

στοματολογία

της στοματολογικής εταιρείας της Ελλάδος

ΤΟΜΟΣ 83

ΤΕΥΧΟΣ 1 • ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2026



ΒΡΑΒΕΙΟ ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ

ISSN 0039 - 1700

ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΜΕ ΕΘΝΙΚΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ
Φ.Ε.Κ. 1590 / Β / 16.11.05
ΒΡΑΒΕΙΟ ΔΚΔΔΗΜΙΑΣ ΔΘΗΝΩΝ
ΤΕΤΡΑΜΗΝΙΑΙΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ
ΕΚΔΙΔΟΜΕΝΟ ΥΠΟ ΤΗΣ
«ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ»

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Κ. ΤΟΣΙΟΣ
ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΙ: Π. ΛΟΜΒΑΡΔΑΣ
Π. ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΣ
ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ: Σ. ΜΕΡΚΟΥΡΕΑ
ΑΝΑΠΛ. ΓΕΝ. ΓΡΑΜ: Ε-Μ. ΚΑΛΟΓΗΡΟΥ
ΤΑΜΙΑΣ: Μ. ΚΟΥΦΑΤΖΙΔΟΥ
ΜΕΛΗ: Ι. ΑΡΑΠΗ
Ι. ΜΕΛΑΚΟΠΟΥΛΟΣ
Ι. ΤΡΑΠΑΛΗΣ
Χ. ΧΑΤΖΗΧΑΛΕΠΗ
Κ. ΧΟΥΠΗΣ

ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ Ν.Δ. 346/69**ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ**

ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
Καλλιρόης 17 – 117 43 ΑΘΗΝΑ
Τηλ: 210. 92.14.325
www.stomatologia.gr • e-mail: info@stomatologia.gr

ΘΕΜΕΛΙΩΤΗΣ

Β. Στεφανόπουλος-Βρεττός

ΕΚΔΟΤΗΣ

Κ. Τόσιος

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ε. Βασταρδή, Γ. Ηλιάδης, Ν. Καλαβρέζος, Ν. Κερεζούδης,
Α. Πουλόπουλος, Χ. Ραχιώτης, Κ. Τολίδης

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Κ. Τόσιος

ΒΟΗΘΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΟΥ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Ε-Μ. Καλογήρου

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

Μ. Κουφατζίδου
Καραϊσκού 156 – 185 36 Πειραιάς
Τηλ: 210 451 3866

Περιεχόμενα

Σημείωμα του Εκδότη 1

ΚΕΙΜΕΝΟ ΟΜΟΦΩΝΙΑΣ

ΜΙΧΑΣ Γ, ΜΕΛΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Ι, ΚΑΡΑΜΠΙΝΟΣ Η, ΧΟΥΠΗΣ Κ,
ΠΑΡΑΡΑ Ε, ΟΥΡΟΥΖΗΣ Κ, ΜΑΔΙΑΝΟΣ Φ, ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ Β,
ΡΑΛΛΙΔΗΣ Λ, ΤΡΙΚΑΣ Α, ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ Δ

Πρακτικός οδηγός για τη Διαχείριση Ασθενών υπό
Αντιθρομβωτική Αγωγή που υποβάλλονται σε Οδοντιατρικές
Πράξεις και Επεμβάσεις Στοματικής και Γναθοπροσωπικής
Χειρουργικής. Μια Συμφωνία Καρδιολόγων, Οδοντιώνων
και Στοματικών και Γναθοπροσωπικών Χειρουργών 3-15

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

ΑΛΕΥΡΑ Μ, ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Χ

Στοματοπροσωπικές σχιστίες στα παιδιά. Πώς επηρεάζεται
η ποιότητα ζωής τους; Βιβλιογραφική ανασκόπηση 17-26

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

ΚΩΣΤΟΥΛΑΣ ΕΑ, ΚΩΣΤΟΥΛΑΣ Ι

Η καταγραφή της ουδέτερης ζώνης στην αποκατάσταση
ατροφικής κάτω γνάθου: παρουσίαση περιστατικού 27-30

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΒΑΣΙΛΑΣ Α, ΕΦΡΑΙΜΙΔΟΥ Α

Άμεσες (προσωρινές) κινητές ολικές οδοντοστοιχίες:
κλινικές τεχνικές 31-48

THE ACADEMY OF ATHENS AWARD

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

COUNCIL

PRESIDENT: K. TOSIOS
VICE PRESIDENTS: P. LOMVARDAS
P. LAMPROPOULOS
SECRETARY GENERAL: S. MERKOUREA
DEPUTY SECR.GENER: E-M. KALOGIROU
TREASURER: M. KOUFATZIDOU
MEMBERS: I. ARAPI
I. MELAKOPOULOS
I. TRAPALIS
CH. CHATZICHALEPLI
K. CHOUPIS

STOMATOLOGICAL SOCIETY OF GREECE

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

EDITOR

K. Tosios

EDITOR IN CHIEF

K. Tosios

ASSISTANT EDITOR IN CHIEF

E-M. Kalogirou

ACCOUNT EXECUTIVE

M. Koufatzidou
Karaiskou 156 – 185 36 Piraeus – Greece
Tel: 210 451 3866

Contents

Editorial 1

KEIMENO OMOΦΩΝΙΑΣ

ΜΙΧΑΣ Γ, ΜΕΛΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Ι, ΚΑΡΑΜΠΙΝΟΣ Η, ΧΟΥΠΗΣ Κ,
ΠΑΡΑΡΑ Ε, ΟΥΡΟΥΖΗΣ Κ, ΜΑΔΙΑΝΟΣ Φ, ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ Β,
ΡΑΛΛΙΔΗΣ Λ, ΤΡΙΚΑΣ Α, ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ Δ

Πρακτικός οδηγός για τη Διαχείριση Ασθενών υπό
Αντιθρομβωτική Αγωγή που υποβάλλονται σε Οδοντιατρικές
Πράξεις και Επεμβάσεις Στοματικής και Γναθοπροσωπικής
Χειρουργικής. Μια Συμφωνία Καρδιολόγων, Οδοντιάτρων
και Στοματικών και Γναθοπροσωπικών Χειρουργών 3-15

REVIEW

ALEVRA M, CHRISTODOULOU CH

Children with orofacial clefts. How is their quality
of life affected? A literature review 17-26

CASE REPORT

KOSTOULAS EA, KOSTOULAS I

Neutral zone registration in the rehabilitation
of the atrophic mandible: a case report. 27-30

HANDS-ON CASE

VASILAS A, EFRAIMIDOU A

Immediate (provisional) removable complete dentures:
chairside techniques 31-48

Σημείωμα του Εκδότη

Η σύγχρονη οδοντιατρική καλείται να ανταποκριθεί στις αυξανόμενες απαιτήσεις που επιβάλλει η διαχείριση ιατρικά επιβαρυσμένων ασθενών, στους οποίους οι συννοσηρότητες και η φαρμακευτική αγωγή αποτελούν κρίσιμους παράγοντες για τον σχεδιασμό και την εκτέλεση της θεραπείας. Στην Ελλάδα, όπου ο πληθυσμός είναι γηρασμένος και εμφανίζει υψηλά ποσοστά πολυφαρμακίας, η σωστή αξιολόγηση του ιατρικού ιστορικού και η εφαρμογή τεκμηριωμένων κατευθυντήριων οδηγιών συνιστούν θεμελιώδη προϋπόθεση για την παροχή ασφαλούς και ποιοτικής οδοντιατρικής φροντίδας. Ο οδοντίατρος οφείλει να διαθέτει επικαιροποιημένη γνώση, ώστε να διαμορφώνει εξατομικευμένα θεραπευτικά σχέδια, λαμβάνοντας υπόψη τη συνολική ιατρική κατάσταση του ασθενούς.

Η διαχείριση των ασθενών που λαμβάνουν αντιθρομβωτική αγωγή αποτελεί διαχρονικά πεδίο επιστημονικού προβληματισμού και εκτεταμένης διεθνούς έρευνας. Στο παρόν τεύχος αναδημοσιεύεται η εργασία «Πρακτικός οδηγός για τη Διαχείριση Ασθενών υπό Αντιθρομβωτική Αγωγή που υποβάλλονται σε Οδοντιατρικές Πράξεις και Επεμβάσεις Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής. Μια Συμφωνία Καρδιολόγων, Οδοντιάτρων και Στοματικών και Γναθοπροσωπικών Χειρουργών», η οποία δημοσιεύθηκε στην *Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση* υπό την αιγίδα της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας.

Η εκπόνησή του προέκυψε από τη διεπιστημονική συνεργασία της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας, της Ελληνικής Εταιρείας Περιοδοντολογίας και Οδοντικών Εμφυτευμάτων, της Ελληνικής Εταιρείας Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής και της Στοματολογικής Εταιρείας Ελλάδος, γεγονός που προσδίδει στο κείμενο ιδιαίτερη επιστημονική βαρύτητα και θεσμική εγκυρότητα. Θερμά συχαρητήρια στους συναδέλ-

φους που συνέβαλαν στη σύνταξη και την ολοκλήρωση του παρόντος κειμένου, καθώς και στις επιστημονικές εταιρείες που το υποστήριξαν.

Το κείμενο αυτό συνιστά το πρώτο εθνικό Κείμενο Συμφωνίας που αφορά την οδοντιατρική φροντίδα ιατρικώς επιβαρυσμένων οδοντιατρικών ασθενών. Ευχόμαστε να αποτελέσει πρότυπο για την ανάπτυξη αντίστοιχων κατευθυντήριων κειμένων και σε άλλα πεδία, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, τα αυτοάνοσα νοσήματα υπό ανοσοκατασταλτική θεραπεία ή η λήψη αντιπροσθρομωτικών παραγόντων. Η Στοματολογική Εταιρεία Ελλάδος, η πρώτη ελληνική οδοντιατρική επιστημονική εταιρεία με τη μακρόχρονη επιστημονική της παρουσία και την οργανωτική της εμπειρία, θα συνεχίσει να στηρίζει και να προάγει ανάλογες διεπιστημονικές δράσεις.

Η παρούσα αναδημοσίευση υπογραμμίζει, επιπλέον, την αναγκαιότητα της δια βίου εκπαίδευσης των οδοντιάτρων σε μία εποχή όπου τα θεραπευτικά πρωτόκολλα και τα φαρμακευτικά δεδομένα εξελίσσονται διαρκώς. Ο ρόλος του επιστημονικού οδοντιατρικού τύπου καθίσταται καίριος, καθώς το γραπτό κείμενο λειτουργεί ως σταθερό σημείο αναφοράς για την καθημερινή κλινική πράξη και συμβάλλει στη μεταφορά έγκυρης γνώσης.

Στο ίδιο τεύχος εγκαινιάζεται η νέα κατηγορία επιστημονικής δημοσίευσης «Πρακτικό Θέμα», με την εργασία «Άμεσες (προσωρινές) κινητές ολικές οδοντοστοιχίες. Κλινικές τεχνικές». Η εισαγωγή αυτής της ενότητας αποσκοπεί στη παρουσίαση τεκμηριωμένων κλινικών τεχνικών μέσω φωτογραφιών, έτσι ώστε να μπορούν να εφαρμοστούν άμεσα στην καθημερινή πράξη, ενισχύοντας τη σύνδεση της θεωρητικής γνώσης με την κλινική εμπειρία.

ΚΕΙΜΕΝΟ ΟΜΟΦΩΝΙΑΣ

Πρακτικός οδηγός για τη Διαχείριση Ασθενών υπό Αντιθρομβωτική Αγωγή που υποβάλλονται σε Οδοντιατρικές Πράξεις και Επεμβάσεις Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής. Μια Συμφωνία Καρδιολόγων, Οδοντιάτρων και Στοματικών και Γναθοπροσωπικών Χειρουργών

Γ. ΜΙΧΑΣ¹, Ι. ΜΕΛΑΚΟΠΟΥΛΟΣ², Η. ΚΑΡΑΜΠΙΝΟΣ³,
Κ. ΧΟΥΠΗΣ⁴, Ε. ΠΑΡΑΡΑ⁵, Κ. ΜΟΥΡΟΥΖΗΣ⁵, Φ. ΜΑΔΙΑΝΟΣ⁶,
Β. ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ⁶, Λ. ΡΑΛΛΙΔΗΣ⁷, Α. ΤΡΙΚΑΣ¹,
Δ. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ⁸

Διοργάνωση και Εγκριση από την Ελληνική Καρδιολογική Εταιρεία, την Ελληνική Εταιρεία Περιοδοντολογίας και Οδοντικών Εμφυτευμάτων, την Ελληνική Εταιρεία Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής και την Στοματολογική Εταιρεία Ελλάδος.

Αναδημοσίευση από το περιοδικό Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση 2025, 66(4).

Ο Δ. Αλεξόπουλος έχει λάβει αμοιβές για διαλέξεις και/ή συμμετοχή σε συμβουλευτικές επιτροπές από τις εταιρείες Chiesi και ELPEN. Οι υπόλοιποι συγγραφείς δηλώνουν ότι δεν υφίστανται συγκρούσεις συμφερόντων σε σχέση με την παρούσα δημοσίευση.

Περίληψη

Η αντιθρομβωτική αγωγή, η οποία περιλαμβάνει αντιαιμοπεταλιακούς και/ή αντιπηκτικούς παράγοντες, αποτελεί σημαντικό θεραπευτικό μέτρο για την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη καρδιαγγειακών νοσημάτων καθώς και θρομβοεμβολικών συμβαμάτων. Η αυξανόμενη χρήση των αντιθρομβωτικών φαρμάκων δημιουργεί νέες προκλήσεις στην οδοντιατρική και τη στοματική και γναθοπροσωπική χειρουργική, καθώς οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο αιμορραγίας κατά τη διάρκεια των επεμβάσεων. Σε αντίθεση με παλαιότερες πρακτικές, οι πλέον πρόσφατες Ευρωπαϊκές και Αμερικανικές κατευθυντήριες οδηγίες συγκλίνουν στην άποψη ότι η προεγχειρητική διακοπή της αντιθρομβωτικής αγωγής σπάνια είναι αναγκαία για την πλειονότητα των οδοντιατρικών επεμβάσεων. Η σύγχρονη στρατηγική βασίζεται στην εξατομικευμένη αξιολόγηση του κινδύνου και στην επιμελή εφαρμογή τοπικών αιμοστατικών τεχνικών. Η παρούσα συμφωνία Ελλήνων ειδικών στόχο έχει να παρουσιάσει έναν πρακτικό οδηγό, ο οποίος είναι περιεκτικός και εναρμονισμένος με τα διεθνή επιστημονικά δεδομένα, με στόχο τη βελτιστοποίηση της διαχείρισης των ασθενών υπό αντιθρομβωτική αγωγή και τη μεγιστοποίηση της ασφάλειας των οδοντιατρικών πράξεων και των χειρουργικών επεμβάσεων στη στοματική και γναθοπροσωπική περιοχή.

Όροι ευρετηριάσεως: αντιαιμοπεταλιακά, αντιπηκτικά, οδοντιατρικές επεμβάσεις, αιμόσταση, διακοπή θεραπείας

¹ Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

² Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Νοσοκομείο «Υγεία»

³ Β' Καρδιολογική Κλινική, Ευρωκλινική Αθηνών

⁴ Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, «Mediterraneo Hospital»

⁵ Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, ΓΝΑ ΚΑΤ

⁶ Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

⁷ Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

⁸ Ζ' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Υγεία»

Υπεύθυνος Επικοινωνίας

Δημήτρης Αλεξόπουλος
Καθηγητής Καρδιολογίας
e-mail: dalex@med.uoa.gr

Εισαγωγή

Περίπου 3,7 δισεκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως πάσχουν από σοβαρές στοματικές και οδοντικές παθήσεις.¹ Σύμφωνα με πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα, περισσότεροι από πεντακόσια εκατομμύρια ασθενείς παγκοσμίως λαμβάνουν κάποια μορφή αντιθρομβωτικής αγωγής.²⁻⁵ Επιπρόσθετα, υπάρχουν πολλές συστηματικές ανασκοπήσεις που υποστηρίζουν τη συσχέτιση μεταξύ περιοδοντικής νόσου, απώλειας οδόντων και καρδιαγγειακών παθήσεων.⁶ Η αντιθρομβωτική αγωγή, που περιλαμβάνει την αντιαιμοπεταλιακή ή/και αντιπηκτική αγωγή, έχει επανακαθορίσει τη θεραπευτική προσέγγιση των καρδιαγγειακών παθήσεων και των θρομβοεμβολικών επεισοδίων.⁷ Αυτά τα φάρμακα είναι ζωτικής σημασίας για την πρόληψη και θεραπεία απειλητικών για τη ζωή συμβαμάτων, όπως το ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, η κολπική μαρμαρυγή, η εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση και η πνευμονική εμβολή.⁷ Ειδικότερα, τα αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα αποτελούν την κύρια φαρμακευτική αγωγή υποστήριξης των επεμβάσεων στις στεφανιαίες αρτηρίες (διαδερμικά ή χειρουργικά), απαραίτητης για την πλήρη αξιοποίηση του θεραπευτικού οφέλους αυτών των παρεμβάσεων. Το γεγονός αυτό έχει σημαντικές επιπτώσεις στην οδοντιατρική και τη στοματική και γναθοπροσωπική χειρουργική, καθώς οι οδοντίατροι και οι στοματικοί και γναθοπροσωπικοί χειρουργοί συχνά καλούνται να διαχειριστούν ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο αιμορραγίας. Οι καρδιολόγοι από την άλλη, λαμβάνουν διαρκώς προσκλήσεις αξιολόγησης οδοντιατρικών ασθενών σχετικά με την ανάγκη συνέχισης ή διακοπής της αντιαιμοπεταλιακής ή/και αντιπηκτικής τους θεραπείας. Η πολυπλοκότητα της κατάστασης εντείνεται από την ανάγκη εξισορρόπησης μεταξύ του κινδύνου αιμορραγίας και του κινδύνου θρομβοεμβολικών επεισοδίων.⁸ Η διακοπή της αντιθρομβωτικής αγωγής μπορεί να προκαλέσει σοβαρές καρδιαγγειακές επιπλοκές, ενώ η συνέχισή της αυξάνει τον κίνδυνο περιεπεμβατικής αιμορραγίας.⁸

Ο παρών πρακτικός οδηγός στοχεύει στην παρουσίαση των σύγχρονων κατευθυντήριων οδηγιών και των βέλτιστων πρακτικών για τη διαχείριση αυτών των ασθενών. Για το σκοπό αυτό, έγινε ενδελεχής ανασκόπηση των πρόσφατων οδηγιών και σχετικών μελετών και οι προτεινόμενες πρακτικές έχουν διαμορφωθεί από κοινού από ομάδα καρδιολόγων, οδοντιάτρων και στοματικών και γναθοπροσωπικών χειρουργών, ώστε να συνδυάζουν την απαιτούμενη επιστημονική τεκμηρίωση και κλινική εμπειρία.

Μεθοδολογία

Η παρούσα συμφωνία Ελλήνων ειδικών διαμορφώθηκε με βάση την εμπεριστατωμένη μελέτη των διαθέσιμων διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών και σχετικών επιστημονικών δημοσιεύσεων. Συγκεκριμένα, ελήφθησαν υπόψη οδηγίες από τους εξής φορείς: American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA), American College of Chest Physicians (ACCP/CHEST), American Dental Association (ADA), European

Society of Cardiology (ESC), European Heart Rhythm Association (EHRA), Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme (SDCEP) guidance, κ.ά.⁹⁻¹⁴ Επιπλέον, εξετάστηκαν πρόσφατες ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις για τη διαχείριση ασθενών υπό αντιθρομβωτική αγωγή οι οποίοι υποβάλλονται σε οδοντιατρικές πράξεις.^{15,16} Η επιτροπή εμβάθυνε στην κατηγοριοποίηση οδοντιατρικών επεμβάσεων και φαρμάκων, καθώς και σε ειδικά σενάρια [π.χ. συνδυασμένες θεραπείες, πρόσφατη τοποθέτηση στεφανιαίας ενδοπρόσθεσης (stent), επείγοντα περιστατικά]. Ο τελικός πρακτικός οδηγός διαμορφώθηκε με τη συμφωνία όλων των μελών της επιτροπής ειδικών και έχει την έγκριση και υποστήριξη της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας, της Ελληνικής Εταιρείας Περιοδοντολογίας και Οδοντικών Εμφυτευμάτων, της Ελληνικής Εταιρείας Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής και της Στοματολογικής Εταιρείας Ελλάδος.

Πρωτογενής – Δευτερογενής Πρόληψη και Αντιθρομβωτική Αγωγή

Τα αντιθρομβωτικά φάρμακα χορηγούνται για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων, η οποία διακρίνεται σε πρωτογενή και δευτερογενή. Η πρωτογενής πρόληψη στοχεύει στην αποτροπή της πρώτης εκδήλωσης καρδιαγγειακής νόσου μέσω έγκαιρης αναγνώρισης και ελέγχου των παραγόντων κινδύνου.¹⁷ Οι παράγοντες κινδύνου διακρίνονται σε μη τροποποιήσιμους (ηλικία, οικογενειακό ιστορικό) και τροποποιήσιμους (υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, σακχαρώδης διαβήτης, κάπνισμα, παχυσαρκία, έλλειψη άσκησης). Σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, μπορεί να χρησιμοποιηθούν και αντιθρομβωτικά φάρμακα, όπως η ασπιρίνη.¹⁷

Η δευτερογενής πρόληψη αφορά ασθενείς με εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο (π.χ. έμφραγμα μυοκαρδίου, σταθερή στεφανιαία νόσο, στηθάγχη, ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό, επεμβάσεις επαναιμάτωσης, περιφερική αγγειοπάθεια, κολπική μαρμαρυγή, πνευμονική εμβολή) με στόχο τη μείωση υποτροπών, επιπλοκών και θνητότητας. Βασικό θεραπευτικό εργαλείο αποτελούν τα αντιθρομβωτικά (αντιαιμοπεταλιακά, αντιπηκτικά ή συνδυασμοί αυτών), τα οποία μειώνουν ουσιαστικά τον κίνδυνο καρδιαγγειακών και εγκεφαλικών επεισοδίων.

Ως γενική αρχή, η αντιαιμοπεταλιακή αγωγή στην πρωτογενή πρόληψη έχει αποδειχθεί ότι προσφέρει σχετικά περιορισμένο κλινικό όφελος.^{18,19} Αντιθέτως, στους ασθενείς που λαμβάνουν αντιθρομβωτικά φάρμακα στο πλαίσιο δευτερογενούς πρόληψης, η συνέχιση της θεραπείας είναι καθοριστικής σημασίας, καθώς η διακοπή της μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική αύξηση του κινδύνου υποτροπής ενός προηγηθέντος καρδιαγγειακού ή εγκεφαλικού επεισοδίου.

Εκτίμηση κινδύνου

Η διαχείριση ασθενών που λαμβάνουν αντιθρομβωτικά φάρμακα πριν από οδοντιατρικές πράξεις ή επεμβάσεις κεφαλής και τραχήλου απαιτεί προσεκτική εκτίμηση του κινδύνου. Αυτή η αξι-

ολόγηση βασίζεται σε δύο κύριους παράγοντες: τον κίνδυνο που σχετίζεται με την επέμβαση και τον κίνδυνο που αφορά τον ίδιο τον ασθενή.¹³

Κίνδυνος Σχετιζόμενος με την Επέμβαση (Surgery-related risk)

Ο κίνδυνος μιας επέμβασης καθορίζεται από τη φύση, την έκταση και τον χρονικό προγραμματισμό της (άμεση, επείγουσα, χρονικά ευαίσθητη, εκλεκτική). Η εκτίμηση του χειρουργικού κινδύνου σύμφωνα τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας για την Καρδιαγγειακή Διαχείριση ασθενών που θα υποβληθούν σε Μη Καρδιοχειρουργικές Επεμβάσεις αποτελεί μια γενική προσέγγιση του 30-ήμερου κινδύνου για καρδιαγγειακό θάνατο, έμφραγμα και αγγειακό εγκεφαλικό, λαμβάνοντας υπόψη μόνο την ίδια την επέμβαση.¹³ Οι επεμβάσεις ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες:

- **Χαμηλού χειρουργικού κινδύνου (<1%):** Περιλαμβάνονται οι περισσότερες οδοντιατρικές πράξεις.
- **Μετρίου χειρουργικού κινδύνου (1-5%):** Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν οι περισσότερες επεμβάσεις στοματικής και γναθοπροσωπικής χειρουργικής.
- **Υψηλού χειρουργικού κινδύνου (>5%):** Περιλαμβάνουν επεμβάσεις που δεν είναι αντικείμενο περαιτέρω ανάλυσης του παρόντος οδηγού.

Επιπλέον, ο κίνδυνος επηρεάζεται από την πιθανότητα αιμορραγίας και φλεγμονής, καθώς και από το χρονικό διάστημα μετά από ένα πρόσφατο καρδιαγγειακό επεισόδιο. Όσο πιο επείγουσα είναι μια επέμβαση και όσο πιο σύντομα πραγματοποιείται μετά από ένα καρδιαγγειακό συμβάν, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος.¹³ Χαρακτηριστικά, χρονικά διαστήματα μικρότερα των τριών μηνών μετά από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο ή ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο θεωρούνται περίοδοι υψηλού κινδύνου, ενώ διαστήματα άνω του ενός έτους αντιστοιχούν συνήθως σε περιόδους χαμηλότερου κινδύνου.

Κίνδυνος Σχετιζόμενος με τον Ασθενή (Patient-related risk)

Η αξιολόγηση του ασθενούς λαμβάνει υπόψη:

- **Ηλικία:** Ασθενείς άνω των 65 ετών έχουν αυξημένο κίνδυνο.
- **Παράγοντες κινδύνου:** Η παρουσία παραγόντων όπως το κάπνισμα, η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης και η δυσλιπιδαιμία αυξάνει τον κίνδυνο.
- **Ιστορικό Καρδιαγγειακής Νόσου:** Οι ασθενείς με ήδη εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο (π.χ., στεφανιαία νόσο, καρδιακή ανεπάρκεια, ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό) διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών.

Λαμβάνοντας υπόψη αυτούς τους δύο βασικούς παράγοντες, την επέμβαση και τον ασθενή, είναι δυνατή η κατάλληλη προεγχειρητική αξιολόγηση και η λήψη των ενδεδειγμένων αποφάσεων για την ασφαλή διαχείριση των αντιθρομβωτικών φαρμάκων.

Φαρμακολογία Αντισταθμιστικών και Αντιπηκτικών Φαρμάκων

1. Αντισταθμιστικά

Ασπιρίνη

Η ασπιρίνη ασκεί την αντισταθμιστική της δράση αναστέλλοντας μη αναστρέψιμα την κυκλοοξυγενάση-1 (COX-1), η οποία με τη σειρά της μειώνει την παραγωγή της θρομβοξάνης A₂, ενός ισχυρού επαγωγέα της συσσώρευσης αιμοπεταλίων.²⁰ Η ασπιρίνη, στα πλαίσια δευτερογενούς πρόληψης, συνταγογραφείται ευρέως σε ασθενείς με τεκμηριωμένη καρδιαγγειακή νόσο, συμπεριλαμβανομένης της στηθάγχης, ιστορικού εμφράγματος του μυοκαρδίου, μετά από επέμβαση επαναιμάτωσης των στεφανιαίων αρτηριών, της περιφερικής αρτηριακής νόσου, παροδικού ισχαιμικού επεισοδίου ή ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου για τη σημαντική μείωση του κινδύνου υποτροπιάζοντων καρδιαγγειακών επεισοδίων.^{17,20} Η χρήση της για πρωτογενή πρόληψη (σε άτομα χωρίς τεκμηριωμένη καρδιαγγειακή νόσο αλλά με υψηλό κίνδυνο) συνιστάται πλέον λιγότερο συχνά λόγω του συνοδού αυξημένου κινδύνου αιμορραγίας.¹⁹

Αναστολείς των P2Y₁₂ υποδοχέων

(Κλοπιδογρέλη, Πρασουγρέλη και Τικαγρελόρη)

Οι παράγοντες αυτοί αναστέλλουν τον υποδοχέα P2Y₁₂ της διφωσφορικής αδενοσίνης (ADP) στην επιφάνεια των αιμοπεταλίων, αναστέλλοντας έτσι τη συσσώρευση αιμοπεταλίων που προκαλείται από την ADP.²¹ Τα φάρμακα αυτής της κατηγορίας χρησιμοποιούνται είτε μόνα τους, είτε σε συνδυασμό με ασπιρίνη σε ασθενείς που έχουν υποστεί ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή έμφραγμα του μυοκαρδίου, καθώς και σε εκείνους που έχουν υποβληθεί σε διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση (PCI) με ή χωρίς τοποθέτηση stent, αορτοστεφανιαία παράκαμψη (CABG) ή πάσχουν από περιφερική αρτηριακή νόσο. Σε ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο η πρασουγρέλη και η τικαγρελόρη είναι πιο αποτελεσματικές από την κλοπιδογρέλη, με κόστος όμως την αύξηση του αιμορραγικού κινδύνου.²²

2. Αντιπηκτικά

Τα αντιπηκτικά ασκούν τη θεραπευτική τους δράση αναστέλλοντας συγκεκριμένα συστατικά του καταρράκτη της πήξης, με αποτέλεσμα τη μείωση του σχηματισμού ινικής και, κατ'επέκταση, τη μείωση του σχηματισμού θρόμβων.

Ανταγωνιστές Βιταμίνης Κ (VKAs)

Βαρφαρίνη (και Ασενοκουμαρόλη): Η Βαρφαρίνη παραμένει ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο από του στόματος αντιπηκτικό. Ο μηχανισμός δράσης της περιλαμβάνει την παρεμβολή στη σύνθεση των παραγόντων πήξης που εξαρτώνται από τη βιταμίνη Κ (συγκεκριμένα τους παράγοντες II, VII, IX και X) στο ήπαρ.²³ Λόγω της μεταβλητής φαρμακοκινητικής της και του στενού θεραπευτικού

της εύρους, η θεραπεία με βαρφαρίνη απαιτεί τακτική παρακολούθηση του Διεθνούς Ομαλοποιημένου Λόγου (INR) για τη διασφάλιση τόσο της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας, όσο και της ασφάλειας του ασθενούς.²³ Η βαρφαρίνη συνταγογραφείται για μακροχρόνια αντιπηκτική αγωγή σε καταστάσεις όπως η κολπική μαρμαρυγή, η εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση, η πνευμονική εμβολή και αποτελεί τη θεραπεία εκλογής για ασθενείς με μηχανικές καρδιακές βαλβίδες.²³ Παρά την αποτελεσματικότητά της, η βαρφαρίνη μπορεί να είναι δύσκολη στη διαχείριση, καθώς απαιτεί συχνή παρακολούθηση και παρουσιάζει πολυάριθμες αλληλεπιδράσεις με φάρμακα και τρόφιμα.²³

Στην Ελλάδα, όπως και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, χρησιμοποιείται κυρίως η ασενοκουμαρόλη (sintrom) αντί της βαρφαρίνης. Όσον αφορά στις διαφορές τους, η βαρφαρίνη έχει πιο σταθερή φαρμακοκινητική και μεγαλύτερο χρόνο ημίσειας ζωής (24-33 ώρες για την S-βαρφαρίνη και 35-58 ώρες για την R-βαρφαρίνη), ενώ η ασενοκουμαρόλη έχει μικρότερο χρόνο ημίσειας ζωής (περίπου 10 ώρες), γεγονός που την καθιστά πιο εύκολη στον έλεγχο σε περιπτώσεις που απαιτούν ταχεία ρύθμιση της αντιπηκτικής αγωγής.²⁴

Άμεσα από του Στόματος Αντιπηκτικά (DOACs)

Τα Άμεσα από του Στόματος Αντιπηκτικά (DOACs) ή αλλιώς Νεότερα από του Στόματος Αντιπηκτικά (NOACs) είναι παράγοντες νεότερης γενιάς που προσφέρουν πιο προβλέψιμη φαρμακοκινητική και κυρίως δεν απαιτούν διαρκή παρακολούθηση της πήξης, γεγονός που αποτελεί σημαντικό πλεονέκτημα έναντι των VKAs.²³ Περιλαμβάνουν τους Άμεσους Αναστολείς Θρομβίνης με χαρακτηριστικό παράδειγμα τη δαμπιγκατράνη και τους Άμεσους Αναστολείς του Παράγοντα Χα που περιλαμβάνουν τη ριβαροξαμπάνη, την απιξαμπάνη και την εντοξαμπάνη (δεν κυκλοφορεί στην Ελλάδα).²³

Τα DOACs συσχετίζονται με λιγότερες φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις, εξαλείφουν την ανάγκη για συχνή παρακολούθηση της πήξης και έχουν γενικά επιδείξει χαμηλότερο κίνδυνο ενδοκρανιακής αιμορραγίας σε σύγκριση με τη βαρφαρίνη (0,1% έναντι 0,3% ετησίως, αντίστοιχα).²³ Χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο για την πρόληψη αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου σε κολπική μαρμαρυγή (εξαιρούνται οι ασθενείς με μηχανική βαλβίδα και όσοι πάσχουν από μέτρια ή σοβαρή στένωση μιτροειδούς όπου η θεραπεία εκλογής είναι οι VKAs), τη θεραπεία της εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης και πνευμονικής εμβολής καθώς και για θρομβοπροφύλαξη μετά από μείζονες ορθοπεδικές επεμβάσεις. Ενώ είναι γενικά ασφαλέστερα όσον αφορά την ενδοκρανιακή αιμορραγία, ορισμένα DOACs (π.χ., δαμπιγκατράνη 150 mg, ριβαροξαμπάνη, εντοξαμπάνη 60 mg) έχουν συσχετιστεί με υψηλότερα ποσοστά γαστρεντερικής αιμορραγίας σε σύγκριση με τη βαρφαρίνη.²⁵ Τέλος, ορισμένα αντιβιοτικά (π.χ. ερυθρομυκίνη, κλαριθρομυκίνη, αζιθρομυκίνη) αλλά και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ, π.χ. ιβουπροφαίνη, δικλοφαινάκη κτλ.) που συνταγο-

γραφούνται συχνά στα πλαίσια οδοντιατρικών επεμβάσεων μπορούν να αυξήσουν σημαντικά την αντιπηκτική δράση των DOACs και ως αποτέλεσμα αυξάνουν τον αιμορραγικό κίνδυνο.

Επιπρόσθετες πληροφορίες σχετικά με τη χρήση των αντιθρομβωτικών φαρμάκων στο πλαίσιο σημαντικών καρδιαγγειακών παθήσεων τόσο στην πρωτογενή όσο και στη δευτερογενή πρόληψη δίνονται στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ, Πίνακας 1.

Ταξινόμηση οδοντιατρικών πράξεων και επεμβάσεων στοματικής και γναθοπροσωπικής χειρουργικής ως προς τον αιμορραγικό κίνδυνο

Ο Πίνακας 2 κατατάσσει τις οδοντιατρικές και γναθοχειρουργικές πράξεις σε δύο βασικές κατηγορίες με βάση τον αιμορραγικό τους κίνδυνο:

- Εκείνες που, υπό φυσιολογικές συνθήκες, είναι απίθανο να προκαλέσουν αιμορραγία.
- Εκείνες που συνεπάγονται μεγαλύτερη χειρουργική παρέμβαση και, κατά συνέπεια, αυξημένο κίνδυνο αιμορραγίας.

Για να ισχύουν οι προτεινόμενες οδηγίες σε όλους τους ασθενείς, θεωρείται αυτονόητη η εφαρμογή των κατάλληλων τοπικών αιμοστατικών μέτρων, όπως αυτά περιγράφονται στην επόμενη ενότητα του κειμένου. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται σε ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε πράξεις με αυξημένη πιθανότητα αιμορραγίας. Στον Πίνακα 2, οι πράξεις αυτές κατατάσσονται περαιτέρω σε τρεις υποκατηγορίες: χαμηλού, μέτριου και υψηλού κινδύνου αιμορραγικών επιπλοκών. Η ταξινόμηση βασίζεται στον πίνακα της Αμερικανικής Εταιρείας Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής (AAOMS), ο οποίος καλύπτει όλο το φάσμα των σχετικών επεμβάσεων,²⁶ καθώς και, σε μικρότερο βαθμό, σε άλλες βιβλιογραφικές αναφορές που αφορούν κυρίως απλούστερες επεμβάσεις.^{8,14,27-29} Με τον όρο «αιμορραγικές επιπλοκές» νοείται η παρατεταμένη ή υπερβολική αιμορραγία, καθώς και η αιμορραγία που δεν ελέγχεται με τα αρχικά αιμοστατικά μέτρα.

Η αξιολόγηση του κινδύνου αιμορραγίας κάθε ασθενούς πρέπει να γίνεται εξατομικευμένα, λαμβάνοντας υπόψη την έκταση και τη βαρύτητα της επέμβασης, καθώς και την ικανότητα του ασθενούς να συμμορφωθεί με τις μετεγχειρητικές οδηγίες. Πριν από την εκτέλεση οποιασδήποτε χειρουργικής πράξης με αιμορραγικό κίνδυνο σε ασθενή που λαμβάνει αντιπηκτικά ή αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα, ο επεμβαίνων πρέπει να έχει τη βεβαιότητα ότι διαθέτει την εμπειρία και τα μέσα για την αντιμετώπιση πιθανής περιεγχειρητικής αιμορραγίας.

Τοπικά μέτρα αιμόστασης και αντιμετώπιση αιμορραγίας

Είναι απαραίτητο πριν από κάθε χειρουργική ή αιματηρή οδοντιατρική πράξη (όπως περιοδοντική θεραπεία/ριζική απόξεση) να αξιολογείται τόσο ο χειρουργικός αιμορραγικός κίνδυνος της πράξης, όσο και η αιμορραγική προδιάθεση του ασθενή (π.χ. αντιαιμοπεταλιακή ή/και αντιπηκτική αγωγή, λοιπή φαρμακευτική αγωγή, υποκείμενα νοσήματα) με στόχο την ικανοποιητική αιμό-

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Τοπικά μέτρα αιμόστασης και αντιμετώπιση αιμορραγίας

Είναι απαραίτητο πριν από κάθε χειρουργική ή αιματηρή οδοντιατρική πράξη (όπως περιοδοντική θεραπεία/ριζική απόξεση) να αξιολογείται τόσο ο χειρουργικός αιμορραγικός κίνδυνος της πράξης όσο και η αιμορραγική προδιάθεση του ασθενή (π.χ. αντιαιμοπεταλιακή ή/και αντιπηκτική αγωγή, λοιπή φαρμακευτική αγωγή, υποκείμενα νοσήματα) με στόχο την ικανοποιητική αιμόσταση τόσο άμεσα όσο και απώτερα μετεγχειρητικά.

Στην πλειοψηφία των χειρουργικών πράξεων στο οδοντιατρείο σε ασθενείς υπό αντιαιμοπεταλιακή ή/και αντιπηκτική αγωγή πλέον προτιμάται η εφαρμογή τοπικών αιμοστατικών μέτρων αντί της αλλαγής/διακοπής της τρέχουσας αντιθρομβωτικής αγωγής.¹⁻³ Επιπλέον, ενδείκνυται η χρήση τοπικού αναισθητικού για οδοντιατρική χρήση, με αγγειοσυσπαστικό παράγοντα (αδρεναλίνη) σε αναλογία 1:100.000 – 1:200.000.^{4,5} Η μέγιστη ασφαλής δόση ορίζεται σε 2 αμπούλες των 1,8 ml εντός 30 λεπτών, γεγονός που εξασφαλίζει επαρκές βάθος αναισθησίας, περιορίζοντας παράλληλα τις ανεπιθύμητες επιδράσεις στην αρτηριακή πίεση και τον κίνδυνο αιμορραγίας.⁴

Για την επιτυχημένη εφαρμογή τοπικών αιμοστατικών μέτρων είναι απαραίτητα τα ακόλουθα:

1. Εμπειρία επεμβαίνοντα
2. Χειρουργική αναρρόφηση
3. Φυσιολογικός ορός
4. Γάζες
5. Εργαλεία συρραφής και ράμματα
6. Αιμοστατικά υλικά για πωματισμό
7. Αντιπινωδολυτικά για πλύσεις ή για εμβάπτιση γαζών για πωματισμό

Τα βήματα, ανάλογα με τον αιμορραγικό κίνδυνο, για επιτυχημένη αιμόσταση είναι τα ακόλουθα:

1. Ολοκλήρωση επέμβασης
2. Πλύσεις με φυσιολογικό ορό και απομάκρυνση αίματος και πηγμάτων
3. Πωματισμός με γάζα εμποτισμένη με φυσιολογικό ορό
4. Χρήση διαθερμίας (όπου ενδείκνυται)
5. Χρήση ραμμάτων
 - Σύγκλιση κατά πρώτο σκοπό
 - Συμπλησίση χειλέων τραύματος και προστασία πηγματος (φατνία εξαγωγών)
6. Εφαρμογή αιμοστατικών υλικών
7. Χρήση αντιπινωδολυτικών
8. Έλεγχος πόνου και άγχους

Αιμοστατικά⁶⁻⁸

1. Οξειδωμένη κυτταρίνη (Surgicel)⁹

- Δρα παθητικά παρέχοντας ένα φυσικό ικρίωμα γύρω από το οποίο τα αιμοπετάλια μπορούν να συσσωρευτούν και να σχηματίσουν θρόμβο.
- Η διάσπαση της παράγει ένα περιβάλλον χαμηλού pH που προσάγει την πήξη.
- Εξαιρετικά εύχρηστη και αποτελεσματική (expert opinion).
- Καθυστερεί την επούλωση.

2. Απορροφήσιμοι σπόγγοι ζελατίνης (Gelfoam, Spongostan)¹⁰

- Δημιουργούν μια φυσική μήτρα για την έναρξη της πήξης.
- Συλλέγουν υγρό από το αίμα, αυξάνουν την προσκόλληση, την ενεργοποίηση και τη συσσωμάτωση αιμοπεταλίων, την παραγωγή θρομβίνης και τη διασταύρωση πρωτεϊνών για τη δημιουργία θρόμβων και την πήξη.

3. Chitosan¹¹

- Το chitosan είναι ένα σάκχαρο που προέρχεται

από τον εξω-σκελετό των οστρακοειδών όπως καβουριών, αστακών και γαριδών.

- Επιταχύνει την ενεργοποίηση και την πρόσφυση των αιμοπεταλίων αλληλεπιδρώντας ηλεκτροστατικά με τα ερυθρά αιμοσφαίρια. Παράλληλα σχηματίζει ένα ισχυρό φυσικό φράγμα που προσκολλάται στους υγρούς ιστούς και σφραγίζει τις πληγές.

4. Κυανοακρυλικά¹¹

- Πολυμερίζονται γρήγορα κατά την επαφή με υγρά για να δημιουργήσουν ένα μηχανικό φράγμα που αποφράσσει τον αιμορραγικό ιστό.

Αντιπινωδολυτικά⁶⁻⁸

Τρανεξαμικό οξύ (ΤΧΑ) - Εψίλον αμινοκαπροϊκό οξύ (EACA)

- Αναστέλλουν τη μετατροπή του πλασμινογόνου σε πλασμίνη αναστολή της ινωδολυσης

Χρήσεις

- Εμποτισμός γάζας που εφαρμόζεται τοπικά
- Πλύσεις του χειρουργικού πεδίου
- Ως στοματικό διάλυμα (2-7 ημέρες μετεγχειρητικά)

Κλινικά οφέλη

- Το ΤΧΑ μειώνει τη συχνότητα εμφάνισης μετεγχειρητικής αιμορραγίας σε ασθενείς που λαμβάνουν VKAs και μειώνει την καθυστερημένη αιμορραγία σε ασθενείς που λαμβάνουν DOACs χωρίς να αυξάνει τον θρομβοεμβολικό κίνδυνο.^{6,7}
- Πρόσφατη μετα-ανάλυση έδειξε μείωση του σχετικού κινδύνου μετεγχειρητικής αιμορραγίας κατά 73% με τοπική χορήγηση ΤΧΑ σε σύγκριση με τα συμβατικά μέτρα ελέγχου της αιμορραγίας (δηλαδή, πίεση γάζας/βαμβακιού ή ράμματα).⁸

Βιβλιογραφικές αναφορές

1. Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme. Management of Dental Patients Taking Anticoagulants or Antiplatelet Drugs; 2022. Accessed July 23, 2025. <https://www.sdcep.org.uk/media/ypnl2cpz/sdcep-management-of-dental-patients-taking-anticoagulants-or-antiplatelet-drugs-2nd-edition.pdf>
2. Statman BJ. Perioperative Management of Oral Antithrombotics in Dentistry and Oral Surgery: Part 2. Anesthesia Progress. 2023;70(1):37-48. doi:10.2344/anpr-70-01-06
3. Sanz M, Marco Del Castillo A, Jepsen S, et al. Periodontitis and cardiovascular diseases: Consensus report. J Clin Periodontol. 2020;47(3):268-288. doi:10.1111/jcpe.13189
4. Elad S, Admon D, Kedmi M, et al. The cardiovascular effect of local anesthesia with articaine plus 1:200,000 adrenalin versus lidocaine plus 1:100,000 adrenalin in medically compromised cardiac patients: a prospective, randomized, double blinded study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2008;105(6):725-730. doi:10.1016/j.tripleo.2008.02.005
5. Seminario-Amez M, González-Navarro B, Ayuso-Montero R, Jané-Salas E, López-López J. USE OF LOCAL ANESTHETICS WITH A VASOCONSTRICTOR AGENT DURING DENTAL TREATMENT IN HYPERTENSIVE AND CORONARY DISEASE PATIENTS. A SYSTEMATIC REVIEW. J Evid Based Dent Pract. 2021;21(2):101569. doi:10.1016/j.jebdp.2021.101569
6. Curtis J, Henderson DP, Zarghami M, Rashedi S, Bikedeli B. Management of antithrombotic therapy in patients undergoing dental procedures. J Thromb Haemost. 2025;23(1):47-72. doi:10.1016/j.jth.2024.09.022
7. Ockerman A, Miclotte I, Vanhaverbeke M, et al. Tranexamic acid and bleeding in patients treated with non-vitamin K oral anticoagulants undergoing dental extraction: The EXTRACT-NOAC randomized clinical trial. PLoS Med. 2021;18(5):e1003601. doi:10.1371/journal.pmed.1003601
8. Mahardawi B, Jiaranuchart S, Arunjaroensuk S, Tompkins KA, Somboonsawatdee A, Pimkhaokham A. The effect of different hemostatic agents following dental extraction in patients under oral antithrombotic therapy: a network meta-analysis. Sci Rep. 2023;13(1):12519. doi:10.1038/s41598-023-39023-7
9. Roshkovan L, Singhal S, Katz SI, Galperin-Aizenberg M. Multimodality imaging of Surgicel[®], an important mimic of post-operative complication in the thorax. BJR|Open. 2021;3(1):20210031. doi:10.1259/bjro.20210031
10. Nepal A, Tran HDN, Nguyen NT, Ta HT. Advances in haemostatic sponges: Characteristics and the underlying mechanisms for rapid haemostasis. Bioactive Materials. 2023;27:231-256. doi:10.1016/j.bioactmat.2023.04.008
11. Gheorghita D, Moldovan H, Robu A, et al. Chitosan-Based Biomaterials for Hemostatic Applications: A Review of Recent Advances. IJMS. 2023;24(13):10540. doi:10.3390/ijms241310540

Πίνακας 1. Η χρήση των αντιθρομβωτικών φαρμάκων σε καρδιαγγειακές παθήσεις στο πλαίσιο διαφορετικών κλινικών καταστάσεων. Για λόγους μεθοδολογίας οι καταστάσεις αυτές οργανώνονται σε 12 κλινικά σενάρια.

Κλινικό Σενάριο	Αντιθρομβωτικό Σχήμα	Διάρκεια Θεραπείας
Σταθερή Στεφανιαία Νόσος χωρίς PCI / μετά από CABG	Ασπιρίνη 75-100 mg/ημέρα ή Κλοπιδογρέλη 75 mg/ημέρα	Απεριόριστα (εφ' όρου ζωής)
Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο – Συντηρητική Αντιμετώπιση (χωρίς PCI)	DAPT: Ασπιρίνη 75-100 mg/ημέρα + (Κλοπιδογρέλη 75 mg/ημέρα ή Τικαγρελόρη 90 mg x 2/ημέρα)	6 μήνες (υψηλός αιμορραγικός κίνδυνος) - 12 μήνες (χαμηλός αιμορραγικός κίνδυνος), κατόπιν SAPT (ασπιρίνη ή κλοπιδογρέλη) εφ' όρου ζωής Δυνατότητα παράτασης τικαγρελόρης 60mg x 2/ημέρα έως 3 έτη
Πρόσφατη PCI με stent σε Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο	DAPT: Ασπιρίνη 75-100 mg/ημέρα + (Πρασουγρέλη 10 mg/ημέρα ή Τικαγρελόρη 90 mg x 2/ημέρα. Κλοπιδογρέλη 75 mg/ημέρα επί αντενδείξεων των προηγούμενων)	12 μήνες (χαμηλός αιμορραγικός κίνδυνος), 1-6 μήνες (υψηλός αιμορραγικός κίνδυνος) κατόπιν SAPT εφ' όρου ζωής Αν χαμηλός αιμορραγικό κίνδυνος και «σύμπλοκη» PCI επιτρέπεται παράταση DAPT >12 μήνες
Πρόσφατη PCI με stent σε σταθερή Στεφανιαία νόσο	DAPT: Ασπιρίνη 75-100 mg/ημέρα + Κλοπιδογρέλη 75 mg/ημέρα	6-12 μήνες, 1-3 μήνες (υψηλός αιμορραγικός κίνδυνος) Σε ειδικές περιπτώσεις μπορεί να παραταθεί πέραν του έτους
Κολπική Μαρμαρυγή (CHA₂DS₂-VA ≥ 2)	Ανάλογα με CHA ₂ DS ₂ -VA: Warfarin (INR 2-3) ή DOACs (δαμπιγκατράνη, ριβαροξαμπάνη, απιξαμπάνη) Αν πρόσφατη PCI με stent συγχορήγηση με ασπιρίνη ή/και κλοπιδογρέλη 75mg	Απεριόριστα (εφ' όρου ζωής) DAPT για μια εβδομάδα (ή το πολύ για 1 μήνα) και εν συνεχεία SAPT για 6 ή 12 μήνες (6 μήνες σε σταθερή στεφανιαία νόσο και 12 μήνες μετά από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο). Μετά το πέρας αυτής της περιόδου μονοθεραπεία με αντιπηκτικό
Μηχανικές Προσθετικές Βαλβίδες	Warfarin ή Sintrom (INR 2,5-3,0 σε χαμηλό ή 3,0-3,5 σε υψηλό θρομβοεμβολικό κίνδυνο)	Εφ' όρου ζωής
Βιοπροσθετικές Βαλβίδες / TAVI Συγκλίσεις ελλειμμάτων	Ασπιρίνη 75-100 mg/ημέρα ή Κλοπιδογρέλη 75 mg/ημέρα	Δια βίου ή μόνο για 6 μήνες σε διαδερμικές συγκλίσεις ελλειμμάτων
Φλεβική Θρόμβωση / Πνευμονική Εμβολή	Warfarin (INR 2-3) ή LMWH ή DOACs (δαμπιγκατράνη, ριβαροξαμπάνη, απιξαμπάνη)	3-6 μήνες αν η αιτία είναι αναστρέψιμη, εφ' όρου ζωής αν η αιτία είναι υποτροπιάζουσα ή μη αναστρέψιμη
Θρόμβος αριστερής κοιλίας	Warfarin (INR 2-3) ή DOACs (δαμπιγκατράνη, ριβαροξαμπάνη, απιξαμπάνη), Αν είναι μετά από έμφραγμα και αγγειοπλαστική συγχορήγηση ασπιρίνης 100 mg και κλοπιδογρέλης 75mg	3-6 μήνες DAPT για μια εβδομάδα (ή το πολύ για 1 μήνα) και εν συνεχεία SAPT μέχρι τη λήξη της αντιπηκτικής αγωγής. Ακολούθως, DAPT μέχρι 12 μήνες και περαιτέρω SAPT εφ' όρου ζωής
Ισχαιμικό Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (χωρίς AF)	Ασπιρίνη 80-160 mg/ημέρα ή Κλοπιδογρέλη 75 mg/ημέρα ή Aggrenox (ασπιρίνη+διπυριδαμόλη) ή Τριφλουζάλη 600 mg	DAPT για 3 εβδομάδες και εν συνεχεία SAPT εφ' όρου ζωής. Παλαιότερα ενδεικνυόταν συνδυασμός ασπιρίνη+διπυριδαμόλης για ≥2 έτη.
Συμπτωματική Περιφερική Αγγειοπάθεια / Καρωτιδική Στένωση	Ασπιρίνη 75-100 mg/ημέρα ή Κλοπιδογρέλη 75 mg/ημέρα	Εφ' όρου ζωής (σε καρωτιδική νόσο, DAPT δεν συνιστάται πέραν 3 μηνών μετά από παροδικό ή μόνιμο ισχαιμικό ΑΕΕ)
Σακχαρώδης Διαβήτης υψηλού ή πολύ υψηλού κινδύνου (χωρίς κάποιο άλλο καρδιαγγειακό νόσημα)	Ασπιρίνη 75-100 mg/ημέρα	Εφ' όρου ζωής (ασθενής ένδειξη IIb)

ΑΕΕ: Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, SAPT: Μονή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, DAPT: Διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, DOACs: Άμεσα από του στόματος αντιπηκτικά, PCI: αγγειοπλαστική στεφανιαίων αγγείων, CABG: Αορτοστεφανιαία παράκαμψη, DES: Drug eluting stents (επικαλυπτόμενα με φάρμακο)

Πίνακας 2. Ταξινόμηση Οδοντιατρικών Πράξεων και Επεμβάσεων Στοματικής και Γναθοπροσωπικής χειρουργικής ως προς τον αιμορραγικό κίνδυνο

Οδοντιατρικές πράξεις που δεν είναι πιθανό να προκαλέσουν αιμορραγία		
<ul style="list-style-type: none"> • Τοπική αναισθησία με εμπότιση, ενδοσυνδεσμική ή στελεχειαία (κάτω φατνιακού, γενεϊακού ή άλλου περιφερικού νεύρου)^α • Βασική περιοδοντική εξέταση (BPE) • Υπερουλική αποτρίγωση • Άμεσες ή έμμεσες αποκαταστάσεις με υπερουλικά όρια • Ενδοδοντική θεραπεία • Αποτυπώματα και άλλες προσθετικές διαδικασίες • Τοποθέτηση και ρύθμιση ορθοδοντικών συσκευών (προσοχή στην τοποθέτηση δακτυλίων) 		
Οδοντιατρικές ή Χειρουργικές επεμβάσεις στην κεφαλή και στο στόμα που είναι πιθανό να προκαλέσουν μετεγχειρητική αιμορραγία		
Χαμηλός κίνδυνος ^{β,γ}	Μέτριος κίνδυνος ^γ	Υψηλός κίνδυνος ^δ
<ul style="list-style-type: none"> • Απλές εξαγωγές (με περιορισμένο μέγεθος τραύματος, μέχρι 3 γειτονικές) • Τοποθέτηση 1-2 εμφυτευμάτων • Βιοψία – εκτομή μικρών βλαβών από τη στοματική κοιλότητα, το πρόσωπο ή τον τράχηλο (< 1 εκ.) • Αφαίρεση κύστης < 2 εκ. • Σχάση παροχέτευση ενδοστοματικών αποστημάτων • Εξατομικευμένη πλήρης περιοδοντική εξέταση • Ριζική απόξεση (RSD) • Άμεσες ή έμμεσες αποκαταστάσεις με υποουλικά όρια 	<ul style="list-style-type: none"> • Γειτονικές εξαγωγές, περισσότερες από 3, που προκαλούν μεγάλο τραύμα (π.χ. εξαγωγές γομφίων) • Χειρουργική εξαγωγή δοντιού ή ρίζας • Χειρουργική εξαγωγή εγκλείστου • Ανύψωση εδάφους του ιγμορείου άντρου • Ενδοστοματική λήψη-τοποθέτηση οστικών μοσχευμάτων • Χειρουργική εμφυτευμάτων • Βιοψία από μεγάλες βλάβες • Αφαίρεση κύστης > 2 εκ • Αφαίρεση καλοήθων δερματικών βλαβών κεφαλής - τραχήλου • Χειρουργική του περιοδοντίου • Αναμόρφωση ούλων • Επιμήκυνση μύλης • Χειρουργική ενδοδοντία 	<ul style="list-style-type: none"> • Εκτομές μεγάλων βλαβών μαλακών και σκληρών ιστών • Ορθογναθική χειρουργική • Κατάγματα προσωπικού κρανίου • Χειρουργική του καρκίνου
<p>α. Σε ασθενείς που λαμβάνουν βαρφαρίνη ή ασενοκουμαρόλη και υπάρχουν ενδείξεις ότι έχουν ασταθές INR ή άλλα σημάδια υπερβολικής αντιπηκτικής θεραπείας, πρέπει να ζητηθεί INR πριν από τη διαδικασία για να διασφαλιστεί ότι είναι <3 πριν προχωρήσουμε στην αναισθησία, κυρίως αυτή του κάτω φατνιακού που αναφέρεται και σαν ελάχιστου κινδύνου.</p> <p>β. Στις Ευρωπαϊκές οδηγίες για τα DOACs περιγράφονται μόνο οι οδοντιατρικές πράξεις που υπάρχουν σε αυτή την κατηγορία (Steffel et al 2018).</p> <p>γ. Πρέπει να ληφθεί υπόψη η έκταση και η δυσκολία της κάθε διαδικασίας. Ορισμένες μπορεί να είναι λιγότερο επεμβατικές και θα μπορούσαν να θεωρηθούν χαμηλότερης κατηγορίας κινδύνου ή και το αντίθετο.</p> <p>δ. Οι επεμβάσεις αυτές γίνονται σε περιβάλλον νοσοκομείου με γενική αναισθησία και η πηκτικότητα ρυθμίζεται στα πλαίσια της νοσηλείας.</p>		

σταση τόσο άμεσα όσο και απώτερα μετεγχειρητικά. Στην πλειοψηφία των χειρουργικών πράξεων στο οδοντιατρείο σε ασθενείς υπό αντισταθμιστική ή/και αντιπηκτική αγωγή πλέον προτιμάται η εφαρμογή τοπικών αιμοστατικών μέτρων αντί της αλλαγής/διακοπής της τρέχουσας αντιθρομβωτικής αγωγής.^{14,27,28} Επιπλέον, ενδείκνυται η χρήση τοπικού αναισθητικού για οδοντιατρική χρήση, με αγγειοσπαστικό παράγοντα (αδρεναλίνη).^{30,31} Η επιτυχής αιμόσταση βασίζεται σε κατάλληλο εξοπλισμό, σωστή τεχνική και συνδυασμό μεθόδων όπως ράμματα, πωματισμό και αιμοστατικά υλικά. Τα κυριότερα αιμοστατικά υλικά είναι η οξειδωμένη κυτταρίνη (Surgicel), οι απορροφήσιμοι σπόγγοι ζελατίνης (Gelfoam, Spongostan), το chitosan και τα κυανοακρυλικά.^{8,32-36} Τα αντινωδολυτικά, κυρίως το τρανεξαμικό οξύ, μειώνουν σημαντικά τον

κίνδυνο μετεγχειρητικής αιμορραγίας χωρίς αύξηση θρομβοεμβολικού κινδύνου.^{8,32,33}

Ο αναγνώστης δύναται να αναζητήσει περισσότερες λεπτομέρειες στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ που συνοδεύει τον πρακτικό αυτόν οδηγό.

Έλεγχος του Πόνου

Ο έλεγχος του πόνου μετεγχειρητικά είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για την ελαχιστοποίηση της αιμορραγίας και την επιτυχή αιμόσταση. Υπάρχουν κάποια σημαντικά σημεία που θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για τη συνέργεια των ΜΣΑΦ, που αποτελούν και τα βασικά αναλγητικά, με τα αντισταθμιστικά και τα αντιπηκτικά. Πιο συγκεκριμένα:

1. Οι εκλεκτικοί αναστολείς COX-2 έχουν ελάχιστη επίδραση στην

COX-1, με αποτέλεσμα να εμφανίζουν μειωμένο αιμορραγικό και καρδιαγγειακό κίνδυνο.³⁷

2. Η χρήση μη εκλεκτικών ΜΣΑΦ (π.χ. ιβουπροφαίνη) σε συνδυασμό με αντιπηκτικά αυξάνουν τον αιμορραγικό κίνδυνο κατά 3–6 φορές και μπορεί να προκαλέσουν αύξηση του INR μέχρι και 15%. Επιπρόσθετα, η χρήση τους σε συνδυασμό με αντιαιμοπεταλιακά αυξάνει τόσο τον αιμορραγικό όσο και τον θρομβοεμβολικό κίνδυνο μειώνοντας τη συνδεσιμότητα των αντιαιμοπεταλιακών στα αιμοπετάλια.³⁸ Η δράση των ΜΣΑΦ συνδέεται επίσης με αύξηση της αρτηριακής πίεσης, που ενδέχεται να συντελέσει σε μετεγχειρητική αιμορραγία.³⁹
3. Η χρήση σελεκοξίμπης (έως 200 mg/ημέρα) είναι προτιμότερη από την ιβουπροφαίνη ή την κετορολόκη όταν ο κίνδυνος αιμορραγίας είναι υψηλός.²⁷
4. Τα ΜΣΑΦ πρέπει να χορηγούνται για το συντομότερο δυνατό διάστημα ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος τόσο αιμορραγίας όσο και θρόμβωσης.²⁷
5. Για την αποφυγή των παραπάνω προτείνεται ως φάρμακο εκλογής η παρακεταμόλη μόνη της ή σε συνδυασμό με κωδεΐνη ή με τραμαδόλη.^{40,41}

Διαχείριση Ασθενών υπό Αντ αιμοπεταλιακή Αγωγή

1. Μονοθεραπεία με Ασπιρίνη

Η μονοθεραπεία με ασπιρίνη σε χαμηλές δόσεις (75-100 mg/ημέρα) για τη δευτερογενή πρόληψη καρδιαγγειακών επεισοδίων δεν απαιτεί διακοπή για το σύνολο των οδοντιατρικών επεμβάσεων.^{8,9,14} Μετα-αναλύσεις του 2013 και του 2020 έδειξαν ότι η συνέχιση της ασπιρίνης κατά τη διάρκεια οδοντιατρικών επεμβάσεων δεν αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο κλινικά σημαντικής αιμορραγίας. Η τελευταία μπορεί να αντιμετωπιστεί με επιτυχία με τοπικά αιμοστατικά μέτρα.^{42,43}

2. Διπλή Αντ αιμοπεταλιακή Αγωγή (DAPT)

Η διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, συνήθως με ασπιρίνη και έναν αναστολέα P2Y₁₂, χρησιμοποιείται κυρίως σε ασθενείς μετά από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο ή τοποθέτηση stent. Η διαχείριση αυτών των ασθενών απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή, καθώς η διακοπή της αγωγής μπορεί να προκαλέσει θρόμβωση του stent με δυνητικά θανατηφόρες συνέπειες.⁴⁴ Η διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή δεν πρέπει να διακόπτεται για οδοντιατρικές επεμβάσεις χωρίς έγκριση από τον θεράποντα επεμβατικό καρδιολόγο.^{9,14} Ο κίνδυνος μετεγχειρητικής αιμορραγίας φαίνεται να είναι υψηλότερος για τους οδοντιατρικούς ασθενείς που λαμβάνουν διπλή αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία σε σχέση με εκείνους που λαμβάνουν μόνο ένα αντιαιμοπεταλιακό ή καμία θεραπεία.^{43,45,46} Ωστόσο, η αναφερόμενη συχνότητα εμφάνισης αιμορραγικών επιπλοκών είναι χαμηλή (κυμαινόμενη από 0,4% έως 3,8% μεταξύ των μελετών), με τα περισσότερα να είναι αντιμετωπίσιμα με τη χρήση τοπικών αιμοστατικών μέτρων.¹⁴ Για το λόγο αυτό οι τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες

συνιστούν τη συνέχιση της διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής για τις περισσότερες οδοντιατρικές επεμβάσεις.^{9,14} Σε περιπτώσεις οδοντιατρικών επεμβάσεων μετρίου αιμορραγικού κινδύνου (και μόνο όταν δεν είναι δυνατή η αναβολή τους) μπορεί να εξεταστεί η προσωρινή διακοπή μόνο του αναστολέα P2Y₁₂, με διατήρηση της ασπιρίνης. Η προσέγγιση αυτή εφαρμόζεται μόνο εφόσον έχουν παρέλθει τουλάχιστον τρεις μήνες από την τοποθέτηση stent μετά από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο ή τουλάχιστον ένας μήνας σε περιπτώσεις σταθερής στεφανιαίας νόσου.^{10,47} Η διάρκεια της διακοπής πρέπει να είναι η ελάχιστη δυνατή, συνήθως 5 ημέρες για την κλοπιδογρέλη, 3 ημέρες για την τικαγρελόρη και 7 ημέρες για την πρασουγρέλη.^{48,49} Η επανέναρξη της αντιαιμοπεταλιακής θεραπείας πρέπει να γίνεται εντός 24 ωρών από το πέρας της οδοντιατρικής επέμβασης.¹⁰

Διαχείριση Ασθενών υπό Αντιπηκτική Αγωγή

1. Ανταγωνιστές Βιταμίνης Κ (VKAs)

Σύμφωνα με τις τρέχουσες κατευθυντήριες, δεν απαιτείται διακοπή της βαρφαρίνης (ή ασενοκουμαρόλης) για τις περισσότερες οδοντιατρικές επεμβάσεις.^{9,14} Η σύσταση αυτή πηγάζει από το γεγονός ότι πολλές μετα-αναλύσεις έδειξαν ότι η συνέχιση του VKA κατά τη διάρκεια οδοντιατρικών επεμβάσεων δεν αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο κλινικά σημαντικής αιμορραγίας και μπορεί να αντιμετωπιστεί στην πλειονότητα των περιπτώσεων με επιτυχία με τοπικά αιμοστατικά μέτρα.⁵⁰⁻⁵⁴ Συνιστάται, όμως, έλεγχος του INR ιδανικά εντός 24 ωρών πριν τη διαδικασία (ή ≤ 72 h αν ο ασθενής είναι σταθερός).¹⁴ Εάν το INR είναι $\leq 3,0$ μπορεί να προχωρήσει η θεραπεία με την αναμενόμενη αιμορραγία να αντιμετωπίζεται με τοπικά μέτρα. Αντίθετα, εάν το INR υπερβαίνει αυτό το όριο (>3,0), συνιστάται αναβολή και ρύθμιση της δόσης έως ότου επανέλθει σε ασφαλή επίπεδα. Παρόλο που οι Σκωτσέζικες οδηγίες αναφέρουν ως όριο το 4,0, η επιτροπή μας θεωρεί ότι το όριο 3,0 αποτελεί την ασφαλέστερη επιλογή για το περιβάλλον του οδοντιατρείου.¹⁴ Γέφυρα αντιπηκτικής αγωγής (bridging) με χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνη (LMWH) εξαιρετικά σπάνια ενδείκνυται για οδοντιατρικές πράξεις σε ασθενείς που βρίσκονται υπό θεραπεία με VKA.⁵⁵⁻⁵⁷

2. Άμεσα από του στόματος αντιπηκτικά (DOACs)

Η διαχείριση των DOACs διαφοροποιείται λόγω της ταχείας έναρξης δράσης και επίτευξης του θεραπευτικού τους αποτελέσματος, καθώς και του βραχύτερου χρόνου ημίσειας ζωής τους. Ως γενικός κανόνας συνιστάται η πρωινή αντιμετώπιση του ασθενούς για να υπάρχει η δυνατότητα αντιμετώπισης τυχόν αιμορραγικής επιπλοκής κατά τις εργάσιμες ώρες του οδοντιατρείου.¹⁴ Για απλές οδοντιατρικές πράξεις που δεν είναι πιθανό να προκαλέσουν αιμορραγία δεν χρειάζεται διακοπή της αγωγής.^{8,9,14,56} Για οδοντιατρικές πράξεις ή επεμβάσεις στοματικής και γναθοπροσωπικής Χειρουργικής που είναι πιθανό να προκαλέσουν μετεγχειρητική αιμορραγία δίνονται

πρακτικές οδηγίες στην Εικόνα 1. Ειδικά για επεμβάσεις χαμηλού κινδύνου αιμορραγίας, προτείνεται τροποποίηση της δοσολογίας του DOAC μόνο την ημέρα της επέμβασης. Πιο συγκεκριμένα, για τα DOACs που λαμβάνονται άπαξ ημερησίως (ριβαροξαμπάνη, εντοξαμπάνη) καθυστέρηση λήψης της δόσης του φαρμάκου και λήψη του 4 ώρες μετά την επίτευξη αιμόστασης. Για τα DOACs που λαμβάνονται δύο φορές την ημέρα (απιξαμπάνη, δαμιπικατράνη) συνιστάται η παράλειψη μιας δόσης και η λήψη της απογευματινής δόσης τουλάχιστον 4 ώρες μετά την επίτευξη αιμόστασης. Επίσης, η νεφρική λειτουργία του ασθενούς πρέπει να ληφθεί υπόψη (υψηλή νεφρική κάθαρση επιτρέπει μικρότερη καθυστέρηση στη λήψη του DOAC και το αντίθετο συμβαίνει σε επηρεασμένη νε-

φρική λειτουργία). Για επεμβάσεις μετρίου κινδύνου αιμορραγίας, η αγωγή με DOAC διακόπτεται 1 ημέρα πριν από την επέμβαση και επαναχορηγείται 24 ώρες μετά, εφόσον έχει επιτευχθεί ικανοποιητική αιμόσταση (Εικόνα 1).^{8,10} Για επεμβάσεις υψηλού κινδύνου αιμορραγίας, οι οποίες πραγματοποιούνται αποκλειστικά σε νοσοκομειακό περιβάλλον, η αγωγή με DOAC διακόπτεται ≥ 2 ημέρες πριν από την επέμβαση και επαναχορηγείται 48-72 ώρες μετά, ανάλογα με το DOAC, τη νεφρική κάθαρση και τον βαθμό αιμόστασης (Εικόνα 1).^{8,10} Σε κάθε περίπτωση, τα DOACs σε επίπεδο οδοντιατρείου δεν απαιτούν αγωγή γεφύρωσης (bridging), καθώς σε βραχυπρόθεσμη διακοπή τους ο κίνδυνος θρόμβωσης είναι μικρός.^{8,10,56}

Εικόνα 1. Διαχείριση ασθενών που λαμβάνουν DOACs (Direct Oral Anticoagulants) πριν από οδοντιατρικές πράξεις ή Επεμβάσεις Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής αναλόγως του αιμορραγικού κινδύνου (βλ. Πίνακα 2).
CrCl: κάθαρση κρεατινίνης

DOAC	Αιμορραγικός κίνδυνος	Ημέρα -6	Ημέρα -5	Ημέρα -4	Ημέρα -3	Ημέρα -2	Ημέρα -1	Οδοντιατρική πράξη/Χειρουργική επέμβαση Ημέρα 0	
Απιξαμπάνη	Υψηλός	→							
	Μέτριος (π.χ. >3 εξαγωγές)	→							
	Χαμηλός (π.χ. ≤3 εξαγωγές)	→							
Ριβαροξαμπάνη	Υψηλός	→							
	Μέτριος	→							
	Χαμηλός	→							
Δαμιπικατράνη (CrCl ≥ 50 mL/min)	Υψηλός	→							
	Μέτριος	→							
	Χαμηλός	→							
Δαμιπικατράνη (CrCl < 50 mL/min)	Υψηλός	→							
	Μέτριος	→							
	Χαμηλός	→							

Διαχείριση Ειδικών Περιπτώσεων Ασθενών υπό Αντιθρομβωτική Αγωγή

Πέρα από τις γενικές αρχές, η διαχείριση συγκεκριμένων ομάδων ασθενών υψηλού κινδύνου απαιτεί εξειδικευμένη προσέγγιση και, σχεδόν πάντοτε, διεπιστημονική συνεργασία.

1. Ασθενείς υπό Συνδυασμένη Αντιθρομβωτική Αγωγή

Η ταυτόχρονη χορήγηση αντιπηκτικών (VKA ή DOACs) και αντιαιμοπεταλιακών φαρμάκων (π.χ., ασπιρίνη, κλοπιδογρέλη) αυξάνει σημαντικά τον αιμορραγικό κίνδυνο. Η διαχείρισή τους διέπεται από τους παρακάτω κανόνες:

- Η επικοινωνία με τον θεράποντα καρδιολόγο είναι επιβεβλημένη πριν από οποιαδήποτε προγραμματισμένη επεμβατική πράξη.
- Οποιαδήποτε απόφαση για προσωρινή διακοπή ενός εκ των φαρμάκων λαμβάνεται αποκλειστικά και μόνο από τον ειδικό ιατρό, κατόπιν αξιολόγησης της σχέσης οφέλους-κινδύνου για τον συγκεκριμένο ασθενή. Ο επεμβαίνων δεν προβαίνει ποτέ σε αυτόνομη τροποποίηση της αγωγής.¹⁴
- Όλες οι μη επείγουσες οδοντιατρικές επεμβάσεις πρέπει να αναβάλλονται έως την ολοκλήρωση της κρίσιμης περιόδου που ακολουθεί το θρομβοεμβολικό σύμβαμα, η οποία διαρκεί συνήθως 3–4 εβδομάδες.¹⁴
- Η εφαρμογή αυστηρών τοπικών αιμοστατικών μέτρων (π.χ., συρραφή, αιμοστατικά υλικά, πιεστικοί επίδεσμοι) μετά την επέμβαση καθίσταται ύψιστης σημασίας.

2. Ασθενείς με Συνυπάρχουσες Νόσους που αυξάνουν τον Αιμορραγικό Κίνδυνο

Σε ηλικιωμένους ασθενείς, ιδιαίτερα σε όσους πάσχουν από σύνδρομο ευθραυστότητας (frailty syndrome), η παρουσία πολλαπλών συνυπαρχουσών νοσημάτων αυξάνει σημαντικά τον αιμορραγικό κίνδυνο.^{14,58} Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι η χρόνια νεφρική νόσος, η σοβαρή ηπατική νόσος, η προχωρημένη καρδιακή ανεπάρκεια, οι αιματολογικές κακοήθειες, το μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο κ.ά. Επιπλέον, πολλοί γηριατρικοί ασθενείς λαμβάνουν πληθώρα φαρμάκων (πολυφαρμακία) για την αντιμετώπιση των συνοδών παθήσεων, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο αλληλεπιδράσεων με την αντιθρομβωτική αγωγή.⁵⁹ Η διαχείριση αυτών των ασθενών απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή και βασίζεται στους εξής βασικούς άξονες:

- Διεπιστημονική συνεργασία: Η στενή συνεργασία μεταξύ του θεράποντα καρδιολόγου, νεφρολόγου, ηπατολόγου, γηριατρου, αιματολόγου και ογκολόγου είναι καθοριστικής σημασίας για την ολιστική και εξατομικευμένη διαχείριση της αντιθρομβωτικής αγωγής.
- Αυξημένη επαγρύπνηση του επεμβαίνοντα: Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται στην επίτευξη αποτελεσματικής τοπικής αιμόστασης, καθώς και στη στενή μετεγχειρητική παρακολούθηση, προκειμένου να προληφθούν ή να αντιμετωπιστούν έγκαιρα πιθανές αιμορραγικές επιπλοκές.

3. Διαχείριση Επείγουσας Αιμορραγίας

Η διαχείριση σοβαρών ή απειλητικών για τη ζωή αιμορραγιών σε ασθενείς υπό αντιθρομβωτική αγωγή -είτε με αντιπηκτικά είτε με αντιαιμοπεταλιακά -απαιτεί άμεση και εξατομικευμένη προσέγγιση, βασισμένη σε κλινικές προτεραιότητες και στα διαθέσιμα θεραπευτικά μέσα.

A. Τοπική αιμόσταση

Τα τοπικά μέτρα αποτελούν την πρώτη γραμμή αντιμετώπισης και περιλαμβάνουν:

- Άμεση πίεση στο σημείο της αιμορραγίας
- Επαρκή αναισθητοποίηση της αιμορραγούσας περιοχής
- Χειρουργική συρραφή ή αιμόσταση, όπου απαιτείται
- Εφαρμογή τοπικών αιμοστατικών παραγόντων (βλέπε παραπάνω την αντίστοιχη ενότητα και για περισσότερες λεπτομέρειες το ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ)

B. Συστηματική αναστροφή της αντιπηκτικής και αντιαιμοπεταλιακής δράσης

Η αναστροφή της αντιθρομβωτικής δράσης πραγματοποιείται αποκλειστικά σε νοσοκομειακό περιβάλλον, υπό στενή ιατρική παρακολούθηση. Για τα αντιπηκτικά υπάρχουν διαθέσιμα ειδικά αντίδοτα, ανάλογα με το φάρμακο.^{60–63} Για τα αντιαιμοπεταλιακά δεν υπάρχουν ειδικά αντίδοτα, γεγονός που δυσκολεύει τη διαχείριση σοβαρών αιμορραγιών. Ωστόσο, πρέπει να υπογραμμιστεί ότι η εμφάνιση σοβαρής αιμορραγίας στο πλαίσιο οδοντιατρικών πράξεων είναι εξαιρετικά σπάνια και σχετίζεται κυρίως με εκτεταμένες χειρουργικές επεμβάσεις στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου, οι οποίες υπερβαίνουν το πεδίο εφαρμογής του παρόντος πρακτικού οδηγού.

Συμπεράσματα και Κύριες Συστάσεις

Η διαχείριση ασθενών υπό αντιθρομβωτική αγωγή που υποβάλλονται σε οδοντιατρικές πράξεις και επεμβάσεις στοματικής και γναθοπροσωπικής χειρουργικής συνιστά μια κλινική πρόκληση που απαιτεί την προσεκτική εξισορρόπηση μεταξύ του θρομβοεμβολικού και του αιμορραγικού κινδύνου. Η προσέγγιση πρέπει να είναι εξατομικευμένη, ωστόσο βασίζεται στις ακόλουθες θεμελιώδεις αρχές:

1. Αξιολόγηση και Εξισορρόπηση του Κινδύνου: Η θεμελιώδης αρχή είναι ότι ο κίνδυνος ενός σοβαρού θρομβοεμβολικού επεισοδίου, ως απόρροια της διακοπής της αντιθρομβωτικής αγωγής, είναι κατά κανόνα σημαντικά υψηλότερος από τον κίνδυνο μιας χειρισίμης μετεγχειρητικής αιμορραγίας. Επιπλέον, οι δυνητικά καταστροφικές και απειλητικές για τη ζωή συνέπειες ενός καρδιαγγειακού ή εγκεφαλικού επεισοδίου έχουν πολύ μεγαλύτερη βαρύτητα σε σχέση με τις τοπικές δυσκολίες διαχείρισης αιμορραγίας από τραύμα εξαγωγής δοντιού. Κατά συνέπεια, για τις περισσότερες οδοντιατρικές πράξεις χαμηλού κινδύνου, η συνέχιση της αντιθρομβωτικής αγωγής αποτελεί την πλέον ενδεδειγμένη και ασφαλή επιλογή.

2. Πρωτόκολλα Συνέχισης της Αγωγής: Η μονοθεραπεία με αντιαιμοπεταλιακά ή VKAs (εφόσον η τιμή του INR είναι εντός του θεραπευτικού εύρους και δεν υπερβαίνει το 3.0) δεν διακόπτεται για τις περισσότερες οδοντιατρικές επεμβάσεις.^{9,14} Η χορήγηση των DOACs συνεχίζεται κανονικά για όλες τις απλές οδοντιατρικές πράξεις που δεν είναι πιθανό να προκαλέσουν αιμορραγία.^{8,14} Για επεμβάσεις χαμηλού κινδύνου αιμορραγίας, προτείνεται τροποποίηση της δοσολογίας του DOAC μόνο την ημέρα της επέμβασης. Για επεμβάσεις μετρίου και υψηλού κινδύνου αιμορραγίας, η αγωγή με DOAC διακόπτεται 1 και ≥ 2 ημέρες, αντίστοιχα, πριν από την επέμβαση (Εικόνα 1).^{8,10} Επιπρόσθετα, συνιστάται η αντιμετώπιση του ασθενούς τις πρωινές ώρες, ώστε σε περίπτωση αιμορραγικής επιπλοκής να υπάρχει η δυνατότητα άμεσης και αποτελεσματικής διαχείρισης εντός του κανονικού ωραρίου λειτουργίας της κλινικής.¹⁴
3. Απαραίτητη Χρήση Τοπικών Αιμοστατικών Μέτρων και Επαρκούς Τοπικής Αναισθησίας: Η επιμελής εφαρμογή τοπικής αιμόστασης και αναισθησίας είναι καθοριστικής σημασίας σε όλους τους ασθενείς. Τεχνικές όπως η προσεκτική συρραφή του τραύματος, η τοπική πίεση και η χρήση αιμοστατικών παραγόντων (π.χ. τρανεξαμικό οξύ, απορροφήσιμη ζελατίνη) ελαχιστοποιούν τον κίνδυνο αιμορραγίας.
4. Απαραίτητη Συνεργασία με τη Διεπιστημονική Ομάδα: Πριν από οποιαδήποτε απόφαση για τροποποίηση ή προσωρινή διακοπή της αγωγής, ιδίως σε ασθενείς υψηλού κινδύνου (π.χ. διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, μηχανικές καρδιακές βαλβίδες, νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια, κακοήθεις νόσοι), είναι επιβεβλημένη η επικοινωνία και η στενή συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό (καρδιολόγο, ογκολόγο κτλ.).
5. Ενημέρωση και Καθοδήγηση του Ασθενούς: Ο ασθενής πρέπει να λαμβάνει σαφείς και ιδανικά γραπτές μετεγχειρητικές οδηγίες. Αυτές περιλαμβάνουν την άμεση επανέναρξη της φαρμακευτικής αγωγής (εάν τροποποιήθηκε), οδηγίες διατροφής και διαχείρισης του πόνου, αποφυγή δραστηριοτήτων που αυξάνουν την αρτηριακή πίεση και άμεση επικοινωνία σε περίπτωση αιμορραγίας.

Συμπερασματικά, η ασφαλής οδοντιατρική περίθαλψη των ασθενών υπό αντιθρομβωτική αγωγή βασίζεται στην εξατομικευμένη εκτίμηση, τη διατήρηση της αντιθρομβωτικής αγωγής στις περισσότερες περιπτώσεις, τη βέλτιστη τοπική αιμόσταση και τη διεπιστημονική συνεργασία. Η εφαρμογή σαφών και τεκμηριωμένων κλινικών πρωτοκόλλων αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας, τη μείωση των επιπλοκών και την ενίσχυση της ασφάλειας των οδοντιατρικών επεμβάσεων σε αυτή την ομάδα ασθενών.

Βιβλιογραφικές αναφορές

1. Bernabe E, Marcenes W, Abdulkader RS, et al. Trends in the global, regional, and national burden of oral conditions from 1990 to 2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*. 2025;405(10482):897-910. doi:10.1016/s0140-6736(24)02811-3
2. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990–2019. *Journal of the American College of Cardiology*. 2020;76(25):2982-3021. doi:10.1016/j.jacc.2020.11.010
3. Kim MS, Hwang J, Yon DK, et al. Global burden of peripheral artery disease and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Global Health*. 2023;11(10):e1553-e1565. doi:10.1016/s2214-109x(23)00355-8
4. Feigin VL, Abate MD, Abate YH, et al. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Neurology*. 2024;23(10):973-1003. doi:10.1016/s1474-4422(24)00369-7
5. Li H, Song X, Liang Y, et al. Global, regional, and national burden of disease study of atrial fibrillation/flutter, 1990–2019: results from a global burden of disease study, 2019. *BMC Public Health*. 2022;22(1). doi:10.1186/s12889-022-14403-2
6. Arbildo-Vega HI, Cruzado-Oliva FH, Coronel-Zubiarte FT, et al. Periodontal disease and cardiovascular disease: umbrella review. *BMC Oral Health*. 2024;24(1). doi:10.1186/s12903-024-04907-1
7. Galanti K, Di Marino M, Mansour D, et al. Current Antithrombotic Treatments for Cardiovascular Diseases: A Comprehensive Review. *Rev Cardiovasc Med*. 2024;25(8):281. doi:10.31083/j.rcm2508281
8. Curtis J, Henderson DP, Zarghami M, Rashedi S, Bikkeli B. Management of antithrombotic therapy in patients undergoing dental procedures. *J Thromb Haemost*. 2025;23(1):47-72. doi:10.1016/j.jth.2024.09.022
9. Joglar JA, Chung MK, Armbruster AL, et al. 2023 ACC/AHA/ACCP/HRS Guideline for the Diagnosis and Management of Atrial Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2024;149(1):e1-e156. doi:10.1161/CIR.0000000000001193
10. Douketis JD, Spyropoulos AC, Murad MH, et al. Perioperative Management of Antithrombotic Therapy: An American College of Chest Physicians Clinical Practice Guideline. *Chest*. 2022;162(5):e207-e243. doi:10.1016/j.chest.2022.07.025
11. Research Services and Scientific Information, ADA Library & Archives. Oral Anticoagulant and Antiplatelet Medications and Dental Procedures. Key Points. American Dental Association; 2022. Accessed July 23, 2025. <https://www.ada.org/resources/ada-library/oral-health-topics/oral-anticoagulant-and-antiplatelet-medications-and-dental-procedures>
12. Van Gelder IC, Rienstra M, Bunting KV, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *European Heart Journal*. 2024;45(36):3314-3414. doi:10.1093/eurheartj/ehae176
13. Halvorsen S, Mehilli J, Cassese S, et al. 2022 ESC Guidelines on cardiovascular assessment and management of patients undergoing non-cardiac surgery. *European Heart Journal*. 2022;43(39):3826-3924.

- doi:10.1093/eurheartj/ehac270
14. Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme. Management of Dental Patients Taking Anticoagulants or Antiplatelet Drugs.; 2022. Accessed July 23, 2025. <https://www.sdcep.org.uk/media/ypnl2cpz/sdcep-management-of-dental-patients-taking-anticoagulants-or-antiplatelet-drugs-2nd-edition.pdf>
 15. Boccatonda A, Frisone A, Lorusso F, et al. Perioperative Management of Antithrombotic Therapy in Patients Who Undergo Dental Procedures: A Systematic Review of the Literature and Network Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(7):5293. doi:10.3390/ijerph20075293
 16. Inchingolo F, Inchingolo AM, Piras F, et al. Management of Patients Receiving Anticoagulation Therapy in Dental Practice: A Systematic Review. *Healthcare*. 2024;12(15):1537. doi:10.3390/healthcare12151537
 17. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2021;42(34):3227-3337. doi:10.1093/eurheartj/ehab484
 18. Antithrombotic Trialists' (ATT) Collaboration, Baigent C, Blackwell L, et al. Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials. *Lancet*. 2009;373(9678):1849-1860. doi:10.1016/S0140-6736(09)60503-1
 19. US Preventive Services Task Force, Davidson KW, Barry MJ, et al. Aspirin Use to Prevent Cardiovascular Disease: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2022;327(16):1577. doi:10.1001/jama.2022.4983
 20. Patrono C. Low-dose aspirin for the prevention of atherosclerotic cardiovascular disease. *European Heart Journal*. 2024;45(27):2362-2376. doi:10.1093/eurheartj/ehae324
 21. Bigagli E, Angelini J, Mugelli A, Rocca B. Oral P2Y12 Inhibitors: Victims or Perpetrators? A Focused Review on Pharmacokinetic, Clinically Relevant Drug Interactions. *Eur Cardiol*. 2025;20. doi:10.15420/ecr.2025.12
 22. Navarese EP, Khan SU, Kolodziejczak M, et al. Comparative Efficacy and Safety of Oral P2Y12 Inhibitors in Acute Coronary Syndrome: Network Meta-Analysis of 52 816 Patients From 12 Randomized Trials. *Circulation*. 2020;142(2):150-160. doi:10.1161/circulationaha.120.046786
 23. Olie RH, Winckers K, Rocca B, Ten Cate H. Oral Anticoagulants Beyond Warfarin. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*. 2024;64(1):551-575. doi:10.1146/annurev-pharmtox-032823-122811
 24. Verhoef TI, Redekop WK, Daly AK, Van Schie RMF, De Boer A, Maitland-van Der Zee A. Pharmacogenetic-guided dosing of coumarin anticoagulants: algorithms for warfarin, acenocoumarol and phenprocoumon. *Brit J Clinical Pharma*. 2014;77(4):626-641. doi:10.1111/bcp.12220
 25. Ballestri S, Romagnoli E, Arioli D, et al. Risk and Management of Bleeding Complications with Direct Oral Anticoagulants in Patients with Atrial Fibrillation and Venous Thromboembolism: a Narrative Review. *Adv Ther*. 2023;40(1):41-66. doi:10.1007/s12325-022-02333-9
 26. Doherty JU, Gluckman TJ, Hucker WJ, et al. 2017 ACC Expert Consensus Decision Pathway for Periprocedural Management of Anticoagulation in Patients With Nonvalvular Atrial Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology Clinical Expert Consensus Document Task Force. *J Am Coll Cardiol*. 2017;69(7):871-898. doi:10.1016/j.jacc.2016.11.024
 27. Statman BJ. Perioperative Management of Oral Antithrombotics in Dentistry and Oral Surgery: Part 2. *Anesthesia Progress*. 2023;70(1):37-48. doi:10.2344/anpr-70-01-06
 28. Sanz M, Marco Del Castillo A, Jepsen S, et al. Periodontitis and cardiovascular diseases: Consensus report. *J Clin Periodontology*. 2020;47(3):268-288. doi:10.1111/jcpe.13189
 29. Steffel J, Verhamme P, Potpara TS, et al. The 2018 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. *Eur Heart J*. 2018;39(16):1330-1393. doi:10.1093/eurheartj/ehy136
 30. Elad S, Admon D, Kedmi M, et al. The cardiovascular effect of local anesthesia with articaine plus 1:200,000 adrenalin versus lidocaine plus 1:100,000 adrenalin in medically compromised cardiac patients: a prospective, randomized, double blinded study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2008;105(6):725-730. doi:10.1016/j.tripleo.2008.02.005
 31. Seminario-Amez M, González-Navarro B, Ayuso-Montero R, Jané-Salas E, López-López J. Use of local anesthetics with a vasoconstrictor agent during dental treatment in hypertensive and coronary disease patients. A systematic review. *J Evid Based Dent Pract*. 2021;21(2):101569. doi:10.1016/j.jebdp.2021.101569
 32. Ockerman A, Miclotte I, Vanhaverbeke M, et al. Tranexamic acid and bleeding in patients treated with non-vitamin K oral anticoagulants undergoing dental extraction: The EXTRACT-NOAC randomized clinical trial. *PLoS Med*. 2021;18(5):e1003601. doi:10.1371/journal.pmed.1003601
 33. Mahardawi B, Jiaranuchart S, Arunjaroen Suk S, Tompkins KA, Somboonsawatdee A, Pimkhaokham A. The effect of different hemostatic agents following dental extraction in patients under oral antithrombotic therapy: a network meta-analysis. *Sci Rep*. 2023;13(1):12519. doi:10.1038/s41598-023-39023-7
 34. Roshkovan L, Singhal S, Katz SI, Galperin-Aizenberg M. Multimodality imaging of Surgicel® , an important mimic of post-operative complication in the thorax. *BJR|Open*. 2021;3(1):20210031. doi:10.1259/bjro.20210031
 35. Nepal A, Tran HDN, Nguyen NT, Ta HT. Advances in haemostatic sponges: Characteristics and the underlying mechanisms for rapid haemostasis. *Bioactive Materials*. 2023;27:231-256. doi:10.1016/j.bioactmat.2023.04.008
 36. Gheorghită D, Moldovan H, Robu A, et al. Chitosan-Based Biomaterials for Hemostatic Applications: A Review of Recent Advances. *IJMS*. 2023;24(13):10540. doi:10.3390/ijms241310540
 37. Solomon DH. Selective cyclooxygenase 2 inhibitors and cardiovascular events. *Arthritis & Rheumatism*. 2005;52(7):1968-1978. doi:10.1002/art.21132
 38. MacDonald T, Wei L. Effect of ibuprofen on cardioprotective effect of aspirin. *The Lancet*. 2003;361(9357):573-574. doi:10.1016/S0140-6736(03)12509-3
 39. Morgan T, Anderson A. The effect of nonsteroidal anti-inflammatory drugs on blood pressure in patients treated with different antihypertensive drugs. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2003;5(1):53-57. doi:10.1111/j.1524-6175.2003.00514.x
 40. Dionne RA, Snyder J, Hargreaves KM. Analgesic efficacy of flurbiprofen in comparison with acetaminophen, acetaminophen plus codeine, and placebo after impacted third molar removal. *Journal of Oral*

- and Maxillofacial Surgery. 1994;52(9):919-924. doi:10.1016/S0278-2391(10)80068-0
41. Weil K, Hooper L, Afzal Z, et al. Paracetamol for pain relief after surgical removal of lower wisdom teeth. Cochrane Oral Health Group, ed. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007;2014(2). doi:10.1002/14651858.CD004487.pub2
42. Napeñas JJ, Oost FCD, deGroot A, et al. Review of postoperative bleeding risk in dental patients on antiplatelet therapy. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*. 2013;115(4):491-499. doi:10.1016/j.oooo.2012.11.001
43. Ockerman A, Bornstein MM, Leung YY, Li SKY, Politis C, Jacobs R. Incidence of bleeding after minor oral surgery in patients on dual antiplatelet therapy: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2020;49(1):90-98. doi:10.1016/j.ijom.2019.06.002
44. Klein LW, Nathan S, Maehara A, et al. SCAI Expert Consensus Statement on Management of In-Stent Restenosis and Stent Thrombosis. *Journal of the Society for Cardiovascular Angiography & Interventions*. 2023;2(4):100971. doi:10.1016/j.jscv.2023.100971
45. Zabojszcz M, Malinowski KP, Janion-Sadowska A, et al. Safety of dental extractions in patients on dual antiplatelet therapy – a meta-analysis. *pwki*. 2019;15(1):68-73. doi:10.5114/aic.2019.83773
46. Li L, Zhang W, Yang Y, Zhao L, Zhou X, Zhang J. Dental management of patient with dual antiplatelet therapy: a meta-analysis. *Clin Oral Invest*. 2019;23(4):1615-1623. doi:10.1007/s00784-018-2591-y
47. Vrints C, Andreotti F, Koskinas KC, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J*. 2024;45(36):3415-3537. doi:10.1093/eurheartj/ehae177
48. Koski R, Kennedy B. Comparative Review of Oral P2Y12 Inhibitors. *P T*. 2018;43(6):352-357.
49. Valgimigli M, Bueno H, Byrne RA, et al. 2017 ESC focused update on dual antiplatelet therapy in coronary artery disease developed in collaboration with EACTS: The Task Force for dual antiplatelet therapy in coronary artery disease of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J*. 2018;39(3):213-260. doi:10.1093/eurheartj/ehx419
50. Shi Q, Xu J, Zhang T, Zhang B, Liu H. Post-operative Bleeding Risk in Dental Surgery for Patients on Oral Anticoagulant Therapy: A Meta-analysis of Observational Studies. *Front Pharmacol*. 2017;8:58. doi:10.3389/fphar.2017.00058
51. Miziara LNB, Sendyk WR, Ortega KL, Gallottini M, Sendyk DI, Martins F. Risk of Bleeding during Implant Surgery in Patients Taking Antithrombotics: A Systematic Review. *Semin Thromb Hemost*. 2021;47(06):702-708. doi:10.1055/s-0041-1722845
52. Bajkin BV, Wahl MJ, Miller CS. Dental implant surgery and risk of bleeding in patients on antithrombotic medications: A review of the literature. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*. 2020;130(5):522-532. doi:10.1016/j.oooo.2020.07.012
53. Calcia TBB, Oballe HJR, De Oliveira Silva AM, Friedrich SA, Muniz FWMG. Is alteration in single drug anticoagulant/antiplatelet regimen necessary in patients who need minor oral surgery? A systematic review with meta-analysis. *Clin Oral Invest*. 2021;25(6):3369-3381. doi:10.1007/s00784-021-03882-z
54. Chahine J, Khoudary MN, Nasr S. Anticoagulation Use prior to Common Dental Procedures: A Systematic Review. *Cardiology Research and Practice*. 2019;2019:1-13. doi:10.1155/2019/9308631
55. Douketis JD, Spyropoulos AC, Kaatz S, et al. Perioperative Bridging Anticoagulation in Patients with Atrial Fibrillation. *N Engl J Med*. 2015;373(9):823-833. doi:10.1056/NEJMoa1501035
56. Thompson A, Fleischmann KE, Smilowitz NR, et al. 2024 AHA/ACC/ACS/ASNC/HRS/SCA/SCCT/SCMR/SVM Guideline for Perioperative Cardiovascular Management for Noncardiac Surgery: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2024;150(19):e351-e442. doi:10.1161/CIR.0000000000001285
57. Vahanian A, Beyersdorf F, Praz F, et al. 2021 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *European Heart Journal*. 2022;43(7):561-632. doi:10.1093/eurheartj/ehab395
58. Allison R, Assadzandi S, Adelman M. Frailty: Evaluation and Management. *Am Fam Physician*. 2021;103(4):219-226.
59. Hoel RW, Giddings Connolly RM, Takahashi PY. Polypharmacy Management in Older Patients. *Mayo Clinic Proceedings*. 2021;96(1):242-256. doi:10.1016/j.mayocp.2020.06.012
60. Holbrook A, Schulman S, Witt DM, et al. Evidence-based management of anticoagulant therapy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2012;141(2 Suppl):e152S-e184S. doi:10.1378/chest.11-2295
61. Pollack CV, Reilly PA, Eikelboom J, et al. Idarucizumab for Dabigatran Reversal. *N Engl J Med*. 2015;373(6):511-520. doi:10.1056/NEJMoa1502000
62. Sauter TC, Blum S, Nagler M, Schlittler FL, Ricklin ME, Exadaktylos AK. Reversal of Dabigatran Using Idarucizumab in a Septic Patient with Impaired Kidney Function in Real-Life Practice. *Case Rep Emerg Med*. 2016;2016:1393057. doi:10.1155/2016/1393057
63. Connolly SJ, Milling TJ, Eikelboom JW, et al. Andexanet Alfa for Acute Major Bleeding Associated with Factor Xa Inhibitors. *N Engl J Med*. 2016;375(12):1131-1141. doi:10.1056/NEJMoa1607887

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Στοματοπροσωπικές σχιστίες στα παιδιά. Πως επηρεάζεται η ποιότητα ζωής τους; Βιβλιογραφική ανασκόπηση

M. ΑΛΕΥΡΑ¹, Χ. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ²**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Οι σχιστίες είναι η πιο συχνή γενετική ανωμαλία της στοματοπροσωπικής περιοχής παγκοσμίως κι εμφανίζεται σε 1 ανά 500 έως 2.500 γεννήσεις. Διακρίνονται σε σχιστία χείλους, χειλο-γναθο-υπερωισχιστία ή χειλο-υπερωισχιστία και σχιστία υπερώας, ενώ η αιτιολογία τους σχετίζεται με περιβαλλοντικούς και γενετικούς παράγοντες. Στόχος του άρθρου είναι η ανάλυση των σύγχρονων βιβλιογραφικών δεδομένων σχετικά με την ποιότητα ζωής των παιδιών με σχιστίες, η επισήμανση των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητά τους και να προταθούν τρόποι βελτίωσης της ποιότητας ζωής τους. Μελετήθηκε η σχετική βιβλιογραφία από το 2000 μέχρι σήμερα, στη βάση δεδομένων PubMed, με τις ακόλουθες λέξεις-κλειδιά: clefts, orofacial, quality of life, children και συμπεριλήφθηκαν όλες οι σχετικές κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες, που ήταν δημοσιευμένες στην αγγλική γλώσσα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι στοματοπροσωπικές σχιστίες επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των παιδιών και των φροντιστών τους, καθώς πλήττεται η γενική και η στοματική υγεία, ενώ αναφέρονται και δυσκολίες που αφορούν τον ψυχοκοινωνικό τομέα, την ομιλία, τη σίτιση και την αισθητική του προσώπου. Συμπερασματικά, εξαιτίας των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα παιδιά αυτά, υποβαθμίζεται σημαντικά η ποιότητα ζωής τους. Για τη βελτίωσή της, απαιτείται μια διεπιστημονική και εξατομικευμένη προσέγγιση, που να λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες τόσο των παιδιών όσο και των οικογενειών τους.

Όροι ευρετηριάσεως: σχιστία, στοματοπροσωπική, ποιότητα ζωής, παιδιά¹ Χειρουργός Οδοντίατρος, Ιδιωτικό Ιατρείο Αθήνα² Χειρουργός Οδοντίατρος, Ιδιωτικό Ιατρείο Λεμεσός*Η εργασία δεν έχει ανακοινωθεί σε κάποιο συνέδριο.***Υπεύθυνος Επικοινωνίας**

Χριστιάνα Χριστοδούλου
τηλ.: +35799716575
e-mail: christiana1999@hotmail.com

REVIEW

Children with orofacial clefts. How is their quality of life affected? A literature review

M. ALEVRA¹, C. CHRISTODOULOU²**ABSTRACT**

Clefts are the most common genetic abnormality of the orofacial region worldwide and occur in 1 in every 500 to 2,500 births. They are classified as cleft lip, cleft palate, cleft lip and palate, and their causes are related to environmental and genetic factors. The aim of this article is to analyze the current literature on the quality of life of children with clefts, highlight the difficulties they face in their daily lives, and suggest ways to improve their quality of life. The relevant literature from 2000 to the present was studied in the PubMed database using the following keywords: clefts, orofacial, quality of life, children. All relevant clinical and epidemiological studies published in English language were included. The results showed that cleft lip and palate affected the quality of life of children and their caregivers. General and oral health are influenced, while difficulties related to the psychosocial aspect, speech, feeding, and facial aesthetics are also reported. In conclusion, the problems faced by these children significantly reduced their quality of life. Therefore, for its improvement a multidisciplinary and individualized approach is required taking into account the needs of both the children and their families.

Key words: clefts, orofacial, quality of life, children¹ DDS, Private Practice, Athens² DDS, Private Practice, Limassol**Correspondence**

Christiana Christodoulou
Tel: +35799716575
e-mail: christiana1999@hotmail.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι σχιστίες είναι η πιο συχνή γενετική ανωμαλία της στοματοπροσωπικής περιοχής παγκοσμίως. Εμφανίζεται σε 1 ανά 500 έως 2.500 γεννήσεις ανάλογα με την καταγωγή, τη γεωγραφική θέση, την ηλικία της μητέρας, την προγεννητική έκθεση σε επιβαρυντικούς παράγοντες και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση.^{1,2}

Οι περισσότερες μελέτες, και ιδιαίτερα οι επιδημιολογικές και οι γενετικές, χρησιμοποιούν μια απλή ταξινόμηση των σχιστιών, διακρίνοντας τρεις βασικές κατηγορίες, με την πρώτη να προσβάλλει το χείλος μόνο (χειλεοσχιστία), τη δεύτερη το χείλος και την υπερώα συμπεριλαμβάνοντας την άνω γνάθο (χειλο-γναθο-υπερωιοσχιστία ή χειλοϋπερωιοσχιστία σύμφωνα με την αγγλόφωνη βιβλιογραφία) και την τρίτη να περιορίζεται στην υπερώα (υπερωιοσχιστία).³ Οι άνδρες παρουσιάζουν συχνότερα σχιστία χείλους και υπερώας, ενώ η μεμονωμένη σχιστία υπερώας εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες.⁴

Η αιτιολογία τους είναι πολυπαραγοντική και εμπλέκονται τόσο περιβαλλοντικοί, όσο και γενετικοί παράγοντες. Προκύπτουν από την ατελή διαμόρφωση των σκληρών και μαλακών ιστών του στόματος, και πιο συγκεκριμένα από την ατελή συνένωση των ιστών του προσώπου κατά τη διάρκεια της τέταρτης έως δέκατης εβδομάδας της κύησης. Ανάλογα με το ποιος τύπος ιστού προσβάλλεται, υπάρχουν σχιστίες που περιλαμβάνουν την πρωτογενή και άλλες τη δευτερογενή υπερώα.⁴ Οι σχιστίες της πρωτογενούς υπερώας προκαλούν σχιστίες στην περιοχή του χείλους και μικρού τμήματος της σκληρής υπερώας, μέχρι το τομικό τμήμα, ενώ οι σχιστίες της δευτερογενούς υπερώας οδηγούν σε σχιστίες της υπόλοιπης σκληρής και μαλακής υπερώας.⁴ Τα προσβεβλημένα άτομα μπορεί να παρουσιάζουν και άλλες συγγενείς ανωμαλίες ή γενετικά σύνδρομα. Παρ' όλα αυτά, η πλειονότητα των περιπτώσεων με σχιστία χείλους με/χωρίς σχιστία υπερώας είναι μη συνδρομικές, εμφανιζόμενες χωρίς αναγνωρισμένα σύνδρομα ή άλλες μείζονες γενετικές ανωμαλίες κι αναπτυξιακές διαταραχές.²

Έχει αποδειχθεί ότι οι σχιστίες επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των παιδιών.⁵ Πέρα από τις επιπτώσεις στη γενική και στοματική υγεία του ασθενή, οι σχιστίες έχουν επιπλέον σημαντικές ψυχολογικές και κοινωνικοοικονομικές συνέπειες τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του, με αποτέλεσμα πολλές φορές την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής τους. Γι' αυτό, λοιπόν, η κατάλληλη διαχείριση ενός παιδιού με στοματοπροσωπική σχιστία απαιτεί μια οργανωμένη διεπιστημονική προσπάθεια στην οποία να εμπλέκονται πολλαπλές ειδικότητες, όπως η ωτορινολαρυγγολογία, η πλαστική χειρουργική, η γναθοπροσωπική χειρουργική, η παιδοδοντιατρική, η ορθοδοντική, η λογοθεραπεία, η παιδιατρική, η νοσηλευτική, η γενετική συμβουλευτική, η ακοολογία, η ψυχολογία και η κοινωνιολογία. Στόχος αυτής της συνεργασίας είναι η βελτιστοποίηση της όψισης, της ομιλίας, της αισθητικής του προσώπου και της γενικότερης ποιότητας ζωής των παιδιών με σχιστία.⁵

Στη διεθνή βιβλιογραφία, οι μελέτες που ασχολούνται με την ποιότητα ζωής των παιδιών με σχιστία είναι ιδιαίτερα περιορισμέ-

νες. Πιο συγκεκριμένα, λίγες από αυτές αναφέρονται αποκλειστικά στις σχιστίες χωρίς να περιλαμβάνουν άλλα σύνδρομα, ενώ ελάχιστες αφορούν μόνο τα παιδιά. Επιπλέον, τονίζεται κυρίως η επίδραση των σχιστιών στην ποιότητα ζωής των γονέων κι όχι τόσο των ίδιων των ασθενών.

Σε αυτό το πλαίσιο, η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση εστιάζει στην ανάλυση των σύγχρονων βιβλιογραφικών δεδομένων σχετικά με την ποιότητα ζωής των παιδιών με σχιστία. Επιμέρους στόχος είναι να επισημανθούν οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά αυτά στην καθημερινότητά τους, όπως επίσης και να προταθούν τρόποι που μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Μελετήθηκε η σχετική βιβλιογραφία από το 2000 μέχρι σήμερα, στη βάση δεδομένων PubMed, με τις ακόλουθες λέξεις-κλειδιά: clefts, orofacial, quality of life, children. Συμπεριλήφθηκαν όλες οι σχετικές κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες, που ήταν δημοσιευμένες στην αγγλική γλώσσα, τα τελευταία 25 χρόνια.

Δεν πραγματοποιήθηκε συστηματική εκτίμηση της ποιότητας των μελετών και ανάλυση των αποτελεσμάτων τους, μιας και κάτι τέτοιο δεν ήταν στους σκοπούς της παρούσας ανασκόπησης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αποτελέσματα αναζήτησης

Από την αναζήτηση στη βιβλιογραφία, προέκυψαν 126 αποτελέσματα, εκ των οποίων 26 ήταν σχετικές μελέτες και αφορούσαν την ποιότητα ζωής των παιδιών με στοματοπροσωπική σχιστία.

Χαρακτηριστικά μελετών

Οι μελέτες που αφορούν την ποιότητα ζωής παιδιών με σχιστίες στη στοματοπροσωπική περιοχή παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία ως προς το μέγεθος του δείγματος, την ηλικία των συμμετεχόντων, τον τύπο της σχιστίας, τη μεθοδολογία και τα εργαλεία αξιολόγησης. Τα δείγματα πέντε⁶⁻¹⁰ μελετών κυμαίνονται από μικρές ομάδες 40-57 παιδιών, 19¹¹⁻²⁹ μελετών κυμαίνονται από 70-175 παιδιά και μία²⁹ μελέτη έχει μεγάλο δείγμα πληθυσμού που αποτελείται από 839 άτομα. Η ηλικία των παιδιών καλύπτει όλο το φάσμα από 0 έως 26 ετών (με μέσο όρο ηλικίας 13 έτη), ενώ 6 μελέτες περιλαμβάνουν και γονείς ως συμμετέχοντες.^{7,15,20,22,23,27}

Όσον αφορά τον τύπο της σχιστίας, είναι σημαντικό να επισημανθεί πως όλες οι μελέτες αναφέρονται σε μη συνδρομικές σχιστίες χείλους ή/και υπερώας, ενώ ορισμένες περιλαμβάνουν και ασθενείς με συγκλεισιακές ανωμαλίες.^{8,24}

Τα είδη των μελετών ποικίλλουν, καθώς 12^{9,11,13-16,19,22,23,27,28,30} είναι συγχρονικές, 5^{12,17,20,21,26} συγκριτικές, δύο^{10,25} αναδρομικές, μία²⁸ ποιοτική με ομάδα εστίασης, 3 μη τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες, μία¹⁸ πολυκεντρική μελέτη, μία²⁹ τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη και μία⁸ μελέτη με ερωτηματολόγιο. Οι μελέτες πραγματοποιήθηκαν κυρίως με ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς ή συμπληρωμένα από

τους γονείς, αλλά και με συνεντεύξεις. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν τα εξής: Pediatric Quality of Life Inventory, KINDL, Child Oral Health Quality of Life Child Perceptions (COHIP), AUQEI, Oral Health Impact Profile, KIDSCREEN-52, F-ECOHIS, Oral Health Impact (OHIP-14), DS14, Early Childhood Oral Health Impact Scale, ερωτηματολόγιο σε γονείς/κνδεμόνες για στοματικές συνήθειες παιδιών, CLEFT και TAPQoL. Επίσης, σε κάποιες μελέτες πραγματοποιήθηκαν κλινικές αξιολογήσεις, που αφορούσαν ορθοδοντικούς δείκτες, ενώ παράλληλα χρησιμοποιήθηκαν ιατρικά διαγράμματα της κρανιοπροσωπικής ομάδας και οδοντιατρικά αρχεία.

Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν αξιολογούσαν την ποιότητα ζωής σε πολύπλευρες διαστάσεις, οι οποίες σχετίζονται με την ψυχολογία, τη λειτουργικότητα, τη στοματική υγεία, την κοινωνική αλληλεπίδραση, τις οικογενειακές σχέσεις, την αυτοεκτίμηση, την ομιλία, την αισθητική, τη σχολική επίδοση και τις καθημερινές δραστηριότητες. Επιπροσθέτως, αξιολογήθηκε η επίδραση της θεραπείας και των χειρουργικών επεμβάσεων ως προς τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των παιδιών αυτών, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις εξετάστηκε, εάν το φύλο και διάφοροι κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες επηρέασαν την ποιότητα ζωής τους.

Αποτελέσματα μελετών σχετικά με την επίδραση των οχιστιών της στοματοπροσωπικής περιοχής σε διάφορους τομείς που καθορίζουν την ποιότητα ζωής των παιδιών.

Γενική υγεία

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει την υγεία ως την απουσία ασθένειας και την παρουσία παραγόντων που ευνοούν τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία.¹¹ Σε μελέτες φαίνεται πως και οι ίδιες οι υποστηρικτικές διαδικασίες που υπόκεινται ένα παιδί με χρόνια πάθηση μπορούν να έχουν αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής του.¹² Όσον αφορά, τα άτομα με οχιστία αξίζει να αναφερθεί πως έχουν αναγνωριστεί ως πληθυσμός με ειδικές ανάγκες από το Γραφείο Μητρικής και Παιδικής Υγείας.³⁰

Κλινικά σε οχιστία της πρωτογενούς υπερώας, οι πάσχοντες έχουν διακοπή της συνέχειας του άνω χείλους, ετερόπλευρη ή αμφίπλευρη και αντίστοιχο έλλειμμα στην άνω γνάθο, στην περιοχή της φατνιακής ακρολοφίας, με επέκταση μέχρι τη ρινική κοιλότητα. Όταν συνυπάρχει και οχιστία υπερώας, η εικόνα επιβαρύνεται πιο πολύ. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα παιδιά αυτά είναι ποικίλα και σχετίζονται με παθολογική στοματορινική επικοινωνία, λοιμώξεις του αυτιού και πιθανή απώλεια ακοής σε περιπτώσεις οχιστίας της δευτερογενούς υπερώας, άλλοτε άλλου βαθμού παραμόρφωση του προσώπου, οδοντικές ανωμαλίες και προβλήματα σύγκλεισης, έντονη ένρινη ομιλία, αλλά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα.³⁰

Σε αυτό το σημείο καλό είναι να επισημανθεί, ότι η ίδια η αποκατάσταση της οχιστίας περιλαμβάνει μια μακρά διαδικασία αξιολογήσεων και επεμβάσεων από διεπιστημονική ομάδα ειδικών. Ανάλογα με την βαρύτητά της, η διαχείριση της οχιστίας χρειάζεται

αποκατάσταση τόσο μαλακών όσο και σκληρών ιστών. Η χειρουργική αντιμετώπιση, βασισόμενη σε σχετικά πρωτόκολλα, ξεκινά συνήθως τους πρώτους μήνες ζωής και ολοκληρώνεται στα τέλη της εφηβείας ή στις αρχές της ενήλικης ζωής. Σε μελέτες ερωτηματολογίων, όπου αξιολογήθηκε η ποιότητα ζωής παιδιών με οχιστία, παρατηρήθηκε πως επειδή χρειάζονταν χειρουργική επέμβαση ανέφεραν και χαμηλότερη ποιότητα ζωής, ενώ και η παρουσία ή όχι ιδιωτικής ασφάλισης φάνηκε ότι επηρέασε τα αποτελέσματα, με τα άτομα χωρίς ιδιωτική ασφάλιση να έχουν χαμηλότερη λειτουργική ευημερία.³⁰

Στοματική υγεία

Η ποιότητα ζωής και η στοματική υγεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένες λόγω των επιπτώσεων που προκύπτουν από τα προβλήματα της στοματικής κοιλότητας, τα οποία έχουν ως συνέπεια σωματικές και ψυχοκοινωνικές δυσκολίες στη ζωή των ανθρώπων.⁷ Τα προβλήματα στοματικής υγείας μπορούν να προκαλέσουν πόνο, δυσφορία και να επιβάλλουν ορισμένους περιορισμούς, που υποβαθμίζουν την ποιότητα ζωής τους.¹²

Η συχνότερη παρουσία οδοντικών προβλημάτων, όπως η τερηδόνα, σε παιδιά με οχιστία σε σύγκριση με παιδιά χωρίς οχιστία υποβαθμίζει σημαντικά την ποιότητα ζωής όσον αφορά την στοματική υγεία.²⁵ Επίσης, παιδιά με οχιστία παρουσιάζουν υψηλότερη συχνότητα σε απομύζηση χειλιών και βρυγγμό, συνήθειες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής.²⁶ Ειδικότερα, τα παιδιά με στοματοπροσωπικές οχιστίες κλινικά μπορεί να εμφανίζουν παραμόρφωση του προσώπου στην περιοχή των ρωθώνων και του άνω χείλους, οπισθογναθισμό της άνω γνάθου, οδοντικές ανωμαλίες, λειτουργικές δυσκολίες στη στοματική υγιεινή και ανάγκη ορθοδοντικής θεραπείας. Παρατηρούνται στοματορινικά συρίγγια, υπερωιοφαρυγγική ανεπάρκεια, ελλείψεις και έκτοπα δόντια, τα οποία με τη σειρά τους προκαλούν προβλήματα στη μάσηση και την ομιλία.^{15,16} Μελέτες δείχνουν πως η πρώιμη χειρουργική αποκατάσταση σε βρέφη με οχιστία χείλους ή/ και υπερώας βελτιώνει σημαντικά την ποιότητα ζωής τους που σχετίζεται με τη στοματική υγεία.^{11,30}

Σίτιση

Τα παιδιά με οχιστίες αντιμετωπίζουν από τη νεογνική ηλικία σοβαρές δυσκολίες σίτισης, που έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής τους.²⁷ Σε μελέτη που συμμετείχαν παιδιά με οχιστία υπερώας μόνο, περίπου το 67% αυτών παρουσίασαν δυσκολίες στη σίτιση και η ρινογαστρική σίτιση ήταν απαραίτητη σε ποσοστό 32%. Η σοβαρότητα της οχιστίας φάνηκε να συνδέεται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης συνοδών διαταραχών ή συνδρόμων. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο, την ηλικία κύησης και το βάρος γέννησης με τις δυσκολίες σίτισης.³¹

Η ανοιχτή επικοινωνία μεταξύ στοματικής και ρινικής κοιλότητας περιορίζει την ικανότητα δημιουργίας αρνητικής πίεσης κατά την αναρρόφηση, οδηγώντας σε διαρροή τροφής ή γάλακτος από

τη μύτη, παρατεταμένη διάρκεια σίτισης και αυξημένο κίνδυνο εισρόφησης.¹² Η δυσχέρεια αυτή επηρεάζει άμεσα τη φυσιολογική πρόσληψη βάρους και συχνά απαιτεί τροποποιήσεις στον τρόπο σίτισης, όπως χρήση ειδικών μπιμπερό ή σύριγγας. Η ανάγκη για πιο πολύπλοκες και χρονοβόρες τεχνικές σίτισης έχει συσχετιστεί με αυξημένα επίπεδα στρες, κόπωσης και χαμηλότερης ποιότητας ζωής των φροντιστών.¹³

Ο θηλασμός είναι δυνατός σε νεογνά με σχιστία υπερώας, με τη χρήση εξειδικευμένων συσκευών.¹ Παρά την επιθυμία πολλών μητέρων να θηλάσουν, τα εμπόδια που προκύπτουν οδηγούν συχνά σε πρόωρη διακοπή θηλασμού.³¹

Η παροχή εξειδικευμένης καθοδήγησης στους γονείς μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη βελτίωση της διατροφικής αυτονομίας των παιδιών και στην ενίσχυση της οικογενειακής λειτουργικότητας, με άμεσο θετικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των παιδιών.

Αισθητική προσώπου

Η εμφάνιση του προσώπου παίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της κοινωνικής συμπεριφοράς, της αυτοεκτίμησης και της συναισθηματικής ισορροπίας των παιδιών. Συνεπώς, οι σχιστίες χείλους και υπερώας, αλλοιώνοντας τη φυσιολογία του προσώπου, επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής, τόσο σε ψυχοκοινωνικό όσο και σε λειτουργικό επίπεδο.^{16,27}

Συνοπάρχουν, οδοντικές ανωμαλίες, όπως η γενεσσία δοντιών, υπεράριθμα δόντια και/ή ορθοδοντικές ανωμαλίες, που προκαλούν αλλαγές στο πρόσωπο, όπως ασυμμετρία στη μύτη και το στόμα, οι οποίες επηρεάζουν επίσης την αυτοεικόνα, τη κοινωνική συμπεριφορά και την προσαρμογή του ατόμου.

Τα παιδιά με στοματοπροσωπική σχιστία, αισθάνονται διαφορετικά από τους συνομηλίκους τους, ανησυχούν περισσότερο για το πώς τους βλέπουν οι άλλοι και εκδηλώνουν συχνότερα δυσφορία σχετικά με την εξωτερική τους εμφάνιση. Αξίζει να σημειωθεί πως τα συναισθήματα αυτά παρατηρούνται εντονότερα στα κορίτσια, τα οποία τείνουν να επηρεάζονται περισσότερο από ζητήματα εμφάνισης και κοινωνικής αποδοχής.¹¹ Κατά την εφηβεία (12–18 ετών), η σημασία της εξωτερικής εμφάνισης αυξάνεται, με αποτέλεσμα τα παιδιά με σχιστία να νιώθουν εντονότερα συναισθήματα δυσaréσκειας για την εικόνα τους.¹²

Η αποκατάσταση της σχιστίας ξεκινά από τη βρεφική ηλικία, με πρωτογενείς πλαστικές επεμβάσεις. Η χειρουργική επέμβαση στο χείλος πραγματοποιείται περίπου στους 3 μήνες ζωής του παιδιού και στην υπερώα περίπου στους 12 μήνες. Ωστόσο, η πλήρης αποκατάσταση είναι μια δια βίου διαδικασία που ολοκληρώνεται στην ενήλικη ζωή. Καθώς το παιδί μεγαλώνει, οι ανάγκες αισθητικής και λειτουργικής διόρθωσης μεγεθύνονται.¹³

Η μακροχρόνια και πολυεπιστημονική φροντίδα, δεν έχει μόνο θεραπευτικό χαρακτήρα, αλλά διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στην ομαλή κοινωνική ενσωμάτωση και την ψυχολογική σταθερότητα των παιδιών με σχιστία.

Λειτουργικότητα - ομιλία

Οι σχιστίες, επηρεάζουν σημαντικά την ανάπτυξη της ομιλίας στα παιδιά, προκαλώντας ποικίλες δυσκολίες στην άρθρωση λόγου και τη φωνητική λειτουργία. Οι πιο σοβαρές διαταραχές στην ομιλία παρατηρούνται σε παιδιά με ολική υπερωϊσοσχιστία, ειδικά όταν περιλαμβάνει τόσο τη σκληρή όσο και τη μαλακή υπερώα, καθώς και σε περιπτώσεις αμφοτερόπλευρης σχιστίας χείλους-υπερώας. Παιδιά με μόνο χείλοσχιστία ή ατελή υπερωϊσοσχιστία εμφανίζουν συνήθως ηπιότερες διαταραχές άρθρωσης και μειωμένες δυσκολίες φωνολογίας.¹⁵

Μελέτες έχουν δείξει ότι η υπερωϊοφαρυγγική ανεπάρκεια (velopharyngeal insufficiency – VPI), συχνά λόγω ανώμαλης μυϊκής ανάπτυξης της υπερώας, αποτελεί βασικό αίτιο των υπερρινικών χαρακτηριστικών στην ομιλία παιδιών με σχιστίες. Επιπλέον, δομικά προβλήματα όπως σκελετικές ανωμαλίες της γνάθου (π.χ., σκελετική τάξη III), αλλοιωμένη ανάπτυξη του προσώπου και οδοντικές ανωμαλίες επιδεινώνουν την παραμόρφωση φωνημάτων, οδηγώντας σε μειωμένη ευκρίνεια λόγου.^{15,16}

Τα παιδιά με σχιστία δυσκολεύονται ιδιαίτερα στην παραγωγή συμφώνων υψηλής πίεσης, καθώς η στοματική πίεση δεν επαρκεί για την καθαρή άρθρωσή τους. Αυτό οδηγεί σε αντικαταστάσεις ή παραλείψεις αυτών των ήχων ή την ανάπτυξη αντισταθμιστικών στρατηγικών (π.χ., φωνολογικές παραλλαγές με χρήση φάρυγγα ή λάρυγγα), οι οποίες χωρίς έγκαιρη και εξειδικευμένη λογοθεραπευτική παρέμβαση γίνονται μόνιμες. Όπως ήδη αναφέρθηκε, η σοβαρότητα και ο τύπος της σχιστίας συνδέονται με την ένταση και το είδος των διαταραχών ομιλίας. Το γεγονός αυτό υπογραμμίζει την ανάγκη για εξατομικευμένη λογοθεραπευτική παρέμβαση. Η έγκαιρη και συστηματική θεραπεία μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την ποιότητα της ομιλίας και συνεπώς της ποιότητας ζωής του παιδιού παρόλο που σε κάποιες περιπτώσεις οι δυσκολίες παραμένουν.¹⁴

Συνολικά, η βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι οι σχιστίες επηρεάζουν καθοριστικά την ομιλία των παιδιών και απαιτούν μια ολοκληρωμένη προσέγγιση με εξατομικευμένη λογοθεραπεία και υποστηρικτικές παρεμβάσεις.

Κοινωνική ζωή

Παρόλο που τα παιδιά σχολικής ηλικίας με μη συνδρομική σχιστία παρουσίασαν γενικά καλή ποιότητα ζωής, τα σκορ ήταν σημαντικά χαμηλότερα στους τομείς που σχετίζονται με τις κοινωνικές σχέσεις -ιδίως με φίλους και οικογένεια- με τα αγόρια να εμφανίζουν χαμηλότερες τιμές σε σύγκριση με τα κορίτσια.²³ Ο τύπος της σχιστίας φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής του παιδιού και την κοινωνική λειτουργία.³³ Τα παιδιά με στοματοπροσωπικές σχιστίες συχνά αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις κάτι που δευτερογενώς μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα ζωής τους. Οι οικογένειες των παιδιών με σχιστία συνήθως αναφέρουν πως πριν τη χειρουργική αποκατάσταση, η κοινωνική τους ζωή επηρεαζόταν αρνητικά, ενώ σημειωνόταν σημαντική βελτίωση μετά.³¹

Επιπλέον, τα παιδιά με οχιστίες συχνά αντιμετωπίζουν διαταραχές και στην ακοή, με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται επικοινωνιακά, κάτι που επηρεάζει αρνητικά την κοινωνική τους ζωή και κατά επέκταση την ποιότητα ζωής τους.¹⁷

Ειδικότερα, κατά τη διάρκεια των προσχολικών ετών, τα παιδιά βιώνουν σημαντική ανάπτυξη των ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών τους, κυρίως καθώς προσπαθούν να επιτύχουν ανεξαρτησία και να συμμετάσχουν σε κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Αυτό το στάδιο χαρακτηρίζεται από σημαντικές γνωστικές, γλωσσικές, κοινωνικές και συμπεριφορικές αλλαγές.³⁰ Όμως και την περίοδο της σχολικής ηλικίας είναι καθοριστικές οι σχέσεις με τους δασκάλους και τους συμμαθητές τους για την κοινωνικοποίηση τους.¹⁸ Έχει αναφερθεί ότι τα παιδιά με οχιστία εκφράζουν δυσκολία να γνωρίσουν νέους ανθρώπους, να μιλήσουν δημόσια και να νιώσουν ότι ταιριάζουν με τους άλλους, ενώ όταν ερωτώνται για το πρόσωπό τους ή την ομιλία τους νιώθουν πολλές φορές απογοήτευση και αμηχανία. Στα πλαίσια της οικογένειας τείνουν να αισθάνονται άνεση κι ασφάλεια, καθώς τα μέλη της εκφράζουν την αποδοχή τους και κατανοούν ως επί το πλείστον την ομιλία τους.¹⁸

Επιπροσθέτως, στην υποκλίμακα της κοινωνικο-συναισθηματικής ευημερίας, τα άτομα με οχιστία φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αγχωθούν, να βιώσουν σχολικό εκφοβισμό και να ανησυχούν για την εμφάνισή τους, κάτι όμως που αλλάζει με την πάροδο του χρόνου, τη θεραπευτική αποκατάσταση και την ηλικία. Αυτοί άλλωστε είναι και οι λόγοι που σε συνδυασμό πολλές φορές με την ιδιαίτερη ομιλία οι έφηβοι ασθενείς δεν αναπτύσσουν τις κοινωνικές δεξιότητες που είναι τυπικές για την ηλικία τους.^{15,16} Παρ' όλες όμως τις δυσκολίες, αξίζει να τονισθεί ότι η ιδιαιτερότητα τους αυτή δεν τα εμποδίζει από το να επιτύχουν τους στόχους τους και να βρουν την αίσθηση ικανοποίησης στη ζωή τους.¹⁹

Ψυχολογία

Παιδιά με οχιστία παρουσιάζουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής στον ψυχολογικό τομέα.⁸

Οι θεραπείες στις οποίες υποβάλλονται τα παιδιά αυτά, αποδείχθηκε ότι βελτιώνουν σημαντικά και την ψυχική κατάσταση των παιδιών και των δύο φύλων.²³ Μελέτες δείχνουν πως τα παιδιά με οχιστία εμφανίζουν άγχος, κατάθλιψη, χαμηλή αυτοεκτίμηση,²² μειωμένη γνωστική λειτουργία και χαμηλές σχολικές επιδόσεις. Λιγότερα προβλήματα ομιλίας φαίνεται να σχετίζονται με λιγότερες ψυχολογικές επιπτώσεις, ενώ τα κορίτσια συνήθως εμφανίζουν μεγαλύτερη ανησυχία για τις μελλοντικές θεραπείες συγκριτικά με τα αγόρια.²⁰ Από την άλλη, τα αγόρια με οχιστίες παρατηρείται να έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τα κορίτσια, καθώς είναι λιγότερο πρόθυμα από τα κορίτσια να αποκαλύψουν τα προβλήματά τους σε άλλους, όπως επίσης και να ζητήσουν βοήθεια, γεγονός που αυξάνει την ψυχολογική τους δυσφορία.²¹

Η μειωμένη ικανοποίηση από τη συνολική τους εμφάνιση και η χαμηλή κοινωνική ικανότητα που εμφανίζουν συχνά έφηβοι με στοματοπροσωπικές οχιστίες μπορεί να οδηγήσει σε αισθήματα

μοναξιάς και κοινωνικού άγχους.¹⁴ Μελέτες επίσης δείχνουν ότι η αυτοπεποίθηση των παιδιών με οχιστία βελτιώθηκε όταν η αποκαταστατική τους θεραπεία είχε θετικά αποτελέσματα, ενώ αν το αισθητικό αποτέλεσμα δεν ήταν ικανοποιητικό τα συναισθήματά τους σχετίζονταν με θυμό, θλίψη, φόβο, πόνο, ανησυχία και ντροπή.¹⁸ Η παρουσία Τύπου D προσωπικότητας (distressed) σε εφήβους με οχιστία χείλους ή/και υπερώας συσχετίστηκε με σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής, ιδίως στον τομέα της συναισθηματικής ευημερίας, αλλά και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, της λειτουργικότητας και της εμπειρίας τους στο σχολικό περιβάλλον.⁹ Το εύρημα αυτό αναδεικνύει τον καθοριστικό ρόλο των ψυχολογικών χαρακτηριστικών στην αντίληψη της ποιότητας ζωής των ασθενών.⁹

Λόγω των παραπάνω, συνιστάται η διενέργεια ψυχολογικής εκτίμησης ως μέρος της αξιολόγησης ενός ασθενούς με οχιστία, προκειμένου να εντοπιστούν ή να επαληθευτούν συγκεκριμένα προβλήματα σχετικά με την ψυχολογία των ασθενών, να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα της υγειονομικής περίθαλψης, να γίνει έλεγχος για ψυχολογική δυσφορία και να αξιολογηθούν συγκεκριμένοι τομείς δεξιοτήτων. Η εκτίμηση αυτή μπορεί να οδηγήσει σε παραπομπή για περαιτέρω ψυχολογική αξιολόγηση ή σε συστάσεις για επακόλουθη θεραπεία.²⁰

Συμβολή επαγγελματιών υγείας

Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να προσαρμόζουν τα πλάνα θεραπειών λαμβάνοντας υπόψη τις επιθυμίες και την προοπτική του ασθενούς με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του. Η ποιότητα ζωής των παιδιών με στοματοπροσωπική οχιστία είναι πολυδιάστατη και περιλαμβάνει αξιολόγηση της στοματικής υγείας του ατόμου, της λειτουργικότητας, της συναισθηματικής ευεξίας και της ικανοποίησης από το αισθητικό αποτέλεσμα. Η στοματική υγεία είναι πολύπλευρη και περιλαμβάνει την ικανότητα να μιλάμε, να χαμογελάμε, να οσφριζόμαστε, να γευόμαστε, να αγγίζουμε, να μασάμε, να καταπίνουμε και να μεταφέρουμε μια σειρά συναισθημάτων μέσω εκφράσεων του προσώπου με αυτοπεποίθηση και χωρίς πόνο και δυσφορία.³² Οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τη θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με οχιστία πρέπει να προωθούν τον εκπαιδευτικό προγραμματισμό στα σχολεία τόσο για τους εκπαιδευτικούς, όσο και για τα παιδιά, καθώς και γενικές εκστρατείες ευαισθητοποίησης του κοινού ώστε να δημιουργηθούν πιο υποστηρικτικά περιβάλλοντα προάγοντας έτσι την ποιότητα ζωής παιδιών με οχιστία.³⁴

Για να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των παιδιών με στοματοπροσωπική οχιστία, είναι απαραίτητο να υπάρξει καλύτερη κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν περισσότερο αυτά τα παιδιά και τις οικογένειές τους.³⁵ Κατά τη μέτρηση της ποιότητας ζωής, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ακόλουθοι παράγοντες: (1) πρόσβαση σε διεπιστημονική ομάδα ειδικών, (2) εκπαιδευτικό επίπεδο, (3) ψυχολογική κατάσταση, (4) ηλικία και είδος χειρουργικής επέμβασης, (5) επίπεδα φροντίδας, (6) οικονομική κατάσταση της

οικογένειας και (7) επίδραση στους φροντιστές. Επειδή οι ανάγκες των παιδιών με σχιστία είναι μοναδικές, απαιτούνται εργαλεία για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής που να είναι ειδικά για τα παιδιά με σχιστία. Αν και η μέτρηση της ποιότητας ζωής μπορεί να είναι δύσκολη, έντυπα συλλογής δεδομένων σε όλα τα κέντρα θεραπείας στοματοπροσωπικών σχιστιών θα μπορούσαν να διευκολύνουν το έργο. Επιπλέον, η καλύτερη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα επιμέρους στοιχεία (π.χ. ομιλία και εμφάνιση του προσώπου) συμβάλλουν στις συνολικές μετρήσεις της ποιότητας ζωής θα μπορούσε να βοηθήσει στον εντοπισμό τρόπων βελτίωσης της ποιότητας ζωής των ατόμων με σχιστία. Για να αποκτήσουμε μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα, είναι σημαντικό να αξιολογήσουμε ξεχωριστά τις αντιλήψεις για την ποιότητα ζωής των γονέων, των παιδιών και των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης.³⁶

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση ανέδειξε ότι οι στοματοπροσωπικές σχιστίες επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των παιδιών, επιδρώντας όχι μόνο στη γενική και στοματική τους υγεία, αλλά και την ψυχολογική, κοινωνική και λειτουργική τους ευημερία.
- Στα παιδιά με σχιστία προβλήματα στη σίτιση, την ομιλία, την αισθητική του προσώπου και την κοινωνική ένταξη συναντώνται συχνά, γεγονός που αποδείχθηκε ότι υποβαθμίζει την αυτοεκτίμησή τους και επηρεάζει την ψυχική τους ισορροπία.
- Η βελτίωση της ποιότητας ζωής τους απαιτεί μια διεπιστημονική και εξατομικευμένη προσέγγιση, που να λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες τόσο των ίδιων των παιδιών, όσο και των οικογενειών τους.
- Η ανάπτυξη εξειδικευμένων εργαλείων αξιολόγησης της ποιότητας ζωής τους, η ψυχοκοινωνική στήριξη, η ικανότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και η ευαισθητοποίηση της κοινωνίας αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για την ολιστική φροντίδα και την άρτια αποκατάσταση των παιδιών με σχιστία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Shaw W. Global strategies to reduce the health care burden of craniofacial anomalies: report of WHO meetings on international collaborative research on craniofacial anomalies. *Cleft Palate Craniofac J.* 2004, 41:238-43.
2. Wehby GL, Cassell CH. The impact of orofacial clefts on quality of life and healthcare use and costs. *Oral Dis.* 2010, 16: 3-10.
3. Vyas T, Gupta P, Kumar S, Gupta R, Gupta T, Singh HP. Cleft of lip and palate: A review. *J Family Med Prim Care.* 2020, 9: 2621-25.
4. Vuletić M., Knežević P, Jokić D, Rebić J, Žabarović D, Macan D. Alveolar bone grafting in cleft patients from bone defect to dental implants. *Acta Stomatol Croat.* 2014, 48:250-7.
5. Shkoukani MA, Chen M, Vong A. Cleft lip - a comprehensive review. *Front Pediatr.* 2013, 1:53.
6. Eslami N, Majidi MR, Aliakbarian M, Hasanzadeh N. Oral health-related quality of life in children with cleft lip and palate. *J Craniofac Surg.* 2013, 24:e340-3.
7. Abebe ME, Deressa W, Oladugba V, Owais A, Hailu T, Abate F, Hailu A, Demissie Y, Degu S, Alemayehu B, Gessesse M, Deribew M, Gravem PE, Mossey P, Butali A. Oral health-related quality of life of children born with orofacial clefts in Ethiopia and their parents. *Cleft Palate Craniofac J.* 2018, 55: 1153-1157
8. Nichols GAL, Antoun JS, Fowler PV, Al-Ani AH, Farella M. Long-term changes in oral health-related quality of life of standard, cleft, and surgery patients after orthodontic treatment: a longitudinal study. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2018, 153: 224-231.
9. Ajami S, Toraby F, Shavakhi M, Eslami N. The impact of Type-D personality on oral health-related quality of life in cleft lip and palate adolescents. *J Craniofac Surg.* 2018, 29: 289-92.
10. Opriş D, Băciuş G, Bran S, Dinu C, Armencea G, Opriş H, Mitre I, Manea A, Stoia S, Tamas T, Barbur I, Băciuş M. The quality of life after cleft lip and palate surgery. *Med Pharm Rep.* 2022, 95: 461-6.
11. Tahmasebi N, Zarifian T, Ashtari A, Biglarian A, Memarzadeh M, Tahmasebi Garmatani S, Larimian M. Evaluation of the health-related quality of life in non-syndromic Persian toddlers with orofacial clefts undergoing team care and compared with a control group. *Iran J Child Neurol.* 2025, 19: 39-49.
12. Damiano PC, Tyler MC, Romitti PA, Momany ET, Jones MP, Canady JW, Karnell MP, Murray JC. Health-related quality of life among preadolescent children with oral clefts: the mother's perspective. *Pediatrics.* 2007, 120: e283-90.
13. Rando GM, Jorge P K, Vitor LLR, Carrara CFC, Soares S, Silva TC, Rios D, Machado MAAM, Gavião MB, Oliveira TM. Oral health-related quality of life of children with oral clefts and their families. *J Appl Oral Sci.* 2018, 26: e20170106.
14. Nagappan N, Madhanmohan R, Gopinathan NM, Stephen SR, Pillai DDM, Tirupati N. Oral health-related quality of life and dental caries status in children with orofacial cleft: an indian outlook. *J Pharm Bioallied Sci.* 2019, 11:169-74.
15. Ward JA, Vig KWL, Firestone AR, Mercado A, Da Fonseca M, Johnston W. Oral health-related quality of life in children with orofacial clefts. *Cleft Palate Craniofac J.* 2013, 50:174-81.
16. Defabianis P, Cogo C, Massa S, Romano F. Oral-health-related quality of life among non-syndromic school-age children with orofacial clefts: results from a cross-sectional study in northern Italy. *Children (Basel).* 2022, 9:1098.
17. Sundell AL, Törnåge CJ, Marcusson A. A comparison of health-related quality of life in 5- and 10-year-old Swedish children with and without cleft lip and/or palate. *Int J Paediatr Dent.* 2017, 27: 238-46.
18. Wong Riff K W Y, Tsangaris E, Goodacre TEE, Forrest CR, Lawson J, Pusic AL, Klassen AF. What matters to patients with cleft lip and/or palate: an international qualitative study informing the development of the cleft-q. *Cleft Palate Craniofac J.* 2018, 55: 442-50.
19. Saele PK, Mustafa M, Åstrøm AN. Orthodontic status and association with oral-health-related quality of life-a study of 16-year-old Norwegians with a cleft lip and palate. *Int J Environ Res Public Health.* 2024, 21: 550.
20. Bos A, Prah C. Oral health-related quality of life in Dutch children with cleft lip and/or palate. *Angle Orthod.* 2011, 81: 865-71.

21. Tannure PN, Soares FMM, Küchler EC, Motta LG, Costa MC, Granjeiro JM. Measuring the impact of quality of life of children treated for orofacial clefts: a case-control study. *J Clin Pediatr Dent.* 2013, 37: 381–4.

22. Kramer F J, Gruber R, Fialka F, Sinikovic B, Schliephake H. Quality of life and family functioning in children with nonsyndromic orofacial clefts at preschool ages. *J Craniofac Surg.* 2008, 19: 580-7.

23. Kramer FJ, Gruber R, Fialka F, Sinikovic B, Hahn W, Schliephake H. Quality of life in school-age children with orofacial clefts and their families. *J Craniofac Surg.* 2009, 20: 2061-6.

24. Antoun JS, Fowler PV, Jack HC, Farella M. Oral health-related quality of life changes in standard, cleft, and surgery patients after orthodontic treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2015, 148: 568-75.

25. Cook AK, Kerins CA, Heppner CE. Dental impacts on health-related quality of life of children with orofacial clefts. *Pediatr Dent.* 2016, 38: 218-23.

26. Isiekwe IG, Ligali TO, Abdullahi MAS, Adeyemo WL. Oral habits in children with orofacial clefts: a comparative study. *Cleft Palate Craniofac J.* 2021, 58: 984-989.

27. Ali MA, Abass SK, Nasir EF. A comparative assessment of oral health-related quality of life of children born with orofacial clefts in Sudan and their caregivers'. *BMC Oral Health.* 2021, 21:148.

28. Ahmed MM, Shahid N, Mumtaz N, Saqulain G. Association of social and psychological aspects of quality of life and educational level of patients with different orofacial cleft. *J Pak Med Assoc.* 2022, 72: 2237-40.

29. Zeraatkar M, Ajami S, Nadjmi N, Golkari A. Impact of oral clefts on the oral health-related quality of life of preschool children and their parents. *Niger J Clin Pract.* 2018, 21:1158-63.

30. Broder H L, Wilson-Genderson M, Sischo L. Health disparities among children with cleft. *Am J Public Health.* 2012, 102: 828-30.

31. De Vries IA, Breugem CC, Van Der Heul AM, Eijkemans MJ, Kon M, Mink Van Der Molen AB. Prevalence of feeding disorders in children with cleft palate only: a retrospective study. *Clin Oral Investig.* 2014, 18:1507-15.

32. Emeka CI, Adeyemo WL, Ladeinde AL, Butali A. A comparative study of quality of life of families with children born with cleft lip and/or palate before and after surgical treatment. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg.* 2017, 43: 247–55.

33. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res.* 2011, 90: 1264-70.

34. Ongkosuwito EM, Kuijpers MAR. How PROs can contribute to what matters most to patients with orofacial clefts. *J Evid Based Dent Pract.* 2023, 23:101792.

35. Stone MB, Botto LD, Feldkamp ML, Smith KR, Roling L, Yamashiro D, Alder SC. Improving quality of life of children with oral clefts: perspectives of parents. *J Craniofac Surg.* 2010, 21:1358-64.

36. Yazdy MM, Honein MA, Rasmussen SA, Frias J L. Priorities for future public health research in orofacial clefts. *Cleft Palate Craniofac J.* 2007,44:351-7.

Πίνακας: Κύρια Στοιχεία των μελετών που περιλήφθηκαν στην ανασκόπηση.*				
ΕΤΟΣ	ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΔΕΙΓΜΑ	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
2007	Damiano et al. ¹¹	104 παιδιά (2–12 ετών) με μη συνδρομικές οχιστίες	Συγκριτική μελέτη Τηλεφωνικές συνεντεύξεις Ερωτηματολόγιο Pediatric Quality of Life Inventory	- Λιγότερα προβλήματα στην ομιλία: καλύτερη συνολική ποιότητα ζωής - Παιδιά 2–7 ετών με οχιστία χείλους: καλύτερη ποιότητα ζωής από εκείνα με οχιστία υπερώας - Ομιλία και εμφάνιση παίζουν όλο και πιο σημαντικό ρόλο καθώς το παιδί μεγαλώνει
2008	Kramer et al. ²¹	175 παιδιά (5-6 ετών) με οχιστία	Συγχρονική μελέτη Ερωτηματολόγιο KINDL*	- Χαμηλότερες βαθμολογίες σχετικά με την αυτοεκτίμησή τους - Καλύτερα αποτελέσματα από αυτά που περίμεναν οι φροντιστές τους
2009	Kramer et al. ²²	170 οικογένειες με παιδιά (8-12 ετών) με μη συνδρομική οχιστία	Συγχρονική μελέτη Ερωτηματολόγιο	- Καλή ποιότητα ζωής - Χαμηλότερες βαθμολογίες όσον αφορά την οικογένεια και τους φίλους - Αγόρια: χαμηλότερη ποιότητα ζωής, ειδικά όσον σχετικά με ψυχική υγεία, οικογένεια, φίλους, αυτοπεποίθηση
2010	Stone et al. ³³	Γονείς παιδιών (1-18 ετών) με οχιστίες	Ποιοτική μελέτη με ομάδες εστίασης Ερωτηματολόγια Pediatric Quality of Life Inventory Child Oral Health Quality of Life Child Perceptions	- Ψυχοκοινωνική επίδραση: προσωπικότητα του παιδιού

Συνέχεια στην επόμενη σελίδα

ΕΤΟΣ	ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΔΕΙΓΜΑ	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
2011	Bos and Prah ¹⁹	122 παιδιά (8–15 ετών) με οχιστία και οι γονείς τους	Συγκριτική μελέτη Σύγκριση ανά ηλικία, φύλο, είδος οχιστίας Ερωτηματολόγιο COHIP*, λειτουργικότητα, συμπτώματα, συναισθηματική ευεξία	- Γονείς: δεν αντικαθιστούν τις εκτιμήσεις των παιδιών - Καμία διαφορά ανάμεσα σε αγόρια και κορίτσια - Παιδιά με οχιστία χείλους: καλύτερη λειτουργική ευεξία - Παιδιά >12 ετών: χαμηλότερη συναισθηματική ευεξία και περισσότερα στοματικά συμπτώματα
2012	Broder et al. ²⁹	839 παιδιά και έφηβοι με οχιστία	Συγχρονική μελέτη Ερωτηματολόγιο COHIP* Κοινωνικο-οικονομικά στοιχεία	- Παιδιά χωρίς ασφάλιση υγείας και από μειονότητες: χαμηλότερη ποιότητα ζωής και περισσότερες συστάσεις για χειρουργείο - Παιδιά με οχιστία: χαμηλότερη ποιότητα ζωής και ανεκπλήρωτες ανάγκες φροντίδας
2013	Ward et al. ¹⁴	75 παιδιά με οχιστία χείλους και/ή υπερώας (13 έτη) και οι φροντιστές τους, και 75 υγιή παιδιά (13,9 έτη)	Συγχρονική μελέτη Ερωτηματολόγιο COHIP*	- Παιδιά με οχιστίες: χαμηλότερη ποιότητα ζωής σχετικά με τη στοματική υγεία, λειτουργική ευεξία, κοινωνικο-συναισθηματική ευεξία - Μεγαλύτερη αρνητική επίδραση στα 15–18 έτη - Καμία διαφορά ανάμεσα στις απαντήσεις των παιδιών και των φροντιστών τους
2013	Tannure et al. ¹⁷	70 παιδιά (5–12 ετών), 35 με μη-συνδρομική οχιστία χείλους και/ή υπερώας, 35 υγιή	Συγκριτική μελέτη Ερωτηματολόγιο AUQEI*	- Καμία διαφορά στην ποιότητα ζωής μεταξύ παιδιών με οχιστία και χωρίς - Παιδιά με οχιστία χείλους και υπερώας: χαμηλότερη ποιότητα ζωής συγκριτικά με οχιστία χείλους/υπερώας - Φύλο: καμία επίδραση - Πρώιμη χειρουργική αποκατάσταση και ψυχολογική υποστήριξη: βελτίωση ποιότητας ζωής
2013	Eslami et al. ⁵	50 παιδιά (8-15 ετών)	Κλινική μελέτη Ερωτηματολόγιο COHIP*	- Καλή ποιότητα ζωής - Κορίτσια: αρνητική επίδραση στη συναισθηματική ευεξία και κοινωνική αλληλεπίδραση
2015	Antoun et al. ²³	83 παιδιά, 30 με σοβαρές ανωμαλίες σύγκλεισης, 24 με οχιστία χείλους/και υπερώας, 29 με σοβαρές σκελετικές ανωμαλίες που απαιτούσαν ορθογναθική χειρουργική επέμβαση και ορθοδοντική θεραπεία	Κλινική μελέτη Ερωτηματολόγιο Oral Health Impact Profile πριν και μετά την ορθοδοντική θεραπεία	- Χειρουργημένα άτομα: καλύτερη ποιότητα ζωής σχετικά με την ψυχολογική δυσφορία και αναπηρία, το σωματικό πόνο - Φύλο και ηλικία: καμία επίδραση
2016	Cook et al. ²⁴	79 παιδιά (4-10 ετών) με μη συνδρομική οχιστία και μια υποομάδα 23 παιδιών	Αναδρομική μελέτη Ιατρικά διαγράμματα της κρανιοπροσωπικής ομάδας και οδοντιατρικά αρχεία	- Υψηλότερη συχνότητα τερηδόνας: χαμηλότερη ποιότητα ζωής - Παιδιά 8-10 ετών: αρνητική συμπεριφορά συσχετίστηκε με χαμηλότερη ποιότητα ζωής
2017	Sundell et al. ¹⁶	137 παιδιά (5 και 10 ετών) με οχιστία χείλους/υπερώας και 305 υγιή	Συγκριτική μελέτη Ανάλυση ανά ηλικία, φύλο, τύπο οχιστίας Ερωτηματολόγιο KIDSCREEN-52	- Παιδιά με οχιστία: φυσιολογική ή καλύτερη από το μέσο όρο ποιότητα ζωής - Παιδιά 10 ετών με οχιστία: λιγότερη υποστήριξη από συνομηλίκους - Τύπος οχιστίας, φύλο: καμία επίδραση
2018	Zeraatkar et al. ²⁸	55 παιδιά (2–5 ετών) με οχιστία χείλους/υπερώας και 55 υγιή παιδιά	Τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη Ερωτηματολόγιο F-ECOHIS* Επίδραση στο παιδί και στην οικογένεια, συμπλήρωση από τους γονείς	- Παιδιά με οχιστία: χαμηλότερη ποιότητα ζωής - Φύλο: καμία επίδραση - Παιδιά με αμφοτερόπλευρη οχιστία: χειρότερη ποιότητα ζωής από τα παιδιά με μονόπλευρη - Ανάγκη για πολυπαραγοντική υποστήριξη ακόμα και μετά τη θεραπεία

Συνέχεια στην επόμενη σελίδα

ΕΤΟΣ	ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΔΕΙΓΜΑ	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
2018	Abebe et al. ⁶	41 παιδιά (8–17 ετών) με οχιστία και οι γονείς τους	Κλινική μελέτη Ερωτηματολόγιο COHIP* για παιδιά και γονείς	- Καλή ποιότητα ζωής για παιδιά και γονείς, παρόμοια με αυτή άλλων διεθνών πληθυσμών
2018	Nichols et al. ⁷	57 ασθενείς, τυπικοί με σοβαρές ανωμαλίες σύγκλεισης, με μη συνδρομικές οχιστίες που απαιτούσαν ορθοδοντική θεραπεία, με υποκείμενες σκελετικές ανωμαλίες που απαιτούσαν ορθοδοντική θεραπεία και ορθογναθική χειρουργική επέμβαση	Ερωτηματολόγιο Oral Health Impact (OHIP-14), αντιληπτή ελκυστικότητα του προσώπου και ανάγκη για περαιτέρω θεραπεία	- Άτομα με οχιστία: χαμηλότερη ποιότητα ζωής στον ψυχολογικό και κοινωνικό τομέα. - Μετά τη θεραπεία: αξιολόγηση της στοματικής υγείας ως πολύ καλή ή καλή και βελτίωση ποιότητας ζωής
2018	Ajami et al. ⁸	50 παιδιά (8-15 ετών) με οχιστία χείλους ή/και υπερώας	Συγχρονική μελέτη Ερωτηματολόγιο DS14* και COHIP*	- Φύλο: επίδραση στη συναισθηματική ευημερία - Ηλικία: καμία επίδραση - Τύπος D προσωπικότητας: χαμηλότερη ποιότητα ζωής, σχετική με στοματική υγεία, συναισθηματική ευημερία, σχολείο, αλληλεπίδραση με συνομηλίκους, λειτουργικότητα
2018	Rando et al. ¹²	121 παιδιά (2-6 ετών): 75 με οχιστία χείλους και υπερώας και 46 υγιή	Συγχρονική μελέτη Ερωτηματολόγιο Early Childhood Oral Health Impact Scale για τους γονείς	- Παιδιά με οχιστία: χαμηλότερη ποιότητα ζωής σχετική με κατανάλωση ορισμένων τροφίμων, οδοντικά προβλήματα, ζεστά ή κρύα ερεθίσματα, σχολείο, ομιλία, καθημερινές δραστηριότητες
2018	Wong Riff et al. ¹⁷	136 άτομα από χώρες υψηλού εισοδήματος (6-22 και από χώρες μέτρου και χαμηλού εισοδήματος (0-70 ετών)	Πολυκεντρική μελέτη Συνεντεύξεις	- Πρώιμη εφηβεία: bullying, ικανοποίηση με τη θεραπεία με την πάροδο του χρόνου - Χώρες υψηλού εισοδήματος: εμφάνιση προσώπου - Χώρες μεσαίου/χαμηλού εισοδήματος: λειτουργία προσώπου - Ασθενείς με οχιστία: λύπη, θυμός, φόβος, ανησυχία, ντροπή, κοινωνικές δυσκολίες, δυσκολία στην ομιλία, μάσηση, σπανιότερα προβλήματα αναπνευστικά, ακοής και πόνου. αλλά βελτίωση της αυτοπεποίθησης μετά τη θεραπεία
2019	Nagappan et al. ¹³	160 παιδιά, 80 με οχιστία και 80 χωρίς	Συγχρονική συγκριτική μελέτη DMFT* Ερωτηματολόγιο COHIP*	- Παιδιά χωρίς οχιστία: περισσότερη τερηδόνα - Παιδιά με οχιστία: χειρότερη ποιότητα ζωής σχετική με τη στοματική υγεία, με μεγαλύτερο ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο
2021	Isiekwe et al. ²⁵	107 παιδιά (3–12 ετών), 53 με χειρουργικά αποκατεστημένη οχιστία χείλους/υπερώας και 54 χωρίς υγιή	Συγκριτική μελέτη Ερωτηματολόγιο σε γονείς/ κηδεμόνες για στοματικές συνήθειες παιδιών	- Παιδιά με οχιστία: υψηλότερη συχνότητα σε απομίσση χειλιών και βρυγμό, συνήθειες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής
2021	Ali et al. ²⁶	75 παιδιά (8-16 ετών) με οχιστία	Συγχρονική μελέτη Ερωτηματολόγιο COHIP* για τα παιδιά και τους γονείς τους	- Παιδιά και γονείς: καλή ποιότητα ζωής - Παιδιά: χαμηλότερη ποιότητα από τους γονείς σχετικά με τη στοματική υγεία, λειτουργικότητα, κοινωνικότητα, σχολείο, αυτο-εικόνα.
2022	Ahmed et al. ²⁷	80 παιδιά (6–18 ετών)	Συγχρονική μελέτη Ερωτηματολόγιο CLEFT	- Τύπος οχιστίας: επηρεάζει σημαντικά την κοινωνική και ψυχολογική λειτουργία - Εκπαίδευση: καμία επίδραση

ΕΤΟΣ	ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΔΕΙΓΜΑ	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
2022	Defabianis et al. ¹⁵	71 παιδιά και έφηβοι (8–18 ετών) με οχιστία χείλους και/ή υπερώας, και 71 υγιή παιδιά	Συγχρονική μελέτη Ερωτηματολόγιο COHIP* Μεταβλητές: φύλο, ηλικία, τύπος οχιστίας, χειρουργικό πρωτόκολλο	- Άτομα με οχιστία: σημαντικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής σχετική με τη στοματική υγεία - 12–18 ετών: μεγαλύτερη επίδραση στην αυτοεικόνα - Φύλο, τύπος οχιστίας, χειρουργικό πρωτόκολλο: καμία επίδραση
2022	Opris et al. ⁹	40 γονείς ασθενών (1-26 ετών) με μη συνδρομική οχιστία χείλους ή/και υπερώας	Αναδρομική μελέτη Ερωτηματολόγιο	- Βελτίωση ποιότητας ζωής μετά τη χειρουργική επέμβαση σχετικά με την κοινωνική ζωή, την αντιμετώπιση της κατάστασης και τις οικογενειακές σχέσεις
2024	Saele et al. ¹⁸	122 ασθενείς (16 ετών) με οχιστία χείλους και/ή υπερώας	Συγχρονική μελέτη Κλινική αξιολόγηση ορθοδοντικών δεικτών Ψηφιακό ερωτηματολόγιο COHIP-14*	- Παιδιά με πιο σοβαρές μορφές οχιστίας: πιο σοβαρά ορθοδοντικά προβλήματα - 8/10 παιδιά: η οχιστία επηρεάζει την καθημερινότητά τους και κυρίως την ψυχολογία και την ομιλία - Κακή συγκλεισιακή σχέση (ANB < 0°): σημαντική σύνδεση με χαμηλότερη ποιότητα ζωής - Φύλο, τόπος διαμονής, εκπαιδευτικές προσδοκίες: καμία επίδραση
2025	Tahmasebi et al. ¹⁰	36 νήπια (18–36 μηνών) με στοματικές οχιστίες και 36 υγιή νήπια	Συγχρονική μελέτη Ερωτηματολόγιο TAPQoL* από γονείς	- Νήπια με οχιστίες: καλύτερη συνολική ποιότητα ζωής σχετική με κοινωνική, γνωστική και συναισθηματική λειτουργία - Καμία διαφορά στη σωματική λειτουργία - Συμμετοχή των παιδιών σε διεπιστημονικές ομάδες φροντίδας: βοηθά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής

*Συντομογραφίες: **KINDL**: Kinder Lebensqualität fragebogen, **COHIP**: Child Oral Health Impact Profile, **AUQEI**: Autoquestionnaire Qualité de Vie Infant Imagé, **F-ECOHS**: Early Childhood Oral Health Impact Scale, **DS14**: 14-item Type D Scale, **DMFT**: Decayed, Missing, and Filled Permanent Teeth, **TAPQoL**: TNO-AZL Preschool Children Quality of Life

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Η καταγραφή της ουδέτερης ζώνης στην αποκατάσταση ατροφικής κάτω γνάθου: Παρουσίαση περιστατικού

Ε.Α. ΚΩΣΤΟΥΛΑΣ¹, Ι. ΚΩΣΤΟΥΛΑΣ²

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αποκατάσταση νωδών ασθενών με έντονη απορρόφηση της φατνιακής ακρολοφίας της κάτω γνάθου αποτελεί πρόκληση για την Προσθετική. Η τεχνική της «ουδέτερης ζώνης» βασίζεται στην τοποθέτηση των δοντιών στον χώρο μυϊκής ισορροπίας, εξασφαλίζοντας σταθερότητα μέσω του νευρομυϊκού ελέγχου.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Ασθενής 84 ετών, ολικά νωδός, προσήλθε με αδυναμία χρήσης της κάτω οδοντοστοιχίας λόγω αστάθειας. Η κλινική εξέταση αποκάλυψε επίπεδη/κοίλη υπολειμματική φατνιακή ακρολοφία (κατηγορία Atwood V-VI). Αποφασίστηκε η κατασκευή νέων οδοντοστοιχιών με την τεχνική της «ουδέτερης ζώνης». Χρησιμοποιήθηκε υλικό μαλακής επίστρωσης οδοντοστοιχιών για τη λειτουργική καταγραφή του «νεκρού χώρου» (πιεζογραφία), βάσει του οποίου συντάχθηκαν τα δόντια. Το αποτέλεσμα προσέφερε άριστη συγκράτηση και λειτουργικότητα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η τεχνική της «ουδέτερης ζώνης», παρ' ότι απαιτητική σε χρόνο, αποτελεί θεραπεία εκλογής σε περιπτώσεις σοβαρής ατροφίας, όπου οι συμβατικές μέθοδοι αδυνατούν να προσφέρουν σταθερότητα. Η εναρμόνιση της οδοντοστοιχίας με το μυϊκό περιβάλλον είναι καθοριστική για την επιτυχία.

Όροι ευρετηρίασης: Οδοντιατρική πρόθεση, ολική οδοντοστοιχία, συγκράτηση οδοντοστοιχίας, τεχνική οδοντιατρικής αποτύπωσης

¹ Χειρουργός Οδοντίατρος, ιδιωτικό ιατρείο Αθήνα, Ελλάδα

² Χειρουργός Οδοντίατρος, Προσθετολόγος, MSc, Επιστημονικός Συνεργάτης, Τομέας Προσθετικής, Οδοντιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

CASE REPORT

Neutral zone registration in the rehabilitation of the atrophic mandible: A case report

E.A. KOSTOULAS¹, I. KOSTOULAS²

ABSTRACT

INTRODUCTION: The rehabilitation of edentulous patients with severe resorption of the mandibular alveolar ridge constitutes a challenge in Prosthodontics. The "neutral zone" technique is based on positioning the teeth within the area of muscular equilibrium, ensuring stability through neuromuscular control.

CASE PRESENTATION: An 84-years-old patient, fully edentulous, presented with an inability to use his mandibular denture due to instability. Clinical examination revealed a flat/concave residual alveolar ridge (Atwood V-VI category). The decision was made to fabricate new dentures utilizing the "neutral zone" technique. A tissue conditioning material was used for the functional recording of the "dead space" (piezography), based on which the teeth setup was performed. The result provided excellent retention and functionality.

CONCLUSIONS: The "neutral zone" technique, although time-consuming, represents the treatment of choice in cases of severe atrophy where conventional methods fail to provide stability. The harmonization of the denture with the muscular environment is critical for success.

Key words: Dental prosthesis, complete denture, denture retention, dental impression technique

¹ DDS, Private Practice, Athens, Greece

² DDS, MSc, Prosthodontist, Scientific Associate, Department of Prosthodontics, School of Dentistry, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

Υπεύθυνος Επικοινωνίας

Ευάγγελος Αντώνιος Κωστούλας
Τηλ: 6949960016
e-mail: iekostoulas@gmail.com

Correspondence

Evangelos Antonios Kostoulas
Tel: 6949960016
e-mail: iekostoulas@gmail.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αποκατάσταση του νωδού ασθενούς με έντονη απορρόφηση της φατνιακής ακρολοφίας αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις στη σύγχρονη Προσθητική. Η καταγραφή της «ουδέτερης ζώνης» (Neutral Zone registration) αναφέρεται στην κλινική τεχνική αποτύπωσης του δυναμικού χώρου εντός της στοματικής κοιλότητας, όπου οι δυνάμεις που ασκούνται εσωτερικά από τη γλώσσα και εξωτερικά από τις παρειές και τα χείλη (περιστοματικοί μύες) βρίσκονται σε ισορροπία. Ο χώρος αυτός, γνωστός και ως «νεκρός χώρος» (dead space), περιγράφηκε αρχικά από τον Sir Wilfred Fish (1948), ο οποίος τόνισε ότι η επιτυχία μιας οδοντοστοιχίας εξαρτάται από την τοποθέτηση των δοντιών σε μια θέση μυϊκής ουδετερότητας.¹ Η τεχνική αποτύπωσής της όμως περιγράφηκε πολύ αργότερα από τους Lynch και Allen το 2006.³

Σε αντίθεση με τις συμβατικές τεχνικές που βασίζονται σε στατικά ανατομικά σημεία της ακρολοφίας, η τεχνική της «ουδέτερης ζώνης» αναγνωρίζει ότι η περιοχή αυτή δεν είναι σταθερή, αλλά μεταβάλλεται ανάλογα με τον μυϊκό τόνο, την ηλικία και τη λειτουργία του κάθε ασθενούς.^{2,3} Η θεμελιώδης αρχή της μεθόδου είναι η επίτευξη «μηχανικής αρμονίας»: η οδοντοστοιχία διαμορφώνεται έτσι, ώστε οι μυϊκές δυνάμεις κατά την κατάποση, την ομιλία και τη μάσηση να λειτουργούν ως δυνάμεις σταθεροποίησης και όχι αποσταθεροποίησης. Όταν τα δόντια τοποθετούνται εκτός αυτής της ζώνης, η μυϊκή δραστηριότητα οδηγεί αναπόφευκτα σε μετατόπιση της πρόθεσης, πόνο, έκπτωση της μαστικής λειτουργίας και ψυχολογική απογοήτευση του ασθενούς.⁴

Η συγκεκριμένη τεχνική ενδείκνυται ιδιαίτερα σε περιπτώσεις έντονα απορροφημένης φατνιακής ακρολοφίας (κατηγορία Atwood V-VI), όπου η συγκράτηση εξαρτάται αποκλειστικά από τον νευρομυϊκό έλεγχο,³⁻⁵ καθώς και σε ασθενείς με ιστορικό αποτυχημένων οδοντοστοιχιών λόγω λανθασμένης τοποθέτησης των δοντιών.⁴ Επίσης, αποτελεί λύση σε ασθενείς με διαταραχές μυϊκού ελέγχου (π.χ. νόσος Parkinson), μακρογλωσσία ή μεταχειρουργικά ελλείμματα, όπου τα συμβατικά οδηγία σημεία δεν υφίστανται.³

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού αποκατάστασης ατροφικής κάτω γνάθου με την εφαρμογή της τεχνικής της «ουδέτερης ζώνης».

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ασθενής άρρεν, 84 ετών, ολικά νωδός για διάστημα άνω των 20 ετών, προσήλθε με κύριο αίτημα την αδυναμία χρήσης των υπάρχουσών οδοντοστοιχιών του. Το ιστορικό του περιελάμβανε πολλαπλές αποτυχημένες απόπειρες προσθητικής αποκατάστασης, με κύρια προβλήματα τη συνεχή αστάθεια της κάτω οδοντοστοιχίας κατά την ομιλία και τη μάσηση, καθώς και πόνο στους βλεννογόνους. Ο ασθενής ενημερώθηκε για τη χρησιμοποίηση των στοιχείων του για ερευνητικούς/εκπαιδευτικούς σκοπούς και παρείχε την έγγραφη συγκατάθεσή του.

Η εξωστοματική εξέταση (Εικ. 1) έδειξε χαρακτηριστικά γηραμένου προσώπου με απώλεια κάθετης διάστασης σύγκλεισης και

πτώση των γωνιών του στόματος. Η ενδοστοματική κλινική εξέταση (Εικ. 2) και ο ακτινογραφικός έλεγχος αποκάλυψαν μια εξαιρετικά ατροφική φατνιακή ακρολοφία στην κάτω γνάθο (κατηγορίας Atwood V-VI). Η ακρολοφία ήταν επίπεδη και σε ορισμένες περιοχές κοίλη, με τις μυϊκές καταφύσεις να βρίσκονται στο ίδιο επίπεδο με την κορυφή της ακρολοφίας.

Δεδομένης της παντελούς έλλειψης ευνοϊκών ανατομικών συνθηκών για μηχανική συγκράτηση, αποφασίστηκε η κατασκευή νέων ολικών οδοντοστοιχιών με την εφαρμογή της τεχνικής της Ουδέτερης Ζώνης.



Εικόνα 1: Αρχική εξωστοματική εικόνα του ασθενούς με εμφανή σημεία γήρανσης και απώλειας κάθετης διάστασης.



Εικόνα 2: Ενδοστοματική άποψη της κάτω γνάθου. Παρατηρείται εικόνα ακραίας απορρόφησης της φατνιακής ακρολοφίας (επίπεδη/κοίλη).

ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Ελήφθησαν αρχικά αποτυπώματα με αλγινικό υδροκολλοειδές (άνω γνάθος) και θερμοπλαστικό αποτυπωτικό υλικό (κάτω γνάθος). Κατασκευάστηκαν ατομικά δισκάρια και ακολούθησε λειτουργική διαμόρφωση ορίων (border molding) και τελική αποτύπωση με θερμοπλαστικό και πολυαιθέρα (τεχνική all green) (Εικ. 3, 4). Στη συνέχεια, κατασκευάστηκαν κέρινα ύψη για την καταγραφή της Κεντρικής Σχέσης και της Κάθετης Διάστασης Σύγκλεισης (Εικ. 5, 6).

Για την καταγραφή της Ουδέτερης Ζώνης στην κάτω γνάθο, κατασκευάστηκε σταθερή ακρυλική βάση με μεταλλικά άγκιστρα (loops) για τη συγκράτηση του υλικού (Εικ. 7). Ως υλικό καταγραφής επιλέχθηκε υλικό προσωρινής μαλακής επίστρωσης οδοντο-



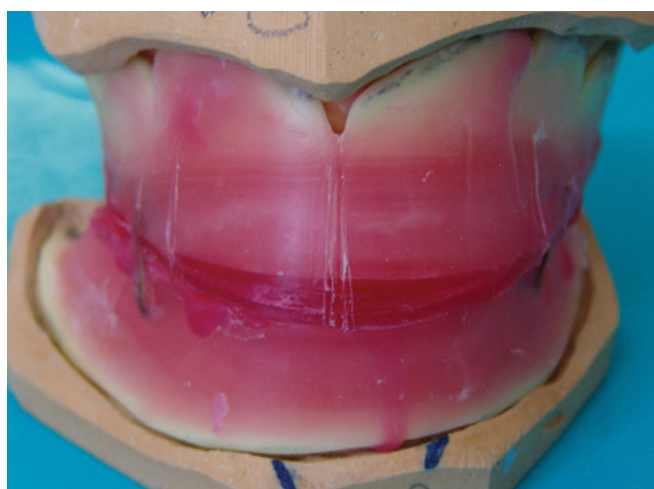
Εικόνα 3: Ατομικό διακόριο μετά την λειτουργική διαμόρφωση.



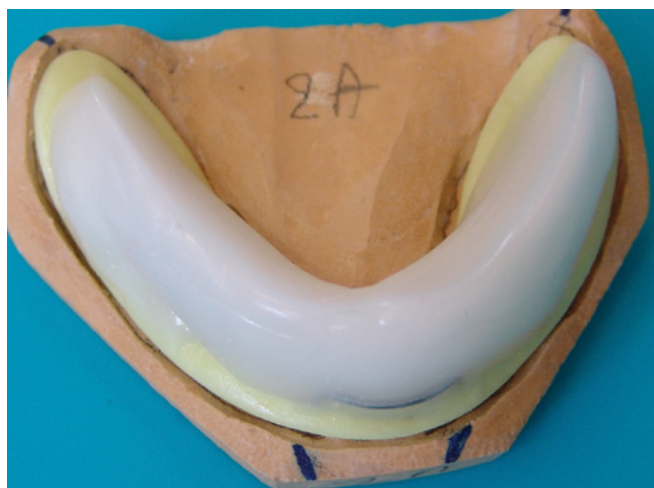
Εικόνα 4: Τελικό αποτύπωμα κάτω γνάθου.



Εικόνα 5 και 6: Κέρινα ύψη καταγραφών.



Εικόνα 7: Βάση καταγραφής με μεταλλικά άγκιστρα (loops).



Εικόνα 8: Τελική καταγραφή. Διακρίνεται η στενότητα της ουδέτερης ζώνης.

στοιχείων λόγω της πλαστικότητάς του. Το υλικό αναμείχθηκε σε παχύρρευστη σύσταση, τοποθετήθηκε στη βάση και εισήχθη στο στόμα. Ζητήθηκε από τον ασθενή να εκτελεί λειτουργικές κινήσεις (κατάποση, προφορά φωνηέντων «Ο» και «Ε», κινήσεις χειλιών και γλώσσας) για 5-10 min, μέχρι την πήξη του υλικού. Η καταγραφή αποκάλυψε με ακρίβεια την «ουδέτερη ζώνη», η οποία εμφανίστηκε ιδιαίτερα στενή στην περιοχή των προγομφίων και γομφίων (Εικ. 8).

Στο εργαστήριο, η μορφή της «ουδέτερης ζώνης» επενδύθηκε με σιλκόννη για τη δημιουργία κλειδιών (indices) και το υλικό αντικαταστάθηκε με κερί για κατασκευή του νέου κέρινου ύψους. Τα δόντια συντάχθηκαν αυστηρά εντός των ορίων που καθόρισαν τα νέα κέρινα ύψη. Οι οδοντοστοιχίες ολοκληρώθηκαν και παραδόθηκαν. Κατά τον επανέλεγχο, η κάτω οδοντοστοιχία παρουσίασε πολύ καλή σταθερότητα, ενώ ο ασθενής ανέφερε σημαντική βελτίωση στη μάσηση και την ομιλία.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η επιτυχής έκβαση της προσθετικής αποκατάστασης στον ασθενή που παρουσιάζεται επιβεβαιώνει ότι σε περιπτώσεις ακραίας απορρόφησης της κάτω γνάθου, η σταθερότητα της οδοντοστοιχίας εξαρτάται σε μέγιστο βαθμό από τον νευρομυϊκό έλεγχο.⁶ Η αξία της τεχνικής αναδεικνύεται από τη σύγκριση με τις συμβατικές μεθόδους. Η συμβατική διδασκαλία υπαγορεύει την τοποθέτηση των οπισθίων δοντιών επί της κορυφής της φατνιακής ακρολοφίας, με τις οβελιαίες αύλακες των οπισθίων δοντιών επάνω στις γραμμές κατεύθυνσης. Ωστόσο, όπως φαίνεται στην Εικ. 9, σε έντονα απορροφημένους γνάθους υπάρχει συχνά δραματική απόκλιση μεταξύ της ανατομικής θέσης της ακρολοφίας και των γραμμών κατεύθυνσης (κόκκινες γραμμές) και του πραγματικού λειτουργικού χώρου (μπλε ζώνη).

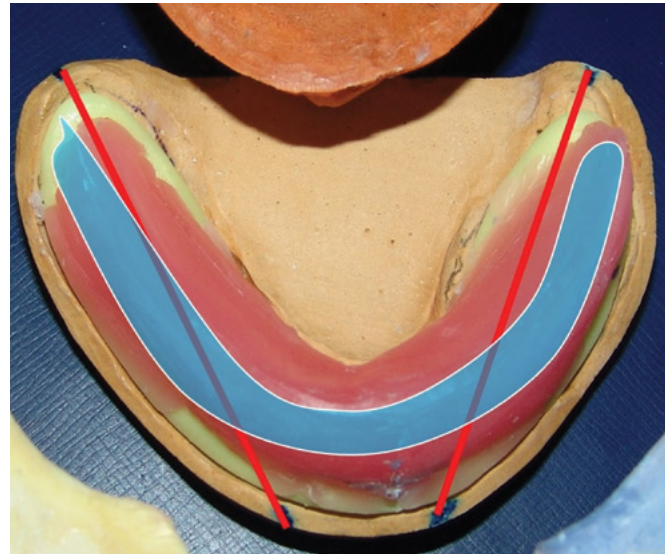
Στο περιστατικό, που παρουσιάζεται, φαίνεται πως στην οπίσθια περιοχή, γραμμές κατεύθυνσης βρίσκονται σημαντικά πιο γλωσσικά (προς τα μέσα) σε σχέση με τον ουδέτερο χώρο. Εάν τα δόντια συντάσσονταν συμβατικά πάνω στις κόκκινες γραμμές, θα εισέρχονταν στον χώρο δράσης της γλώσσας, οδηγώντας σε άμεση εκτόπιση της οδοντοστοιχίας κατά τη διάνοιξη του στόματος ή τη μάσηση. Αντιθέτως, η καταγραφή με το υλικό μαλακής επίστρωσης οδοντοστοιχιών οριοθέτησε τον ασφαλή «ουδέτερο χώρο» (μπλε ζώνη), όπου οι δυνάμεις εξισορροπούνται.

Σημειωτέον ότι για την βέλτιστη καταγραφή της «ουδέτερης ζώνης», η βάση οφείλει να έχει ορθές επεκτάσεις πτερυγίων, τόσο παρειακά όσο και γλωσσικά, αποτέλεσμα σχολαστικής περιφερικής και τελικής αποτύπωσης.

Συνεπώς, η τεχνική της «ουδέτερης ζώνης» δεν αποτελεί απλώς μια εναλλακτική μέθοδο αποτύπωσης, αλλά μια θεμελιωδώς διαφορετική φιλοσοφία προσέγγισης. Σε γηριατρικούς ασθενείς με σοβαρή ατροφία, η εμμονή στους στατικούς ανατομικούς οδηγούς οδηγεί συχνά σε «μυϊκή σύγκρουση» και αποτυχία. Η προτεραιότητα πρέπει να δίνεται στη λειτουργική αρμονία, ακόμη και αν αυτό απαιτεί συμβιβασμούς στην κλασική θέση των δοντιών, εξασφαλίζοντας έτσι τη βέλτιστη σταθερότητα και άνεση για τον ασθενή.⁸

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η τεχνική της «ουδέτερης ζώνης» αποτελεί μονόδρομο για την επιτυχημένη αποκατάσταση έντονα απορροφημένων γνάθων. Η τοποθέτηση των δοντιών βάσει ανατομικών οδηγιών σε ατροφικές γνάθους οδηγεί συχνά σε αποτυχία, καθώς παραβλέπει τη μυϊκή λειτουργία. Παρ' ότι απαιτεί αυξημένο κλινικό και εργαστηριακό χρόνο, η τεχνική προσφέρει στους ασθενείς σημαντικά βελτιωμένη συγκράτηση, άνεση και ποιότητα ζωής.



Εικόνα 9: Συγκριτική απεικόνιση στο εκμαγείο εργασίας. Οι κόκκινες γραμμές δείχνουν τις γραμμές κατεύθυνσης (συμβατικός οδηγός τοποθέτησης δοντιών), ενώ η μπλε ζώνη αναπαριστά την καταγεγραμμένη ουδέτερη ζώνη. Διαπιστώνεται η σημαντική απόκλιση στην οπίσθια περιοχή, όπου η ακρολοφία βρίσκεται πολύ πιο γλωσσικά από τον λειτουργικό χώρο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Fish EW. Principles of Full Denture Prosthesis. 4th ed. London: Staple Press; 1948.
2. Beresin VE, Schiesser FJ. The neutral zone in complete dentures. J Prosthet Dent 1976; 36: 356-364.
3. Gahan MJ, Walmsley AD. The neutral zone impression technique in complete dentures. Br Dent J 2005; 198: 269-272.
4. Cayea D. The neutral zone impression technique. J Prosthet Dent 1987; 57: 496-500.
5. Rehmann P, Zengin M, Wostmann B. Retention and stability of complete dentures converted to the neutral zone technique: a randomized controlled trial. J Prosthet Dent 2016; 115: 42-47.
6. Afroz S, et al. A Neutral Zone Technique for Severe Atrophic Mandibular Ridge. Int J Oral Health Med Res 2012; 5: 82-84.
7. Makzoum JE. Morphologic features of the neutral zone in edentulous patients. J Prosthet Dent 2004; 92: 42-44.
8. Lynch CD, Allen PF. Overcoming the unstable mandibular complete denture: the neutral zone impression technique. Dent Update. 2006;33(1):21-26. doi:10.12968/denu.2006.33.1.21

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΘΕΜΑ

Άμεσες (προσωρινές) κινητές ολικές οδοντοστοιχίες: Κλινικές τεχνικές

A. ΒΑΣΙΛΑΣ¹, A. ΕΦΡΑΙΜΙΔΟΥ²**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Οι σύγχρονες κοινωνικές συνθήκες επιβάλλουν την παρουσία δοντιών στο στόμα. Ασθενείς με ιδιαίτερα επιβαρυνόμενη οδοντοφυΐα που πρόκειται να εξαχθεί μπορούν να ευεργετηθούν από την κατασκευή άμεσων (προσωρινών) κινητών οδοντικών προσθέσεων και να συνεχίσουν απρόσκοπτα την καθημερινότητά τους, χωρίς να υφίστανται τους περιορισμούς, την ταλαιπωρία και το κόστος άμεσων επιεμφυτευματικών προσθέσεων. Ανάλογα με την προϋπάρχουσα κατάσταση, παρουσιάζονται διαφορετικές τεχνικές κατασκευής κινητών άμεσων (προσωρινών) ολικών οδοντοστοιχιών, για πολλές από τις οποίες δεν χρειάζεται η συνεργασία με οδοντοτεχνικό εργαστήριο.

HANDS-ON CASE

Immediate (provisional) removable complete dentures: Chairside techniques

A. VASILAS¹, A. EFRAIMIDOU²**ABSTRACT**

It is nowadays socially unacceptable to present oneself edentulous. Dental patients with terminal dentition can benefit from an immediate removable dental prosthesis and continue their normal daily life, avoiding the shortcomings, the morbidity and the cost of an immediate implant supported dental prosthesis. Different fabrication techniques for immediate removable (interim) complete dentures are presented, most of which do not necessitate the collaboration with a dental laboratory.

Όροι ευρετηριάσεως: άμεσες κινητές ολικές οδοντοστοιχίες, τεχνικές**Key words:** immediate removable complete dentures techniques¹ Οδοντίατρος – Προσθετολόγος, M.S., ιδιωτικό ιατρείο² Φοιτήτρια Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ¹ DDS, Certificate in Prosthodontics, M.S., Private practice² Student, University of Athens School of Dentistry, Greece**Υπεύθυνος Επικοινωνίας**

Αθανάσιος Βασίλας

Τηλ: 2107223841

e-mail: vasilasdental@gmail.com

Correspondence

Athanasios Vasilas

Tel: +30 2107223841

e-mail: vasilasdental@gmail.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μετάβαση από ενόδοντη κατάσταση σε νωδότητα είναι συνήθως ιδιαίτερη πρόκληση τόσο για τον οδοντίατρο ασθενή, ψυχολογικά, αισθητικά και λειτουργικά, όσο και για τον θεράποντα οδοντίατρο.¹ Οι άμεσες κινητές ολικές οδοντοστοιχίες (ΑΟΟ) παρέχουν τη δυνατότητα μετάβασης από κατάσταση με φυσικά δόντια [ενίστε με τη συνύπαρξη κινητής μερικής οδοντοστοιχίας (ΜΟ)] σε ανοδοντία στην ίδια συνεδρία. Έτσι ο ασθενής δεν φεύγει από το οδοντιατρείο χωρίς δόντια και μπορεί απρόσκοπτα να συνεχίσει την καθημερινότητά του. Όσο «άμεση» κι αν χαρακτηρίζεται, η όλη διαδικασία απαιτεί χρόνο, φροντίδα, ικανότητα και κρίση από τον θεράποντα και εκτείνεται σε μια περίοδο αρκετών εβδομάδων παροχής υπηρεσιών ενημέρωσης, συντήρησης και υποστήριξης.²

Ως άμεση (immediate) ορίζεται μια οδοντοστοιχία (κινητή ή ακίνητη) που τοποθετείται αμέσως μετά την αφαίρεση δοντιών.

Ως προσωρινή (interim, provisional) ορίζεται μια οδοντική πρόσθεση (ολική ή μερική) που θα εξυπηρετήσει την αισθητική, τη σταθεροποίηση και τις λειτουργικές ανάγκες του ασθενούς για περιορισμένο χρονικό διάστημα, μετά από το οποίο αντικαθίσταται από τελική προσθετική εργασία.

Ως τελική (definitive) ορίζεται μια οδοντική προσθετική εργασία που προορίζεται για μακροχρόνια χρήση.³

Καθώς με την άμεση ολική (ΑΟ) οδοντοστοιχία η προ- και μετ-εγχειρητική **αισθητική** είναι συνήθως παρόμοια, το περιβάλλον του ασθενούς δεν καταλαβαίνει τη διαφορά. Ο ασθενής αισθάνεται ασφαλής και ο οδοντίατρος κερδίζει άμεσα την εμπιστοσύνη του. Η επίδραση στην **ομιλία** του είναι μικρή, γιατί τα τεχνητά δόντια είναι συνήθως στη θέση των προϋπαρχόντων φυσικών δοντιών. Η δυνατότητα **μάσησης** είναι μεν περιορισμένη, λόγω της έδρασης κυρίως σε μαλακούς ιστούς, αλλά και πριν από την τοποθέτηση της ΑΟ, πάλι περιορισμένη ήταν, λόγω της επιβαρυσμένης κατάστασης των δοντιών προς εξαγωγή.

Σκοπός της παρούσας δεν είναι η διεξοδική ανάλυση σύνθετων τεχνικών και προσεγγίσεων σχετιζόμενες με τις ΑΟ, αλλά η περιγραφή απλών τεχνικών με τις οποίες ο οδοντίατρος μπορεί να παρέχει στον ασθενή «δόντια την ίδια μέρα» με τη μορφή κινητής πρόσθεσης.

Οι τεχνικές προσέγγισης διαφέρουν ανάλογα με την υπάρχουσα κατάσταση. Υπάρχουν περιπτώσεις που ακόμα και η αποτύπωση με αλγινικό ενέχει τον κίνδυνο ακούσιων εξαγωγών. Βαθείες τερηδόνες προκαλούν απόσχιση ή στρέβλωση του υλικού αποτύπωσης και περιοδοντικά δόντια που χρειάζονται ναρθηκοποίηση

δυσχεραίνουν την προετοιμασία και την αποτύπωση. Η προϋπαρξη κινητών προσθετικών εργασιών εξυπηρετεί, αφενός γιατί ο ασθενής έχει ήδη την εμπειρία κινητής πρόσθεσης κι αφετέρου γιατί η ίδια η κινητή πρόσθεση συνήθως μπορεί να τροποποιηθεί σε ΑΟΟ.

Στη συνέχεια, μέσα από την παράθεση περιστατικών, θα περιγραφούν διαφορετικές τεχνικές κατασκευής άμεσων προσωρινών ολικών οδοντοστοιχιών (ΑΠΟΟ), κάποιες από τις οποίες δεν απαιτούν τη συνδρομή εξωτερικού οδοντοτεχνικού εργαστηρίου.

Ασθενής Α: μετατροπή κάτω ακρυλικής ΜΟ σε άμεση προσωρινή επένθετη ολική οδοντοστοιχία (ΑΠΕΟΟ)

Γυναίκα 63 ετών, εμφάνιζε απώλεια δοντιών, τερηδόνες και απώλεια περιοδοντικής στήριξης στα περισσότερα από τα εναπομείναντα δόντια της. Είχε άνω και κάτω ακρυλικές ΜΟ κατασκευασμένες προ 8 ετών (Εικ. α1, α2, α3, α4).

Αφού απομακρύνθηκε η τρυγία από την υπάρχουσα ΜΟ σε δοχείο με διάλυμα κιτρικού οξέος (περίπου 15%) εμβαπτισμένο σε λουτρό υπερήχων, ελήφθη αποτύπωμα με μεταλλικό δισκίο και αλγινικό, στο οποίο ενσωματώθηκε η ΜΟ (Εικ. α5). Εγχύθηκε αυ-



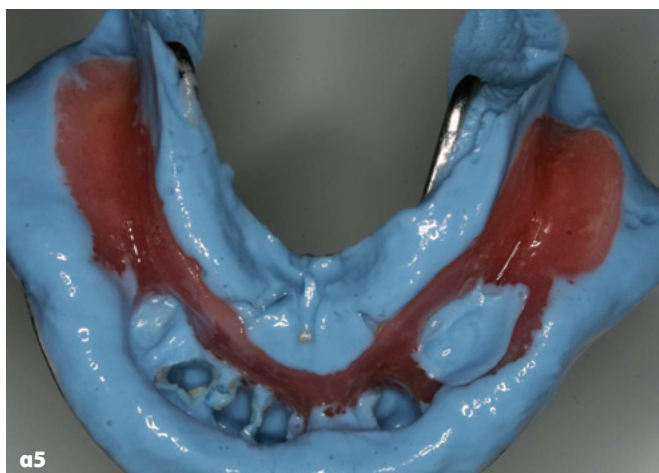
ΣΥΝΤΜΗΣΕΙΣ	
ΑΟ	Άμεση Οδοντοστοιχία
ΑΟΟ	Άμεση Κινητή Ολική Οδοντοστοιχία
ΑΠΕΟΟ	Άμεση Προσωρινή Επένθετη Κινητή Ολική Οδοντοστοιχία
ΑΠΟΟ	Άμεση Προσωρινή Κινητή Ολική Οδοντοστοιχία
ΕΟΟ	Επένθετη Κινητή Ολική Οδοντοστοιχία
ΜΟ	Μερική Κινητή Οδοντοστοιχία
ΟΟ	Ολική Οδοντοστοιχία

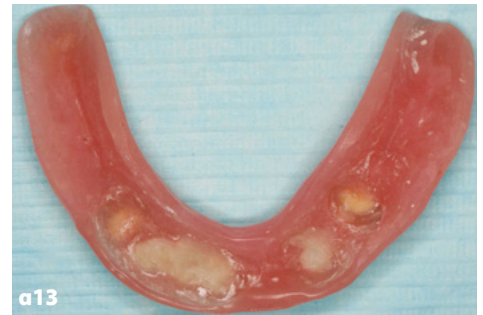
τοπολυμεριζόμενη ακρυλική ρητίνη προσωρινών στεφανών στα αποτυπώματα των υπάρχοντων δοντιών (Εικ. α6, α7).

Τοποθετήθηκε κερί σε υποσκαφές και στο κέντρο της επιφάνειας έδρασης των πτερυγίων της ΜΟ και ρίχτηκε ταχύπηκτη γύψος (Εικ. α8).

Στις θέσεις των ελλειπόντων #34 και #45 τοποθετήθηκαν ακρυλικά δόντια οδοντοστοιχίας που στερεώθηκαν με σύνθετη ρητίνη flow, όπως και τα ακρυλικά δόντια που εγχύθηκαν νωρίτερα (Εικ. α9).

Στο γύψινο εκμαγείο τοποθετήθηκε διαχωριστικό γύψου (ή λεπτή στρώση βαζελίνης) (Εικ. α10), επανατοποθετήθηκε η ΜΟ





σε αυτό και με σύριγγα εγχύθηκε αυτοπολυμεριζόμενη ακρυλική ρητίνη ούλων μεταξύ της ΜΟ και των πρόσθετων δοντιών και για συμπλήρωση των πτερυγίων που απουσίαζαν (Εικ. α11). Ο πολυμερισμός της ακρυλικής ρητίνης συνιστάται να γίνεται σε χύτρα με νερό 50°C και υπό πίεση 2 bar.

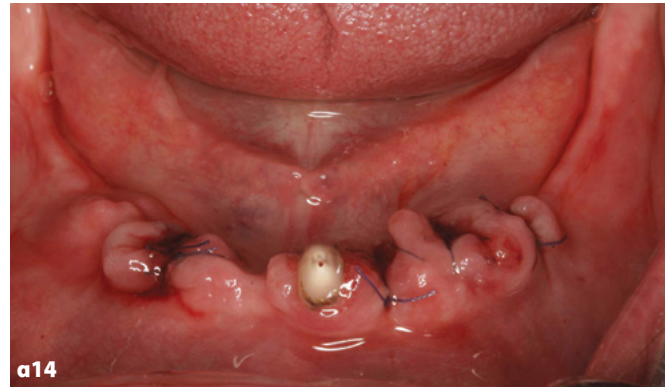
Τροχίστηκαν οι περιόσεις, στιλβώθηκαν οι επιφάνειες που προστέθηκαν και η τροποποιημένη σε ΑΟ ΜΟ ήταν έτοιμη για το στόμα (Εικ. α12, α13).

Παράλληλα, όσο διαρκούσαν η κρυστάλλωση της γύψου και ο πολυμερισμός του ακρυλικού, στο στόμα αφαιρέθηκαν όσα δόντια κρίθηκαν εξακτέα και αποκόπηκε η μύλη όσων θα διατηρείτο η ρίζα, προβαίνοντας και σε εκπόλωση της ρίζας (Εικ. α14).

Η ΑΠΕΟ αναγομώθηκε με προσωρινό υλικό αναγόμεως (Coe Comfort, GC) και παραδόθηκε στην ασθενή μαζί με οδηγίες στοματικής υγιεινής και οδηγίες σχετικές με την κατασκευή και το προσωρινό υλικό αναγόμεως (Εικ. α15, α16). Η συνολική διάρκεια της συνεδρίας ήταν περίπου 2 ώρες. Μετά από 1 εβδομάδα αντικαταστάθηκε το προσωρινό υλικό αναγόμεως με σταθερότερο (Coe Soft, GC) κι ακολούθως κάθε 3-4 εβδομάδες μέχρι να σταθεροποιηθούν οι ιστοί και να κατασκευαστεί η τελική ΟΟ.

Προτείνεται η διατήρηση της οδοντοστοιχίας στο στόμα το πρώτο 24ωρο, γιατί αν προκύψει μετεξακτικό οίδημα δεν θα εφαρμόζει. Παράλληλα η ΑΟ πωματίζει τα φατνία και περιορίζει την τυχόν μετεξακτική αιμορραγία. Επίσης συνιστάται η εφαρμογή επιθεμάτων πάγου στην περιοχή των εξαγωγών μέχρι 15 λεπτά/ώρα, και για ασθενείς χωρίς την εμπειρία κινητών οδοντοστοιχιών δίαιτα με μαλακές τροφές και μικρές μπουκιές. Για λόγους ψυχολογικής στήριξης, όσο και για ρυθμίσεις τυχόν υπερεκτάσεων ή υπερπίεσεων, επιβάλλεται η επανεξέταση του ασθενούς μετά από 1-2 ημέρες.⁴

Την πρώτη ημέρα εφαρμογής της μαλακής αναγόμεως, συστήνεται στον ασθενή να μην αφαιρέσει την ΑΟ από το στόμα για τουλάχιστον 3-4 ώρες (το υλικό διατηρεί πλαστικές ιδιότητες για πολλές ώρες), να αποφύγει την κατανάλωση τροφίμων με μικρά σποράκια, να ξεπλένει καλά την βασική επιφάνεια μετά από το φαγητό και να μη βουρτσίζει το μαλακό υλικό αναγόμεως. Επιπλέον, όταν αφαιρεί την ΑΟ από το στόμα, συνήθως από την επόμενη μέρα, να την τοποθετεί σε δοχείο με νερό, έτσι ώστε να μην πιέζεται το μαλακό υλικό επίστρωσης.





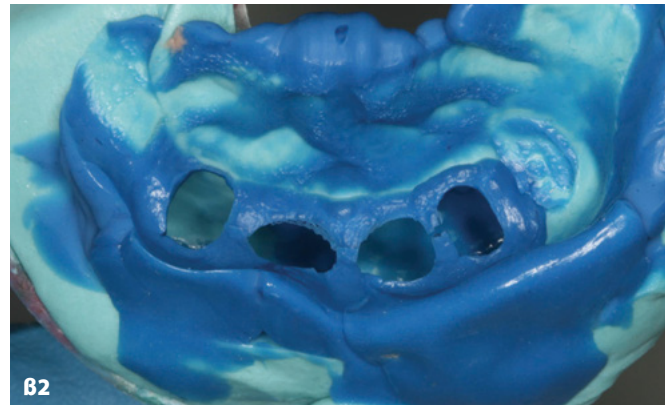
B1

Ασθενής Β: μετατροπή άνω ΜΟ σε ΑΠΕΟΟ

Γυναίκα 87 ετών με ισχυρό μαστικό σύστημα, μεταλλοκεραμική γέφυρα στα άνω πρόσθια δόντια (Εικ. Β1) και άνω ΜΟ κι αντίστοιχα κάτω πρόσθια φυσικά δόντια με ΜΟ στα οπίσθια. Η γέφυρα αρχικά εκτεινόταν από τον #13 έως τον #23, με γεφύρωμα τον #11. Μετά από 6 χρόνια ο #13 εμφάνισε επίμηκες κάταγμα ρίζας, αφαιρέθηκε και τοποθετήθηκε πρόσθετο δόντι στην υπάρχουσα ΜΟ και προκατασκευασμένο συρμάτινο άγκιστρο Roach στον #12. Μετά από μερικούς μήνες ο #23 εμφάνισε οριζόντιο κάταγμα της μύλης στα όρια της στεφάνης κι αντικαταστάθηκε, όπως και ο #13, στην υπάρχουσα ΜΟ. Εξαιτίας επανειλημμένων οχλήσεων στα εναπομείναντα #12, 21, 22, αποφασίστηκε η μετατροπή της ΜΟ σε ΑΠΕΟΟ.

Σε συνεδρία που προηγήθηκε ελήφθη αποτύπωμα των προσθίων με σιλικόνη συμπύκνωσης (Εικ. Β2). Σε αυτό εγχύθηκε αυτοπολυμεριζόμενη ακρυλική ρητίνη προσωρινών στεφανών με διαφορετικούς χρωματισμούς με την τεχνική του αλατοπίπερου (Εικ. Β3) και τοποθετήθηκε σε νερό θερμοκρασίας 50° C σε χύτρα πίεσης 2 Atm. Με τον τρόπο αυτό κατασκευάστηκε αντίγραφο των υπάρχοντων δοντιών με χρωματική διαστρωμάτωση (Εικ. Β4).

Στην κυρίως συνεδρία ελήφθη αποτύπωμα του φραγμού με αλγινικό στο οποίο ενσωματώθηκε η υπάρχουσα ΜΟ (Εικ. Β5) και μπλοκαρίστηκαν οι υποσκαφές στις νωδές περιοχές με κερί. Στο αποτύπωμα τοποθετήθηκε το ακρυλικό αντίγραφο των τομών (Εικ. Β6) και ρίχτηκε γύψος (Εικ Β7, Β8, Β9). Μετά από την εφαρμογή διαχωριστικού γύψου, αμβοβλήθηκαν τα μέρη του μεταλλικού σκελετού στα οποία θα προστίθετο ακρυλική ρητίνη και επαλείφτηκε με Alloy Primer (Kuraray). Τοποθετήθηκε αυτοπολυμεριζόμενη ακρυλική ρητίνη ούλων σε μορφή ζύμης για την κάλυψη του κενού υπερώια και για την προσθήκη χειλικού πτερυγίου (Εικ. Β10, Β11) και στρογγυλεύτηκαν τα όρια (Εικ. Β12). Παράλληλα με τα εργαστηριακά στάδια, αποκόπηκε η γέφυρα από τις ήδη ενδοδοντικά θεραπευμένες ρίζες (Εικ. Β13). Η τροποποιημένη σε ΑΠΕΟΟ ΜΟ αναγομώθηκε στην πρόσθια περιοχή με μαλακό υλικό προσωρινών αναγομώσεων (Coe-comfort, GC) και παραδόθηκε στην ασθενή (Εικ. Β14, Β15). Λόγω της προχωρημένης ηλικίας, της επιβαρυσμένης υγείας και της ύπαρξης κάτω προσθίων φυσικών δοντιών, αποφασίστηκε η διατήρηση των ριζών που απέμειναν. Αργότερα κατασκευάστηκε νέα ΕΟΟ και η προσωρινή αναγομώθηκε ώστε να υπάρχει ως ανταλλακτική (Εικ. Β16).



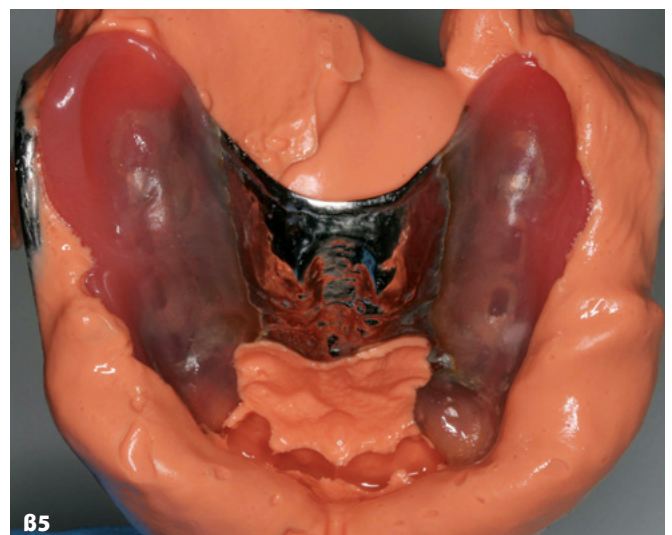
B2



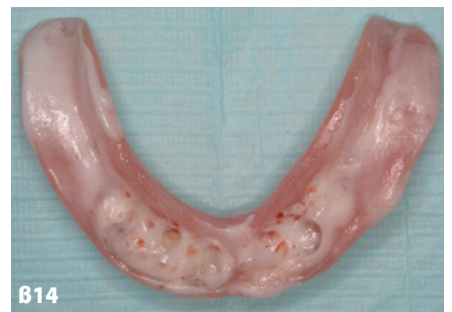
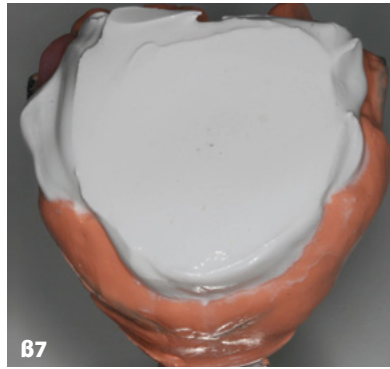
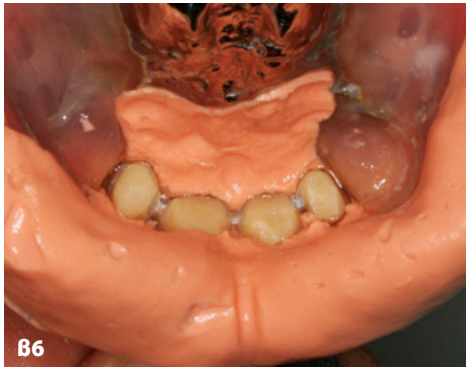
B3



B4



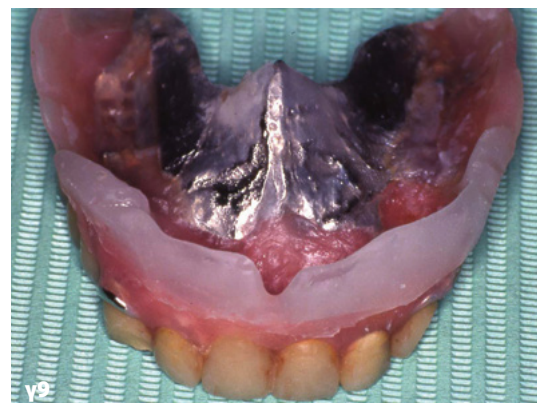
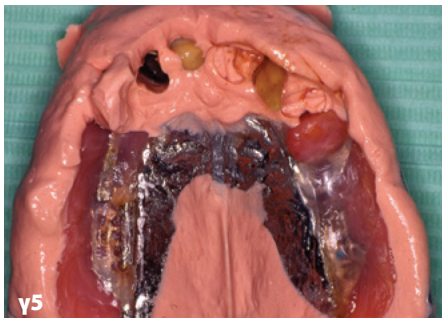
B5



Ασθενής Γ: μετατροπή γέφυρας με ΜΟ σε ΑΠΕΟΟ

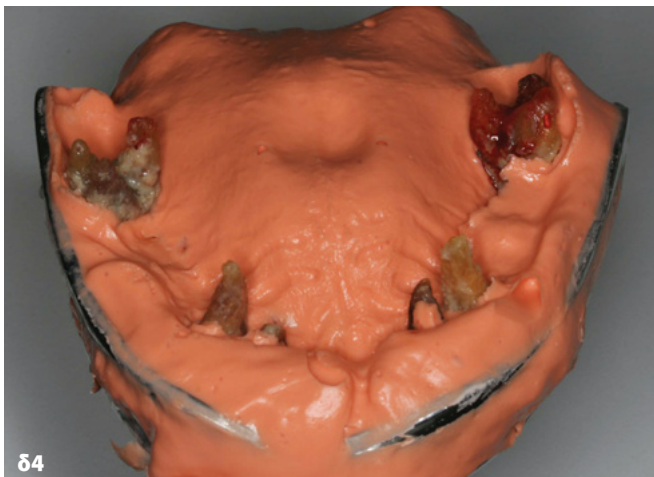
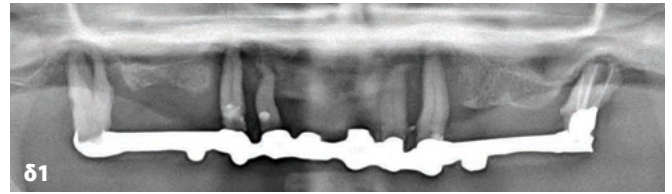
Ασθενής 65 ετών με προϋπάρχουσα γέφυρα από #13 έως #23 και ΜΟ στα οπίσθια δόντια εμφάνιζε μεγάλη απώλεια οστικής στήριξης των #12 και 22, τερηδόνα και αποκόλληση της στεφάνης στον #11 και τερηδόνα στον #13 (Εικ. γ1, γ2, γ3). Αποφασίστηκε η μετατροπή των προσθετικών εργασιών σε ΑΠΕΟΟ. Μετά από τη χορήγηση τοπικής αναισθησίας, αποκόπηκε η ρίζα του #13 (Εικ. γ4) και ελήφθη αποτύπωμα με αλγινικό, μέσα στο οποίο ενσωματώθηκαν

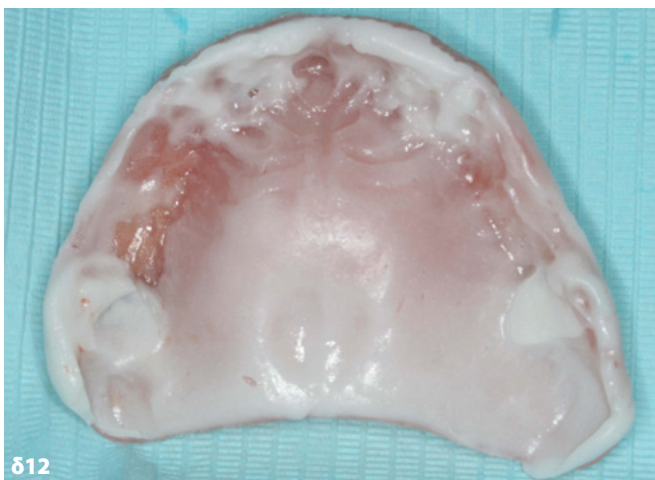
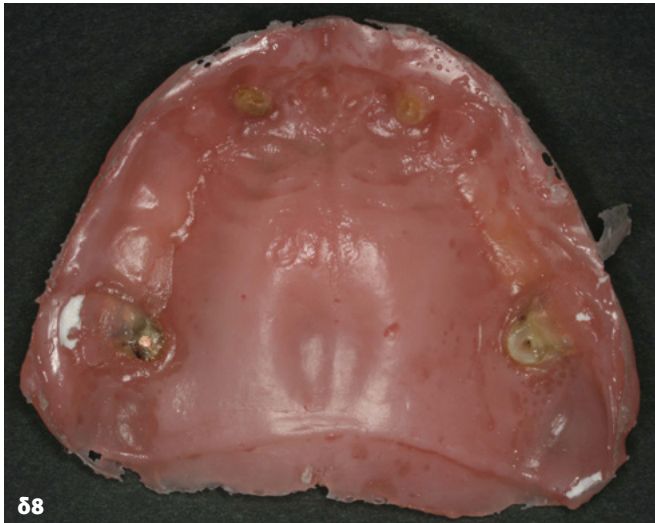
η υπάρχουσα γέφυρα και ΜΟ (Εικ. γ5). Αφού αποκόπηκε η ρίζα του #12 και αφαιρέθηκε ο #22, κατασκευάστηκε εκμαγείο γύψου (Εικ. γ6) στο οποίο προστέθηκε ακρυλική ρητίνη για την συνένωση της γέφυρας με τη ΜΟ (Εικ. γ7). Εκπορφώθηκαν οι #13 και #11 (Εικ. γ8), αναγομώθηκε η ΑΠΕΟΟ που κατασκευάστηκε με υλικό προσωρινής αναγόμωσης (Lynal, Dentsply) (Εικ. γ9) και παραδόθηκε στον ασθενή με οδηγίες.



Ασθενής Δ: μετατροπή άνω ακρυλικής μεταβατικής γέφυρας σε ΑΠΟΟ

Γυναίκα 63 ετών, βαρειά καπνίστρια με ιστορικό ανεξέλεγκτης περιοδοντίτιδας, κατά την φάση που περιγράφεται εμφάνιζε περιορισμένη οδοντοφυΐα άνω φραγμού με μεταλλοακρυλική γέφυρα προς εξαγωγή (Εικ. δ1, δ2). Η γέφυρα είχε κατασκευαστεί 4 χρόνια νωρίτερα ως μεταβατική και η ασθενής δεν τηρούσε την αναγκαία περιοδική παρακολούθηση από τον θεράποντα περιοδοντολόγο, ούτε παρουσίαζε ικανοποιητικό επίπεδο στοματικής υγιεινής. Η γέφυρα εμφάνιζε αυξημένη κινητικότητα κι αποφασίστηκε η μετατροπή της σε ΑΠΟΟ. Αφού αναισθητοποιήθηκαν τα δόντια (Εικ. δ3 μετά την αναισθησία), ελήφθη αποτύπωμα με αλγινικό σε σχετικά στενό μεταλλικό δισκίο, κι όπως αναμενόταν, η γέφυρα αφαιρέθηκε μέσα στο αποτύπωμα (Εικ. δ4). Αποκόπηκαν τα ακρορρίζια των δοντιών και ρίχτηκε σκληρή γύψος (Εικ. δ5, δ6). Αφού τοποθετήθηκε διαχωριστικό γύψου, εφαρμόστηκε αυτοπολυμεριζόμενη ακρυλική ρητίνη ούλων στην υπερώα και στην παρειοχειλική ζώνη (Εικ. δ7, δ8). Αφαιρέθηκαν οι περίσσειες, στιλβώθηκε η βάση (Εικ. δ9) και αφού αναγομώθηκε με προσωρινό μαλακό αναγομωτικό υλικό (Coe Comfort, GC) τοποθετήθηκε στο στόμα (Εικ. δ10, δ11, δ12, δ13). Παράλληλα δόθηκαν οι κατάλληλες οδηγίες.



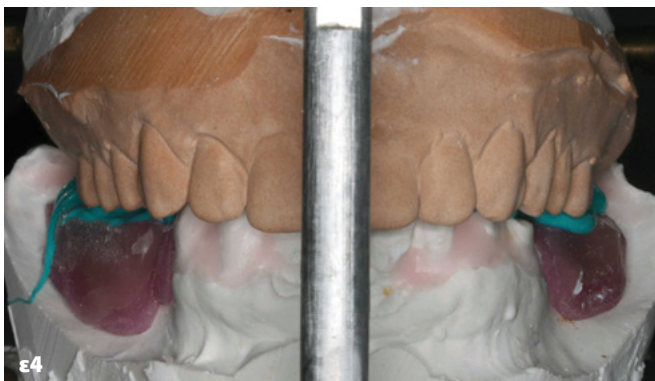
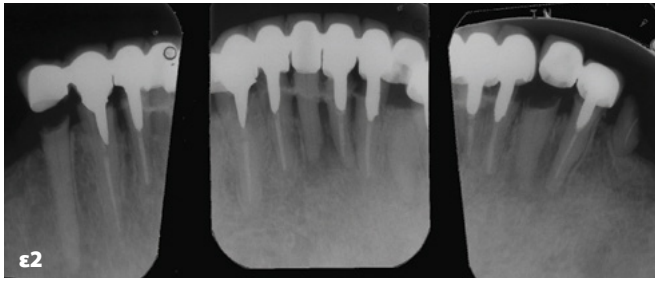


Ασθενής Ε: κατασκευή ΑΠΕΟΟ κάτω γνάθου

Γυναίκα 69 ετών, στα άνω πρόσθια παρουσίαζε γέφυρα ξεκολλημένη από τα τερηδονισμένα στηρίγματα και στην κάτω γνάθο ναρθηκοποιημένες στεφάνες από #34 ως #44 με τερηδονισμένες ή περιοδοντικές ρίζες και έλλειψη γομφίων (Εικ. ε1, ε2). Αφού κατασκευάστηκε προσωρινή ΟΟ στην άνω γνάθο, ακολούθησε η αποκατάσταση στην κάτω.

Προπαρασκευαστικά έγινε αποτρύγωση, δόθηκαν ΟΣΥ (Εικ. ε3), ελήφθη αποτύπωμα με αλγινικό σε μεταλλικό δισκίο και κατασκευάστηκαν εκμαγεία και βασική πλάκα τα οποία αναρτήθηκαν σε αρθρωτήρα (Εικ. ε4). Στο εργαστήριο κατασκευάστηκε





ακρυλική ΑΠΕΟΟ με επεκτάσεις των ακρυλικών πτερυγίων που υπολείποντο των ιδανικών (Εικ. ε5, ε6, ε7, ε8, ε9).

Στην επόμενη συνεδρία αφαιρέθηκαν οι στεφάνες με αποκοπή τους από τις ρίζες που τις συγκρατούσαν (Εικ. ε10), αφαιρέθηκαν οι ανασυστάσεις με άξονες και εκπολφώθηκαν οι ρίζες με ζωτικότητα (Εικ. ε11), αναγομώθηκε η ΑΠΕΟΟ με Coe-soft (GC) και παραδόθηκε (Εικ. ε12, ε13). Στη φάση αυτή δεν αφαιρέθηκαν όσα δόντια κρίθηκαν εξακτέα, ώστε η ασθενής να περάσει μια περίοδο προσαρμογής με μεγαλύτερη ευκολία λόγω της αυξημένης συγκράτησης, που έμμεσα προσέφεραν οι ρίζες. Μετά από 1 μήνα εξήχθησαν οι ρίζες πλην του #41 και αναγομώθηκε η ΑΠΕΟΟ με Coe-soft (GC). Η ασθενής πήγε στην επαρχία όταν άρχισε η πανδημία του κορωνοϊού. Όταν επέστρεψε μετά από δύο χρόνια, παρή ότι το προσωρινό υλικό αναγομώσης της ΑΠΕΟΟ εμφάνιζε εικόνα αποσύνθεσης (Εικ. ε14), οι ιστοί ήταν υγιείς.





ε10



ε11



ε12



ε13



ε14

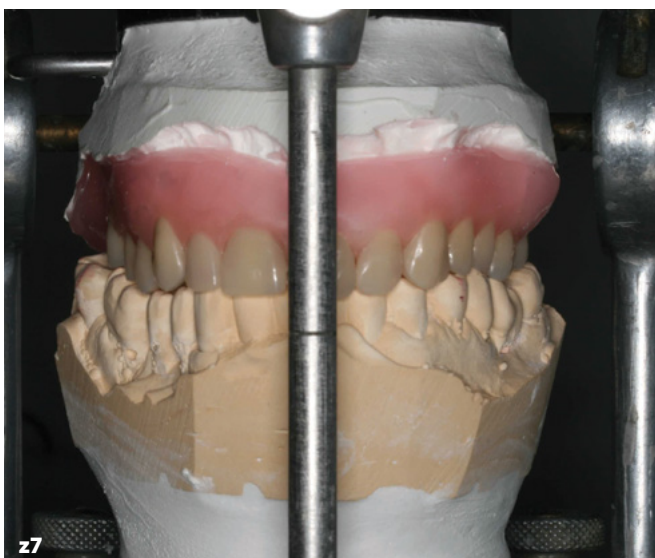
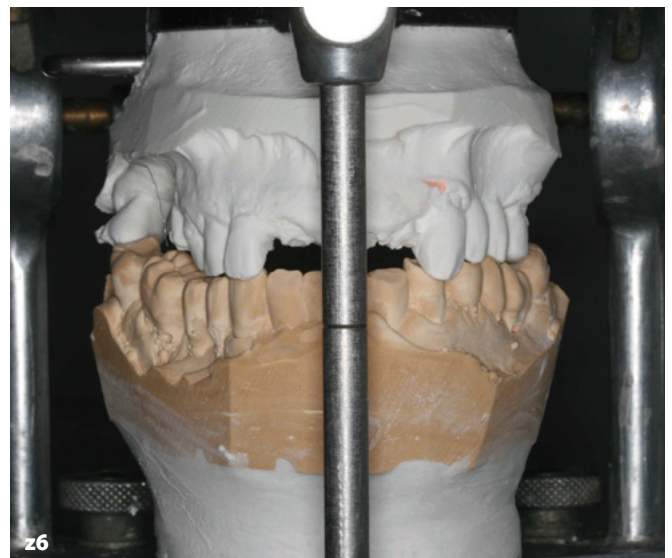
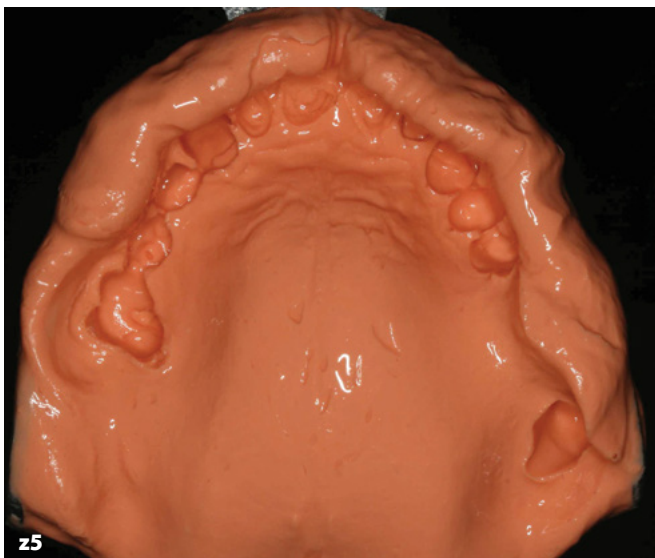
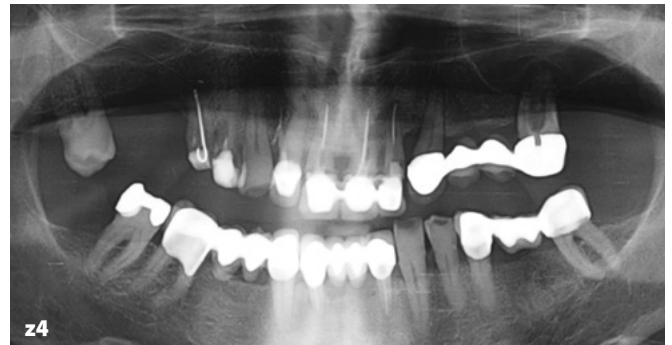
Ασθενής Z: κατασκευή ΑΠΕΟΟ άνω γνάθου

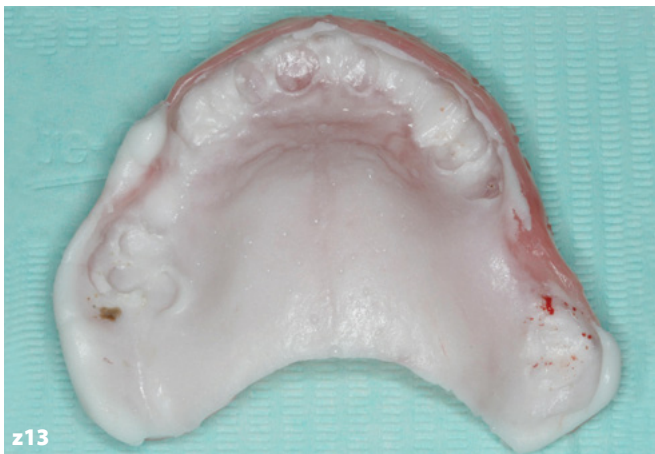
Άνδρας 78 ετών σε χρόνια αντιπηκτική αγωγή, με νεφρική ανεπάρκεια και τεχνητή αορτική βαλβίδα προσήλθε παραπονούμενος για πόνο κατά τη μάσηση άνω αριστερά και για ξεκολλημένες στεφάνες στα πρόσθια δόντια (Εικ z1, z2, z3, z4). Λόγω του ιστορικού του, οι συνεδρίες που απαιτούσαν προφυλακτική αντιβίωση έπρεπε να περιοριστούν στο ελάχιστο. Συναποφασίστηκε η κατασκευή ΑΠΕΟΟ στην άνω γνάθο με διατήρηση των ριζών από #14 έως #23.

Ελήφθησαν αποτυπώματα με αλγινικό (χωρίς τις αποκολλημένες στεφάνες στους άνω τομείς, Εικ. z5), αναρτήθηκαν τα εκμαγεία σε αρθρωτήρα και κατασκευάστηκε ΑΠΕΟΟ ακριβώς στην ίδια κάθετη διάσταση (Εικ. z6, z7, z8, z9). Στην επόμενη συνεδρία αποκόπηκαν οι μύλες όλων των δοντιών (Εικ. z10, z11), εκπολφώθηκαν τα δόντια με ζωντανό πολφό, ελέγχθηκε η επιφάνεια έδρασης με

οιλικόνη ελέγχου πίεσης (Fit Checker, GC) και παραδόθηκε η οδοντοστοιχία αναγομωμένη με υλικό προσωρινής αναγόμωσης (Εικ. z12, z13, z14).

Αργότερα εξήχθησαν οι #18, 15, 14 και 27 από γναθοχειρουργό. Ακολούθησαν ενδοδοντικές θεραπείες των ριζών (Εικ. z15, z16). Παράλληλα με τις μετεξακτικές αλλαγές στους ιστούς, κάθε 6 περίπου εβδομάδες αντικαθίστατο το υλικό της προσωρινής αναγόμωσης, μέχρι την κατασκευή τελικής ΕΟΟ που έγινε με αναλυτική τεχνική 6 μήνες αργότερα (Εικ. z17, z18). Η δυσαρμονία που υπήρχε στο μαστικό επίπεδο των γεφυρών της κάτω γνάθου διορθώθηκε με άμεσες επένθετες αποκαταστάσεις σύνθετης ρητίνης που συγκολλήθηκαν στις επιφάνειες πορσελάνης των γεφυρών που προϋπήρχαν (Εικ. z2, z18).



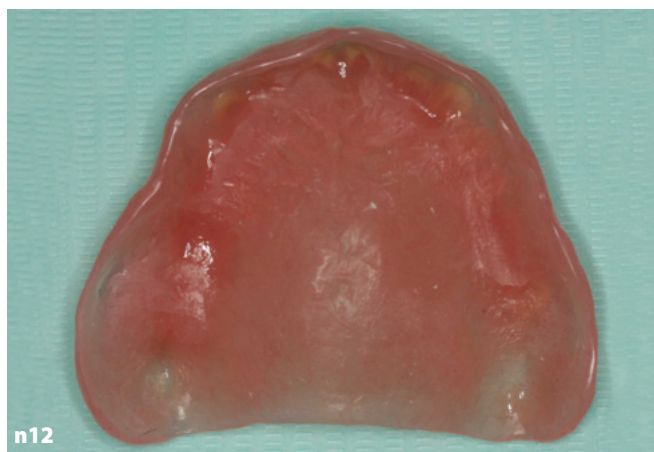
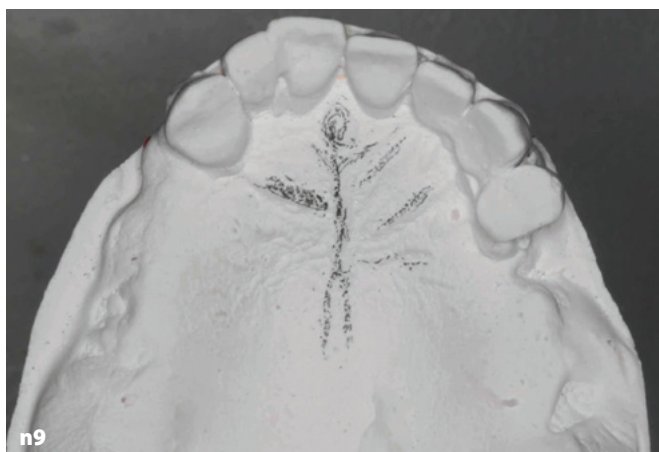
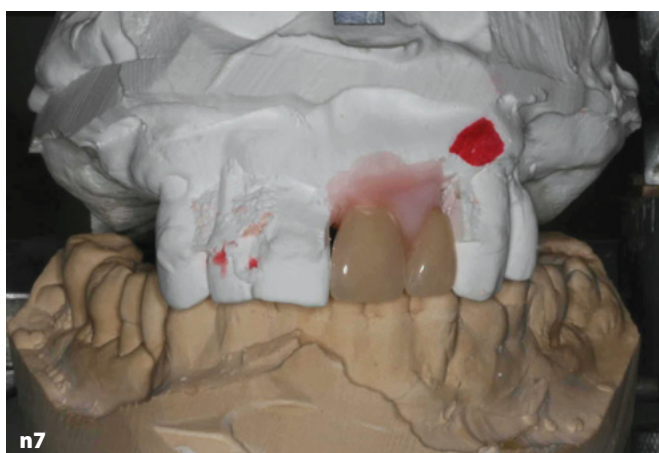
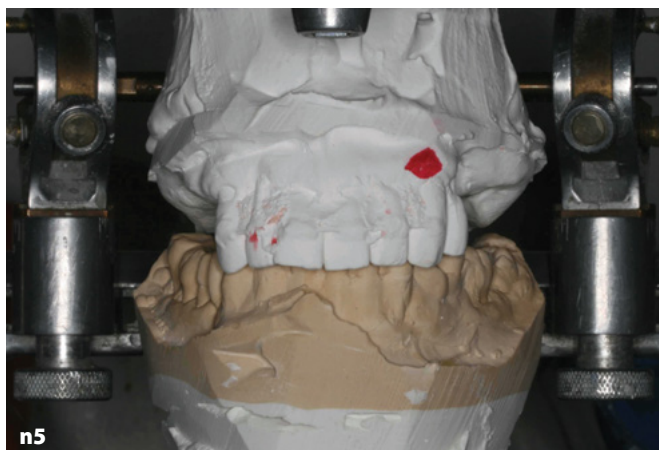


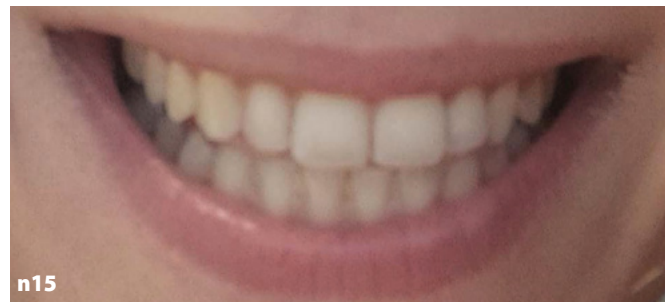


Ασθενής Η: κατασκευή ΑΠΕΟΟ άνω γνάθου

Γυναίκα 52 ετών, επαγγελματικά ενεργή, με επιβαρυνμένο ιστορικό και περιοδοντική νόσο παραπέμφθηκε για εξαγωγή των άνω δοντιών και τοποθέτηση οδοντοστοιχίας (Εικ. n1, n2, n3). Αφαιρέθηκαν ο #25 και η ρίζα του #24, τοποθετήθηκε προσωρινή ακρυλική στεφάνη στον #13, varθηκοποιήθηκαν τα πρόσθια με σύρμα (Εικ. n4) και έγινε εξαγωγή του #27. Δύο εβδομάδες αργότερα μπλοκαρίστηκαν τα μεσοδόντια τρίγωνα και οι περιοχές αυχενικά του σύρματος varθηκοποιήθηκαν με κερύ εγκιβωτισμού, ελήφθησαν αλγινικά αποτυπώματα και κατασκευάστηκαν γύψινα εκμαγεία τα οποία αναρτήθηκαν σε αρθρωτήρα (Εικ. n5). Εξαιτίας του κεριού που τοποθετήθηκε στα μεσοδόντια τρίγωνα για να μην αφαιρεθούν τα δόντια και της varθηκοποίησης, στο αποτύπωμα οι λεπτομέρειες της ουλοδοντικής ένωσης δεν ήταν ευκρινείς (Εικ. n6). Στο εργαστήριο κατασκευάστηκε ΑΠΕΟΟ (Εικ. n7, n8, n11, n12). Στην πρόσθια υπερώια περιοχή αναπαράχθηκαν υπερώιες πτυχές καθ' ομοίωσιν των φυσικών πτυχών της ασθενούς (Εικ. n9, n10, n11). Στη συνεδρία που ακολούθησε αφαιρέθηκαν οι μύλες των #13, 21, 23 κι εκπολώθηκαν οι ρίζες, εσχάθη ο #12 (Εικ. n13), αναγομώθηκε η ΑΠΕΟΟ με Coe-comfort (GC) και παραδόθηκε στην ασθενή με σχετικές οδηγίες (Εικ. n14). Αργότερα κατασκευάστηκε νέα ΕΟΟ που ικανοποιούσε τις αισθητικές απαιτήσεις της ασθενούς (Εικ. n15), σε συμφωνία με παλαιότερη φωτογραφία των φυσικών δοντιών της (Εικ. n16).







ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Βασικά πλεονεκτήματα στην κατασκευή ΑΟΟ είναι η διατήρηση της αισθητικής, των χαρακτηριστικών της οδοντοφυΐας, της σχέσης των γνάθων, της λειτουργίας της μάσησης και ιδίως η ευκολότερη μετάβαση στην τελική κινητή οδοντοστοιχία γιατί δεν παραμένει άδεια η στοματική κοιλότητα και έτσι αποφεύγεται η υπερτροφία της γλώσσας.⁵

Μειονεκτήματα που θα αντιμετωπίσει ο ασθενής είναι η ανάγκη προσαρμογής στην ύπαρξη βασικών πλακών, ιδίως στην κάλυψη της υπερώας, πιθανά τραύματα, πρόσθετο κόστος και χρόνος, αδυναμία δοκιμών κι ελέγχου της αισθητικής (αν πρόκειται να τροποποιηθεί) και της ομιλίας.⁵

Η παράδοση μιας ΑΟΟ με παράλληλη προσαρμογή της βάσης στην περιοχή των εξαγωγών με υλικά προσωρινής αναγόμωσης διασφαλίζει εξαιρετική αιμόσταση («πωματισμός») και γι' αυτό συστήνεται στους ασθενείς να την φορέσουν την πρώτη νύχτα. Επιπλέον περιορίζεται η δυσμενής επίδραση εξωγενών παραγόντων (ζεστό φαγητό, κάπνισμα, κοκ) και το οίδημα που μπορεί να προκύψει από την επέμβαση. Καθώς οι ιστοί επουλώνονται και η υποκείμενη φατνιακή ακρολοφία απορροφάται, η εφαρμογή της βάσης μειώνεται. Τότε απαιτείται η τοποθέτηση καινούργιου υλικού αναγόμωσης για την «επαν-εφαρμογή» της βάσης και την εξασφάλιση της λειτουργίας και άνεσης του ασθενούς. Το υλικό πρέπει να αντικαθίσταται όταν αρχίζει να αλλοιώνεται και ανάλογα με τη φύση του μετά από μερικές ημέρες έως και μερικές εβδομάδες. Όταν οι ιστοί σταθεροποιηθούν, μετά από μερικούς μήνες, το προσωρινό υλικό μπορεί να αντικατασταθεί με σταθερή εν θερμώ πολυμεριζόμενη ακρυλική ρητίνη ή να κατασκευαστεί νέα οδοντοστοιχία.

Στις 4 πρώτες περιπτώσεις (ασθενείς Α, Β, Γ, Δ) η διαδικασία μπορεί να εκτελεστεί σε μια συνεδρία με στοιχειώδεις ικανότητες

οδοντοτεχνικής από τον οδοντίατρο. Εξυπηρετεί η ύπαρξη ενός χωριστού χώρου από το καθ' αυτό ιατρείο με εργαστηριακή χειρολαβή, φρέζες ακρυλικού, λάστιχα στίλβωσης και ιδανικά μια χύτρα πίεσεως. Στις περιπτώσεις Ε, Ζ και Η προηγείται εργαστηριακή κατασκευή της άμεσης κινητής πρόσθεσης. Σε καμία περίπτωση ο ασθενής δεν φεύγει χωρίς δόντια από το οδοντιατρείο.

Στην ασθενή Α η ύπαρξη ακρυλικής ΜΟ, χωρίς μεταλλικό σκελετό, διευκόλυνε τόσο τα εργαστηριακά στάδια μετατροπής της σε ΟΟ, όσο και την προσαρμογή της ασθενούς σε έναν αυξημένο όγκο ακρυλικού, ιδίως στην πρόσθια γλωσσική περιοχή. Σε ασθενείς με πιθανή δυσκολία προσαρμογής σε ΑΟΟ, η κατασκευή προσωρινής ΜΟ και η ακόλουθη μετατροπή της σε ΑΠΟΟ διευκολύνει την μετάβαση, τόσο ψυχολογικά όσο και λειτουργικά.

Στην ασθενή Β θα μπορούσε η ενστάλαξη του ακρυλικού των προσθίων δοντιών να γίνει στο αλγινικό αποτύπωμα με την ενσωματωμένη ΜΟ. Επελέγη η κατασκευή σε μήτρα σιλικόνης αφενός γιατί προηγήθηκε της συνεδρίας της τροποποίησης, μειώνοντας τη διάρκεια της κυρίως συνεδρίας της μετατροπής, αφετέρου γιατί τα ακρυλικά δόντια που κατασκευάζονται αποδίδουν πιστότερα τις ανατομικές λεπτομέρειες. Η τροποποίηση υπάρχουσας ΜΟ σε ΟΟ πλεονεκτεί ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους ασθενείς ή με επιβαρυνμένο ιατρικό ιστορικό, γιατί οι αλλαγές γίνονται σε μια προϋπάρχουσα οδοντοστοιχία με την οποία ο ασθενής είναι πλήρως εξοικειωμένος. Στο τέλος, μετά από αναπροσαρμογή της βάσης, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως δεύτερη / ανταλλακτική οδοντοστοιχία.¹

Στους ασθενείς Γ και Δ, οποιαδήποτε άλλη προσέγγιση με λήψη αποτυπώματος χωρίς την σκόπιμη «εξαγωγή» της γέφυρας ενείχε μεγάλο κίνδυνο ακουσίων κι επώδυνων εξαγωγών. Το μπλοκάρισμα των εσοχών και υποσκαφών για να μην αφαιρεθεί η γέφυρα μέσα στο αποτύπωμα θα δημιουργούσε μεγάλες ανακρίβειες και επακόλουθες ρυθμίσεις στην περιοχή των προσθίων.

Στην ασθενή Η εξαιτίας του κεριού που τοποθετήθηκε στα μεσοδόντια τρίγωνα για να μην αφαιρεθούν τα δόντια στην αποτύπωση, οι λεπτομέρειες των ούλων στην αυχενική περιοχή των δοντιών στο εκμαγείο δεν ήταν ευκρινείς. Συνέπεια αυτού ήταν αφενός η μεγάλη έκθεση ακρυλικού ούλων στην ΑΠΕΟΟ, αφετέρου αναπαράχθηκαν αισθητικές ασυμμετρίες που υπήρχαν στα φυσικά δόντια. Στην τελική ΕΟΟ υπήρχε η δυνατότητα βελτίωσης της αισθητικής και η προσομοίωση με παλιά φωτογραφία της ασθενούς με τη φυσική της οδοντοφυΐα. Στη βιβλιογραφία συστήνεται η μεθοδευμένη τροποποίηση του εκμαγείου στις περιοχές των ελεύθερων ούλων των προς εξαγωγή δοντιών. Έτσι επιτυγχάνεται βέλτιστη αισθητική στην αυχενική περιοχή των τεχνητών δοντιών,⁶ αλλά ενέχονται πιθανότητες υπερπίεσεων ή αδυναμίας εφαρμογής της άμεσης οδοντοστοιχίας και χειρισμοί για την επίλυση τέτοιων προβλημάτων άμεσα μετεξακτικά δεν είναι εύκολοι ούτε ευχάριστοι. Για την αποφυγή δυσχερειών και ανάγκης ρυθμίσεων κατά την παράδοση, συστήνεται όπως στα εκμαγεία τα δόντια να αποκόπτονται ελάχιστα πάνω από το ουλικό όριο, κι εφόσον διατηρηθούν ως ρίζες, μυλικότερα από το ύψος που θα αποκοπούν στο στόμα.

Στους ασθενείς Α, Β, Ε, Ζ και Η διατηρήθηκαν οι ρίζες δοντιών, οπότε η οδοντοστοιχία είναι επένθετη. Αυτό ενισχύει την αυτοπεποίθηση του ασθενή, καθώς δεν θεωρεί ότι επήλθε νωδότητα μέχρι την απώλεια και της τελευταίας ρίζας.⁷ Παράλληλα περιορίζεται η απορρόφηση της φατνιακής ακρολοφίας⁸, επιτυγχάνεται καλύτερη σταθερότητα και συγκράτηση (ιδίως όταν παραμένουν οι ρίζες κυνοδόντων), διατηρείται η ιδιοδεκτική αίσθηση της πίεσης στο περιρρίζιο, εξασφαλίζεται μικρότερη μείωση στην κάθετη διάσταση σύγκλεισης και καλύτερη στήριξη των χειλέων και των παρειών μακροπρόθεσμα.⁹ Από την άλλη, τεχνικά είναι δυσκολότερη η διαμόρφωση και σύνταξη των δοντιών της οδοντοστοιχίας πάνω από τις υπολειπόμενες ρίζες και τα πτερύγια της οδοντοστοιχίας καθίστανται ευθραυστότερα λόγω μειωμένου πάχους.

Συχνά, κατά την κατασκευή ΕΟΟ αντιμετωπίζονται υποσκαφές στην ουλοπαρειική αύλακα, κυρίως σε περιοχές που διατηρούνται ρίζες και συνθέστερα στην περιοχή των κυνοδόντων και στα γναθία κυρτώματα. Εκεί μπορεί να παρατηρηθεί πόνος και δυσκολία στην τοποθέτηση της ΕΟΟ, ιδίως όταν ο βλενογόνος είναι λεπτός. Επιβάλλεται να ελέγχονται οι πιέσεις που ασκούνται από τα πτερύγια της βάσης και άλλοτε να «ανακουφίζεται» η επιφάνεια έδρασης ή να μειώνεται το μήκος του πτερυγίου. Όσο είναι δυνατόν, εκμεταλλευόμενοι την επέκταση της ακρυλικής βάσης σε υποσκαφές επιτυγχάνεται πρόσθετη μηχανική συγκράτηση της οδοντοστοιχίας και γιαυτό συχνά επιλέγεται μια περιστροφική φορά ένθεσης της ΕΟΟ.¹⁰

Άμεσες προσωρινές ή τελικές ολικές οδοντοστοιχίες;

Η κατασκευή μιας ΑΟΟ δεν επιτρέπει τον έλεγχο της αισθητικής και της ομιλίας («πρόβα») πριν από την παράδοσή της. Συνήθως δε, τα προς εξαγωγή δόντια, αν χρησιμοποιηθούν σαν οδηγός για τα δόντια της ΑΟ, ευρίσκονται σε μειονεκτική θέση ως συνέπεια περι-

οδοντικής νόσου ή εκτεταμένων τερηδονικών καταστροφών. Οπότε η ΑΟΟ υπολείπεται στην αισθητική κι ενδεχομένως στη φώνηση μιας τελικής ΟΟ που μπορεί να κατασκευαστεί σταδιακά, τηρώντας βασικές αρχές κι ελέγχοντας κάθε βήμα.

Εφόσον η ΑΟ προορίζεται για τελική μετά από αναπροσαρμογή με εν θερμώ πολυμεριζόμενη ακρυλική ρητίνη, προκύπτουν ορισμένα τεχνικά ζητήματα. Η δυσκολία ελέγχου στην ανισοκατανομή πιέσεων κατά την αποτύπωση για την αναγόμευση λόγω της διαφορετικής κατά τόπους μαλακότητας των υποκείμενων ιστών (flabby ridge), η διαταραχή στην ισορροπημένη σύγκλειση, το προκύπτον αυξημένο πάχος της βασικής πλακας της άνω οδοντοστοιχίας, η αδυναμία επίτευξης άρτιας αισθητικής στην περιοχή των τεχνητών ελευθέρων ούλων της βάσης, είναι λόγοι για τους οποίους η αναγομωμένη ΑΟ υπολείπεται ποιοτικά μιας νέας.

Η τεχνική κατασκευής ΑΠΟΟ στο οδοντιατρείο προϋποθέτει τη χρήση αυτοπολυμεριζόμενων ακρυλικών ρητινών, των οποίων η δομική και χρωματική σταθερότητα μακροπρόθεσμα είναι επισφαλής.

Οι πολλαπλές προσωρινές αναγομώσεις (με υλικά που περιέχουν πλαστικοποιητές) που απαιτούνται μέχρι την σταθεροποίηση της φατνιακής ακρολοφίας, μπορεί μακροπρόθεσμα να επηρεάζουν την αντοχή της βάσης. Επιπλέον, είναι τεχνικά δυσκολότερο κατά την τελική αναγόμευση με εν θερμώ πολυμεριζόμενο ακρυλικό να ενισχυθεί η βάση με μεταλλικό σκελετό ή σύρματα.

Για όλους τους προαναφερθέντες λόγους, η γνώμη των συγγραφέων είναι να κατασκευάζεται μια ΑΟΟ με χρονικό ορίζοντα λειτουργίας μέχρι ένα έτος και μετά από μια τελική αναγόμευση με ακρυλική ρητίνη να χρησιμεύει ως ανταλλακτική, σε περίπτωση ανάγκης.

Ως εκ τούτου κρίνεται περιττή η σύνθετη διαδικασία αποτύπωσης με περιφερική απόφραξη ατομικού δισκαρίου ή η τμηματική αποτύπωση σκληρών και μαλακών ιστών. Η αποτύπωση με αλγινικό, χρησιμοποιώντας συνθέστερα προκατασκευασμένο και ενίοτε ατομικό δισκάριο είναι επαρκής και η καταγραφή δήξεως δεν απαιτεί μεγίστη ακρίβεια, καθότι η αναγόμευση με προσωρινό υλικό κατά την παράδοση ελαχιστοποιεί τυχόν συγκλεισιακή ανισορροπία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι ΑΟΟ είναι μια ανεκτίμητη υπηρεσία που μπορεί να προσφέρει ο οδοντίατρος στον ασθενή τόσο λειτουργικά όσο και αισθητικά για την δυσδιάκριτη και ομαλή μετάβαση στην ανοδοντία. Ενισχύει τη σχέση θεράποντα κι ασθενή. Παράλληλα παρέχει στον οδοντίατρο χρόνο και πολύτιμα διαγνωστικά στοιχεία για τη σχολαστική μελέτη και την κατασκευή της τελικής προσθετικής αποκατάστασης. Αυτή άλλοτε μπορεί να είναι τροποποιημένη η ίδια η ΑΟΟ και σε άλλες περιπτώσεις οποιασδήποτε μορφής κινήτη ΟΟ (με ή χωρίς την τοποθέτηση εμφυτευμάτων) ή ακίνητη επιεμφυτευματική γέφυρα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Mersel A. Immediate or transitional complete dentures: Geriatric considerations. *Int Dent J* 2002;52:298-303.
2. Pound E. Achieving patient acceptance to immediate denture service. *J Am Dent Assoc* 1963;66:795-802.
3. Layton DM et al. The Glossary of Prosthodontic terms 2023: Tenth edition. *J Prosthet Dent* 2023;130(4S1):e1-e126.
4. Holt RA. Instructions for patients who receive immediate dentures. *J Am Dent Assoc* 1986;112:645-646.
5. St George G, Hussain S, Welfare R. Immediate dentures: 1. Treatment planning. *Dent Update* 2010;37:82-91.
6. Phoenix RD, Fleigel JD. Cast modification for immediate complete dentures: Traditional and contemporary considerations with an introduction of spatial modelling. *J Prosthet Dent* 2008; 100:399-405.
7. Feldstein S, Teitel M. The immediate overdenture. *J Am Dent Assoc* 1976;93:775-778.
8. Van Waas MAJ et al. Differences two years after tooth extraction in mandibular bone reduction in patients treated with immediate overdentures or with immediate complete dentures. *J Dent Res* 1993;72:1001-1004.
9. Dodge CA. Prevention of complete denture problems by use of "overdentures". *J Prosthet Dent* 1973;30:403-411.
10. Demer WJ. Minimizing problems in placement of immediate dentures. *J Prosthet Dent* 1972;27:275-284.