Ελληνικής Οδοντιατρικής Εκπαίδευσης, 64 Ιστορία Οδοντιατρικής, 7, 19, 32, 64 Ιστορία Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών, 64 Ιστορία Στοματολογίας, 32
Σ Σοφομωνίδου Σ, 83	Κ Κανονισμός Λειτουργίας, 64
T Τσιλιμίδου Α, 91	M Μονήρης εξόστωση, 105 Μύθος σκουληκιού, 7
X Χαραλαμπίκη Α, 105 Χατζηαγγελάκη Β, 91	O Οδοντιατρική, 59 Οδοντιατρική Εκπαίδευση, 64 Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών, 64 Οδοντιατρικό Σχολείο, 64 Οδοντίατροι, 19 Οδοντογενής ιγμορίτιδα, 83 Ορεβάσιος, 59 Οστεονέκρωση των γνάθων σχετιζόμενη με φάρμακα, 91
	Π Πρόγραμμα Σπουδών, 64 Πρόληψη, 91 Πρωτοβυζαντινή περίοδος, 59
	Σ Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική, 42 Στοματική Χειρουργική, 74 Στοματική υγεία, 91
	T Τερηδόνα, 7
	Y Υπογλωσσίτιδα, 32
	Φ Φλεγμονές βλεννογόνου, 32

stomatologia

VOLUME 81 • NUMBER 3 • SEPTEMBER – DECEMBER 2024

INDEX

AUTHORS	SUBJECTS
A Archimandrite Chrysostomos, 74	A Ancient Dentistry, 7, 32 Ancient Egypt, 19 Ancient Egyptian Dentistry, 19 Ancient Greece, 42 Ancient Mesopotamia, 7 Antiresorptive therapy, 91 Aphtha, 32
C Charalampaki A, 105 Chatziangelaki V, 91	B Bisphosphonates, 91 Byzantium, 42 Войно-Ясенецкий стоматология, 74 Войно-Ясенецкого стволовая анестезия, 74
G Georgopoulou M, 83, 105	C Caries, 7 CBCT, 83 Curriculum, 64
K Karamanou M, 32 Kokkas A, 59 Koutroumbas D, 32, 64 Koutroumbas H, 19	D Dental Education in Greece, 64 Dental School of Athens, 64 Dentistry, 59 Dentists, 19 Diagnosis, 83 Differential diagnosis, 105 Dioscorides, 32
L Lioumi E, 7, 19	E Early byzantine period, 59 Endodontic treatment, 83
M Melakopoulos I, 91 Mylonas A.I, 42	G Galen, 32 General Dentistry, 74
S Solomonidou S, 83	H Hippocrates, 32 History of Dental Education, 64 History of Dental School of Athens, 64 History of Dentistry, 7, 19, 32, 64 History of Oral Pathology, 32 Hypoglossitis, 32
T Tsilimidou A, 91	M Medication-related osteonecrosis of the jaws, 91 Mucosal inflammation, 32
V Viougiouklakis G, 64	N National University, 64
	O Odontogenic sinusitis, 83 Oral and Maxillofacial Surgery, 42 Oral health, 91 Oral Surgery, 74 Oral thrush, 32 Oral ulcerations, 32 Orivasios, 59
	P Prevention, 91
	R Rules of Procedure, 64
	S Saint Luke the Physician, 74
	T Tooth Worm myth, 7
	U Unilateral exostosis, 105 University of Athens, 64
	V Valentin Felixovich Voino- Yasenetsky, 74